

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUKTA İLACA UYUM
DAVRANIŞININ YORDAYICILARININ BÜTÜNLEŞİK
DAVRANIŞ MODEL ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ**

**BUKET ÜNVER
2502140242**

**Tez Danışmanı
DOÇ. DR. ÖZLEM SERTEL BERK**

**II. Tez Danışmanı
Prof. Dr. NESRİN KARAMUSTAFALIOĞLU**

İstanbul - 2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZ ONAYI



ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : BUKET ÜNVER Numarası : 2502140242
Anabilim Dalı / PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
Anasanat Dalı / Programı : UYGULAMALI PSİKOLOJİ BİLİM DALI Danışmanı : DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK
Tez Savunma Tarihi : 15.10.2019 Saati : 09:00
Tez Başlığı : "BİPOLAR BOZUKLUKTA İLACA UYUM DAVRANIŞININ YORDAYICILARININ BÜTÜNLEŞİK DAVRANIŞ MODELİ ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 50. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.BAŞAK YÜCEL		Kabul
PROF.DR.ÖZGÜR ÖNER		Kabul
PROF.DR.SEVİM CESUR		Kabul
DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK		Kabul
DOÇ.DR.ASLI ÇARKOĞLU		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
DOÇ.DR.ILKNUR ÖZALP TÜRETGEN		
DOÇ.DR.B.ZEYNEP OKTUĞ		

ÖZ

BİPOLAR BOZUKLUKTA İLACA UYUM DAVRANIŞININ YORDAYICILARININ BÜTÜNLEŞİK DAVRANIŞ MODEL ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ

BUKET ÜNVER

Bipolar bozuklukta (BPB) ilaç uyumsuzluğu %20-60 ranjında olup pek çok tehlikeli sonuçlara yol açabilmektedir. Bu oranın düşürülmesi için müdahale programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak müdahalelerin etkinliğinde ilaç uyum davranışının (İUD) yordayıcılarının kuramsal temellere dayalı olarak belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı BPB tanılı hastalarda İUD ve yordayıcılarını Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) çerçevesinde değerlendirmeyi hedefleyen bir batarya geliştirmek, geliştirilen bataryanın psikometrik özelliklerini sınamak, bataryada yer alacak ölçümlerin birbirleri ve İUD ile olan ilişkilerinin BDM'nin öngörülerini ne denli desteklediğini incelemektir.

Çalışmanın örneklemini 14'ü yatarak, 153'ü ayaktan tedavi alan 167 BPB tanılı katılımcılardan oluşmaktadır. Veriler Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu, BDM Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası (BBİUB), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılarak ve ilaç uyumunun kanda ölçümü ile elde edilmiştir.

Bulgular katılımcılarda ilaç uyum oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak öz bildirim sonuçlarına göre vakaların %31'i ilaçlarını aksatmaktadır. Ayrıca İUD'nin en güçlü belirleyicisi ilaç alma niyetidir. İUD'ye ilaç kullanma alışkanlığı ve ilaca yönelik özetkinlik de bir katkı sağlamaktadır. İlaça uyum niyetinde öz etkinliğin, tutumun ve kontrol algısının da anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonuçları BDM'nin tüm yapılarının ölçümünü bir arada ele alan bataryanın geçerli ve güvenilir olarak uygulanabileceğine dair kanıtlar sunmuştur.

Sonuçlar ayrıca uyum düzeyleri benzer hastaların hastalık Şiddetine göre farklılaşıp farklılaşmadığının BBIB’ye göre değerlendirilebileceğine işaret etmektedir.

Bu alıŐma sonucunda geliştirilen ölçüm bataryası sayesinde ilgili bozukluğa sahip kişilerde İUD’nin bireysel bileşenlerinin belirlenebilmesi ve buna yönelik ilaca uyum müdahale programlarının geliştirilmesi umulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İlaç Uyumu, Bipolar Bozukluk, Bütünleşik Davranış Modeli, Sağlık Davranışı, Sağlık Davranış Modelleri



ABSTRACT

INVESTIGATING MEDICATION ADHERENCE IN BIPOLAR DISORDER BASED ON THE INTEGRATED BEHAVIOURAL MODEL

BUKET ÜNVER

Non-adherence to medication ranges between 20-60% in bipolar disorder (BPD), and can lead to serious health issues. To decrease these rates, intervention programs are required. However, identifying the predictors of medication adherence behavior (MAB) on a theoretical basis is essential for the effectiveness of interventions. Therefore this study aimed to develop and test the psychometric properties of an inventory targeting MAB and its predictors based on the Integrated Behavioral Model (IBM) for BPD patients, and investigate whether the relationships between the measures in the battery support the predictions of IBM.

The sample consisted of 167 BPD patients; 14 inpatients, 153 outpatients receiving medical treatment. Data were collected through socio-demographic and medical information form, IBM Bipolar Disorder Medication Adherence Inventory (BDMAI), Medication Adherence Rating Scale, Medication Adherence Report Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, World Health Organization Quality of Life Instrument-Bref, and a blood-test measuring MAB.

The findings showed high rates of MAB. However, according to self-report measures, 31% of the cases didn't use medications as prescribed. Furthermore, the strongest predictor of MAB was intention for MAB. Medication use habits, and self-efficacy contributed to MAB. Self-efficacy, attitudes, and perceived control also showed significant effects on intention for MAB. These provided evidence that BDMAI, which measures all components of IBM, is a valid and reliable tool, and can be utilized for differentiating disease severity among patients with similar non-adherence levels. It is expected that BDMAI is feasible for identifying individual components of MAB and developing MAB intervention programs targeting these components.

Keywords: Medication Adherence, Bipolar Disorder, Integrated Behavioral Model, Health Behaviour, Health Behaviour Models.



ÖNSÖZ

Doktora eğitimimin sonuna gelirken içimde buruk bir sevinç yaşamaktayım. Doktora sürecimi tamamlamanın gururu ile bitiyor olmasının hüznünü bir arada yaşıyorum. Klinik sağlık psikolojisi alanıyla temas halinde olmanın sahip olduğum umudu arttıracığına inancım tam. Sağlık psikolojisinin mesleğime sağladığı perspektif, bana yeni araştırma konularını ve farklı kavramları heyecanla keşfetmemi sağlayacak büyük bir motivasyon kazandırdı. Bu tez çalışması böyle bir motivasyonun sonucudur. Bu motivasyonun oluşmasında katkısı olan tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve aileme teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora mülakatından bugüne güler yüzü, kapsayıcılığı, şefkati, desteği ve empati becerisiyle öğrencisi olarak güvende ve motive hissedebilmeyi deneyimleme fırsatı veren, muazzam bilgi birikimi, analitik düşünme becerisi, yaptığı işe duyduğu heyecan ve inancı ile tam manasıyla model alacağım bir akademisyen olan ve bu zorlu süreci bu kadar öğretici ve keyifli geçirmemi sağlayan çok değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Sertel BERK’e minnettarım.

Tez izlemelerimde her seferinde beni yüreklendiren, takdiriyle motivasyonumu arttıran, kıymetli önerileri ile kör noktalarımızı açan ve bu tez çalışmasını çok daha iyi bir noktaya taşıyan çok kıymetli hocam Prof. Dr. Başak Yücel’e teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmamdan önce kendisinden akademisyenliğe ve klinisyenliğe dair çok şey öğrendiğim, bu tez çalışmasında da yoğun temposuna rağmen her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, çok değerli önerileri ile tezime muazzam katkıları olan çok değerli hocam Prof. Dr. Özgür Öner’e sonsuz teşekkür ederim.

Veri toplama aşamasında her türlü imkanı önüme seren, sevgi dolu ve destekleyici tavrı ile bu süreci rahatlıkla geçirmemi sağlayan, yaptığı ziyaret ve görüşmelerde özellikle Bipolar Bozukluk tanısı alan hastalarla ilgili kendisinden çok şey öğrendiğim, multidisipliner ekibin bir parçası olmaktan gurur duyduğum çok değerli hocam, ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu’na

minnettarım. Ayrıca, tez jürimde bulunmayı kabul eden değerli hocalarım Prof. Dr. Sevim Cesur ve Doç. Dr. Aslı Çarkoğlu'na verdikleri değerli geri bildirimler için teşekkürü bir borç bilirim.

Veri toplama aşamasındaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Evrim Ertlen, Doç. Dr. Özlem Devrim Balaban, Uzm. Dr. Ömer Akay, Uzm. Dr. Şakir Gıca, Uzm. Dr. Elif Çarpar, Uzm. Dr. Alp Kamazoğlu, Uzm. Dr. Cenk Kılıç'a çok teşekkür ederim. Ayrıca zorlu veri toplama sürecinde müthiş enerjileri ile benimle birlikte olan ve umudumu arttıran çok kıymetli meslektaşlarım Merve Oğur, Sanem Yörük, Hasan Çetinkaya ve Elif Ataş'a ne kadar teşekkür etsem azdır.

Aidiyet duygusunu bana sonuna kadar hissettiren, doktora eğitimimin başından itibaren her türlü destekleriyle adeta bir aile ortamı sunan canım doktora arkadaşlarım Barış, Esin, Nuray, Duygu, Nermin, Elit ve İrem'e sonsuz teşekkür ederim. Bu zorlu süreçte hiçbir ricamı geri çevirmeyen ve yanımda olan kıymetli dostlarım Ajda, Pelin, Tuğçe ve Duygu'ya da çok teşekkür ederim.

İyileşmeye ayırdıkları kıymetli zamanlarını bu çalışma ile paylaştan tüm katılımcılara yürekten teşekkür ederim.

Son olarak kızımın doğumunda ve de sonrasında yanımda olan, elinden gelenin fazlasını yapmaya gayret eden, kızımı emanet edip içim rahat bir şekilde bu tezi yazmamı sağlayan, kızımın "Ada'sı", canım anneme minnettarım. Doktora eğitimim boyunca her türlü destek ve imkânı sağlayan, en zor günlerde bile bir şekilde yüzümü güldüren, her seferinde hayatı iyi ki birlikte paylaşıyoruz dedirten sevgili eşim Mehmet Tekin Ünver'e tüm kalbimle teşekkür ederim. Bu tez sürecinde karnımda, kucağımda ve de yanımda olan, varlığıyla varlığımı yeniden sorgulatan, annelik duygusuyla beni kendi çocukluğuma götüren, büyüten, yaraların sarılmasına izin veren, kokusuyla ve gülüşüyle bu tezin bitişini hızlandıran canım kızım, Mira, içimi şükranla dolduruyorsun.

Buket Ünver

İstanbul, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR

1.1. Bipolar Bozukluk	7
1.1.1. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması	8
1.1.2. Bipolar Bozukluğun Klinik Seyri	11
1.1.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi	17
1.1.4. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi	19
1.1.4.1. Genetik Etkenler.....	19
1.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler	20
1.1.4.3. Çevresel Etkenler	21
1.1.5. Bipolar Bozukluğun Tedavisi	23
1.2. İlaç Uyumu.....	32
1.2.1. İlaç Uyumunun Tanımı	32
1.2.2. İlaç Uyumunun Ölçümü.....	35
1.2.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Klinik Sonuçları.....	41
1.2.4. Bipolar Bozuklukta Ekonomik Sonuçlar	44
1.2.5. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Yordayıcıları.....	45
1.2.5.1. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Biyolojik ve Tıbbi Yordayıcıları	46
1.2.5.2. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Sosyodemografik Yordayıcıları	51
1.2.5.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Psikolojik Yordayıcıları..	53
1.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunu ve Sağlık Davranış Modelleri	60

1.3.1. Sağlık Davranışlarıyla İlişkili Kuramsal Çerçevelerin Gözden Geçirilmesi	62
1.3.1.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)	63
1.3.1.2. Gerekçelendirilmiş Eylem Modeli (TRA:Theory of Reasoned Action) ve Planlanmış Davranış Modeli (TPB: Theory of Planned Behavior).....	64
1.3.1.3. Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) (IBM: Integrated Behavioral Model).....	67
1.4. Çalışmanın Amaç ve Hipotezleri	72

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar	78
2.2. Veri Toplama Araçları	79
2.2.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	79
2.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	79
2.2.3. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu	80
2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu	80
2.2.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)	81
2.2.6. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)	82
2.2.7. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5)	82
2.2.8. İlaç uyumunun kan düzeyiyle ölçümü	82
2.2.9. Hastalık Şiddeti Ölçümü	83
2.2.10. Bütünleşik Davranış Modeli(BDM) Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası (BBİU):	83
2.3. İşlemler.....	92
2.4. Verilerin Analizi.....	92

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Betimsel Analizler.....	94
3.2. Bipolar Bozukluk İlaç Uyum Batarayası (BBİUB) Geçerlik Sınamaları	98
3.2.1. Madde analizi	98
3.2.2. Faktör analizi	100
3.2.3. Yakınsak Geçerlik (Ölçüt bağımlı geçerlik) Analizleri	106
3.2.4. Kriter Geçerliği	109
3.2.5. Artımlı Geçerlik Analizleri	110
3.2.6. Ayırt Edici Geçerlik Analizi	110
3.2.7. Yapı Geçerliği-Yapılar Arası Korelasyonel Analizler.....	111
3.3. Bütünleşik Davranış Model (BDM) Doğrulama Analizleri.....	115

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Çalışmada Elde Edilen Sosyo Demografik ve Klinik Bulguların Değerlendirilmesi.....	127
4.2. Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryasının (BBİUB) Geçerlik ve Güvenirliğinin Tartışılması	149
4.3. Bütünleşik Davranış Modelin Değerlendirilmesi.....	177
4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları	201

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	Error! Bookmark not defined.4
-------------------------------	--------------------------------------

KAYNAKÇA	2099
-----------------------	-------------

EKLER.....	2566
-------------------	-------------

ÖZGEÇMİŞ.....	267
----------------------	------------

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1:	Katılımcıların demografik özellikler, hastalık seyri, ilaç kullanımı ve uyum kategorilerindeki sıklık dağılımları.....	94
Tablo 2:	Demografik ve uyum değişkenlerinin etkileşim düzeylerine ait kıkare değerleri.....	96
Tablo 3:	Kan Düzeyine Göre İlaç Uyumu Olan ve Olmayan Bipolar Hastaların Yaş ve Antipsikotik İlaç Dozlarına İlişkin T Testi Sonuçları	96
Tablo 4:	Demografik/klinik değişkenler ve hastalık şiddeti değişkenlerinin etkileşim düzeylerine ait kıkare değerleri	97
Tablo 5:	Ayaktan ve yatan Bipolar Hastaların Yaş değişkenine ilişkin T Testi Sonuçları.....	98
Tablo 6:	Tutum ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	101
Tablo 7:	S.N. destek ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	102
Tablo 8:	S.N. karşı ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	102
Tablo 9:	S.N. baskı ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	102
Tablo 10:	S.N. diğer ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	103
Tablo 11:	Algılanan kontrol ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	103
Tablo 12:	Öz etkinlik ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	104
Tablo 13:	Bilgi ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	104
Tablo 14:	Engel ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	105
Tablo 15:	Erişim ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları	105

Tablo 16:	BBİUB'nin ve Diğer Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri	106
Tablo 17:	BBİUB'nin Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Puanları ve TTUO ve MARS-5 Toplam Puanları İle İlişkisi.....	108
Tablo 18:	BDM İlaç Uyumu İle Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	109
Tablo 19:	BDM' ye ve Kan Düzeyine Göre Uyum Kategorisi Değişkenlerinin Etkileşim Düzeylerine Ait Kikare Değerleri.....	109
Tablo 20:	BDM İlaç Uyumunun TTUO, MARS-5 ve Kan Uyumu Düzeyinin Kontrol Edildiği Durumda Hastalık Şiddeti Üzerindeki Hastalık Şiddeti Değişkeni Üzerindeki Etkisine Dair Çoklu Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	110
Tablo 21:	Ayaktan ve Yatan Uyumsuz Hasta Gruplarının BDM Yapıları ve BDM İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması	111
Tablo 22:	BBİUB'de Yer Alan Tüm Bölümlerin Birbirleri İle Olan İlişki Düzeyleri	113
Tablo 23:	İlaç Uyumuyla İlgili Sonuç Değişkenler ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri	117
Tablo 24:	Niyet, Davranış Ve Hastalık Şiddeti Değişkenlerinin Birbirleri İle Olan Korelasyon Değerleri	118
Tablo 25:	Tutum, S.N. destek, S.N. diğer, Kontrol Algısı ve Öz etkinliğin Poliklinik Sıklığı Kontrol Edildiği Durumda Niyet Üzerindeki Yordayıcı Etkilerine Dair Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları	119
Tablo 26:	Kontrol Puanı Düşük ve Yüksek Olan Grupların Düşük ve Yüksek Tutum Değişkenine Göre Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları....	120
Tablo 27:	Davranışın Dolaylı Yordayıcılarının BDM İlaç Uyumu Üzerindeki Etkisine Dair Doğrusal Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları	121
Tablo 28:	Davranışın Doğrudan Yordayıcılarının BDM İlaç Uyumu Üzerindeki Etkisine Dair Doğrusal Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları	122
Tablo 29:	Tutum, S.N. Destek, Algılanan Kontrol Ve Özetkinliğin İlaç Uyum Davranışı Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Niyetin Aracı Etkisine Dair Doğrusal Medyator Regresyon Analiz Sonuçları.....	123

Tablo 30: BDM Yapılarının ve BDM İlaç Uyumunun Hastalık Şiddeti Değişkeni Üzerindeki Yordayıcı Etkilerine Ve Niyet İle Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkide İlaç Uyumunun Aracı Rolüne Dair Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	124
--	-----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Bipolar Bozukluğun Çoklu Faktöriyel Modeli	22
Şekil 2:	Bütünleşik Davranış Modeli (BDM).....	70
Şekil 3:	Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası Madde Geliştirme Aşamaları. 85	
Şekil 4:	Tutum ve Kontrol Algısının Niyet Üzerindeki Etkisine Dair İki Yönlü Anova	120



KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: Amerikan Psikoloji Birliği
BPB	: Bipolar bozukluk
BBİUB	: Bipolar Bozukluk İlaç Uyum Batarayası
BDM	: Bütünleşik Davranış Modeli
MARS-5	: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
TRA	: Gerekçelendirilmiş Eylem Modeli
TPB	: Planlanmış Davranış Modeli
TTUÖ	: Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

GİRİŞ

Bugüne kadar en çok kabul görmüş ve en yaygın sağlık tanımı şu şekildedir: “Sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil; aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır”. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1946 yılında yapılan bu tanım tarihsel döneme ve bulunduğu kültüre göre değişiklikler göstermiştir. On dokuzuncu yüzyıl boyunca, modern tıbbın kurulmasıyla hekimler çalışmalarını diseksiyon, fiziksel incelemeler ve tıbbi muayene yöntemleriyle yapmıştır. Darwin’in tezi, Türlerin Kökeni, 1856 yılında yayınlanmış ve evrim teorisi açıklanmıştır. Bu devrimci teori insan için doğada bir yer tanımlamış ve doğanın bir parçası olduğumuzu, doğada geliştiğimizi ve biyolojik varlıklar olduğumuzu önermiştir. Bu, daha önceki yıllarda insanı benzer şekilde ele alan biyomedikal modelle ortak bir bakış açısı taşımaktadır (Ogden, 2007). Biyomedikal model “bedenin bir makine, hastalığın makinenin bozulması sonucu ortaya çıkan şey, doktorun görevinin de makineyi tamir etme” olduğu görüşünü savunmaktadır. Bu model hastalığın bakteri, virüs gibi alt düzey süreçlere indirgenip psikolojik ve sosyal süreçlerin rolünün dikkate alınmaması, beden ruh düalizmini vurgulaması ve sağlık yerine hastalık kavramı üzerinde durması nedeniyle eleştirilmiştir. Bununla birlikte yirminci yüzyıl boyunca sağlıkta psikolojinin öneminin artması ve zihin beden arasındaki ilişkinin değişen rolü biyomedikal modelin bazı varsayımlarını zorlamıştır (Ogden, 2007).

Biyomedikal modele ilk itiraz yirminci yüzyılın başında Freud’un zihin ve fiziksel hastalık arasındaki ilişkiyi analiz etmesine cevaben gelişen psikosomatik tıptır. Freud’un histeri çalışmalarına göre zihin ve beden arasında bir etkileşim söz konusudur ve psikolojik faktörler sadece hastalığın bir sonucu değil; nedenine de katkıda bulunabilmektedir (Ogden, 2007). Biyomedikal modele tepki olarak doğan ve Schwartz ve Weiss (1978) tarafından geliştirilen bir diğer disiplin ise hastalığın önlenmesinde ve tedavisinde psikoloji, sosyoloji ve sağlık eğitimi alanlarının bir arada ele alındığı davranışsal tıp alanıdır. Sağlık psikolojisi, psikolojiye bir sağlık anlayışının dahil edilmesi noktasındaki son gelişmedir ve kökleri Engel’in (1977) önerdiği biyopsikososyal hastalık ve sağlık modeline dayanmaktadır.

Biyopsikososyal model sağlık ve hastalığın sadece biyomedikal değişkenlerden değil; aynı zamanda kùltùr, sosyal ve psikolojik faktùrlerden de etkilendiğini savunmaktadır. (Collen, 2015).

ABD’de 1976 tarihinde “ùnlenebilir” hastalık oranlarının artması konusunda yaşanan endişeler ùzerine konuyla ilgili Amerikan Psikoloji Birliği (APA) gùrevlendirilmiř ve sağlık psikolojisine duyulan ihtiyaçı ortaya çıkarmıştır. 1920-1970 yılları arasındaki elli yıl boyunca grip, kızamık ve tùberkùloz gibi akut bulaşıcı hastalıkların prevalansı Kuzey Amerika’da azalıırken; kardiyovaskùler hastalıklar, uyυřturucu ve alkol bağımlılığı ve akciğer kanseri gibi “ùnlenebilir” hastalıklar ònemli oranda artmaktaydı (Matarazzo, 1980). Fiziksel sağlığın gelişiminde psikolojik teori ve uygulamalarda bazı başarılar elde edildikten sonra sağlık psikolojisi resmen 1978’de APA’nın 38. Bùlümü (Division 38) haline gelmiştir. O zamandan bu yana sağlık psikolojisi hastalığın tedavisi ve ònlenmesinde; sağlıkta ve hastalıkta psikolojik faktùrlerin rolùne ve sağlığın geliştirilmesi, sùrdùrùlmesi ve sağlık politikalarının iyileştirilmesi alanlarına odaklanmaktadır (Hatala, 2012).

Bununla birlikte Matarazzo’nun sağlık psikolojisi tanımı, akabinde klinik sağlık psikolojisi tanımlarının yapılması APA’nın şuanki klinik sağlık psikoloji tanımının temellerini oluşturmuştur: Klinik sağlık psikolojisi hastalık ve sağlıkta davranışsal, duygusal, bilişsel, sosyal ve biyolojik faktùrler arasındaki ilişkinin getirdiği bilimsel bilginin sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında, hastalığın ve yeti yitiminin ònlenmesinde, tedavi ve rehabilitasyonda ve sağlık sisteminin geliştirilmesinde kullanılması ve uygulanmasıdır. Sağlık psikolojisinin bir uygulama alanı olan klinik sağlık psikolojisinin en belirgin odak noktası fiziksel sağlık sorunlarıdır. Davranış ve sağlık arasındaki ara yùze dair bilginin geliştirilmesi ve bu bilgiyi bireylere, ailelere ve sağlık sistemine daha kaliteli hizmet vermek için değerlendirmesi de òzel ilgi alanıdır (Peterson, Goodie ve Andrasik, 2015).

Son zamanlarda sağlık hizmetlerindeki pek çok teknik yeniliğe rağmen, sağlıkla ilgili sonuçlarda insan davranışı en bùyùk varyans kaynağı olmaya devam etmektedir. İnsanların sağlığı ve iyi oluş hali sigara içme, hijyen, diyet, fiziksel egzersiz gibi birey tarafından kontrol edilebilen yaşam tarzı faktùrlerinden gùlù bir

şekilde etkilenmektedir (Ryan, Patrick, Deci ve Williams., 2008). Bu noktada hastalarına davranışlarını değiştirmeleri gerektiğini söyleyen klinisyenler hasta uyumsuzluğu gerçeğiyle sıklıkla karşılaşmaktadır. Oysa sağlık müdahalelerin etkililiği ilaç alma, kendi kendini muayene etme veya belirli aktiviteler veya alışkanlıklardan sakınma gibi hastaların öz-bakım aktivitelerine yönelik uyumuna bağlıdır ve bu uyum kronik durumlarda yaşam boyu sürdürülebilir davranışsal değişim gerektirmektedir (Collen, 2015; Peterson ve ark., 2015). Reçete edilen değişikliklere veya zaman içinde önerilen öz-bakım davranışlarına uyumsuzluk ise ciddi bir problem alanıdır. Eğer klinisyenler hastayı uyum gösterme noktasında motive edemezlerse, rolleri tartışmaya açık hale gelir ve sağlık harcamaları heba edilmiş olur (Collen, 2015). Tedaviye uyum özellikle psikiyatrik hastalarda ilaç uyumu açısından oldukça önem taşımaktadır. İlaçlar reçetelendiği şekilde alınmadığı takdirde hastalık belirtileri, atak sayısı, hastanede yatış sayısı ve intihar oranları artmaktadır. Bu nedenle ilaç uyumsuzluğu psikiyatri hastalarında olumsuz klinik seyir ve klinik sonuçlar için ciddi bir risk faktörüdür (Riley ve ark., 2009).

Geleneksel biyomedikal sağlık paradigmasının sağlık ve hastalığın biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal belirleyicilerini kapsayan bütünsel bir bakış açısı ile değiştirilmesi, ilaç uyumu kavramının da bireyin genetik, psikolojik ve sosyal koşullarına özgü faktörleri, tedavi ortamını, sağlık sistemini ve sağlık politikalarını içeren çoklu ve ilişkisel bir boyutta ele alınmasını gerektirmektedir (Engel, 1977; Levin, Krivenko, Howland, Schlachet ve Sajatovic, 2016). WHO'ya göre (2003) de ilaç uyumu, beş belirleyici grubun etkileşimi ile belirlenen çok boyutlu bir fenomendir: sosyal/ekonomik faktörler, klinisyen, hasta/sağlık sistemi faktörleri, duruma bağlı faktörler, tedaviyle ilişkili faktörler ve hastayla ilişkili faktörler. Dolayısıyla tek başına tıbbi bir tedavi gibi gözüken ilaç uyumunun dahi aslında çok boyutlu niteliği itibari ile biyopsikososyal açıdan ele alınmasının önemi açıktır. Öte yandan ilaç uyumunun birincil tedavi yöntemi olarak başvurulmasını gerektiren hastalıklar söz konusudur. Bu hastalıklardan biri de bipolar bozukluktur. Yol gösterici bir yaklaşım olarak biyopsikososyal model, kronik hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozukluğun etiyolojisi ve tedavisinde de çok aşamalı ve çok sistemli bütüncül bir yaklaşım ortaya koymaktadır (Çakır ve Özerdem, 2010).

Bipolar bozukluk (BPB) karmaşık, ciddi, kronik, tekrarlayan, bireyin işlevselliğine ve yaşam kalitesine ciddi zararlar verebilen, mortalitesi ve morbiditesi yüksek psikiyatrik bir hastalıktır (Colom ve Vieta, 2012; Kerner, 2014; Saka, Özer ve Uluşahin, 2001). BPB dünya çapında 15-44 yaş aralığında en sık yeti yitimine yol açan altıncı hastalıktır (Latalova ve ark., 2013). BPB'nin tipik başlangıç yaşı ergenliğin sonu genç yetişkinlik döneminin başı olarak değerlendirildiğinde özellikle genç bireyin gelişimsel eğrisinde, sosyal ve duygusal büyümesinde, eğitim ve mesleki adımlarında büyük bir karmaşa yaşaması söz konusudur (Macneil ve ark., 2011). BPB tanılı hastalar klinik olarak ötimik olsalar da hastalığın yaşam boyu süren ve tekrarlanabilir doğası sözü edilen pek çok alanda bireyin körelmesine ve kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevler ve eğlenme-dinlenme gibi uğraşlarından aldığı tatmin düzeyinde azalmalara diğer bir deyişle yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir (Oldis ve ark., 2016; Saka ve ark., 2001;). Yeti yitimi ve yaşam kalitesinde görülen ciddi kayıpların yanı sıra BPB'de görülen intihar oranının genel nüfusa kıyasla 20 kez daha yüksek olması hastalığın ciddiyetini bir kez daha ortaya koymaktadır (Altamura ve ark., 2010). Psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan BPB'de hastaların yaklaşık yarısı en az bir kez intihar girişiminde; yaklaşık %15-20'si ise intihar eyleminde bulunmaktadır (Vieta ve ark., 2018). Toplumsal perspektiften bakıldığında ise hastalığın getirdiği tüm bu kayıplar doğrudan sağlık harcamalarına (tıbbi ve ilaç harcamaları), sağlıkla ilişkili olmayan harcamalara (madde kötüye kullanımla ilgili harcamalar) ve dolaylı harcamalara (üretimde verimliliğin azalması, işsizlik ve bakım) neden olmaktadır (Colom ve Vieta, 2012; Cloutier, Greene, Guerin, Touya ve Wu, 2018).

Bipolar bozuklukta hastalık şiddeti ile beraber özellikle damgalanma kaygısı nedeniyle hastalığı gizlemenin de yüksek oranda olduğu belirtilmektedir (Haddad, Brain ve Scott, 2014; Howland, Levin, Blixen, Tatsuoka ve Sajatovic, 2016). Uygun tedaviyle iyileşmenin söz konusu olduğu bir hastalığın gizlenmesi, ihmal edilmesi, eksik tedavisi, yanlış veya geç tanı alınması klinik seyri olumsuz etkilemesine, atak sıklığının ve şiddetinin artmasına ve tedavinin olası yararını azaltmasına yol açmaktadır (Öztürk, 1997; Van Meter, Burke, Youngstrom, Faedda ve Correl, 2016). Dolayısı ile BPB'nin süregelen ve yineleyici doğası tedavide biyopsikososyal

yaklaşımı gerektirmektedir. Tedavi hedefleri akut dönemlerin sağaltımı, nükslerin önlenmesi, mortalite ve morbiditenin azaltılması ve hastanın işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin artırılmasından oluşmaktadır. Elbette bu hedeflere ulaşmada sadece ilaç sağaltımı yeterli olmamakta; bazı psikososyal girişimlere de gerek duyulmaktadır (Vahip ve Aydemir, 2010). Ancak, bipolar hastalarda birincil tedavi stratejisi ilaç tedavisi olduğu halde ve ilaç uyumsuzluğunun atak geçirme, hastalığın ağırlaşması ve en nihayetinde intihar gibi komplikasyonların temel belirleyicisi olmasına karşın (Levin ve ark., 2016; Sachs ve Thase, 2000) BPB hastalarında ilaç uyumsuzluğunun %20-60 rajında olduğu görülmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010). Oysa BPB tanısı alan hastalarda ilaç uyumu ile belirtilerin, atakların, yeti yitimi ve intiharın kontrolü sağlanarak daha iyi sağlık sonuçları ve yaşam kalitesine ulaşılabilir (Leclerc, Mansu ve Brietzke, 2013). Özellikle bipolar bozuklukta intihar riskini azaltmanın en önemli yolu duygu durum dengeleyici olan lityum tedavisinin düzenlenmesi ve ilaç uyumunun artırılmasıdır (Post ve Altshuler, 2007). Geçirilen her atağın bir sonraki atağın habercisi olduğu ve her atakta hastalığın neden olduğu yeti yitimi ve kayıpların ağırlaştığı göz önüne alındığında koruyucu tedavinin önemi de giderek artmaktadır (Eroğlu ve Özpoymaz, 2010).

Literatürde BPB hastalarında ilaç uyumsuzluğunun temel belirleyicileri konusunda belirsizlik söz konusudur. Konuyla ilgili yapılan ilk çalışmalarda çoğunlukla demografik, klinik ve ilaçla ilgili faktörlerin uyum üzerindeki etkisi incelenmiş; fakat demografik ve hastalıkla ilişkili faktörlerin bipolar bozuklukta ilaç uyumsuzluğunu tek başına açıklayamadığı görülmüştür (Clatworthy, Bowskill, Parham ve Horne, 2007). Biyomedikal sağlık bakış açısının bir sonucu olan itaat temelli (compliance based) model biyopsikososyal modelle birlikte yerini uyum temelli (adherence based) modele bırakmıştır. Paradigmadaki bu değişim, BPB’de uyumsuzluğun hastanın bakış açısına öncelik veren Sağlık İnanç Modeli, Planlı Davranış Teorisi, Öz düzenleme Modeli gibi pek çok sağlık davranış modellerince formüle edilerek ele alınmasını ve konuyla ilgili motivasyon, değişim ve uyum üzerine geniş bir literatür oluşmasını sağlamıştır. Buna göre hasta odaklı yaklaşımın temelinde hastanın kendi tedavisine karar verme becerileri yatmaktadır. Diğer bir deyişle hastalar kendi inançları, kişisel durumları ve tedaviyle ilgili yarar ve zarar

algılarına dayanarak tedaviye devam edip etmemeyi seçme hakkı olan “son karar vericiler” dir (Chakrabarti, 2016).

Öte yandan gözden geçirme çalışmalarını ele alan bir çalışmada hasta uyumuna yönelik yapılan müdahalelerin çoğunun eklektik olduğu ve kesinlikle teorik bir modelin temsili olmadığı vurgulanmaktadır (Van Dulmen ve ark., 2007). Oysa müdahalelerin etkinliği teorik temelli bir bakış açısıyla elde edilen ilaç uyum yordayıcılarının belirlenmesine ve dinamik sürecin anlaşılmasına bağlıdır (Peterson ve ark., 2015). Bu nedenle bipolar hastalarda ilaç uyumu belirleyicilerinin kapsamlı bir teorik çerçevede ele alınması bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu bağlamda Sağlık İnanç Modeli (Health Behavior Model) ve Planlı Davranış Kuramı (Theory of Planned Behavior) olmak üzere sağlık davranışlarının öncüllerini açıklamaya çalışan belli başlı sağlık davranış kuramlarını bünyesinde barındıran Bütünleşik Davranış Modeli (Fishbein ve Yzer, 2003) bipolar bozuklukta ilaç uyumunun yordayıcılarının anlaşılması için bir çerçeve olarak ele alınmıştır. Ancak ülkemizde ne özelde BPB hastalarına yönelik ne de genelde ilaç uyumuna yönelik herhangi bir kuram temelli ölçüm aracı bulunmamaktadır. Dolayısı ile bu çalışmanın birinci amacı BPB tanılı hastalarda ilaç uyum davranışı ve yordayıcılarını Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) çerçevesinde değerlendirmeyi hedefleyen bir batarya geliştirmek, geliştirilen bataryanın psikometrik özelliklerini sınamak, bataryada yer alacak ölçümlerin birbirleri ve ilaç uyumu ile olan ilişkilerinin Bütünleşik Davranış Modeli’nin öngörülerini ne denli desteklediğini incelemek ve bu sayede BPB tanısı alanlarda ilaç uyumunun yordayıcılarını ve sonuçlarını teorik bir model ekseninde ele alabilmektir. Bu çalışmanın bipolar hastaların ilaç uyumunu arttırmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesine ışık tutacağı ve bu sayede atak sayısı, hastaneye yatış, intihar gibi klinik sonuçların azalmasında veya kontrolünde en nihayetinde sağlık sonuçları açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

Mevcut çalışmada bipolar bozukluk (BPB) tanılı hastaların ilaç uyumlarını yordayan değişkenler Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) kapsamında ele alınacaktır. Bu amaç doğrultusunda literatür bölümünde öncelikle bipolar bozukluğun sınıflandırılması, klinik seyri, epidemiyolojisi, etiyoloji ve tedavisini içeren bilgiler sunulacaktır. Ardından ilaç uyumu değişkeninin tanımı ve ölçümüne değinilip bipolar bozukluk açısından klinik ve ekonomik sonuçlarına ve bipolar bozuklukta ilaç uyumu yordayıcılarına ilişkin bulgulara yer verilecektir. Son olarak sağlık davranış modelleri açısından ilaç uyumu ele alınacak ve Bütünleşik Davranış Model ayrıntılı olarak tanıtılacaktır.

1.1. Bipolar Bozukluk

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri ağır çöökkünlük ve taşkınlık nöbetleri olarak tanımlanmıştır. Mani ve melankoli terimlerini ilk olarak Hipokrat kullanmış; Orta Çağda depresyonu en iyi İbni Sina tanımlamış; 19. yüzyılda ise Kraepelin mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini “manik depresif delilik” başlığında toplamıştır (Öztürk, 1997). Kraepelin manik depresif akıl hastalığını döngüsel bir hastalık olarak tariflemiştir. Kraepelin’den sonra özellikle duygudurum bozukluğu belirtilerinin aşıkare hale gelmesiyle manik ve majör depresif epizod ile ilgili kliniğe ve araştırmalara ilgi artmıştır (Judd ve ak., 2002).

BPB belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan mani, hipomani, depresyon veya karma epizodlarla giden ve epizodlar arasında bireyin hastalık öncesi duygudurumuna dönebildiği, hemen hemen her alanda işlevsellikte belirgin bozulmaya ve yeti yitimine yol açan, mortalitesi, morbiditesi ve komorbiditesi yüksek, kronik seyir gösteren ve sürekli tedavi gerektiren psikiyatrik bir hastalıktır (Altamura ve ark., 2010; Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017). BPB her hastada başlangıcı, gidişi, tedaviye yanıtının karmaşık olması ve çok boyutlu süreçlerle ilişkili olması nedeniyle spekturum olarak da değerlendirilmektedir (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017).

Depresyon ve mani sıklıkla duygu durum spektrumunun zıt uçları olarak görülmekle birlikte her ikisinde de kişinin duygu durumunda olağan gidişten farklı ve süreklilik gösteren emosyonel bir yaşantı söz konusudur. Depresyon döneminde duygulanımda görülen derin üzüntü, elem ve kederde artış (disfori); manide ise aşırı neşeli, coşkulu veya öfkeli (öfori) olma hali söz konusudur (Öztürk, 1997). Bu uçlar farklı zamanlarda ortaya çıkabileceği gibi aynı anda da ortaya çıkarak karma bir duygu durumu oluşturabilir. Mani, daha düşük derecede olan hipomani olarak ortaya çıkabilir ya da mani ve depresyon arasında hızlı bir geçiş yaşanabilir ki bu da “hızlı döngü” olarak adlandırılır (Stahl, 2012). Aşağıda sırasıyla Bipolar Bozukluğun sınıflandırılması, epidemiyoloji ve etiyolojisine yönelik araştırma ve açıklamalar ile beraber bozukluğun klinik seyri ve bozukluğa yönelik tedavi yaklaşımları ele alınacaktır.

1.1.1. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması

BPB geleneksel olarak ya psikotik spektrumun ya da duygudurum bozukluğunun (afektif bozukluk) bir parçası olarak sınıflandırılmış; duygudurum bozukluğu da unipolar depresyondan bipolar bozukluğuna giden bir süreklilik dahilinde görülmüştür (Vieta ve ark., 2018). BPB tanılı hastalarının yaklaşık yarısının halüsinasyon ve delüzyon gibi gerçeklik yetisinde bozulmalar yaşaması ve bu belirtilerin pek çok psikiyatrik bozuklukta görülmesi tanı sınırlarını bulanıklaştırmakta dolayısıyla hastaların yaşam boyu tanıları değişebilmektedir (Kerner, 2014). DSM-5, Bipolar ve İlişkili Bozukluklar adında bir kategori oluşturarak hastalığın ne psikotik bozuklukların ne de duygu durum bozuklukların altında yer almasına izin vermemiştir. Buna karşın BPB Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nda (ICD-10) duygu durum bozuklukların altında yer almıştır (Vieta ve ark., 2018).

DSM 5'e göre bipolar bozukluk yedi alt tipte sınıflandırılmıştır:

- Bipolar I bozukluk,
- Bipolar II bozukluk,
- Siklotimik bozukluk,

- Madde/ilaçla tetiklenen bipolar ve ilişkili bozukluklar,
- Diğer tıbbi durumlara bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar,
- Tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluklar
- Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluklar (APA, 2013).

Bipolar I bozukluk tanısı en az bir mani dönemi ve öncesinde ya da sonrasında bir hipomani ya da bir depresyon dönemi ile karakterizedir; tanı için depresyon ve hipomani döneminin görülmesi zorunlu değildir. Mani ve majör depresyon dönemlerinin ortaya çıkışının şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir (APA, 2013).

Bipolar II bozukluk tanısı ise mani dönemi yaşanmaksızın en az bir hipomani ve en az bir majör depresyon dönemi yaşanması ile karakterizedir. Hipomani ve majör depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır. Depresyon belirtileri ya da dönemler arasında sık gelip gitmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (APA, 2013).

Bipolar bozukluk tanısı, o sıradaki veya en son dönemin türüne ve o sıradaki ağırlığına, çeşitli klinik özelliklerin varlığına ve yatışma durumuna bağlı olarak konulur. Bu amaçla bozukluk için gidiş belirleyicileri tanımlanmıştır. Bunlar; bunalıtlı sıkıntı, karma özellikler gösteren, hızlı döngülü (manik veya depresif dönemlerin bir yıl içinde dörtten fazla yaşanması), melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, psikoz özellikleri gösteren (duygu durumla uyumlu veya duygu durumla uyumlu olmayan), katatoni ile giden, mevsimsel örüntü gösteren, doğum zamanı (peripartum) başlayan, o sıradaki ya da en son dönemi tam yatışma gösteren/göstermeyen, ağır olmayan/orta derecede/ağır olarak sıralanmıştır (APA, 2013).

Yukarıda yer alan DSM-5'e göre BPB tanımı DSM IV'e göre bazı farklılıklar içermektedir. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- Karma epizodun kaldırılması: Karma özellik manik veya depresif epizodlarda bir belirteç olarak kullanılarak "karma özellikli mani/hipomani ya da depresif epizod" şeklinde yer almaktadır. Diğer bir deyişle DSM-IV'de karma dönem, mani ve depresif belirtilerin bir arada görüldüğü bir hastalık dönemi olarak tanımlanırken; DSM-5'de majör depresif dönem ve manik/hipomanik dönemler için bir gidiş belirleyicisi olmaktadır.
- Manik ve hipomanik dönemlerin tanımında değişiklik: DSM-IV'de öfori/kabarmış duygudurum ve/veya iritabl duygudurum olmak üzere iki temel tanı ölçütü söz konusuysa; DSM 5'de duygudurum değişikliklerine ısrarlı enerji artışının da eklenmesi,
- DSM-IV'de antidepresan kullanımı sırasında görülen hipomani bir dışlama ölçütüyken; DSM 5'de ilaçla/maddeyle tetiklenen bipolar ve ilişkili bozukluklar şeklinde yeni bir alt kategori oluşturulmuştur (Akdeniz, 2018).

BPB çeşitli formlarda ve şiddet derecelerinde görülebilir. Manik depresif hastalıkların daha hafif formlarının varlığının tanınması için son on yılda önemli bir çaba söz konusudur (Vieta ve Suppes, 2008). Tam gelişmiş epizod için yeterli belirtinin olmaması ya da belirtilerin bu epizodların biri için tanı ölçütlerini karşılayacak şiddette olmaması, eşik altı (subsendromal) manik ve depresif epizodları ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle duygu durum bozukluklarının görüntüsü geniş ölçüde değişken olabilmektedir (Stahl, 2012).

Majör ve özgül alt tipler şiddet ve süre temel alınarak birbirinden ayırt edilmektedir. Distimik ve siklotimik bozukluk, aralıklı ya da sürekli en az 2 yıl süren tam mani ve tam depresyondan daha az şiddetli duygu durum dalgalanmalarını kapsamaktadır. Distimide eşik altı depresif dönemler egemen iken siklotimide bu depresif dönemler kısa süreli hipomani ile dönüşüm halindedir. Elbette tüm duygu durum varyasyonları patolojik değildir. Örneğin depresif mizaç (distimi ölçütlerini karşılamayan, duygu durum bozukluğu olmayan normalin altında duygu durum,

örneğin bireyin sürekli üzgün veya ilgisiz olması) ve hipertimik mizaç (duygu durum bozukluğu olmayan normalin üstünde duygu durum, örneğin dışa dönük, dürtüsel, iyimser ve coşkulu olma, inhibisyon yokluğu, kendine fazla güvenme gibi) sabit ve kalıcı olan normal duygudurumda yalnızca hafif derecede dalgalanmalarla kendini göstermektedir (Akdeniz, 2018; Öztürk, 1997; Stahl, 2012).

Hastaların önemli bir kısmı için yukarıda belirtilen tanı kategorilerini karşılamayan fakat bir duygu durum bozukluğunun olabileceğine dair klinik bir kanı yaygınlaşmaktadır. Resmi olarak “başka türlü adlandırılmayan” ya da “BTA” olarak isimlendirilen büyük ve tek grup belirtilerin zenginliğini ve karmaşıklığını gizlemektedir. Oysa giderek yaygınlaşan görüş, bu tür hastaların “bipolar spektrum” içerisinde olduğu yönündedir (Stahl, 2012). Uygun bir tedaviyle BPB hastalarının tam remisyona girebileceği belirtilmekle birlikte özellikle ikinci, üçüncü ve sonraki epizodlardan sonra işlevsel düzelmeyi zorlaştıran rezüdiel ve eşik altı belirtilerin pek çok alana yayılarak devam etmesi bipolar spektrum görüşünü desteklemektedir (Vieta ve ark., 2018). Bununla birlikte bipolar spektrumun farmakolojik hipomani, siklotimik ve dürtü kontrol bozuklukları gibi “daha yumuşak” ifadelere genişletilmesi ile ilgili öneriler de söz konusudur (Judd ve ark., 2002).

1.1.2. Bipolar Bozukluğun Klinik Seyri

Pek çok kişi BPB’nin başlangıcından önce prodromal (öncü) belirtileri yaşamaktadır. Duygudurum oynaklığı ve enerji düzeyinde değişiklikler BPB hastalarında yaygın olmakla birlikte anksiyete ve irritabilite gibi belirtilere göre bipolar hastalığa daha özgü belirtilerdir. BPB prodromunun belirti profilinin ve süresinin değişken olması mevcut belirtilerle olası BPB gelişimini tanımlamayı zorlaştırmaktadır (Van Meter ve ark., 2000).

BPB tanısı konulabilmesi için mutlaka en az bir hafta süren tam bir manik dönem ya da en az iki hafta süren bir depresif dönem bulunması ve arada düzelmeye ya da iyilik haline izin veren dönemsel hastalanma biçiminde bir gidiş olması gerekmektedir (Akiskal, 2007). Mani bireyin uyumunu ciddi düzeyde bozan, kendisini ve çevresini oldukça zor hatta tehlikeli durumlara sokan ve 4-6 hafta

sürebilen bir hastalık olduğu için depresif dönemlerden farklı olarak çoğunlukla hastaneye yatış gerekmektedir. Bununla birlikte depresif dönemler manik dönemlerden daha uzun sürmektedir (Gültekin, Kesebir ve Tamam, 2014). BPB hastalarının depresif belirtileri, eleve/karma belirtilerden daha uzun süre yaşamaları sosyal ve mesleki işlevsellikte ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya yol açmaktadır (Miller, 2014).

BPB tanılı hastaların çoğu iyileşmeden sonra manik ya da depresif atak geçirirler; tek mani ile hastalığı atlatanların sayısı oldukça azdır (Öztürk, 1997). Ülkemizde yapılan bir izlem çalışmasında bir yılın sonunda hastalığın tekrarlama oranı %31.2 olarak bulunmuştur (Saka ve ark., 2001). Atak sayısı, hastalık süresi ve koruyucu tedavi yanıtına bağlı olarak değişmektedir (Akdeniz, 2018). Örneğin genç yaşta başlayan hastalıklarda ilk ataktan sonra uzun yıllar atak görülmeyebilirken; orta ve geç yaşlarda atak sıklığı daha fazla olabilmektedir (Öztürk, 1997). BPB’de ataklar arasındaki belirgin bir belirti olmayan ve az çok normal uyumun olduğu iyilik dönemlerinin süresi önceden kestirilemez. Düzenli mevsimsel ataklar geçiren hastalar bu açıdan oldukça nadirdir. BPB çok ağır gittiğinde ve koruyucu tedaviye yanıt vermediğinde ataklar sıklaşır; mani ve depresyon atakları içiçe girerek aynı anda oluşabilir ki buna karma tip denir. Bununla birlikte ataklar arası iyileşme (remisyon) süresi kısa olup, yılda en az 3-4 kez atak yaşanması da hızlı döngülü bipolar bozukluğa işaret eder (Öztürk, 1997). Yeterli tedavi alınmadığı takdirde hastalığın ilerleyici olup olmadığı sorusuna net bir cevap verilememekle birlikte şu şekilde bir kanı söz konusudur: hastalık önce ayırık manik ve depresif epizodlarla başlayıp karma ve disforik epizodlara dönüşüp en sonunda hızlı döngü değişkenliği ve tedavi direncine kadar ilerleyebilir. (Stahl, 2012).

Daha önce de belirtildiği üzere BPB I tanısı için sadece mani öyküsü veya manik epizodun varlığı yeterli iken majör depresyon epizodu gerekli değildir. Oysa BPB I hastalarının sadece %5’i manik epizod yaşamakta, çoğunluğu yaşamlarının sonraki dönemlerinde majör depresyon epizodu geliştirmektedir. Bununla birlikte hipomanik belirtiler de ortaya çıkabilir ve stabilitenin sağlanabilmesi için daha fazla müdahale (örn. ilaç değişimi) gerekebilir. Psikoz da BPB I hastalarında görülmekte

ve bu oran akut manik epizod döneminde %75'e kadar yükselmektedir. Özetle BPB I klinik seyrinin, eşik altından tüm belirtilerin görüldüğü seviyelere kadar bipolar belirti şiddetinin boyutsal bir sürekliliğine sahip olduğu söylenebilir (Judd ve ark., 2002).

BPB II'nin boylamsal semptomatığı ise kroniktir ve genellikle uzamış depresyon dönemleri, hipomanik veya döngülü/karma belirtilerden daha baskındır (Judd ve ark., 2003). BPB II'yi BPB I'den ayıran en temel özellik depresyon nedeniyle hastaneye yatış gerekirken, hipomanik dönemler için yatış gerektirmemesidir. BPB II'nin, BPB I e göre atak sayısı ve atak öyküsü fazla iken ortalama atak süresi, hastaneye yatış sayısı ve psikotik semptom varlığı daha azdır. Diğer bir deyişle BPB II belirti yoğunluğu açısından BPB I'den daha az şiddetli, ancak atak sıklığı açısından daha fazladır (Vieta ve Suppes, 2008). BPB II majör depresif atakların şiddeti, intihar girişimi, işlevsellikte bozulma ve tedavisi gibi çeşitli göstergeler açısından da karşılaştırılabilir düzeyde klinik öneme sahiptir. Örneğin BPB II hastalarının %73'ü hipomanik ve depresif epizodlarda şiddetli veya çok şiddetli belirtiler yaşarken bu oran BPB I hastalarında %57 oranındadır (Merikangas ve Lamers, 2012). BPB II hastalarında sözü edilen bu depresyon yükü nedeniyle suçluluk duyguları, işlevsellikte bozulma ve intihar riski düzeyi BPB I hastalarinkine hemen hemen aynıdır (Merikangas ve Lamers, 2012; Tondo, Pompili, Forte ve Baldessarini, 2016). BPB II'nin ayırıcı tanısı sıklıkla depresif özelliklerin baskınlığından dolayı unipolar depresif bozukluk veya kişilik bozukluğu ile karıştırılabilmekte ve tedavide duygu durum düzenleyici yerine antidepresan kullanımı ile manik kaymalara yol açabilmektedir (Vieta ve Suppes, 2008). Kesebir (2015) BPB tanısı almadan önce hastaların %40'a yakınının majör depresif bozukluk tanısı aldığını bildirmektedir. Oysa BPB II depresyonu patolojik suçluluk ve psikomotor retardasyon gibi daha atipik özelliklerle unipolar depresyondan ayrılmaktadır (Kesebir, 2015; Vieta ve Suppers, 2008). Ayrıca BPB II'nin depresif epizod süresince psikotik belirtilerin görülme oranının %50'ye yakın olduğu bildirilmektedir (Vieta ve ark., 2018).

Tekrarlayan depresyonları olan ve özellikle şiddetli depresyonu olan genç hastaların temel bipolar özelliklerinden dolayı mani veya hipomani geliştirme olasılığının yüksek olabileceği belirtilmektedir. Fakat mevcut tanı sistemi hastalığın gidişatını en başından beri bilmeye izin vermemektedir. Bu durum depresyonun hem BPB I hem de BPB II için en sık ilk epizod olması nedeniyle büyük sorun yaratmaktadır (Vieta ve Suppers, 2008). Bununla birlikte on yıllardır tekrarlayan depresif hastalıkların bipolar bozukluk tanısına evrilmesi oranının yılda %1.25 olduğu belirtilmektedir (Angst, 2007). Unipolar depresyondan BPB II'ye geçiş erken başlangıç, tekrarlayan depresyon, yüksek boşanma veya ayrılma ve iş uyumsuzluğu oranları, izole antisosyal eylemler, madde kötüye kullanımı ve geniş ranjda atipik depresif belirtiler gibi özelliklerle karakterizedir. Oynak duygudurum ise ileriye dönük BPB II tanısına geçileceğine dair en spesifik belirleyici olarak değerlendirilmektedir (Vieta ve Suppers, 2008).

BPB'nin hafif (eşik altı) formlarının (siklotimik bozukluk ve kısa tekrarlayan hipomani) klinik seyrine bakıldığında ise sıklıkla iki uçlu bozukluğun öncülü olduğu görülmektedir. Bunun tam tersi BPB II ise klinik seyir açısından yaşam boyu stabil seyretilmektedir. Buna göre en az 5 yıllık duygu durum öyküsüne sahip hastalarda BPB II tanısı nadiren BPB I'e geçiş göstermektedir (Vieta ve Suppers, 2008). Bununla birlikte siklotimi tanılı bireylerin %30'undan fazlasının BPB II geliştirdiği belirtilmektedir (Vieta ve ark., 2018). Yaklaşık 13 yıl süren boylamsal bir araştırmaya göre BPB I hastalarda takip eden haftaların %47.3'ünde semptomatik belirti görülmüştür. Bunlar toplam haftanın %31.9'unda depresif belirti ve %8.9'unda manik veya hipomanik belirtiler, %5.9'unda da hızlı döngü/karma belirtiler şeklindedir. Ayrıca eşik altı belirtiler, epizod belirtilerden 3 kat daha sık görülmüştür (Judd ve ark., 2002).

Görüldüğü üzere BPB'nin karakteristik bir seyri olmakla birlikte, hastalığın semptomları spesifik değildir ve kişiden kişiye ve hastalığın gidişatına göre farklılaşabilir. Bu nedenle gidişatın bireye özgü değerlendirilmesi gerekmektedir (Kerner, 2014). Buna karşın yapılan uzun süreli gözlemler ve çalışmalar BPB ile ilgili bazı örüntüler ortaya koyabilmektedir. Örneğin BPB hastalarının %90'ında

hastalığın tekrarlanabileceği, sosyodemografik ve hastalık özgeçmiş özellikleri açısından hastalığın gidişat ve sonuçlarında anlamlı farklılıklar olmadığı bildirilmektedir (Saka ve ark., 2001; Van Meter ve ark., 2016; Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017). Buna karşın kalıntı depresyon belirtilerinin hastalığın gidiş ve sonlanış özellikleriyle güçlü bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Saka ve ark., 2001). İlk hastalık döneminin mani veya depresyon olması da gidişat hakkında bilgi verebilmektedir. Örneğin ilk hastalık dönemi depresyon olanların anksiyete ve karma bulgularının, intihar düşünce ve girişimlerinin daha sık olabileceği; ilk hastalık dönemi mani olanlarda ise mani ataklarının daha sık görülebileceği belirtilmektedir (Akdeniz, 2018). İlk atağı karma atak olan hastaların ise atak sayısının daha yüksek ve gidişatın daha kötü olduğu bildirilmektedir (Gültekin ve ark., 2014). Bununla birlikte BPB genellikle depresif epizodla başlar; fakat depresif semptomlar psikiyatrik hastalıklar arasında en yaygın başlangıç belirtisi olduğu için BPB'ye özgü olduğu anlaşılamamakta ve dolayısıyla BPB için güvenilir bir gösterge (indicator) olmamaktadır (Hauser ve ark., 2007). Ülkemizde de depresyon-mani-iyilik şeklindeki gidişat mani-depresyon-iyilik örüntüsünden daha sıktır (Gültekin ve ark., 2013). Hastalığın olumlu gidişat göstergeleri ise mani ataklarının hafif geçmesi, depresyon ataklarının çok uzun olmaması, iyilik dönemlerinin uzun olması, atakların çevresel koşullara çok bağlı olmaması, olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları, alkol ve madde alışkanlıklarının olmaması, yaşı çok ilerlememiş olması olarak sıralanabilir (Öztürk, 1997).

Klinik seyrinde ele alınması gereken bir diğer nokta ise *intihar düşüncesi ve girişimidir*. BPB intihar oranları normal popülasyona kıyasla 12-20 kat daha olduğu bildirilmektedir (Altamura ve ark., 2010; Berk, Berk ve Castle, 2004). Normal popülasyona kıyasla BPB intihar için en yüksek standart mortalite oranında sahiptir; bunu yatış gerektiren majör depresyon, daha az şiddetli depresif bozukluk ya da daha düşük riskli diğer psikiyatrik tanıli hastalar izlemektedir (Tondo ve ark., 2016). Daha önce de değinildiği gibi BPB I ve BPB II arasında intihar girişim riski açısından bir farklılık söz konusu değildir (Tondo ve ark., 2016). BPB'de intiharlar karma epizodda önemli bir risk oluşturmakla birlikte çoğunlukla depresif epizodda gerçekleşmektedir (Jawad, Watson, Haddad, Talbot ve McAllister-Williams, 2018).

BPB’de intihar özellikle yineleyen ve akut depresif dönemlerle ilişkili olmasına karşın en güçlü yordayıcısı önceden intihar girişiminde bulunulmuş olmasıdır (Tondo ve ark., 2016).

BPB’de intihar girişimi ve tamamlanmış intiharla ilişkili faktörler şu şekilde sıralanabilir: sosyodemografik faktörler açısından kadın olmak, genç, bekar, boşanmış olmak intihar girişimini; erkek olmak ise tamamlanmış intihar olasılığını arttırmaktadır. BPB’nin karakteristik özelliklerine bakıldığında ise daha erken başlangıç, ilk epizodda depresif ucu, karma belirtilerin baskın olması, baskın ucu depresyon olması, karma özellikler, epizodların fazla ve şiddetli olması/hızlı döngülülük, atipik özellikler ve intihar düşünceleri intihar girişimini; karma dönem, psikotik özellikli manik dönem, umutsuzluk ve psikomotor ajitasyon ise tamamlanmış intihar olasılığını arttırmaktadır. Komorbidite açısından ise madde kullanım bozuklukları, sigara kullanımı, kafein alımı, obezite veya yüksek beden kitle indeksi ve yeme bozuklukları intihar girişimini; anksiyete bozuklukları tamamlanmış intihar olasılığını arttırmaktadır. Bununla birlikte ailede duygudurum bozukluğu ve intihar öyküsü, erken dönem travmalar (çocukluk çağı kötüye kullanım, yüksek düzey yaşam stresleri), sosyal alanda problemler (kişilerarası ve mesleki sorunlar, kayıp) ve cinsel işlev bozukluğunun varlığı intihar girişimini; aile öyküsünün duygudurum bozukluğu ve intihar bakımından yüklü olması ve önceden intihar girişimi öyküsü olması da tamamlanmış intihar olasılığını arttırmaktadır (Nivoli ve ark., 2011; Schaffer ve ark., 2015).

Son olarak BPB’de klinik seyri etkileyen bir diğer durum da *komorbiditenin varlığıdır*. Anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, DEHB ve kişilik bozuklukları en yaygın komorbid durumlar olmakla birlikte; komorbiditenin varlığında prognoz kötüleşmekte, işlevsellik daha da bozulmaktadır. Bipolar hastaların yaklaşık %55’ine eşlik eden anksiyete bozukluğu (yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu veya sosyal fobi) bipolar bozukluğun şiddetini arttırmakta, ötimik dönemi azaltmakta, intihar düşünceleri ve girişimleri arttırmaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010; Latalova ve ark., 2013; Macneil ve ark., 2011.). Metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite,

osteoporoz, Hepatit C, migren ve fibromiyalji gibi psikiyatrik olmayan komorbiditeler de oldukça yaygındır (Cloutier ve ark., 2018; Gündoğar, 2015; Stubbs, Vancampfort, Solmi, Veronese ve Fornaro, 2016). Bu durum intihar riskinin depresyona kıyasla BPB I hastalarında daha düşük olmasına rağmen, ölüm oranlarının daha yüksek olmasını açıklamaktadır (Angst, 2007). BPB’de komorbidite oldukça yaygın olmakla birlikte komorbidite durumlarında uygun tedaviye acil ihtiyaç duyulmaktadır (Vieta ve ark., 2018).

1.1.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

BPB’nin yaşam boyu yaygınlık oranının genel nüfusta %1 olduğu yönündeki klasik bilgi alt tipler açısından ayrıntılandırıldığında BPB I’in %1-1.6, BPB II’nin %1.1, eşik altının ise %2.4-3 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Merikangas ve ark., 2007). Bipolar spektrum açısından ise bu oranın %4.4 olduğu bildirilmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010). Yeni yayınlara bakılığında BPB’nin tüm alt tipleri dahil edildiğinde bu oranın % 6.4’e kadar çıktığı aktarılmaktadır (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017). DSM-IV’ün kategorik tanı kriterlerine dayalı, daha tanımlayıcı ve kullanılan ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerinin uygun olduğu yayınlar dikkate alındığında ise BPB yaygınlığının %0.5-%2.1 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Dell’Aglia, Basso, Argimon ve Artech, 2013).

Çoğunluğu Amerika, Avrupa ve Asyadan oluşan 11 ülkeden elde edilen örneklemelerin ele alındığı bir derleme çalışmasına göre BPB’nin yaşam boyu yaygınlığı %2.4 (%0.6 BPBI, %0.4 BPBII ve %1.4 eşik altı BPB) olarak belirtilmektedir. Çalışmada yer alan 11 ülkeden BPB’nin en yaygın görüldüğü yer olan Amerika’da bu oran %4.4 iken en düşük yer olan Hindistan’da bu oran %0.1’dir (Miller, Dell’osso ve Ketter, 2014). Afrika’da yapılan bir derleme çalışmasına göre de BPB yaygınlığı %0.1-%1.83 olarak bulgulanmıştır (Esan ve Esan, 2016). Ülkemizde ise BPBI yaygınlığı % 0.37 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark., 2012). Çalışmalarda elde edilen yaygınlık oranlarında görülen farklılıklar dikkat çekmekle birlikte bu durumun ölçümde kullanılan tarama ve klinik değerlendirme araçlarının farklılığından kaynaklandığı bildirilmektedir (Binbay ve ark., 2012).

BPB yaygınlığı cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık göstermezken (Binbay ve ark., 2012; Dell’Aglıo ve ark., 2013; Merikangas ve ark., 2007), hastalığın özel alt gruplarının (karma dönem, hızlı döngü, mevsimsel özellik, atipik görünüm) ve hastalığın belirli gidişat özelliklerinin (psikotik özellikli duygudurum bozuklukları, antidepresanla tetiklenen manik kaymanın ve yaş ilerledikçe depresif dönemlerin sıklığının artması) kadınlarda daha sık görülme eğiliminde olduğu da bildirilmektedir (Binbay ve ark., 201; Lee, Ng ve Tsang., 2009; Nivoli ve ark., 2011; Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017). Ayrıca kadınların yaşam boyu psikotik özellikli depresyon ve kişilik bozukluğu komorbidite yaygınlığının erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla ve yine hastalığın başlangıcında ve hastalık süresince depresif uçta erkeklerden daha baskın olduğu; erkeklerin ise mani ve psikoza daha yatkın olduğu ve madde kullanım komorbiditesi bakımından daha baskın olduğu belirtilmektedir (Nivoli ve ark., 2011).

Hem BPB hem de bipolar spekturum yaygınlık oranı başlangıç yaşı itibarıyla genç bireylerde daha fazladır (Dell’Aglıo ve ark., 2013). BPB tipik başlangıç yaşı geç ergenlik - genç yetişkinlik dönemi olarak belirtilmekle birlikte 20 yaş civarı, 22 yaş, 20-29 yaş veya 35-49 yaş aralıkları hastalık başlangıç yaşı olarak değerlendirilebilmektedir (Altamura ve ark., 2010; Dell’Aglıo ve ark., 2013; Gültekin ve ark., 2014; Merikangas ve ark., 2007; Vieta ve ark., 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise başlangıç yaşının ortalama 23.8 ile 27.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (Gültekin ve ark., 2014). Bununla birlikte BPB’ye dair ilk sinyallerin genellikle 15-19 yaş aralığında görüldüğü, son yıllarda ise özellikle daha genç yetişkinlerde tanının giderek arttığı belirtilmektedir (Hauser ve ark., 2007; Stubbs ve ark., 2016). Sadece BPB II’nin ele alındığı bir çalışmaya göre yaygınlığın yetişkinlerde %0.4 olduğu; ergenlerle yapılan prospektif çalışmalarda ise bu oranın önemli düzeyde arttığı ve yaşam boyu oranın %3-%4'lere kadar yaklaştığı belirtilmektedir (Merikangas ve Lamers, 2012). Hastalığın başlangıç yaşı ergenlik dönemi olmasına rağmen doğru tanının konması sıklıkla uzun yıllar almaktadır (Kerner, 2014). Bu durum dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, karışık gelme bozukluğu, unipolar depresyon ve anksiyetede görülen belirtilerin BPB belirtileri ile örtüşmesinden kaynaklanabilmektedir (Van Meter ve ark., 2016).

Aile öyküsü açısından bakıldığında BPB'nin ikinci nesilde başlangıç yaşının, birinci nesile göre 10 yıl daha erken olduğu belirtilmektedir (Yüncü, Kesebir, Akdeniz ve Vahip, 2008). Erken başlangıçlı BPB'nin prognozu yetişkin döneminde başlamasına kıyasla daha kötüdür (Van Meter ve ark., 2016). Başlangıç yaşı erken olduğunda psikotik özellikli duygudurum epizodları daha sık görülüp gidişat daha kötü olurken; geç başlangıçta (60 yaş ve sonrası) görülen manik ataklarda altta yatan tıbbi komorbidite dikkate alınmalıdır (Akdeniz, 2018).

Daha yüksek eğitim düzeyinin eşik altı gruplarda (bipolar spektrum) daha yaygın olduğunu belirtilen çalışmaların (Dell'Aglia ve ark., 2013) yanı sıra yüksek sosyoekonomik düzeyin BPB yaygınlık oranıyla ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Gültekin ve ark., 2013). BPB'nin yaygınlık oranının yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde daha sık görüldüğü bilgisi ülkemizde doğrulanmamıştır (Gültekin ve ark., 2013).

Bipolar bozukluğun yaygınlık oranı medeni durum açısından değerlendirildiğinde ise bekar, ayrılmış, boşanmış veya dul bireylerde BPB yaygınlığının ve semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Dell'Aglia ve ark., 2013; Merikangas ve ark., 2007). Tüm bu epidemiyolojik bulgular iki uçlu spektrumun klinik örneklem ve toplumdaki yaygınlığının önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir.

1.1.4. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

1.1.4.1. Genetik Etkenler

BPB, genel toplumda %1'lik bir dilimde iken birinci derece akrabalarda hastalık riski %3-8 arasında değişmektedir. Genel topluma nazaran 7 kat riskin varlığı, hastalıkta ailesel doğanın gücünü ortaya koymaktadır (Kelsoe, 2007). Her iki ebeveynin de hasta olması ise riski %50-75'e kadar çıkartmaktadır (McGuffin ve ark., 2003). İkiz çalışmalarında çift yumurta ikizlerinde tek yumurta ikizlerine oranla konkordansın (eş hastalanma) iki ila dört kat daha fazla bulunması, genetik faktörün gücünü; tek yumurta ikizlerinde konkordansın %100 olmaması ise çevresel

faktörlerin önemini vurgulamakta; bu durum evlat edinme çalışmalarıyla da desteklenmektedir (Kelsoe, 2007; Kerner, 2014). BPB'nin genetiğini ele alan bir derleme çalışmasında, herhangi bir gen ya da gen bölgesinin hastalığın gelişiminde tek başına ya da ağırlıklı olarak rol oynamadığı; muhtemelen çok-genli ve çok etkenli bir işleyişinin söz konusu olduğu bildirilmektedir (Kerner, 2014; Öztürk, 1997). Gen-çevre etkileşimine göre çevresel olaylar gen transkripsiyonunun düzenlenmesi aşamasında genom üzerine etki etmekte ve beyin yapısında ve işleyişinde değişikliklere sebep olarak belirtiler daha ağır olabilmekte, ruhsal bozukluklar daha erken yaşta ortaya çıkabilmekte ve diğer ruhsal bozukluklarla komorbidite daha fazla olabilmektedir (Akdeniz, 2018).

1.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler

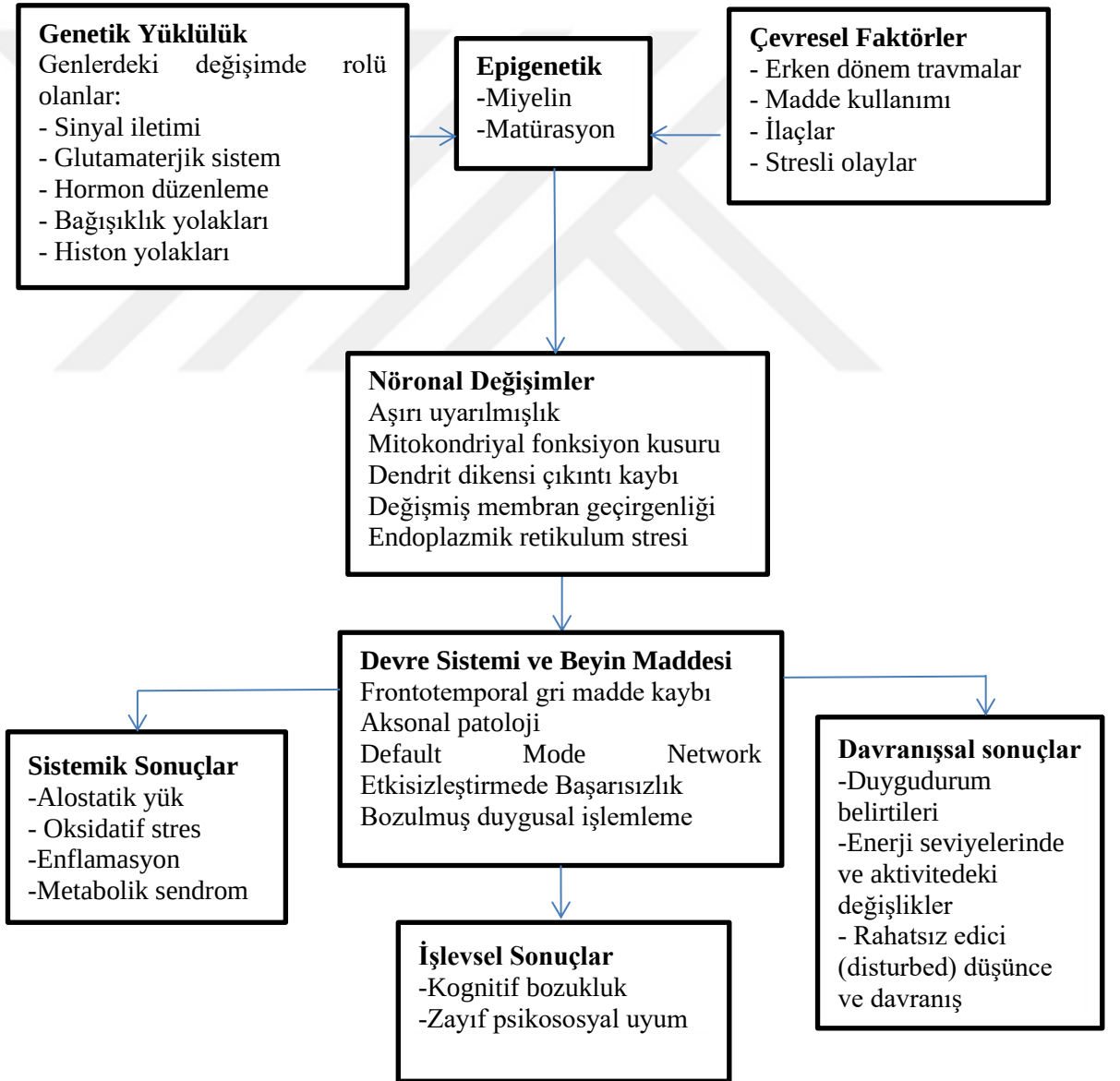
BPB'nin biyokimyasal nedenlerine bakıldığında dopamin, norepinefrin, serotonin, melatonin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin üzerinde durulmaktadır (Ashok ve ark., 2017; Shi ve ark., 2008). Maninin oluşumunda noradrenerjik aktivasyon artışı ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki kolinerjik yetersizlikler üzerinde durulurken, mani sırasında dopaminerjik sistem aktivitesindeki uyarılmadan söz edilmektedir. Manik epizodda monoaminlerde artış görülürken depresif epizodda tersine azalma gözlenmektedir. Benzer şekilde serotonin öncüsü olan L-triptofan yüksek dozlarda alındığında mani benzeri tablo ortaya çıkarırken; asetilkolinin sinaptik salınımının depresyon, azalmasının ise mani ile ilişki olduğu belirtilmektedir (Akiskal, 2007). Glutamaterjik sistem açısından da Lamotrijin gibi duygu durum düzenleyicilerin glutamat düzeyini ayarladığı ve terapötik etkinliklerinin bir kısmının buna bağlı olduğu bildirilmektedir (Akdeniz, 2018; Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017). Moleküler teknolojide yaşanan gelişmelerle birlikte BPB'nin patogenezi ve patofizyolojisi ile ilgili bilgiler de artmaktadır. Mevcut çalışmalar prefrontal korteks, hipokampus, amigdala ve limbik sistemin diğer bölgeleri gibi beyin bölgelerindeki sinaptik ve nöral plastisitenin modülasyonuna odaklanmakla birlikte bu çalışmalar henüz çok erken aşamadır (Vieta ve ark., 2018).

1.1.4.3. Çevresel Etkenler

Yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde konkordansın %100 olmaması, manik atakların biyolojik olarak yatkın bireylerde bazen travma ile bazen de kendiliğinden ortaya çıkması çevresel etkenlerin göz ardı edilemeyeceğini göstermektedir. BPB kalıtsal geçişi yüksek bir hastalık olsa da çevresel etkenler de hastalığın ortaya çıkışında ve gidişatında önemli değişikliklere yol açabilmektedir. Yazında çevresel faktörlerin rolü ile ilgili bulgular kısıtlı olmakla birlikte pek çok çevresel faktör tanımlanmaktadır: perinatal risk faktörleri, stresli yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, dışardan alınan bazı ilaçlar, alkol madde kullanımı bunlardan bazılarıdır (Vieta ve ark., 2018; Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017). Özellikle olumsuz yaşam olayları bipolar depresyondan önce sık görülmekte ve depresyonun şiddetini yordayabilmekteyken manik belirtiler için böyle bir ilişki söz konusu değildir (Johnson, 2005). Metabolik sendrom, endokrin bozuklukları, obezite, hipertiroidizm gibi bazı tıbbi durumlar da bipolar bozukluk için risk faktörü olabilmektedir. Yanı sıra mevsim geçişleri, ışık maruziyetinde artış da BPB'nin tetikleyicileri veya gidişatın yordayıcıları olarak belirtilmektedir (Johnson, 2005; Vieta ve ark., 2018; Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017).

Hastalığın başlangıç dönemlerinde ataklar psikososyal stres faktörleri tarafından tetiklenirken, ilerleyen dönemlerde artan nükslerden kaynaklı ataklar bir sonraki atağı tetikler hale gelmektedir. Diğer bir deyişle olumsuz yaşam olayları nükslere yol açsa da yaşanan atak sayısı arttıkça biyolojik sistem ataklara ve yaşam olaylarına daha duyarlı hale gelmektedir (Maçkalı, 2014). Bu bağlamda “*duyarlılaşma modeli (kindling hipotezi)*” bireyin genellikle yaşadığı olumsuz olay sonrasında ilk atağın ortaya çıktığını; ancak daha sonrasında beyinde çeşitli nörokimyasal değişimler oluşarak çevresel stresörlere duyarlı hale geldiğini ve epizodların büyük bir stresöre maruz kalmadan da ortaya çıktığını savunmaktadır. Modelle ilgili sonuçlar tutarsız olmakla birlikte genel olarak kabul görmektedir (Johnson, 2005).

Bipolar bozukluk kalıtsal psikiyatrik hastalıklardan biri olmasına karşın genetik ve çevresel faktörlerin hastalığın gelişimine katkıda bulunduğunu savunan çoklu faktöriyel model hastalığı en iyi açıklayan model olarak kabul görmektedir (bknz. Şekil 1). Buna göre gen-çevre etkileşiminde epigenetik değişimler aracı rol oynuyor olabilir. Genetik ve çevresel faktörler beyin devrelerini (circuitry) değiştiren nöral değişimler yoluyla bipolar bozukluğun gelişimine katkı sağlıyor olabilir. Bu değişimler ise sistematik ve davranışsal olarak bedeni etkileyerek psikososyal ve bilişsel bozulmaya yol açıyor olabilir (Vieta ve ark., 2018).



Şekil 1: Bipolar Bozukluğun Çoklu Faktöriyel Modeli (Vieta ve ark., 2018)

1.1.5. Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Daha öncede belirtildiği gibi BPB hastalığının başlangıcı genç yetişkinlik dönemine denk gelmekle birlikte çoğu zaman hastanın doğru tanı ve yeterli farmakolojik tedaviye ulaşması epey zaman almaktadır; bu sürenin 10 yıla yaklaştığı belirtilmektedir (Altamura ve ark., 2010; Angst, 2007; Hauser ve ark., 2007). Tanıyı geciktiren etkenlerden biri BPB hastalarının hastalığa depresif uçta başlaması ve komorbiditenin olmasıdır. Tedavisiz geçen süre (ilk epizod ile uygun tedavi arasındaki süre) prognozu olumsuz etkilemekle birlikte hastalık döneminin daha uzun sürmesine, panik bozukluk ve madde kötüye kullanım komorbiditesi ve intihar sıklığının artmasına yol açabilmektedir (Altamura ve ark., 2010; Van Meter ve ark., 2016). BPB hastalarının %25-55'inin ciddi intihar girişimde bulunması, %10-20'sinin tamamlanmış intihar sonucu hayatını kaybetmesi, toplumdaki yaygınlığı, hastalığın tekrarlayıcı ve yeti yitimine yol açan doğası ve her nükste hastalığın yıkıcılığının daha da artması göz önüne alındığında erken tanı ve tedavi yaklaşımları büyük önem taşımaktadır (Post ve Altshuler, 2007). Tüm bu şiddetli belirtilere rağmen eğer doğru tanı konur ve başlangıçta fark edilirse tedavi başarılı olabilir (Kerner, 2014).

BPB tedavisinde temel ilke tedavinin bireyselleştirilmesidir; diğer bir deyişle tedavinin bireysel özellikler gözetilerek planlanmasıdır (Yazıcı ve Oral, 2010). Tedavi yaklaşımları ve ilaç seçimi atak sayısı, baskın atak türü, sıklığı, süresi, şiddeti, remisyon dönemlerinin süresi, eşik altı (kalıntı) belirtinin varlığı, işlevsellik düzeyi, daha önce verilen ilaçlar, ilaç tedavisine yanıt, yan etkiler, ilaç uyumu, uzun süre takip gerektiren diğer tıbbi durumlar, aile öyküsü, güvenilir aile desteği ve hastanın tedaviye karşı tutum ve işbirliği düzeyine göre farklılık göstermektedir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Öztürk, 1997; Yazıcı ve Oral, 2010). Genel olarak BPB tedavisi iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama akut atak döneminin tedavisi, ikinci aşama ise remisyona ulaşıldıktan sonra yeni atakların önlenmesi, remisyonun sürdürülmesi ve hastanın işlevselliğinin arttırılmasıdır (Bez, Güneş ve Demir, 2014).

Akut maninin tedavisinde US FDA'nın (Food and Drug Administration- Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi) onayladığı ilk ilaç lityumdur (Vieta ve ark., 2018).

Tam düzelmenin sağlanması için uygun doz lityum 5-12 gün arası olumlu yanıt vermektedir. Sağaltım için lityum serum düzeyinin 0.8-1.4 mmol/l; koruyucu tedavinin ise 0.6-1.0 mmol/l arasında olması önerilmektedir (Yazıcı ve Oral, 2010). Lityumun yanında antipsikotik verilmesi tartışmalı olmakla birlikte şiddetli vakalarda yatışmanın hızlanması için olanzapin, risperidon, aripiprazol, ketiyapin gibi yeni kuşak antipsikotiklerle kombinasyon önerilmektedir (Miura ve ark., 2014). Tipik antipsikotiklere veya klozapine alternatif olarak atipik antipsikotik ajanların, özellikle risperidon ve olanzapinin kullanılması konusunda bir görüş birliği söz konusudur (Sachs ve Thase, 2000).

Benzer şekilde 50-120 mg/ml aralığında kan düzeyi önerilen valproat, özellikle lityuma yanıtızlık öyküsünde, disforik mani veya hızlı döngülülerde etkilidir (Yazıcı ve Oral, 2010). Kan düzeyi 4-12 mg/ml aralığında olması önerilen karbamazepinin ise manik atak geçirenlerin %60'ında etkili olduğu, lityuma yanıt vermeyen özellikle karma dönemleri baskın olan hastalarda alternatif olarak düşünülebileceği belirtilmektedir (Post ve Altshuler, 2007; Öztürk,1997; Yazıcı ve Oral, 2010). Yeme içme reddi, dehidrasyon riski, saldırgan olabilen ve antipsikotiklere yanıt vermeyen hastalarda Elektro Konvülsif Terapi (EKT) etkili bir yöntem olabilmektedir (Vieta ve ark., 2018).

Depresif atağın tedavisinde amaç depresif belirtilerin, işlevselliğin düzeltilmesi ve nüksün önlenmesidir (Dilbaz, 2014). BPB'de mani/hipomaniye göre depresyon dönemleri daha uzun olmasına karşın, depresyona olan ilgi ve FDA tarafından onaylanan ilaç sayısı görece daha azdır. Ayrıca bipolar depresyonunda olan hastalar manide olduklarına kıyasla farmakolojik tedaviye karşı daha hassastırlar ve ilaçları daha az tolere edebilmektedirler (Vieta ve ark., 2018). Olanzapin-fluoksetin kombinasyonu, ketiyapin monoterapisi, lurasidon ekleme veya monoterapisinin akut bipolar depresyon tedavisinde etkili olabileceği belirtilmektedir (Dilbaz, 2014).

Bipolar hastaların %31-71'inin antidepresanlar ile manik kayma yaşadıkları bildirilmektedir (Sachs ve Thase, 2000). Duygudurum düzenleyicisi gibi antimanik ilaçlar olmadan antidepresan verilmesi hipomani/manik kayma olasılığı nedeniyle

önerilmemektedir (Merikangas ve Lamers, 2012; Sachs ve Thase, 2000). Ayrıca antidepresanla ilişkili duygu durum elevasyonlarının sıklık ve şiddetinin BPB II'ye kıyasla BPB I'de daha fazla olduğu belirtilmektedir (Pacchiarotti ve ark., 2013).

Depresif atak döneminde en yaşamsal sorun intihar riskidir ve yakından takip gerektirmektedir (Vahip ve Aydemir, 2010). Eğer hastada yeme içme reddi varsa, fiziksel durumu kötüye gidiyorsa, ağır sanrıları, intihar düşünceleri ve öncesinde de girişimleri varsa hastaneye yatış gerekmektedir. Böyle durumlarda en etkili ve hızlı tedavi yöntemi EKT'dir. (Öztürk, 1997).

Koruyucu tedavide amaç hastalığın yineleyici özelliğinden dolayı nükslerin önlenmesi ve remisyonun devamlılığının sağlanmasıdır. Kimlerin koruyucu tedavi alması gerektiği tartışılan bir konu olmakla beraber çoğu uzman tek manik atağın koruyucu tedaviye başlanması için yeterli olduğunu belirtmektedir (Sachs ve Thase, 2000). Tedaviye erken dönemde başlanması koruyucu tedaviden alınan faydayı arttırmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Uzmanlar atağın yaşam boyu yinleme riskinin %95 olduğuna ve üç atak kadar az sayıda atak geçiren hastalarda bile akut ve profilaktik fayda kaybına dikkat çekmektedir. Koruyucu tedaviye ciddi sonuçları olan iki veya daha fazla manik atak sonrası başlanmasını uygun gören uzmanlar bunun nedenini bipolar hastalarda ilk atak sonrası remisyon süresinin ortalama 4 yıldan fazla olmasına ve 32 haftadan sonra BPB tanımlı hastalarda koruyucu tedavinin etkinliğine dair kanıtların yetersizliğine dayandırmaktadır (Sachs ve Thase, 2000). Türk Psikiyatri Derneğinin tedavi klavuzunda ise BPB tanısı konulduğunda koruyucu tedaviye de başlanması kararı yer almaktadır (Yazıcı ve Oral, 2010).

Koruyucu tedavi farmakolojik tedavileri ve psikoterapileri kapsamaktadır. Farmakolojik tedavi temelde duygu durum düzenleyiciler veya duygudurum düzenleyicilerin antipsikotik/antidepresanla kombinasyonu şeklinde ilerlemektedir (Sachs ve Thase, 2000; Vieta ve ark., 2018). İdeal bir duygu durum düzenleyici hastalığın iki ucuna da kaymayı engelleyen, yan etkisi az, güven aralığı geniş, ilaç-ilâç etkileşimi olmayan, her yaş grubuna uygun, etkin ve ucuz olmalıdır. Fakat günümüzde duygudurum düzenleyiciler hastalığın bir ucuna karşı etkili, diğer uca

kaymayı da engelleyebilen ilaçlar olarak kullanılmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

Koruyucu tedavide ideal doz ve tedavi süresi net olarak bilinmemektedir. Daha yüksek profilaktik ilaç dozlarının, standart terapötik aralık içinde iken nüksü olan hastalarda daha etkili olduğuna dair bir kanıt sunulmamıştır. Genellikle daha yüksek dozlar artmış yan etki ve azalan uyum ile ilişkilidir. Genel olarak 2 yıldan az süren remisyon öyküsü, profilaksi sırasında atak öyküsü, sık veya ciddi nükslerin varlığı profilaktik tedaviye ihtiyacın göstergesidir (Sach ve Thase, 2000).

Lityum BPB I'de atakların önlenmesinde en iyi çalışılmış ilaç olarak kabul edilmektedir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Komorbid madde kullanım bozukluğu olmayan hastalarda uzun süreli lityum koruma tedavisinin, karma epizod, psikotik epizod veya hızlı döngülü gibi kötü prognoz alt gruplarında bile etkili olduğu bildirilmektedir (Vieta ve Suppes, 2008). Literatürde lityum ile tedavi edilen hastaların %34'ünde, plasebo ile tedavi edilenlerin ise %81'inde nüksetme oranı belirtilmekle birlikte ne yazık ki ciddi eksiklikler oranların genellenebilirliğini sınırlamaktadır (Sachs ve Thase, 2000). Ayrıca lityum tedavisinin ilk bir-iki senesinde hastaların %50'sinden fazlasında hastalığın nüks ettiği de bildirilmektedir (Saka ve ark., 2001). Özellikle disforik maniden ziyade öforik maninin klasik görünümü, depresyon (D), mani (M), iyilik halinden (İ) oluşan seyir, sürekli döngüden ziyade MDİ seyri, profilaksiye başlamadan önceki atak sayısının az olması, erken lityum tedavisi ve hızlı döngülü olmayan gidiş, komorbiditenin olmaması, lityuma iyi yanıtla ilgili aile öyküsü gibi klinik özellikler lityuma yanıt oranını %30'dan %70'e kadar çıkartabilmektedir (Post ve Altshuler, 2007; Vieta ve Suppes, 2008).

Genellikle lityum tipik ve hafif şiddetli manik dönemlerde tercih edilirken karma, hızlı döngülü, ağır ve psikotik manik dönemlerde valproat asit ve karbamazepin lityuma alternatif olarak önerilmektedir (Akdeniz, 2018; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Koruma amaçlı lityum tedavisinin ne kadar süreceği konusunda görüş birliği olmamakla birlikte hastalığın seyri, yan etkiler ve diğer tıbbi durumlar göz önüne alınarak karar verilmektedir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Bununla birlikte

lityum, karbamazepin veya valproat ile monoterapi sırasında nüks yaşandığında da genelde bu duygudurum düzenleyicilerin kombinasyonu önerilmektedir. Fakat kombinasyon tedavisinin etkinliğine dair yeterli deneysel veri bulunmamaktadır (Sachs ve Thase, 2000).

Manik ve psikotik atakların önlenmesinde, atipik antipsikotiklerin de olumlu bir etkisi olması beklenmektedir. Buna karşın atipik antipsikotikler arasındaki etkinlik farkları henüz netlik kazanmadığı için profilaksi tedavisinde tolerabilite önemli bir ölçüt olarak ele alınmaktadır. Akut dönemden sonra 6 ay veya daha fazla plansız ve gereksiz nöroleptik kullanımından ekstrapiramidal sistem ve tardif diskinezi riski nedeniyle kaçınılması gerekmektedir (Post ve Altshuler, 2007). Ayrıca ilaç yan etkilerinin en aza indirgenmesi ve sadece duygudurum düzenleyiciler ile gidilmesi ilaç uyumunu arttırabilmektedir (Akdeniz, 2018).

Bipolar depresyonun koruyucu tedavisinde de monoterapiler önerilmektedir: lityum, lamotrijin (yalnızda depresyon relapsını önlemede), ketiyapin, uzun süreli risperidon ve aripiprazol (Akdeniz, 2018; Vieta ve Suppes, 2008). Profilaktik etki ve duygu durum epizodların her iki ucu için nüksü önleyebilmesi açısından ketiyapin ve lityum tedavisi önerilmektedir (Miura ve ark., 2014). Koruyucu tedavide ketiyapinin duygu durum düzenleyicisine eklenmesinin, indeks atak ne olursla olsun nüksü önlemede plasebodan daha etkili olduğu aktarılmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Hastanın baskın ucunun bilindiği durumlarda ise olanzapinin antimanik özelliğinin ketiyapin ve lityumdan daha etkili olduğu bildirilmektedir (Miura ve ark., 2014).

Lityumun antisuisidal etkisiyle ilişkili olarak koruma tedavide lityum kullanımını düşük intihar oranları ile anlamlı bir ilişki göstermektedir (Jawad ve ark., 2018). Lityum veya valproata olanzapin eklenmesi özellikle manik ataklarda olumlu sonuç vermekte ve intihar riskini de azaltmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Karma özellikli ataklarda lityum yanıtının mani kadar etkin olmadığı belirtilmekte; duygu durum düzenleyici olarak valproat önerilmektedir. Hızlı döngülü BPB’de ise lityum dahil tüm duygudurum düzenleyiciler arasında fark olmadığı ve etkinliklerinin de sınırlı olduğu belirtilmektedir (Akdeniz, 2018). Bununla birlikte hızlı döngülü ya da özellikle BPB II hastalarda depresif nükslerin durdurulamadığı

durumlarda lamotrijinin tedaviye eklenmesi önerilmektedir (Vieta ve Suppes, 2008; Yazıcı ve Oral, 2010). Lamotrijinin depresif nüksleri önlemede placebodan daha etkili olduğu belirtilmektedir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Merikangas ve Lamers, 2012; Miura ve ark., 2014,).

Son olarak antidepresan tedavisinin uzun dönem profilaksi değerine ilişkin çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte (Pacchiarotti ve ark, 2013) daha çok BPB II grubunun yaklaşık %20'sinin antidepresan kullanımına ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Yazıcı ve Oral, 2010). İleriye dönük çift körlü verilerin bulunmaması, hangi hastaların standart antidepresan ile koruyucu tedaviden fayda görebileceğini ve hangi hastaların antidepresana bağlı istikrarsızlık yaşayacağını bilmeyi mümkün kılmamaktadır (Sachs ve Thase, 2000).

BPB'nin karmaşık doğası ve işlevsellikte önemli kayıplara yol açması farmakolojik tedaviden daha fazlasını gerektirmektedir. Psikososyal ve mesleki işlevlerdeki bozukluk hastalığın nüks riskini arttırmaktadır. Bu durumda psikososyal işlev bozukluğu BPB'nin hem sonucu hem de sonraki nükslere yol açan bir etkeni olarak değerlendirilebilir (Saka ve ark., 2001). Son yıllarda psikoeğitim, aile ve bilişsel davranış temelli müdahaleler gibi psikolojik müdahalelere yönelik çalışmalar artmaktadır. Bu çalışmaların belirti şiddeti, ilaç uyumu, sosyal işlevsellik ve nüks riskinin azalması açısından etkili olduğu bildirilmektedir (Macneil ve ark., 2011).

PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER

Bipolar bozukluğun klinik özelliklerinin karmaşık yapısını kapsayan bir bakış açısı psikososyal müdahaleleri çok yönlü bir hale getirecektir (Maçkalı, 2014). BPB'de esas tedavi ilaçlarla olmasına karşın hastaların yaklaşık yarısında ilaç uyumsuzluğu söz konusudur (Chakrabarti, 2016). Bu nedenle psikososyal müdahalelerin en önemli amaçlarından biri ilaç uyumunun artırılmasıdır. Ayrıca iyileşmeyi hızlandırmak, nüksü geciktirmek, belirti şiddetini azaltmak, klinik seyri değiştirebilmek, yeti yitimini ve hastalık yükünü azaltmak, işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmak diğer hedefler arasındadır. Psikososyal sağaltım yöntemleri psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası ilişki terapisi, aile odaklı terapi ve

grup terapisisidir. Sözü edilen müdahalelerde ortak vurgu alanları şöyle sıralanabilir: hastayı ve yakınlarını bilgilendirmek, hastalığa uyuma destek olmak, “hasta rolü”nü tanımlamak, günlük yaşamı düzenlemek, sosyal damgalama ve kendini damgalamak, acil durum planı hazırlamak, tedaviye uyum, hasta yakınlarını sağaltıma katmak ve süreklilik göstermek (Busby ve Sajatovic, 2010; Macneil ve ark., 2011; Yazıcı ve Oral, 2010). Tüm bu alanların ele alınabilmesi için de aile, sosyal, eğitim ağının ve iş imkanlarının birarada olduğu bütüncül psikososyal müdahalelerin oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Çeşitli çalışmalardan elde edilen karşılaştırmalı verilere göre ek psikososyal müdahalelerin bipolar nüks riskini 1-2 yıl arasında değişen aralıklarla %30-40 oranında azalttığı yönünde bulgular mevcuttur (Busby ve Sajatovic, 2010). Ayrıca bu müdahalelerin erken dönemde yapılmasının ileri dönemlere nazaran daha etkili olduğu aktarılmaktadır (Oldis ve ark., 2016).

Tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi BPB’de de psikoterapötik yaklaşım önemli bir yer tutmaktadır. Manik atakta ilaç veya EKT esas tedavi olmakla birlikte hastaya değer veren, anlamaya çalışan, taşkınlığı arttırıcı tutumlardan sakınan insancıl bir tutum gerekmektedir. Depresif dönemlerde yine öncelikle ilaç tedavisiyle çökkünlüğün azaltılması; sonrasında çökkünlüğün nedenleri, sürdürücüleri, nükse yol açabilecek kişilik ve çevresel etkenlerin ele alınması açısından psikoterapi önemli bir yer tutmaktadır (Öztürk, 1997). Örneğin ülkemizde duygu dışavurumun (eleştirel yorum, düşmancıl tutum) bipolar bozuklukta nükslere yol açan bir psikososyal stres faktörü olduğu bildirilmektedir. Bu noktada psikoterapötik müdahaleler planlanırken ailenin de sürece dahil edilmesi önerilmektedir (Kocabıyık, Beştepe, Karşıdağ, Kükürt ve Alpay, 2005). Elbette sadece hastalık yönetimi değil kişilerarası, mesleki ve toplumsal rolün de güçlendirilmesi gerekmektedir (Maçkalı, 2014). BPB için pek çok psikoterapi mevcut olsa da ilaç uyumu belirsiz olduğunda terapilerin etkinliği azalmaktadır. Bu nedenle ilaç uyumunun geliştirilmesi hastalığın yönetilmesinde temel oluşturmaktadır (Vieta ve ark., 2018). Bu noktada ilk basamak hastanın ve yakınlarının tedavinin gerekliliğine dair inancını arttırmak için verilecek psikoeğitimdir (Yazıcı ve Oral, 2010).

Psikoeğitim: Nüks olasılığının azalması ve ilaç uyumunun artması bakımından psikoeğitimin önemli bir yeri vardır (Macneil ve ark., 2011). Psikoeğitim işbirliği, güven ve bilgiye dayalı bir terapi ittifakı içerisinde bireye özgü dokunuşların en fazla kullanıldığı psikolojik bir müdahaledir. Bireyin hastalıktan kaynaklanan yaşadığı huzursuzluğunun ekip tarafından bilindiği ve anlaşıldığı algısı terapötik ilişkiyi güçlendirmektedir. Böylece örneğin belirli bir ilacı hastaya verirken, yaşadıkları anlaşıldığı için özellikle o ilacın verildiği algısı yine ilişkiyi ve beraberinde ilaç uyumunu da arttırabilmektedir. Hastanın kendi hastalığını tanıması, suçluluk duygularından sıyrılıp hastalığın yönetimiyle ilgili sorumluluk almasını ve nihayetinde tedavi ihtiyacını kabullenmesini sağlayabilmektedir (Colom ve Vieta, 2012). İlaç uyumunun serum kan düzeyi ile ölçüldüğü bir çalışmada psikoeğitim alan hasta grubunun uyum düzeyi daha yüksek ve stabil bulunmuştur (Busby ve Sajatovic, 2010).

Psikoeğitim hastaların psikolojik ihtiyaçlarına ve iyileşme aşamasına göre farklılıklar içermektedir (Macneil ve ark., 2011). BPB için psikoeğitimin içeriğine bakıldığında, ilk düzeyde hastalığa yönelik farkındalık, uyarı belirtilerin erken teşhisi ve tedaviye uyum yer alırken; ikinci aşamada amaç stres yönetimi, madde kullanım ve kötüye kullanımı önlemek, yaşam tarzında bir düzen sağlamak, intihar davranışını önlemek; son aşamada ise bilgiyi arttırmak, geçmiş ve gelecekteki atakların psikososyal sonuçlarıyla yüzleşmek, ataklar arasında sosyal ve kişilerarası aktiviteyi geliştirmek, kalıntı (eşik altı) belirtilerle yüzleşmek, iyilik halini arttırmak ve yaşam kalitesini geliştirmektir (Colom ve Vieta, 2012).

Sonuç olarak çeşitli psikososyal müdahalelerin olumlu sonuçları olmasına karşın bu sonuçlar psikoeğitimin ilaç uyumu üzerindeki etkisine göre farklılaşmaktadır. Bu noktada psikoeğitim mi ilaç uyumu üzerinde etkili yoksa ölçüm etkilerine başka mekanizmalar mı aracılık ediyor sorusu hala yanıtsız kalmaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010).

Bilişsel Davranışçı Terapiler: Bilişsel davranışçı müdahaleler etkinliği özellikle ünipolar depresyonda pek çok kez gösterilmiş bir tedavi yöntemidir. Bipolar bozuklukta terapi sıklıkla depresif ve ötimik dönemlerde nüksün önlenmesi

hedeflenerek yapılmaktadır (Batmaz, 2015). Ayrıca psikososyal işlevselliğin artırılması da diğer hedefler arasındadır (Busby ve Sajatovic, 2010). Depresif belirtiler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin netliği, bu tür belirtilerin öncelikli olarak tedavi edilme ihtiyacını da ortaya koymaktadır (Oldis ve ark., 2016). Bipolar depresyonda, ünipolar depresyondan farklı olarak yorgunluk, çok uyuma ve apati belirtileri daha baskındır; diğer bir deyişle bilişsel belirtilerden ziyade davranışsal belirtiler ön plandadır. Bu noktada BDT'nin klasik çerçevesinden yola çıkarak bilişsel çarpıtmaları ele almak ve düzenlemek duygudurumu düzenlemeyebilir; çünkü bipolar depresyonda bilişsel çarpıtmalar olmadan da duygusal bir boşluk söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle psikoterapide davranışsal ayağa vurgu yapılması önerilmektedir (Colom ve Vieta, 2012). Yapılan çalışmalar (genellikle uyumun özbildirimle ölçüldüğü çalışmalar) bilişsel terapinin normal tedaviye kıyasla ilaç uyumunda anlamlı düzeyde daha etkili olduğunu göstermiştir; fakat bu etkinin takip aşamasında azalması ilaç uyumu kazanımlarının uzun süre devam ettirilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Örneğin bilişsel terapi tamamlandıktan sonra uzun süreli takip edilen hastaların epizod sürelerinin daha az olduğu, pek çok psikososyal kazanımlarının olduğu buna karşın toplam nüks oranında herhangi bir anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir. Psikoeğitime bilişsel davranışçı terapinin eklenmesiyle oluşan etkiye bakıldığında hastaların 1 yıl boyunca depresif epizodda geçirdikleri süre %50 oranında azalmış fakat antidepresan dozu yükselmemesine karşın ilaç uyumunda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Busby ve Sajatovic, 2010).

Bu noktaya kadar mevcut çalışmanın odağında yer alan bipolar bozukluğun tanımı, klinik seyri, epidemiyoloji ve etiyolojisi ile beraber tedavilerine yönelik bilgiler özetlenmeye çalışılmıştır. Bu bilgiler incelendiğinde bipolar bozukluğun gerek seyri gerekse tedavilerinde ilaç uyumu çok merkezi bir yer teşkil etmektedir. Bozukluğa yönelik farmakolojik ve psikososyal her türlü müdahalenin etkinliğinin artmasında ilaç uyumu önemli bir role sahip gözükmektedir. Bu noktada bir sonraki bölümde BPB açısından bu denli önemli olan ilaç uyumu kavramından, ölçümü ile ilgili meselelerden, ilaç uyumunun sonuçları ve yordayıcılarından bahsedilecektir.

1.2. İlaç Uyumu

Bipolar bozuklukta ilaç uyumu ele alınırken aynı zamanda literatürde ilaç uyumunun farklı tanımlamalarına, isimlendirmelerine ve ölçümlerine de yer verilecektir.

1.2.1. İlaç Uyumunun Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre zihinsel sağlık, bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve kendisine veya topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). Biyopsikosozal model çerçevesinde birey etkin ve gerçekçi bir şekilde hastalığı kendi denetiminde tutma çabası gösterebilmelidir (Vahip ve Aydemir, 2010). Uyum farmakoterapi, psikoterapi, klinik katılım ve sağlığın devamlılığını içeren bir kavram olarak ele alınabilir. Hasta odaklı bir bakış açısıyla uyum (adherence) terapötik işbirliği yoluyla tedavi kararının alınmasında hastanın aktif katılımına vurgu yapar (Busby ve Sajatovic, 2010). Uyum sadece ilacın uygun şekilde alınmasını değil, aynı zamanda sağlığı koruyan, sürdüren ve geliştiren davranışlara adapte olmayı da içermektedir. Örneğin BPB hastalarında duygu oynaklığının (mood instability) en aza indirgenmesi için madde/alkol kullanımını azaltılması ve uyku/uyanıklık döngüsünün düzenlenmesi gerekmektedir. Benzer şekilde psikososyal tedaviye katılım, tedaviyi bırakma oranları, takip randevularına devamlılık da diğer tedavi uyumu göstergeleridir. Literatürde uyum çoğunlukla ilaca yönelik ele alınmakla birlikte bunun uyumun sadece bir yönü olduğu akılda tutulmalıdır (Leclerc ve ark., 2013).

Uyumun ilk kavramsallaştırımı, uyumu (adherence) itaat (compliance) ile eşitleyen otoriter çağrışımlı geleneksel tıp modellerine dayanmaktadır. Daha yeni bir kavramsallaştırma içinde ise uyum, kendi tedavisine aktif olarak katılan, işbirlikçi bir süreci ifade etmektedir. Uygulama düzeyinde uyum ise tedaviye erişim, ilaç edinme, ilaçları alma ve izleme ile ilgili yönergeleri anlama, bunları takip etme ve ilaçları almayı hatırlama gibi bir dizi davranışı içermektedir (Berk ve ark., 2010).

Literatürde kronik psikiyatrik hastaların ilaç alımıyla ilişkili üç terim kullanılmaktadır: İtaat (compliance), mutabakat (concordance) ve uyum (adherence). İtaat (compliance), hastanın davranışlarının reçetede belirtilen önerilerle eşleşmesi olarak tanımlanabilir. Buna göre klinisyenin paternalist bir tutum içerisinde uygun tedaviye karar verici; hastanın ise sorgulamadan, pasif bir şekilde klinisyene riayet eden olması terimin problemini ortaya koymaktadır (Chakrabarti, 2014). Bu nedenle klinisyen ve hastanın karşılıklı olarak tedaviyle ilgili bir anlaşmaya varması gerektiği anlamına gelen mutabakat (concordance) terimi ortaya atılmıştır. Fakat burada belirlenen hedefle ilgili hastanın ilacı ne zaman ve nasıl alacağına yönelik inançlarına ve isteklerine saygı duyulması söz konusudur. Bu noktada hedefin hasta için gerçekten yararlı olup olmayacağı net değildir. Terim genel olarak kabul görmesine karşın gerçek yarar zarar dengesi tanımlanmamıştır (Aronson, 2007). Son yıllarda öne sürülen bir diğer terim olan uyum (adherence) ise hastanın ilaç almakla ilgili görüş ve tutumlarını merkeze alarak önerilen sağlık davranışlarının kabulünü (ilaç alımı, diyet takibi, yaşam tarzı değişimi gibi) ve kendi tedavisinde daha aktif olmayı içermektedir (Chakrabarti, 2014). Dünya Sağlık Örgütü de benzer şekilde ilaç uyumunu, sağlık ekibi tarafından verilen önerileri takip eden hasta davranış derecesi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2003). Ayrıca uyum hastanın belirli bir tedaviyi kabul etme zorunluluğunun bulunmamasını ve uyumsuzluk durumundan yalnızca hastanın sorumlu tutulmamasını içermektedir (Chakrabarti, 2014). İlaç uyumu hastanın pasif alıcı konumundan daha aktif karar veren konumda olduğu ve daha fazla iş birliği içeren bir süreçtir. Bu nedenle ilaç uyumunun hasta, hastalık ve çevresel faktörlere duyarlı dinamik bir süreç olarak ele alınması gerekmektedir (Crowe ve ark., 2012). Mevcut çalışmada bağlamı itibarıyla ilaç uyumu (adherence) teriminin kullanılması tercih edilmiştir.

Üzerinde durulması gereken diğer bir tanım ise uyumun ve uyumsuzluğun kapsamıdır. Önceleri “ya hep ya hiç” fenomeni ile kavramsallaştırılan uyum, son zamanlarda “kısmi” uyum denebilecek davranışsal süreklilik (behavioral continuum) içinde ele alınmakta ve sıklıkla hastanın önerilen tedaviyi, daha düşük dozlarda alma, arada düzensiz alıp sonra yeniden başlama gibi kendi kararına göre değiştirmesinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Sylvia ve ark., 2014). Uyumsuzluk tedaviyi

reddetme gibi “istemli (voluntary)” veya ilaçları almayı unutma gibi “istem dışı” da olabilir. Diğer bir deyişle hastalar tamamıyla kabul ettikleri veya reddettikleri tedavi rejimini değiştirebilirler. Bu değişkenlik ilacı almakla ilgili “ya hep ya hiç” kararının aksine ilaç rejiminde “kısmi” (ilaçların sadece belirli bir kısmının alınması) veya “düzensiz” (hastanın değişik aralıklarda ara sıra tedaviye “başlaması ve sonlandırması”) uyuma yol açmaktadır. Önerilen tedaviyi takip etmemenin bir diğer yolu ise reçetelenen ilacın “kötüye kullanımı” olabilirken; bir başka yolu hastaların “seçici” olarak bazı ilaçlara tamamen bağlı kalabilirken, diğerlerine kalmıyor olması olabilir (Berk ve ark., 2010). Benzer bir şekilde Kondo ve arkadaşları (2015) da ilaç uyumunda: “tamamen uyum”, “kısmi uyum”, “düzensiz uyum”, “seçici uyum”, “tamamen uyumsuz”, “istem dışı uyumsuz (ilaç almayı unutmak, ilaç kullanımıyla ilgili talimatları yanlış anlamak vs)” ve “istemli uyumsuz (bireyin reçetelenenden daha az ilaç almaya karar vermesi)” şeklinde gruplandırmaya gidilmesini önermektedir. Tüm bunlar uyumun çeşitli yollardan etkilenen dinamik bir yapısının olduğunu göstermekte ve bu nedenle ilaç uyumunun tedavi sürecinde tekrar tekrar ele alınması gerekmektedir. Örneğin atak dönemine yakın zamanlardaki uyum oranları ile koruyucu dönemdeki uyum oranları farklılık göstermektedir (Busby ve Sajatovic, 2010). Özellikle uzun dönem tedavi gerektiren hastalıklar düşünüldüğünde hasta belirli durumlarda tamamen uyumlu olabilirken, bazı durumlarda kısmi uyumlu olabilir. Bu nedenle uyum davranışının doğasındaki dinamikliğinden ötürü ilaç uyumunu net bir şekilde tanımlamak pek mümkün olmamaktadır (Jawad ve ark., 2018). Bazı çalışmalar uyumu reçetelenen ilacı kabul etmek ve almak olarak değerlendirirken, geniş kapsamlı tanıma bakıldığında uyum, adaptif sağlık davranışlarına odaklanmaktadır. Bu tanım reçetelenen ilacın uygun doz ve zamanlarda alınması kadar konsültasyonlara katılımı ve sağlıklı bir yaşam tarzı taahhüdünü de içermektedir (Berk ve ark., 2010).

İlaç uyumsuzluğu, araştırmalarda elde edilen ilaç verimliliği (efficacy) ile aynı tedavinin klinik ortamlardaki etkililiği (effectiveness) arasındaki büyük farkın en büyük nedenidir (Busby ve Sajatovic, 2010). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçların etkililiğine dair pek çok çalışma olmasına karşın, klinik uygulamada verimlilik-etkililik (efficacy-

effectiveness) boşluğu göze çarpmaktadır (Berk ve ark., 2004; Crowe ve ark., 2012). Buna göre tipik olarak laboratuvar çalışmalarında deneklerin %66'sı, doğal ortam araştırmalarında ise bu oranın yarısı lityuma yanıt vermektedir (Schou, 1997). Diğer bir deyişle lityum profilaksi verimliliğini doğrulayan ve doğrulamayan çalışmaların varlığı, lityum profilaksi etkililiğinin (effectiveness) sadece “normal” klinik durumlarda geçerli olup olmadığı sorusunu ortaya atmaktadır. Bu noktada verimlilik (tedavinin potansiyeli) ile etkililik (klinik koşullar altında elde edilen sonuçlar) arasındaki farkın ayırımına dikkat edilmesi gerekmektedir. Lityumun ancak klinisyenin belirttiği şekilde kullanılması, ilacın verimliliğini ortaya koyabilmektedir. Dolayısıyla lityumun hasta için “iyi gelip gelmemesi” hastanın ilaç uyumuna bağlıdır (Guscott ve Taylor, 1994).

Kronik psikiyatrik hastaların yaklaşık yarısı veya daha fazlası ya ilaçlarını belirtildiği şekilde almamakta ya da tamamen bırakmaktadır (WHO, 2003). İlk etapta ilaca uyumun zayıf olması sonrasında ilacın bırakılmasını beraberinde getirmektedir. İlacın alınmaması ise tedavi sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, toplumsal yükü fazlasıyla arttırmaktadır (Chakrabarti, 2014) Bipolar bozuklukta psikofarmakolojinin hem akut hem koruyucu tedavide oldukça önemli bir yeri vardır (Col ve ark., 2014). BPB’de atakların ve kötü klinik gidişatın önemli nedeni olan ilaç uyumsuzluğu BPB hastalarında ortalama %41 olmakla birlikte yaklaşık %64'lere kadar varabilmektedir (Berk ve ark., 2010; Colom ve ark., 2000; Scott ve Pope, 2002). BPB’nin iki yıl içinde nüks riski %60’dır ve aslında duygu durum düzenleyiciler bu oranı anlamlı düzeyde azaltmasına karşın lityum uyumu ancak %40-%60 seviyelerindedir (Macneil ve ark., 2011; Scott ve Pope, 2002; Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017). Oranlar arasında görülen farklar metodolojik problemlere gönderme yaparken; uyumsuzlukla ilişkili yüksek oranların klinik ve ekonomik alana yansımaları kritik öneme sahiptir.

1.2.2. İlaç Uyumunun Ölçümü

İlaç uyumu kavramı çok yönlülüğü, ölçüm zorluğu ve göz önünde bulundurulması gereken risk faktörleri nedeniyle karmaşık bir klinik zorluktur. Tüm bu zorluklara karşın ilaç uyumunun klinik sonuç üzerindeki etkisini incelemek, risk

faktörlerini belirlemek ve yardımcı psikososyal müdahalelerin etkilerini değerlendirmek için ilaç uyum ve ölçümünün tanımları yapılarak çalışmalar yürütülmektedir (Berk ve ark., 2010).

Genel olarak bipolar nüfusun üçte birinden fazlasının iki ya da daha fazla kez ilaç almayı bıraktığı ve her 10 bipolar hastanın dokuzunun hayatlarında en az bir kez ilaç kullanmaktan vazgeçmeyi düşündükleri belirtilmektedir (Colom ve ark., 2005). Writers (2017) bipolar hastaların %60'ının reçetelendiği şeklinde ilaçlarını almadığını belirtmekle birlikte literatürde bildirilen tedavi uyumsuzluk oranlarının %12-64 gibi oldukça geniş bir ranj aralığında olduğu görülmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010; Colom ve ark., 2000; Leclerc ve ark., 2013; Sajatovic ve ark., 2009). Oranlar arasındaki farklılıklar ilaç uyumunun tanımı, ölçümü, hastaların heterojenliği ve bildirimindeki tutarsızlıklarla ilişkilidir (Colom ve ark., 2005).

Belirli bir standart yakalama adına çalışmalarda aynı ölçekler kullanılsa bile ölçeği puanlama veya ele alma şekilleri her zaman aynı olmamaktadır (Levin ve ark., 2016). Kimi çalışmalar uyumu ikili kategorik (uyumlu/uyumsuz); kimi çalışmalar ise sürekli ölçümler (kullanılan/kullanılmayan ilaç yüzdesi veya ölçek puanlarıyla) olarak ele almaktadır. Uyumun ikili kategori olarak ele alındığı çalışmalarda da uyumsuzluğun tanımı farklılaşmaktadır. Örneğin ilaç uyumsuzluğu ilaçların yarısını kullanmamak (Sajatovic ve ark., 2007) ya da ilaçların en az %25'ini kullanmamak (Sylvia ve ark., 2013) ya da ilaçların en az %20'sini kullanmamak (Velligan ve ark., 2010) olarak ele alınabilirken; kısmi uyum ilaçların %30 veya daha fazlasını eksik almak (Scott ve Pope, 2002); uyumlu olanlar ise ilaçların %75'ini ve fazlasını alanlar (Sylvia ve ark., 2014) ya da klinik popülasyonlarda belli bir kesim noktası belirlenerek o kesim noktasının üstü (Busby ve Sajatovic, 2010) olarak değerlendirilebilmektedir (Jawad ve ark., 2018; Jonsdottir ve ark., 2010; Holmes, Hughes ve Morrison, 2014). Kimi çalışmalarda ise çoklu ilaç kullanımında tüm ilaç uyumlarının ortalaması ilaç uyumu olarak ele alınmakta ve çoğunlukla tek bir uyum ölçümüne güvenilmektedir (Crowe ve ark., 2012). Görüldüğü üzere bir çalışmada uyumlu olarak ele alınan bir hastanın başka bir çalışmada uyumsuz olarak değerlendirilme riski söz konusudur. Tüm bunlar araştırma bulgularının

karşılaştırılabilirliğini, genellenebilirliğini ve tutarlı bir örüntü oluşturmalarını zorlaştırmakta ve uyum ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkinin muğlaklaşmasına yol açmaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010; Levin ve ark., 2016; Sylvia ve ark., 2014).

Benzer şekilde uyuma yönelik tutum ve uyum davranışı arasındaki ayrımın dikkate alınmaması uyumla ilişkili şimdiye kadar yapılan çalışmaların anlaşılmasını ve yorumlanmasını zorlaştırmakta, fakat aynı zamanda uyum araştırmalarının metodolojisini geliştirmesi açısından da fırsat yaratmaktadır. Tutumun ölçülmesindeki temel gerekçelerden biri bireyin davranışının her zaman davranışa yönelik tutumla aynı olmamasıdır. Örneğin tutum ve davranışın şu şekilde kombinasyonları olabilir: “ilaç kullanmayı seviyorum ama ilaçlarımı almıyorum” veya “ilaç kullanmayı sevmiyorum ama ilaçlarımı alıyorum” gibi farklı ifadeler uyum çalışmalarının sonuçlarının yorumlanmasında ciddi problemler doğurabilir. Reçete edilen ilaç ve alınan ilaç arasındaki uyumsuz eşleme gibi uyuma yönelik tutumun, uyumun standart tanımından farklı olduğu mutlaka dikkate alınmalıdır (Sajatovic, Velligan, Weiden, Valestein ve Ogedegbe, 2010).

İlaç uyum veya uyumsuzluğunun tanımı ve diğer değişkenlerle ayrımının yanı sıra bir diğer zorluk da ilaç uyumunun ve uyumsuzluğunun en iyi nasıl ölçüleceği sorusudur. Uyumun ya hep ya hiç fenomeni olmadığı, kısmi, düzensiz ve seçici gibi uyumların olabileceğinin fark edilmesi, uyumun tüm yönlerini kapsayan ölçme aracı ihtiyacını ortaya koymaktadır (Berk ve ark., 2010; Goldstein ve ark., 2016). İlaç uyumunu ölçen doğrudan (yutulan ilaçları gözlemlemek veya ilaç kan düzeyi) ve dolaylı (öz-bildirim ve elektronik izleme) olarak pek çok yöntem ve her bir yöntemin kısıtlılıkları vardır. Bununla birlikte bireyin ilaç uyum değerlendirilmesinde bu ölçümlerin her birine ne kadar ağırlık verileceği de net değildir. Genel olarak ilaç uyumu ölçümü iki temel kategoriye ayrılabilir: Objektif ve subjektif ölçümler. Objektif ölçümler ezecane kayıtları, tablet sayımı, elektronik izleme (ilaç kutusu açıldıkça kaydeder) ve kan düzeyi; subjektif ölçümler ise hasta, hasta yakını, klinisyen, aile üyeleri veya bakım vereninden alınan öz bildirim araçlarıdır (Berk ve ark., 2010; Busby ve Sajatovic, 2010; Crowe ve ark., 2012).

İlaç uyumu çalışmalarında en sık kullanılan yöntem ölçeklerden ve aile üyelerinden alınan bilgilerdir. Ölçekler ve öz bildirimler ucuz ve kolay olduğu ve müdahale içermediği için oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (Holmes ve ark., 2014; Levin ve ark. 2016). Bir derleme çalışmasına göre ilaç uyumu araştırmalarının %77'sinden fazlası sadece öz bildirim dayalı yöntem kullanırken; % 23'ünden daha azında objektif ölçümler kullanmıştır (Velligan ve ark., 2006). Öz bildirimler çeşitli formlarda kullanılmaktadır. Bunlar çalışmaya özgü spesifik ölçümler (simple self report), tanımlanmamış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler (Treatment Compliance Interview), bilgiyi, içgörüyü, tutumu içeren uyuma yönelik daha genel yaklaşımlar ve geçtiğimiz bir ya da iki hafta önceki ilaç kullanımını içeren Tedavinin Etkilerini Derecelendirme (ROMI: Rating of Medication Influences), İlaç Tutum Envanteri (DAI: Drug Attitude Inventory), Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketi (Morisky 8-item Medication Adherence), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS: Medication Adherence Rating Scale), İlaç Alışkanlıkları Ölçeği (TRQ: Tablet Routines Questionnaire) gibi ölçeklerdir (Levin ve ark., 2016; Velligan ve ark., 2010). Tüm bu çeşitliliğe rağmen hem araştırmalar hem de klinik uygulamalarda geçerli bir öz bildirim formuna ihtiyaç duyulmaktadır (Goldstein ve ark., 2016).

Öz bildirimler sıklıkla öz sunum (self presentational), yanlış hatırlama, sosyal arzulanırlık, etiketleme nedeniyle uyum oranlarının olduğundan daha yüksek çıkma eğilimi açısından eleştirilmekte ve objektif ölçümlerle birlikte ele alınması önerilmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010; Levin ve ark., 2016; Velligan ve ark., 2010). Öz bildirim ile yapılan ölçümlerde %15 daha fazla uyum oranları elde edildiği buna karşın özgüllük oranının %90 olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte öz bildirimler, klinisyenlerin uyum tahminlerinden %50-60 oranında daha güvenilir bulunmaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010).

Genellikle yüksek özgüllüğe ancak daha düşük duyarlılığa sahip öz bildirim formlarının kan düzeyi ile yüksek korelasyon gösterdikleri bildirilmektedir (Berk ve ark., 2010). Jonsdottir ve arkadaşlarının (2010) reçeteli ilaç kullanımı olan 166 şizofreni ve 114 bipolar hastayla yaptıkları bir çalışmada ilaç uyumu hem kan düzeyi

hem de öz bildirim ölçeği ile ölçülmüştür. Çalışmada kan serum düzeyine göre uyumlu olanların oranı toplamda %70, şizofrenlerde %65.2, bipolarlarda %77.6; tek madde ile ölçülen basit özbildirimlere (simple self report) (“Geçen hafta ilaçlarınızın ne kadarını kullandınız” sorusuna göre ki %75 ve üstünü işaretleyenler uyumlu olarak değerlendirilmiştir) göre ise toplamda % 86.3, şizofrenlerde %87.7, bipolarlarda %84.2 olarak saptanmıştır. Hastaların basit özbildirim puanları uyumu olduğundan fazla değerlendirmekle birlikte kan serum düzeyi ile anlamlı bir ilişki ($r=0.52$) göstermektedir. Oranın yüksek ve anlamlı olması basit özbildirimlerin ilaç uyumu ölçümlerinde makul bir geçerliliğe sahip olabileceğini; hastaların geçen hafta ilaçlarını aldıklarını iddia ettiklerinde, kan serum düzeyinin bunu çoğunlukla doğruladığını göstermektedir. Ayrıca öz bildirimlerde sadece geçen haftanın sorulması, geçen ay veya geçtiğimiz 3 ay şeklindeki sorgulamalardan daha güvenilir olmaktadır. Bununla birlikte kan serum düzeyi ile MARS-5 ölçeği arasındaki ilişki görece daha düşük iken ($r=0.25$), kan serum düzeyi ile görüşmeler (interview) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Jonsdottir ve ark., 2010). Başka bir çalışmada ise öz bildirim aracı olan MARS-5’in kan serum düzeyi ile korelasyonu 0.52 olarak bulunmuştur (Crowe ve ark., 2012).

İlaç uyumunu ölçmek için kullanılan objektif yöntemler elektronik izleme cihazları, açıldığında kayıt yapan hap kapakları, hap sayımı, eczane kayıtları ve ilaç kan düzeyi olarak sıralanabilir (Berk ve ark., 2010; Levin ve ark., 2016). Elektronik cihazlar uyumun en hassas ölçümü gibi görünse de mükemmel değildirler. Örneğin oldukça pahalı olan ilaçla ilgili olayları izleme sisteminde (MEMS: Medication Event Monitoring System) elektronik cihaz başlığı bir hap şişesinin her açılışını kaydeder; ancak bireyin gerçekten ilaç içip içmediğini, aynı anda birden fazla ilaç içme durumunu veya ilaç alma dışında kutunun açılmış olabileceğini kaydedemez. Hap sayımları ve eczane kayıtları da benzer metodolojik nedenlerle tutarlılığı ölçmek için kusursuz değildirler (Sajatovic ve ark., 2010).

Kan ölçümü doğrudan, güvenilirliği yüksek ve objektif bir yöntem olmakla birlikte pahalı, hem hasta hem de sağlık çalışanı açısından külfetli ve bozulmaya müsaittir. Klinik uygulamalarda lityum karbonat ve sodyum valproat serum

seviyelerinin ölçümü rutin olmakla birlikte diğer duygu durum düzenleyicilerin, antipsikotiklerin veya benzodiyazapinlerin klinik olarak rutin ölçümünün mümkün olmaması bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Bir diğer kısıtlılık ise hastanın ölçüme gelmeden önce ekstra doz alarak serum düzeyini manipüle etme olasılığıdır. Bireylerin ilaçları farklı oranlarda metabolize ettiği göz önüne alındığında aslında kimyasal analizlerin de kesinliği şüphe uyandırmaktadır (Crowe ve ark., 2012; Levin ve ark., 2016). Tüm bunların yanı sıra kan düzeyinin, kan alınmadan önceki son birkaç günü temsil etmesi ve daha uzun dönemi nasıl temsil edeceği de tartışmalı bir konudur (Busby ve Sajatovic, 2010; Goldstein ve ark., 2016). Yine de elektronik izleme gibi dolaylı yöntemlerle kıyaslandığında, kan düzeyi daha güvenilir bir uyum ölçümü vermektedir (Goldstein ve ark., 2016). Ayrıca şizofreni gibi ciddi psikiyatrik hastalıklarda öz bildirim ölçeklerinin mutlaka objektif ölçümlerle doğrulanması gerekmektedir. Fakat literatüre bakıldığında 160'dan fazla ilaç uyumu çalışmasına rağmen, objektif ve subjektif yöntemlerin bir arada kullanıldığı sadece yedi çalışmaya rastlanılmaktadır (Jonsdottir ve ark.,2010).

Kontrol grubunun olmaması ve hasta seçimi ilaç uyum çalışmalarının genel bir sorunudur. Tüm tedaviyi reddeden uyumsuz bir hasta çoğunlukla çalışmaya katılmak istememektedir; bu nedenle örneklem genellikle daha uyumlu hastalardan oluşmaktadır. Yine de gerçek klinik popülasyonu temsil eden örneklemle çalışmak önemlidir. Bu bağlamda sağlık sisteminin farklı alanlarında ilaç uyum sorunlarına yönelik genel bir bakış açısına ihtiyaç duyulmaktadır (Jonsdottir ve ark.,2010; Levin ve ark., 2016).

Özetle literatürde yer alan pek çok çalışmada BPB hastalarının ilaç uyumsuzluk oranının yüksek fakat farklı oranlarda olduğu görülmektedir. Daha tutarlı bir örüntü için örneklemin temsil edilebilirliği ve ilaç uyumu ve ölçümlerinin daha iyi tanımlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut ölçüm araçlarının var olan kısıtlılıklarına dayanarak, uyumun değerlendirilmesinde daha güvenilir ve pratik yöntem olarak hastanın bildirimi, bakım verenin bildirimi (aile katılımı ve rızası söz konusu ise) ve planlanmamış kan izleme gibi yöntemlerin kombinasyonu yapılabilir (Montes, Maurino, de Dios ve Medina, 2013). Başka bir deyişle bireyin genel uyum

durumunu ve uyumun farklı yönlerini (seçici ve düzensizce) ele alan daha nitel bir görüşme ile subjektif ve objektif kantitatif değerlendirmelerin bir arada ele alındığı çoklu ölçüm araçlarının kullanılması gerekmektedir (Berk ve ark., 2010; Busby ve Sajatovic, 2010). Benzer şekilde alanla ilgili uzmanlar da uyum ölçümünün daha çok tablet sayımı, kan düzeyi gibi objektif ölçümlerle yapılmasını ve doğruluğunu (accuracy) arttırması için beraberinde geçerli bir özbildirim kullanılmasını önermektedir (Busby ve Sajatovic, 2010).

1.2.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Klinik Sonuçları

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre kronik hastalıkları olan hastaların yaklaşık %50'si reçetelenen ilaçlarını almamakta, bu ilaç uyumsuzluğu da morbidite ve ölüm oranlarının artmasına yol açmaktadır (Brown ve Bussell, 2011). Kardiyovasküler hastalıklar BPB hastalarında görülen en fazla ölüm nedenidir (Ramsey ve ark., 2013). BPB tanılı bireylerin genel popülasyonun iki ila üç katı mortalite oranına sahip olduğu (Ramsey ve ark., 2013) göz önüne alındığında ilaç uyumsuzluğu hastaların fiziksel sağlığı bakımından da oldukça kritik bir rol oynamaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010; Sajatovic ve ark., 2009). Levin ve arkadaşlarının (2016) belirttiği gibi BPB hastalarına özgü genel tıbbi durumlar için ilaç tedavileri ile uyum örüntülerine ilişkin veriler sınırlı olsa da hem psikiyatrik hem de psikiyatrik olmayan ilaçlara uyumu arttırmak, genel olarak hastaların fiziksel sağlık durumunu geliştirme olanağı sağlayabilir ve erken ölüm oranını azaltmak için bir yaklaşım sunabilir.

Psikiyatrik hastalıklar genel olarak toplam morbidite ve yeti yitimi artışının ana kaynağıdır. Buna göre psikiyatrik hastalıklar, tüm hastalıkların %32.4'ünü; Küresel Hastalık yükü çalışmasına dahil edilen tüm hastalıkların yeti yitimi düzeltilmiş yaşam yıllarının %13'ünü oluşturmaktadır (Vigo, Thornicroft ve Atun, 2016). Küresel hastalık yükü 2010 çalışmasında psikiyatrik hastalıklara (mental disorders) ve madde kullanım bozukluklarına atfedilen hastalık yükü, yeti yitimine göre düzeltilmiş yaşam yılı (DALYs:disability-adjusted life years) açısından 183.9 milyon olarak hesaplanmıştır. Sadece bipolar bozukluk psikiyatrik ve madde

kullanım bozukluklarının neden olduğu DALYs'lerin %7'sini oluşturmaktadır (Whiteford ve ark., 2013).

Zayıf klinik sonuçlarla gidebilen bipolar bozuklukta ilaç uyumsuzluğu depresme (relaps), yinleme (recurrence), hastaneye yatış, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarında artış ile remisyon ve iyileşme olasılığında azalma açısından ilişkilidir (Busby ve Sajatovic, 2010; Hong, Reed, Novick, Haro ve Aquado, 2011; Jawad ve ark., 2018; Saka ve ark., 2001; Sylvia ve ark., 2014). Özellikle BPB'de epizodların sıklığı pek çok psikiyatrik hastalıklardan (örn unipolar depresyondan) daha fazladır, bu da BPB'deki ilaç uyumsuzluğunun diğer hastalıklara kıyasla ataklarla daha çok ilişkili olabileceğini göstermektedir (Jawad ve ark., 2018). Örneğin yapılan bir çalışmada manik epizodla başvuran hastaların %64'ünün duygudurum düzenleyici ilaçlarını almadıkları ve ilaç uyumsuzluğuyla birlikte maninin ciddiyetinin daha büyük olduğu gösterilmiştir (Keck ve ark., 1996). Başka bir çalışmaya göre de mani veya depresif epizodların 1 ve 2 yıl içinde nüks etme oranlarının en güçlü bağımsız yordayıcısının cinsiyet, BPB türü, ilaç türü ve yetersiz aile desteği gibi faktörlerden daha güçlü olan ilaç uyumu olduğu görülmüştür (Li, Chen, Qiu ve Yang, 2014). Ayrıca ilaç uyumu kötü olan BPB hastalarının uyumu iyi olanlara kıyasla hastaneye yatış sayıları anlamlı düzeyde daha fazladır (Colom ve ark., 2000). Yapılan bir çalışmaya göre düzensiz ilaç kullanan BPB hastalarının hastane yatış oranı %73 iken, bu oran uyumlu hastalarda %31 olarak bulgulanmıştır (Svarstad, Shireman ve Sweeney, 2001). Başka bir çalışmaya göre de 3 yıl boyunca izlenen 405 BPB tanılı hasta arasında ilacı bırakanlarda, duygu durum düzenleyici monoterapisine devam edenlere kıyasla 16 kat daha fazla ölümcül olmayan intihar davranışı gözlenmiştir (Yerevanian, Koek ve Mintz, 2007). Bu durumun uzun süre lityum kullanımının antisüisidal etki göstererek intihar girişimi veya intihar eylemi riskini azaltırken; birden bırakılmasının intihar riskini artırmasıyla ilişkili olabileceği önerilmiştir (Colom ve ark., 2005). Benzer şekilde lityumun hızlı bir şekilde azaltılmasının, kademeli olarak azaltılmasına kıyasla daha fazla mani ve depresyon nüksüne yol açtığı; ilaç azaltmanın farmakodinamik adaptasyonu nedeniyle hiç ilaç almamaktan daha fazla BPB nüksüne yol açacağı belirtilmektedir. Bu bağlamda ilaç

azaltma sendromları uyumsuz BPB hastalarında belirgin şekilde artmış olan belirtileri en azından kısmen açıklayabilmektedir (Levin ve ark., 2016).

Uyumdaki değişimlerin altında yatan neden sonuç ilişkisi iki yönlü olabilir; hastalar kötüleştikçe uyum azalıyor olabilir ya da ilaç uyumundaki başarısızlık duygu durum epizodlarına yol açıyor olabilir. Bununla birlikte bazı BPB hastalarının uzun süre remisyon dönemleri olmasına karşın hastaların ortalama olarak zamanlarının %50'sinde eşik altı belirtiler yaşadıkları ve bunun da psikososyal işlevsellikte bozulmaya yol açtığı belirtilmektedir (Jawad ve ark., 2018).

Tamamen uyumsuzluğun sonuçlar üzerindeki etkisi bilindiği gibi, alt düzey terapötik ilaç konsantrasyon değerine neden olan kısmi uyumun da relaps ve yeniden hastane yatışı gerektirebileceği unutulmamalıdır (Berk ve ark., 2010). Örneğin yapılan bir çalışmada kısmi uyumlu BPB hastalarında 18 aylık sürede hastane yatış oranları %81.2 iken tam uyumu olan hastalarda bu oran %9.7 olarak saptanmıştır (Scott ve Pope, 2002). Bununla birlikte kısmi uyumlu ile uyumsuz hastaların klinikte ayrıştırılamaması, gereksiz yere ilaç dozunun arttırılmasına, ilaç değişimine veya yeni ilaç eklenmesine yol açabilmekte ve hastalar yanlış bir şekilde tedaviye dirençli olarak etiketlenebilmektedir (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen ve Denekens ve ark., 2001).

Özetle, BPB tanılı hastalarda uzun dönem lityum tedavisinin intihar girişimini 5 kat azalttığı göz önüne alındığında özellikle bipolar bozuklukta ilaç uyumunun önemi, koruyucu bir etkiye sahip olması açısından daha da artmaktadır (Berk ve ark., 2010; Busby ve Sajatovic, 2010). Bununla birlikte klinik uygulamalarda, bipolar bozuklukta akut bir epizod çözümlendikten sonra relaps oranları ilk yıl %40, ikinci yıl %60 ve 5 yıl ve üzerinde ise %73 oranına ulaşmakta ve bu nedenle nükslerin önlenmesi için uzun dönem profilaksi gerekmektedir. Ayrıca hastalar optimal tedaviyi alsalar bile atak geçirme, iş bulma ve kişilerarası ilişki alanlarında sorunlar devam edebilmektedir. Bu nedenlerle uygun ilaç tedavisi kritik olmakla birlikte, dikkatin psikososyal katkılara ve sonuçlara da verilmesi gerekmektedir (Crowe ve ark., 2012).

1.2.4. Bipolar Bozuklukta Ekonomik Sonuçlar

BPB hastaya, aileye ve topluma olumsuz yönde etki etmektedir. Tanıda gecikmeler ve artan fiziksel komorbiditeler hem bireysel olumsuz sonuçlarla hem de harcamalarda artışla yakından ilişkilidir (Stubbs ve ark., 2016). Bipolar hastalığın doğru teşhisi özellikle uzun süreli profilaksi tedavi için oldukça önemlidir. Hastalığın ciddiyetinin bir sonucu olarak tanınmayan BPB, majör depresyondan daha yüksek maliyetlere yol açmaktadır (Angst, 2007). Psikiyatrik komorbiditelerin yanı sıra hastalığın ve bununla ilişkili tıbbi durumun birleşmesinden dolayı sağlık hizmetleri vergilendirilmektedir (Simon, 2003). BPB'nin toplam maliyeti 2015 yılında 202.1 milyar dolar olarak hesaplanmıştır (Cloutier ve ark., 2018). Durrenberger, Rogers, Walker ve De Leon'un (1999) vaka serisi çalışmasında, sık manik epizod geçiren ilaç uyumsuzluğu olan tek bir bipolar hastanın altı yıllık bakım maliyetinin, duygudurum düzenleyici uyumu olan 13 hastaninkine eşit olduğu görölmüşür. Benzer şekilde düzensiz ve düzenli ilaç kullanan BPB tanılı hastaların hastanede kalış süreleri hesaplandığında sırasıyla 37 güne 4 gün; ortalama maliyetlerin de 9701 dolara 1657 dolar olduğu bildirilmektedir (Svarstad ve ark., 2001). İngiltere'de 2009/2010 yıllarında Ulusal Sağlık Hizmetine (NHS) yapılan maliyetin 342 milyon euro olduğu ve bunun %60'ının yatan hastalara harcandığı tahmin edilmektedir (Jawad ve ark., 2018).

BPB için ABD'nin doğrudan ve dolaylı yıllık sağlık harcamalarının sırasıyla 30 milyar dolar ve 120 milyar dolardan fazla olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletlerindeki ekonomik yüke ilişkin olarak dolaylı maliyetler (hastaların ve bakıcıların üretkenlik kaybı) doğrudan maliyetlerden (yatan ve ayaktan tedavi için tedaviyle ilgili maliyetleri ve cezaevi adalet sistemi gibi BPB hastaları tarafından kullanılan tedavi ile ilgili olmayan maliyetler) 4 kat daha yüksektir (Miller, 2014). Cloutier ve arkadaşlarının (2018) belirttiği gibi ekonomik yük daha çok bakım verenlerin harcamaları, doğrudan harcamalar ve işsizlikle ilişkili harcamalardan kaynaklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada 219 BPB I hastası ciddi psikiyatrik hastalığı olmayan 198 hastayla kıyaslandığında BPB I hastalarının tıbbi nedenden dolayı işten çıkarılma veya kısa veya uzun vadeli yeti kaybına uğrama olasılığının

daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (McMorris, Downs, Panish ve Dirani, 2010). Üretkenlik kaybı sadece BPB hastalarında değil aynı zamanda bakım verme sorumluluğuyla işgücüne katılımı azaltan aile üyeleri için de geçerlidir (Miller, 2014).

BPB için duygudurum belirtileri, işlevsel bozukluk, yeti yitimi ve sağlık maliyetleri arasında kesitsel bir ilişki söz konusudur (Simon, 2003). BPB belirtileri sosyoekonomik yük açısından değerlendirildiğinde depresif belirtiler, manik veya karma belirtilere kıyasla üretkenlik kaybı ve artan yeti yitimi oranlarının getirdiğı dolaylı maliyetler açısından genel maliyetin daha büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle bipolar depresyon eleve belirtilere kıyasla daha kötü olan istihdam durumunu ve/veya mesleki işlevselliğı yordamaktadır. Manik/karma belirtiler ise yatan hasta tedavi masrafları nedeniyle depresyona kıyasla doğrudan maliyet açısından daha yüksek olmaktadır (Miller, 2014).

Özetle yüksek nüks oranları, hastaneye sık yatışlar, daha uzun süren nüks süreleri ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili doğrudan sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Sözü edilen sağlık harcamalarının ötesinde özellikle yeti yitimi ve verimlilik kaybı gibi dolaylı ve doğrudan sağlık dışı maliyetler tahmini ekonomik yükün dörtte üçünü oluşturmaktadır (Cloutier ve ark., 2018). Tüm bu veriler duygudurum bozukluklarının sosyal ve ekonomik yükünün önemine ve daha etkili tedavi seçeneklerine duyulan gereksinime dikkat çekmektedir (Simon, 2003).

1.2.5. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Yordayıcıları

BPB’de ilaç uyumu tıpkı hızlı döngülülük veya intihar düşüncesi gibi bir komplikasyon olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle uyumsuz hastaların tanınması, izlenmesi ve tedavisi zorunludur. Her 10 bipolar hastadan dördünde uyum problemleri ele alınsa da hangi bireylerin uyumsuzluk açısından en çok risk altında olduğunun doğru tespiti pek mümkün olamamaktadır. Bu durum ilaç uyumsuzluğunun yordayıcılarını belirlemekteki zorlukla ilişkilidir (Colom ve ark., 2005). Her ne kadar araştırmalarda uyumun tanımı, ölçümü, örnekleme, dizaynı çeşitlilik gösterse de ilaç uyumuyla ilgili faktörler genel olarak üç gruba ayrılabilir:

(1) *Sosyodemografik yordayıcılar* (2) *Biyososyodemografik yordayıcılar* (3) *Psikolojik yordayıcılar* (Colom ve ark., 2000; Crowe ve ark., 2012; Kopelowicz ve ark., 2015; Macneil ve ark., 2011; Yazıcı ve oral, 2010).

1.2.5.1. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Biyolojik ve Tıbbi Yordayıcıları

- *Hastalıkla ilişkili yordayıcılar*: İlaça yönelik uyumun hastalığın prognozu üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir (Karaytuğ, Keskin ve Özpoyraz, 2017). Öte yandan bipolar hastalarda ilaç uyumsuzluğu belirtilerin depresmesi (relaps), yaşam kalitesinin azalması, hastaneye yatış olasılığının artması ve bazı vakalarda intiharı içeren etkilere sahiptir (Abbak ve Albayrak, 2019; Hassan ve Lage, 2009; Karaytuğ ve ark., 2017; Lang ve ark., 2011; Sajatovic ve ark., 2009; Scott ve Pope, 2002). Hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, belirti şiddeti, hızlı döngülülük ve komorbidite (özellikle madde kullanım ve kişilik bozukluğu) gibi klinik ve hastalıkla ilişkili özelliklerin BPB’de ilaç uyumunu etkilediği bildirilmektedir (Casaletto ve ark., 2016; Crowe ve ark., 2011). Kimi çalışmalar BPB’de *erken başlangıcın* kötü uyum ile ilişkili olduğunu (Perlis ve ark., 2010) belirtse de genel olarak hastalığın erken başlangıçlı olmasının uyumsuzluk için risk faktörü olduğuna dair bulgular tutarsızdır (Col ve ark., 2014; Leclerc ve ark., 2013). Bu noktada olası açıklama genç yaş, kötü uyum ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkilerin birbirini etkilediği; bu nedenle net bir neden sonuç ilişkisi gözlenemediği yönündedir (Leclerc ve ark., 2013). Benzer şekilde hastalık süresi ve uyum arasındaki ilişki de tutarsızdır. Örneğin bir çalışmada hastaların ilaç uyumunun zamanla daha iyi olduğu belirtilirken (Belzeaux ve ark., 2013) bir başka çalışmada tedavi süresi uzadıkça uyumun kötüleştiği vurgulanmaktadır (Gianfrancesco, Rajagopalan, Sajatovic ve Wang, 2006).

Genel olarak *hastalık şiddeti* düşük uyum ile ilişkili olmakla (Gonzalez-Pinto, Reed, Novic, Bertsch ve Haro, 2010; Leclerc ve ark., 2013) birlikte ilaç uyumunun belirti şiddeti ile ilişkili olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Sajatovic, Bauer, Kilbourne, Vertrees ve Williford, 2006). Hali hazırda *yatan hastalar*, geçen bir yıl içinde hastane yatışı olanlar veya *intihar girişimi* öyküsü bulunanlar

uyumsuzluk için birer risk faktörüdür (Casaletto ve ark., 2016; Gonzalez-Pinto ve ark., 2010; Perlis ve ark., 2010; Sajatovic ve ark., 2008). *Hızlı döngülülük* ve *yüksek atak sayısının* ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili olduğuna dair çalışmaların yanı sıra (Crowe ve ark., 2011; Perlis ve ark., 2010; Velligan ve ark., 2010) geçirilen atak sayısı (Belzeaux ve ark., 2013) ve intihar girişim öyküsü (Col ve ark., 2014) ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da bulunmaktadır.

Benzer şekilde BPB I ve *psikotik belirti öyküsü* olan hastaların daha düşük uyum gösterdiği veya uyumsuz olduğu bildirilmekle (Busby ve Sajatovic, 2010; Murru ve ark., 2013) birlikte aksini iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Belzeaux ve ark., 2013). Manik epizod sırasında veya psikotik özellikli bipolar hastaların uyumsuzluğa daha eğilimli olması iç görü eksikliği ve kognitif bozulmalarla (dikkat, psikomotor hız, semantik sözel akıcılıkta ve yönetici işlev gerektiren görevlerde bozulma) ilişkilendirilmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010; Chakrabarti, 2016; Colom, Vieta, Tacchi, Sanchez-Moreno ve Scott, 2005).

Zayıf içgörü uyumsuzlukla ilişkili iken uzun dönem koruma tedavi için içgörü kazanımı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Leclerc ve ark., 2013; Velligan ve ark., 2010). Buna karşın Nageotte, Sullivan, Duan ve Camp'ın (1997) çalışmasına bakıldığında psikiyatrik bir hastalığı olduğuna inanan şizofreni hastalarının büyük bir çoğunluğunda (%64) psikiyatrik hastalığı olduğuna inanmayan hastaların ise %38'inde ilaç uyumu gözlenirken; hasta olduğuna inanan hastaların %36'sında ilaç uyumu gözlenmemektedir. Bu bulgular içgörü ve uyum davranışı arasındaki ilişkinin aslında karmaşık olduğunu göstermektedir. *Bilişsel işlevler* açısından bakıldığında ise bulgular bipolar hastalarda kognitif bozulma ve ilaç uyumsuzluğu arasında nadir de olsa bir ilişki olabileceği yönündedir (Jonsdottir ve ark., 2012). Örneğin hasta ilaç alma niyetinde dahi olsa planlama ve organizasyon beceri eksikliğinden dolayı ilacını alamayabilir (Levin ve ark., 2016). Bu bağlamda unutkanlık ve belli bir rutinin olmaması BPB'de ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili olabilir (Sajatovic ve ark., 2011).

Daha tutarlı bir bulgu ise *kişilik bozukluğu* (Colom ve ark., 2005; Murru ve ark., 2013), madde kullanım bozukluğu (Arvilommi ve ark., 2014; Gonzalez-Pinto ve

ark., 2010; Lang ve ark., 2011; Sajatovic ve ark., 2009) ve anksiyete komorbiditesinin (Arvilommi ve ark.,2014; Perlis ve ark., 2010) ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilemesidir.

Hastalık şiddeti kavramı hastalıkla ilişkili faktörlerin (epizod türü, atak sayısı vb) sıklığı ve yoğunluğu gibi derecelendirilmesine dayanmaktadır. Ancak kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu dışında kalan diğer hastalık değişkenlerinin uyumla ilişkisinin tutarsız olduğu görülmektedir. Örneğin epizod özellikleri (manik atak sayısı, epizod sayısı, ilk ve son epizod türü), hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, toplam remisyon süresi, intihar girişimi sayısı, aile öyküsünde psikiyatrik hastalığın olup olmaması gibi hastalıkla ilişkili değişkenlerin uyum açısından farklılık oluşturmadığını bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır (Col ve ark., 2014; Sajatovic ve ark., 2009; Savaş, Ünal ve Vırt., 2011). Hatta geçirilen toplam epizod sayısının (depresyon ve hipomanik epizodlar) ilaç uyumu olan hastalarda daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da söz konusudur (Colom ve ark., 2000). Yazarlar bu durumu ilaç uyumsuzluğu olan hastaların epizodlarının daha sık değil fakat daha ağır olması ve bu nedenle daha sık hastane yatışı gerektirmesi şeklinde açıklamaktadır.

Tüm bunlara karşın hastane yatışı tıpkı kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu gibi pek çok çalışmada uyumsuzluğa katkıda bulunan daha ağır bir hastalık şiddeti ile ilişkilendirilmektedir (Arvilommi ve ark., 2014; Karpov ve ark., 2018; Leclerc ve ark., 2013). Örneğin bipolar hastaların daha önceki hastane yatışlarının nedeni incelendiğinde %43.3'nün ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili olduğu görülmektedir (Gülcü, 2018). Svarstad ve arkadaşlarının (2001) çalışmasına göre düzensiz ilaç kullanımı olan bipolar hastaların hastaneye yatış oranı düzenli ilaç kullanan hastalara göre %42 daha yüksektir. Benzer şekilde öncesinde duygu durum düzenleyici kullanımı hastaneye yatış riskini anlamlı düzeyde azaltmaktadır (Lang ve ark., 2011). Örneğin yapılan bir çalışmaya göre daha önce hastane yatışı olan bipolar hastalardan antipsikotik ilaçlarının en az %75'ini kullananların hastaneye yeniden yatış riski daha düşük bulunmuştur (Hassan ve Lage, 2009).

-İlaçla/tedaviyle ilişkili yordayıcılar: Litaratürde ilaçtan kaynaklı uyumu engelleyen faktörler yan etkilere yönelik kaygı, ilaç türü, reçete edilen ilaç sayısı, ilaç bilgisi, tedavi rejiminin karmaşıklığı ve klinisyen-hasta ilişkisinin niteliği olarak ele alınmaktadır (Cochran ve Gitlin, 1988; Crowe ve ark., 2011). Pek çok çalışma gerçek yan etkilerden ziyade hem mevcut yan etki kaygısı hem de gelecekte olası yan etki kaygısının kötü uyumla ilişkili olduğunu göstermektedir (Arvilommi ve ark., 2014; Belzeaux ve ark., 2013; Mago, Borra ve Mahajan, 2014; Mert, Turgut, Kelleci ve Semiz, 2015; Morselli, Elgie ve GAMIAN-Europe, 2003; Scott ve Pope, 2002). Kilo alımı, algılanan kognitif bozulma, titreme ve sedasyon en çok bildirilen yan etkiler olup tedavinin ilerleyen aşamalarında başlangıça kıyasla azalabilmektedir. Tremor ve bunaltı gibi yine sık görülen yan etkiler ise ilaç dozu ile ilişkili olup, dozun azaltılmasıyla yatışabilmektedir. Genel olarak kilo alımı, kognitif güçlükler ve şiddetli depresif belirtiler (ilacın bir sonucu olarak) gibi yan etkilerin ilaç uyumsuzluğuna etkisi çok daha büyüktür (Leclerc ve ark., 2013; Mago ve ark., 2014; Yazıcı ve Oral, 2010).

Lityum uyumsuzluğunun tedavinin yanıt vermemesi veya ağır yan etkilerden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010). İlaç uyumu geleneksel medikal model çerçevesinde düşünüldüğünde bipolar hastalarda yan etkiler ve uyumsuzluk arasında yüksek bir korelasyon olduğu belirtilmekteydi. Fakat geçmişe kıyasla artık daha tolere edilebilir ilaçlar olmasına rağmen uyumsuzluğun temelde aynı kalması ilaç yan etkisinin uyumsuzluğu yordama gücünü yeniden düşündürmektedir (Berk ve ark., 2010). Yapılan bir araştırmaya göre uyumlu ve uyumsuz hastaların bildirdikleri yan etki türü ve sıklığı açısından bir farklılık saptanmamıştır. Diğer bir deyişle ilaca uyumlu ya da uyumsuz her hasta duygu durum düzenleyicilerin yan etkilerini yaşamaktadır (Schumann, Lenz, Berghofer ve Muller-Oerlinghausen, 1999). Wouters ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da ilacın etkililiğine dair inanç ile daha düşük istemli (voluntary) uyumsuzluk arasındaki ilişki oldukça açıkken; yan etki kaygısı ve deneyiminin uyumsuzlukla ilişkisinin net olmadığı belirtilmektedir. Bu bağlamda sadece önemli ölçüde rahatsızlık veren yan etkiler olduğunda veya başka olumsuz faktörlerle birlikte

görüldüğü zaman yan etkiler uyumu olumsuz yönde etkiliyor olabilir (Arvilommi ve ark., 2014).

Avrupa’da 3000 üzeri psikiyatrik hastayla gerçekleştirilen anket sonuçlarına göre hastaların sadece %18.3’ü yan etkileri ilaç tedavisine devam etmemenin ana nedeni olarak göstermiştir. Uyumsuzluk nedeni olarak ilaç yan etkisi yedinci sırada yer alırken; bipolar hastaların sadece %5’inde birinci sırada yer almıştır. Düşük uyumla ilişkili en büyük nedenler ilaca bağımlı olma korkusu (%30), ilaçla ilişkili yetersiz bilgi ve uzun dönemde oluşacak yan etkilere yönelik korku (%20.2) şeklindedir. Ankette ayrıca hastaların %35’inin ilacın olası yan etkileri hakkında ve yarıdan fazlasının da yan etki yönetimi konusunda herhangi bir bilgi veya danışmanlık almadığı tespit edilmiştir (Morselli ve Elgie, 2003). Benzer şekilde Bowskill, Clatworthy, Parham, Rank ve Horne’nin (2007) çalışmasında da ilaca yönelik bilgi yetersizliği (ilaç nasıl etki ediyor ve yan etkileri nelerdir) düşük uyumla ilişkili bulunmuştur. Buna göre BPB hastalarına ilacın belirtileri ve sonuçları nasıl etkilendiğinin, olası yan etkilerin neler olabileceği ve bunlarla nasıl başa çıkılabileceğinin açıklanması ve böylece tedavide ilacın önemine yönelik daha iyi bir içgörü kazandırılması uyumu arttırabilir (Gonzalez-Pinto ve ark., 2010; Levin ve ark., 2016).

Hastalık şiddetinin bir yansıması olarak tedavi karmaşılaşırken, kullanılan ilaç türü, dozu ve sayısı da artmakta dolayısıyla hasta için tedavi rejimini yönetmek zorlaşmaktadır. Tedavi rejiminin daha az karmaşık olması (örneğin bölünmüş dozlar yerine tek doz verilmesi) ilaç uyumunu kolaylaştırmaktadır (Sajatovic ve ark., 2009). Tedavi rejiminin daha çok karmaşılaşması daha sağlam yönetici işlevleri gerektirmektedir. Oysa BPB’nin doğasından kaynaklı bazı kognitif bozulmalar söz konusu olabilmekte; bu da çoklu ve karmaşık ilaç kullanımını engelleyebilmektedir (Colom ve ark., 2005; Levin ve ark., 2016). İlaç kullanımına ilişkin bilgi ve beceri yetersizliğinden kaynaklanan bu uyumsuzluğun daha çok istem dışı uyumsuzluk olduğu belirtilmektedir (Sajatovic ve ark., 2011; Wouters ve ark., 2014).

Pek çok çalışma uyumsuzluğun bir diğer yordayıcısı olarak ilaç türünü tanımlamaktadır (Berk ve ark., 2010; Lang ve ark., 2011). Bu bağlamda BPB

tedavisinde genelde duygudurum düzenleyicilerle birlikte reçete edilen antipsikotik kullanımına odaklanılmaktadır. Tedavinin erken aşamalarında antipsikotik kullanımı uyumsuzluk için yordayıcı iken (Lang ve ark., 2011) daha sedatif ve anksiyete giderici özellikleri nedeniyle ikinci kuşak antipsikotikler birinci kuşaklara göre daha iyi uyum oranı göstermektedir (Arvilommi ve ark., 2014; Dolder, Lacro, Dunn ve Jeste, 2002). İlaç türü açısından değerlendirildiğinde de BPB tedavisinde antidepresan kullanımı kötü uyumla ilişkiyken (Gonzalez-Pinto ve ark., 2010; Lang ve ark., 2011), duygu durum düzenleyiciler, antikolinerjik ilaç veya antikonvülsanlar iyi uyum yordayıcıları olarak belirtilmektedir (Lang ve ark., 2011).

1.2.5.2. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Sosyodemografik Yordayıcıları

Demografik Yordayıcılar: Literatürde BPB’de ilaç uyumunun yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi temel demografik değişkenlerle olan ilişkisine yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010; Col ve ark., 2014; Colom ve ark., 2005; Sajatovic ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2008). Örneğin cinsiyet ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiye dair kimi çalışmalar erkeklerin (Colom ve Vieta, 2002; Colom ve ark., 2005); kimi çalışmalar kadınların (Belzeaux ve ark., 2013; Murru ve ark., 2013) daha uyumsuz olduğunu; kimi çalışmalar ise ilaç uyumunda cinsiyet farklılıklarının olmadığını belirtmektedir (Colom ve ark., 2000; Col ve ark., 2014; Scott ve Pope, 2002). Pek çok çalışmaya göre genç yaş (özellikle 40 yaş altı) (Casaletto ve ark., 2016; Col ve ark., 2014), evli olmamak (Colom ve Vieta, 2002) veya yalnız yaşamak (Col ve ark., 2014; Sajatovic ve ark., 2011) evsizlik (Sajatovic ve ark., 2011) ve sosyal destek eksikliği (Col ve ark., 2014; Sajatovic ve ark., 2011) kötü ilaç uyumu için risk faktörüdür. Bununla birlikte ilaç uyumlu olan ve olmayan bipolar hastalarda yaş (Belzeaux ve ark., 2013; Gonzalez-Pinto ve ark., 2010; Murru ve ark., 2013), cinsiyet (Col ve ark., 2014; Gonzalez-Pinto ve ark., 2010; Murru ve ark., 2013), medeni durum (Belzeaux ve ark., 2013; Col ve ark., 2014; Murru ve ark., 2013), meslek (Col ve ark., 2014) ve gelir düzeyi (Col ve ark., 2014) gibi sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın gözlemlenmediği çalışmalar da bulunmaktadır.

Sosyal Yordayıcılar: Tedavi ortamı, sağlık sistemi ve sağlık politikaları gibi sistem kaynaklı faktörler de BPB ilaç uyumunu etkilemektedir (Busby ve Sajatovic, 2010; Sylvia ve ark., 2013). Hastane şartları, tedaviye erişim, hastanın maddi imkanı, hastaneye zorla yatırılmış olma ve taburculuk sonrası hizmet yetersizliği bunlardan bazılarıdır (Çakır, İlnem ve Yener, 2010; Levin ve ark., 2016; Sajatovic ve ark., 2011). BPB hastalarının yaklaşık yarısı özellikle tedaviye erişim engelli nedeniyle uygun tedavi alamamaktadır (Crowe, Wilson ve Inder, 2011). Genel olarak maddiyat ve sağlık sigortaları sağlık kuruluşlarına erişim ile ilgili engeller olarak düşünülse de BPB hastaları için ilaç uyumunu engelleyen özellikle tanımlanmış bir veri bulunmamaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010).

Buna karşın klinisyen ve hasta arasındaki ilişki literatürde sıklıkla ele alınan uyum yordayıcılarından. Öncelikle ilaç uyumsuzluğuna klinisyenin ve hastanın bakışı farklılık gösterebilmektedir. Klinisyenlere göre hastanın ilacı bırakma nedenleri iyi hissettiği için artık ilaca ihtiyacı kalmadığı inancı, genel bir farkındalığın olmaması, hastanın yaşamında belli bir rutinin olmaması, zorlu yaşam olayları, alkol tüketimi ve belirtilerin kötüleşmesi olarak sıralanmaktadır (Velligan ve ark., 2010; Vieta ve ark., 2012). Ayrıca klinisyenler hastaların ilaç uyumsuzluğunu yan etkilere bağlama önyargısına kapılıyor (Berk ve ark., 2010) ya da tam tersi ilaç yan etkisinin uyumsuzluğa katkısına hastalardan daha az inanıyor olabilirler (Mago ve ark., 2014). Bununla birlikte medikal olarak daha önemli olan ve klinisyenleri en çok kaygılandıran yan etkiler (hipotroidi, diabet, hiperkalsemi gibi), hastaları en çok kaygılanandıran yan etkiler olmamaktadır (Berk ve ark., 2010). Col, Çaykoylu, Uğurlu ve Uğurlu'nun (2014) çalışmasına göre de ilaç uyumunun en iyi yordayıcısı klinisyen tarafından hastalık ve ilaçla ilgili bilgilendirme yapılmasıdır. Bu doğrultuda hastayı ilaç, yan etkiler ve hastalık hakkında bilgilendirmenin, ilaca yönelik uyumu azaltma riski taşımadığı (Sylvia ve ark., 2013) göz önüne alınırsa, hastanın uyum göstermemesinin nedenlerinin dikkatlice dinlenmesine ve bilgi değişimini kolaylaştırmak için iyi bir iletişime ihtiyaç vardır (Berk ve ark., 2010; Mago ve ark., 2014).

Hasta ve klinisyen arasındaki güçlü işbirliğinin hem ilaç uyumu (Crowe ve ark., 2011; Sajatovic ve ark., 2006; Sylvia ve ark., 2013) hem de diğer klinik sonuçlar (Berk ve ark., 2004; Crowe ve ark., 2011; Gaudiano, Weinstock ve Miller, 2011; Strauss ve Johnson, 2006) üzerinde yordayıcı bir etkisi vardır. Yapılan bir çalışmaya göre BPB I hastalarının hekimle olan terapötik işbirliği arttıkça hastalar sonraki 6 ayda daha az manik semptomlar göstermekte, ilaca karşı daha az olumsuz tutum ve daha az etiketlenme hissi yaşamaktadırlar (Strauss ve Johnson, 2006). Ayrıca hasta ve hekim arasındaki ilk terapötik işbirliği, tedaviye yönelik sonraki tutumların yordayıcısıdır. Bununla birlikte zayıf sosyal destek ve depresif belirtiler ilk gelişen terapötik işbirliğini sekteye uğratabilmektedir. Bu nedenle klinisyenler ilk karşılaştığı hastalarda özellikle depresif belirtiler ve sosyal zorluklar gözlemliyorsa güçlü bir terapötik işbirliğinin kurulmasına odaklanmalıdır (Leclerc ve ark, 2013). Vahip ve Aydemir'in (2010) belirttiği gibi BPB'de ilaç uyumsuzluğu için en riskli dönem ilk bir yıldır. Hastalığı yadsımak hastanın psikolojik bir gereksinimi olarak değerlendirilmelidir. Bu noktada güvene dayalı, açık, eş duyumun sağlandığı bir hasta hekim ilişkisi hastanın tedaviye katılımında belirleyici olmaktadır. Hastalığın kabulü ve bunun sonucunda gelen ilaç uyumu için hekimin işbirliğine dayalı tedavi yaklaşımı gerekmektedir.

Tüm bunlarla birlikte pek çok kişi klinisyene güvense bile tedavi önerilerine gözü kapalı bir şekilde uymamaktadır. Bunun yerine söylenen öneriler kişisel anlayış ve hastalıkla ilgili inançlar ışığında süzülerek değerlendirilmektedir (Horne, 2006). Bu da aslında ilaç uyumu çalışmalarında biyolojik, tıbbi ve sosyodemografik yordayıcılar ele alınırken bile psikolojik yordayıcıların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1.2.5.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumunun Psikolojik Yordayıcıları

Uyumsuzlukla ilişkili pek çok faktör bağımsız veya birlikte uyumsuzluğu arttırmaktadır. Çalışmalarda basit ve ikili kategorizasyon şeklinde uyarlanan demografik, klinik ve tedaviyle ilişkili faktörlerin uyumsuzluğa etkisinin belirsizliği, sözü edilen değişkenlerin karmaşık etkileşimlerden, örneğin demografik ve klinik

faktörler ile uyumsuzluk arasındaki ilişkinin altında yatan ilaç almaya yönelik subjektif deneyim, tutum ve sağlık-inançları gibi önemli faktörlerin göz ardı edilmesinden kaynaklanıyor olabilir (Chakrabarti, 2016). Diğer bir ifadeyle yaş, cinsiyet, hastalık şiddeti, madde kullanım etkisi, yan etkiler ve diğer tedaviyle ilişkili etmenler ilaç uyumunu ilaca yönelik tutum, hastalık bilgisi ve sosyal desteğe erişim gibi subjektif hasta deneyimi yoluyla etkilemektedir. (Berk ve ark., 2010; Rosa ve ark., 2007; Medina, Salva, Ampudia, Maurino ve Larumbe, 2012). Bununla ilişkili olarak son yıllarda yapılan gözden geçirme çalışmaları ilaç uyumunu ele alırken aktif süreçlerin (active processes) üzerinde durulmasına ihtiyaç olduğunu dile getirmektedir (Busby ve Sajatovic, 2010; Clatworthy ve ark., 2007; Leclerc ve ark., 2013). Örneğin “İnsanlar ilaç alıp almama kararını nasıl vermekte ve ilaç almanın sonuçlarını nasıl değerlendirip yönetmektedir?” sorusuna cevap aranması gerektiği vurgulanmaktadır (Clatworthy ve ark., 2007). Garcia ve Mann’in (2003) belirttiği gibi sağlık davranış değişimini amaçlayan en etkili müdahaleler davranışla ilişkili en ilgili psikolojik yapılar hedeflenirse ortaya konabilir. Bu bağlamda ilaç kullanımına dair tutum ve inançlar, ailenin ve önemli diğer kişilerin rolü, kontrol algısı, öz etkinlik, hastalık ve tedaviyle ilişkili bilgi ve stigma uyumla ilişkili olabilecek psikolojik yordayıcılardan bazılarıdır.

TUTUM: İlaç uyumuna yönelik tutum hastanın ilaç almaya yönelik genel beğenisini ifade etmektedir ve çok boyutludur. Herhangi bir anda bireyin ilaç almaya yönelik olumlu bir tutumu olabilirken, aynı anda olumsuz bir tutumu da olabilir. Bu karşıt tutumların aynı anda var olabileceği akılda tutulmalıdır (Sajatovic ve ark., 2010). Literatürde tedavi uyumunun önemli bir yordayıcısı olarak ilaçlara, hastalığa ve spesifik bir ilaç tedavisine yönelik olumsuz bir tutumdan söz edilmektedir. Buna göre kötü uyumla ilişkili tutumlar, ilaca bağımlı olunacağına yönelik korku, psikiyatrik ilaç almakla ilgili utanç, ilacın doğal ve sağlıklı olmadığını düşünme (örn. “kimyasal”, “zararlı”), bireyin duygularının ilaçla kontrol ediliyor olmasından rahatsızlık duyma ve ilaç almaya yönelik isteksizlik olarak sıralanabilir (Casaletto ve ark., 2016; Sajatovic ve ark., 2009; Mert ve ark., 2015; Morselli ve ark., 2004). Arvilommi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada bipolar hastalarda ilaç uyumsuzluğunun yordayıcısı olarak olumsuz tutumların önemi belirtilmekte; dahası

tutumların yan etkilerden daha iyi bir yordayıcı olduğu ileri sürülmektedir. Başka bir çalışmada uyumsuzluk için en güçlü yordayıcıların genel olarak ilaçlara yönelik olumsuz tutum ve ilaçların günlük alımındaki güçlükler olduğu gösterilmektedir (Sajatovic ve ark., 2009).

Schumann ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada profilaksiye yönelik negatif tutumların, uyumsuzlukla ilişkili tek değişken olduğu belirtilmektedir. Hastalar kısa süreliğine iyi bir tedavi uyumu gösterebilirken, kronik hastalıkların tedavisinin bir gerekliliği olarak uzun dönem ilaç kullanımından duyulan rahatsızlık uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin duygu durum düzenleyicilerle kendilerini iyi hisseden hastalar uzun süre ilaç kullanımının profilaksi için gerekli olduğunu kavramakta zorluk çekebilmektedir (Colom ve ark., 2005). Pek çok hasta, hastalığın şiddetini ve kronikliğini sorgulamaya başladığında remisyon dönemlerini sağlıklı dönemlere karşı dengelediklerinden hastalığı kronik olarak kabul etmek istememektedir (Crowe ve ark., 2011).

İlaç tedavisine ve tedavi eden hekime güvenin de hastanın lityum profilaksi uyumu üzerinde önemli bir etkisi vardır (Kleindienst ve Greil, 2004). Terapötik ilişkinin güçlü olması hastanın hastalık ve ilaçla ilişkili tutumlarını değiştirmekte, böylelikle ilaç uyumu artabilmektedir (Strauss ve Johnson, 2006). Uyumun lityum kan düzeyi ile ölçüldüğü bir çalışmada uyumsuzluğun hastanın tutumu, hastalık ve terapötik etkinlik ciddiyetinin inkarı, profilaksiye olan genel bir karşı çıkış ve yan etki korkusu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Rosa ve ark., 2007). Profilaksiye olan karşı çıkış ilaç tedavisinin büyük duygu durum dalgalanmalarının yanı sıra hipomani gibi küçük dalgalanmaları da ortadan kaldırması ve hastanın bunu yaratıcılığın ve üretkenliğin kaybı olarak değerlendirmesi ile ilişkili olabilir (Vahip ve Aydemir, 2010).

Tedavinin yan etkisine yönelik yüksek kaygı ve tedaviden algılanan yararın düşük olması da kötü uyumla ilişkilidir (Clatworthy ve ark., 2009). Ayrıca ilacın yeterince verimli (efficacy) olmadığına dair inanç da uyumsuzluk için risk faktörüdür (Leclerc ve ark., 2013). Antidepresan uyumu ile ilgili bir çalışmada uyumsuzluğun hastanın ilacın verimliliğinin (efficacy) kısıtlı olduğuna ve nüksleri önlemediğine

yönelik inançları, bir veya birden fazla yan etki deneyimlemeleri ve/veya bundan endişe duymaları, yine bir veya birden fazla uygulama (practical) problemleri yaşamaları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Wouters ve ark., 2014).

Duygu durum bozukluğunun doğası gereği hastanın depresif, manik ve karma dönemlerde kendine yönelik algısının değişmesi gibi ilaca yönelik tutumlarının da dalgalanabileceği ve dolayısıyla uyumu etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir (Crowe ve ark., 2011). HIV komorbiditesi olan bipolar hastalarla yapılan bir çalışmada depresif semptomlar ve psikotrop ilaç uyumu arasında döngüsel bir ilişki olabileceği ileri sürülmüştür. Örneğin, daha fazla duygu durum belirtileri daha kötü uyuma; daha kötü uyum da daha fazla duygu durum belirtisine yol açıyor olabilir. Diğer bir deyişle duygu durum ve tutumların uyum üzerine etkisi çift yönlü olabilir. Bu noktada özellikle duygu durum disregülasyonu için davranışsal tedavilerin önerilmesinin (örn, psikoterapi) HIV ve BPB olan bireylerin psikotrop ilaç uyumlarını arttırmak için (belirtilerini azaltarak) bir avantaj sağlayabileceği öne sürülmektedir (Casaletto ve ark., 2016).

NORMATİF İNANÇLAR: İlaç uyumu değerlendirilirken çoğunlukla odaklanılan alan hastalığın belirtileri ve gidişatıdır. Bununla birlikte psikososyal/işlevsel gidişat da en az klinik gidişat kadar hastaları ve ailelerini etkilemekte ve çoğu zaman nüksü tetikleyebilmektedir. Bu nedenle klinik ve psikososyal/işlevsel gidişatın karşılıklı olarak birbirini etkilediği göz önüne alınarak değerlendirmeler yapılması gerekmektedir (Col ve ark., 2014; Vahip ve Aydemir, 2010). Sosyal ve duygusal destek veya baskı, yakın çevrenin hastalığa ve ilaç tedavisine yönelik tutumu ve duygu dışavurumu gibi etkenler ilaç uyumunu etkilemektedir (Col ve ark., 2014; Çakır ve ark., 2010). Benzer şekilde Kocabıyık ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da BPB hastalarının taburculuk sonrası karşılaştıkları aile ortamının hastalığın sonraki seyrini, işlevselliğini ve ilaç uyumunu uzun dönemde yordayabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle bipolar hastalar ve yakınları (aile, arkadaş ve diğer) arasındaki desteği ve iletişimi geliştirmek tedavi uyumu için oldukça kritiktir (Berk ve ark., 2004; Gaudiano ve ark., 2011). Aile üyeleri ve diğer önemli kişiler bipolar hastalarda “davranışsal ipuçları (cues to

action)” sağlayarak tedavi uyumunu arttırıp, destekleyebilirler (Gaudiano ve ark., 2011). Sajatovic ve arkadaşlarının (2009) belirttiği gibi bireyler ilaç almayı hatırlamada çoğunlukla güçlük çekmekte, günlük rutinlerinde bir değişiklik varsa ilaç almayı kolaylıkla unutabilmekte ve o noktada ilaç almayı hatırlatacak birilerine ihtiyaç duyabilmektedirler.

Sajatovic ve arkadaşlarının (2011) çalışmasının niteliksel boyutu, BPB hastaların üçte birinin ev ortamlarını gergin ve düzensiz; sosyal ağlarını ise ilaca uyum konusunda doğrudan veya dolaylı olarak “destek vermeyenler” olarak algıladığını göstermektedir. BPB tanılı hastalar duygu durum dalgalanmaları yaşarken eş zamanlı ailedeki işleyiş de dalgalanmaktadır. Özellikle bipolar depresyonun derin etkileri hastaların kendilerinden öte onları önemseyen ailelerine kadar ulaşmaktadır (Miller, 2014). Ayrıca yüksek duygu dışavurum gibi aile işlevinin bazı özel yönleri hastalığın seyriyle ilişkili olabilmektedir (Uebelacker ve ark., 2006). Yüksek duygu dışavurum ve aşırı bağlılık (involvement) düşük uyumla ilişkili olmakla birlikte özellikle bakım verenin yükü arttığında hasta ve bakımveren döngüsündeki tıkanmalar kısmen de olsa ilaç uyumunu azaltmakta ve nihayetinde klinik seyri olumsuz etkilemektedir (Perlick ve ark., 2004). Konuyla ilgili yapılan bir gözden geçirme çalışmasında BPB gidişatı ve aile tutumları arasında karşılıklı bir etkileşimden söz edilmektedir. Buna göre spesifik aile tutumları hastalığın gidişatını etkilediği gibi hastalığın gidişatı da ailenin işlevselliğini, bakım vereninin yükünü ve sağlığını aynı derecede etkilemektedir (Reinares ve ark., 2016). Tüm bunlarla birlikte ilaç uyumu ve aile stresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Darling, Olmstead, Lund ve Fairclough, 2008). Bipolar bozukluk ve aile sistemi arasındaki karşılıklı döngüsel ilişkinin önemi bilinmekle birlikte, uygulama alanında geniş bir yer bulamadığı görülmektedir.

Kronik bir hastalığa sahip olmanın getirdiği eksiklik duygusunun yanı sıra ruhsal bozuklukların damgalanması gibi faktörler de ilaç uyumu etkilemektedir (Vahip ve Aydemir, 2010). Özellikle ergenlerde psikiyatrik hastalık stigmatı, arkadaşlarından farklıymış gibi hissetmek istememe, diğerlerinin ilaç almama yönündeki baskısı, ilaca bağımlı olmak istememe gibi faktörler ön plana çıkmaktadır

(Macneil ve ark., 2011). Benzer şekilde çalışan hastalarda iş yerinde damgalama kaygısı nedeniyle ilaç kullanımında veya hastaneye kontrollere gitme konusunda izin almaktan çekinmeleri söz konusu olabilmekte; bu da uyumsuzluğa yol açabilmektedir (Çakır ve ark., 2010). Bu noktada çevrenin desteği, kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesi, başkalarına güvenme ve yardım isteyebilme, utancın üstesinden gelme, damgalamaya karşı dayanışma gibi etkenler BPB'nin iyilik döneminde işlevselliğin yüksek tutulmasını sağlayabilmektedir (Vahip ve Aydemir, 2010).

ÖZ ETKİNLİK: Öz etkinlik pek çok kronik hastalık popülasyonunda ilaç uyumu açısından önemli bir diğer psikolojik yordayıcıdır (Bonner, Esserman, Golin ve Evon, 2015). Casaletto ve arkadaşlarına (2016) göre düşük öz etkinlik ve ilaca ilişkin olumsuz inançlar daha kötü uyumla güçlü bir ilişki göstermektedir. Antidepresan ilaçlara uyumun araştırıldığı bir çalışmada, hastaların ilacın etkisi, yan etkisi ve uygulama problemlerine yönelik algı ve deneyimleri ile uyumsuzluk arasındaki ilişkide algılanan öz etkinliğinin aracılık etkisinin olup olmadığı ele alınmıştır. Buna göre algılanan öz etkinliğin algı ve deneyimler arasındaki ilişkide aracılık etmediği fakat istem dışı uyumsuzluğu yordadığı bulgulanmıştır. Diğer bir deyişle algılanan öz etkinlik antidepresanla ilgili deneyimlerin ve algıların olumlu veya olumsuz olmasına bakılmaksızın uyumu arttırıyor gibi görünmektedir (Wouters ve ark., 2014).

Sağlıkla ilişkili öz etkinlik ölçeği yerine genel öz etkinlik ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada bipolar hastaların “farklı” hissetmek ve “diğerleri gibi işleri yürütememek” şeklindeki yorumu, içselleştirilmiş stigmanın ruhsal hastalık gibi stresörlerin yönetiminde hastayı çaresiz hissettirebileceği fikrini ortaya atmaktadır. Yazarlar bu düşük öz etkinliğin kötü ilaç uyumu ve daha az bakım arama davranışıyla ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Aynı çalışmada başka bir BPB hastasının hastalığını romantik partnerinden sakladığı için ilaçlarını bıraktığını belirtmesi de stigmanın kabulü olarak değerlendirilmektedir. Çalışmanın bulgularına göre içselleştirilmiş stigma ile öz etkinlik arasındaki negatif ilişki, psikiyatrik

semptom şiddeti, komorbidite ve demografik değişkenler kontrol edildikten sonra da devam etmektedir (Howland ve ark., 2016).

Cameron ve arkadaşlarına (2010) göre ise ilaç uyumu yordayıcılarından olan algılanan öz etkinlik sadece ilaç alma eylemini değil, ilaçla ilişkili bilgileri anlamayı da içermektedir. Rosa ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da bilgi düzeyinin tedavi uyumuyla doğrudan bir ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır. Bununla birlikte ilaç yönergelerinin genellikle yanlış anlaşılması uyumu etkileyebilmektedir. Örneğin “her 6 saatte bir” ifadesini hastaların %36’sı yanlış anlamaktadır. Hastalıkla ve tedaviyle ilişkili yetersiz veya yanlış anlaşılmalara bipolar hastaları da içeren ciddi ruhsal hastalıkları olan bireylerde oldukça yaygındır (Sajatovic ve ark., 2009). Başka bir çalışmada ise lityum uyumunun, lityumla ilişkili bilgi sahibi olmaktan ziyade lityuma yönelik tutumla daha ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte çalışmada bilgi ve tutum pozitif korelasyon göstermektedir (Arvilommi ve ark., 2014).

Öz etkinlikle benzer şekilde dışsal kontrol odağı veya yaşam olaylarının kontrol edilemeyen dışsal bir güçle ilişkili olduğu inancı uyumsuzlukla ilişkili iken (Sajatovic ve ark., 2009); içsel kontrol odağı daha iyi bir uyumla ilişkilidir (Darling ve ark., 2008). İlaç uyumuyla yakından ilişkili bir diğer kavram hastalığın öz yönetimidir (self management). Blixen, Perzynski, Bukach, Howland ve Sajatovic’in (2016) yaptıkları niteliksel bir çalışmada bipolar bozuklukta hastalığın öz-yönetiminde (self-management) 3 temel engel alanı ortaya koymuştur: (1) *Bireysel engeller* (psikolojik [stigma ve izolasyon], bilgi [tanı ve nedenleriyle ilgili bilgi eksikliği], davranışsal [negatif veya ambivalan tutumlar, özellikle yan etkilerle ilişkili] ve fiziksel sağlık engelleri [komorbid bir fiziksel hastalığa sahip olma ve kaotik yaşam tarzları]), (2) *Aile/çevresel düzeyde engeller* [destek ve kaynağın yetersizliği, ilaçla ilgili yanlış bilgi, sınırlı gelir, stresli ilişkiler], (3) *Bakım sağlayan/sağlık sistemi* [iletişimde ve tedaviye ulaşımında yetersizlik]. Pek çok çalışma kötü uyumun risk faktörlerine odaklanırken, özellikle hastanın perspektifinden öz denetimin engellerini ele alan az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bahsi geçen hasta odaklı faktörler veya psikolojik yordayıcılar BPB’de ilaç uyumu açısından daha belirleyici etkiler ortaya koymakla birlikte araştırmaların

çoğunun kuramsal temele dayanmaksızın değişken bazlı tasarlandığı göze çarpmaktadır. Oysa bipolar hastalarda ilaç alma davranışını açıklamada teorinin değeri teyit edilmekte ve böyle bir çalışmanın güçlü ve esnek bir teorik çerçeve gerektirdiği belirtilmektedir (Levin ve ark., 2016). Psikolojik teorilerden türeyen davranış değişim sistemlerinin geliştirilmesi müdahalelere yönelik bilgi ve değerlendirme imkanı sağlaması açısından da oldukça önemlidir. Davranış değişimi için kanıt temelli teorilere dayanan müdahalelerin, gözlenen ilişkilerin bilinmeyen mekanizmalarından daha başarılı olma potansiyeli vardır (Holmes ve ark., 2014). Tıbbi Araştırma Konseyi (Medical Research Council [MRC]) tarafından da belirtildiği gibi kronik hastalıklarda ilaç uyumunda etkili müdahale programlarının çok nadir olması, programların uygun bir teorik altyapı kapsamında geliştirilmemesiyle ilişkilidir (Clatworthy ve ark., 2007).

Özetle artık günümüzde ilaç uyumu gibi çok önemli bir sağlık davranışını değiştirmeyi hedefleyen müdahalelere hem ihtiyaç vardır hem de bu müdahalelerin kuram temelli olması gerektiği vurgulanmaktadır. Dolayısıyla bundan sonraki bölümde hasta ile ilişkili ilaç uyumuna ilişkin tutumsal faktörlere kuram temelli nasıl yaklaşıldığına dair bir çerçeve sunulacaktır.

1.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumu ve Sağlık Davranış Modelleri

Yukarıda sunulan ilaç uyumunun psikolojik yordayıcıları hastalığın bireysel düzlemde nasıl yaşantılandığıyla ilgili bilgiler sunmaktadır. Sajatovic ve arkadaşlarının (2009) BPB hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada ilaç uyumu olan ve olmayan gruplar arasında oldukça az semptom farklılıklarının olması, uyuma yönelik tutumların semptomlardan bağımsız olarak bireyin sağlık inançlarının bir ürünü olabileceği fikrini ortaya atmaktadır. Hastalık bireysel olarak nasıl yorumlandığıyla ilişkili olarak şekillenmektedir. Bu noktada sağlık davranış modelleri de bireyin sağlık inançlarının bir çıktısı olarak uyumun belirleyicilerine odaklanmaktadır (Scott ve Pope, 2002).

Ancak yukarıda da bahsi geçen ilaç uyumuyla ilişkili çalışmalarda dışsal (distal) faktörlere teorik modellere özgü değişkenlerden daha fazla yer verildiği görülmektedir (Holmes ve ark., 2014). Oysa pek çok çalışmada uyum ile ne demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir), ne de klinik değişkenler (başlama yaşı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı) arasında tutarlı bir ilişkili söz konusudur. Madde kullanımı, daha şiddetli psikopatoloji, bilişsel kusurlar gibi bazı hastalık özellikleri, uyumsuzlukla ilişkili olmakla birlikte hastalığın bu yönlerini geliştirmeye yönelik tasarlanan müdahalelerin mutlaka ilaç uyumunu geliştirmediği de akılda tutulmalıdır (Kopelowicz ve ark., 2015). Sözü edilen bu faktörlerin değişmemesi nedeniyle uyumu artırmaya yönelik psikososyal müdahaleler başarıya ulaşamamaktadır (Sajatovic ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2008). Bununla ilgili yardımcı psikososyal müdahalelerde uyuma yönelik kırılganlık eğilimleri oluşturmak için farklı hasta alt gruplarında belirli risk faktörleri ile uyumsuzluğun belirli türleri arasındaki bağlantıların araştırılması önerilmektedir (Berk ve ark., 2010). Ancak bu öneri genç yaş, semptom şiddeti, madde kullanım komorbiditesi, iç görü eksikliği gibi bazı belirli demografik ve klinik değişkenlerin uyumsuzlukla ilişkili yüksek risk gruplarını betimleme açısından yararlı olabilirken, bireysel olarak hastanın uyumsuzluk seviyesini doğru bir şekilde yordayamamaktadır (Clatworthy ve ark., 2007; Sajatovic ve ark., 2008; Scott, 2002). Velligan ve arkadaşlarının (2009) belirttiği gibi literatürde yer alan pek çok çalışma ilaç uyumsuzluğunun anlaşılmasından ziyade “uyumsuz olunduğunu” çok iyi belgelendirmektedir.

Bu durum uyumsuzluk ele alınırken araştırmacıları “hasta odaklı” bir bakış açısına yöneltmiştir. Bu yaklaşımın temel bileşenleri, hastanın kendi tedavisiyle ilgili kararında etkili olan kişisel inançlar, hastalığa yönelik tutumlar ve tedavinin avantajları ve dezavantajları gibi faktörleri içermektedir (Crowe ve ark., 2011). Macneil ve arkadaşları (2011) belirti takibinin yanı sıra psikolojik müdahalelerde bireyin kontrol algısına ve nüksün olası etkilerine yönelik inançlarına mutlaka odaklanılması gerektiğini belirtmektedirler.

Hastanın karar verme süreçleri ayrıca klinisyen, sağlık sistemi ve o anda çevresinde bulunan insanlarla olan ilişkisinden etkilenmektedir. Diğer bir deyişle

hasta odaklı paradigmada, uyum hastanın kendi içinde ve dışında pek çok faktörden etkilenen dinamik bir süreç olarak ele alınır. Son 20 yıllık araştırmalar BPB’de tedavi uyumsuzluğunu tanımlarken hastanın ilaçlara yönelik tutum ve inançlarının kritik rolünü, terapötik iş birliğinin önemini, ailenin etkisini ve bilgi, etiketleme, hasta doyumu ve tedaviye erişim gibi diğer hastaya özgü önemli faktörleri ele almaktadır (Chakrabarti, 2016). Ancak yukarıda da bahsedildiği gibi tüm bu faktörleri ve bunların ilaç uyumu ve sonuçları üzerindeki etkilerini bir arada belli bir kuramsal çerçevede ele alan çalışmalar bulunmamaktadır. Oysa temelde bir sağlık davranışı olan ilaç uyumunu anlamak ve ilaç uyumunu artırmaya yönelik uygun psikososyal müdahaleler geliştirilmesine katkı sunmak bağlamında sağlık davranış modelleri dikkate değer bir çerçeve sunabilir. Bir sonraki bölümde ilaç uyumunun yordayıcıları ve sonuçlarına yönelik kuram temelli yaklaşımlardan bahsedilecektir.

1.3.1. Sağlık Davranışlarıyla İlişkili Kuramsal Çerçevelerin Gözden Geçirilmesi

İlaç uyum yordayıcılarının belirlenmesinde pek çok sağlık davranış modeli kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın olanı motivasyonel süreçlere en çok odaklanan sosyal bilişsel teoridir. Bu teori kapsamında en sık kullanılan modeller ise Sağlık İnanç Modeli (SİM), Gerekçelendirilmiş Eylem Modeli (TRA) ve Planlanmış Davranış Modeli (TPB)’dir. Öz Düzenleme (self regulatory) ve Stres ve Başa Çıkma Transaksiyonel Model ve Sosyal Destek teorileri ise görece daha az kullanılmaktadır (Garcia ve Mann, 2003). Sözü edilen teorik modellerde ele alınan değişkenler sıklıkla davranışa yakın (proximal) değişkenler olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte uyum davranışı kişilik özellikleri (dışadönüklük, nörotizm) ve daha genel inançlar (çok boyutlu sağlık kontrol odağı) gibi daha uzak (dışsal) değişkenlerle de “dolaylı” bir şekilde tanımlanabilmektedir. Örneğin sosyal destek teorileri öz etkinlik inançları kadar dışsal faktörlerin de etkisini vurgulamaktadır (Holmes ve ark., 2014).

Aşağıda en sık kullanılan sağlık davranış modellerinin genel kapsamı özetlenecektir.

1.3.1.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Hochbaum ve Rosenstock tarafından geliştirilen SİM, hastalıkla ilişkili algılanan duyarlılık (örn. Kansere yakalanma olasılığım yüksek) ve algılanan ciddiyet (örn. Kanser ölümcül bir hastalıktır), sağlık davranışına yönelik algılanan engel (örn. Kanser için tarama yaptırmak çok pahalı) ve algılanan yarar (örn. Tarama yaptırmam erken tanı almamı sağlar) bileşenlerinden oluşmaktadır (Becker ve Mainman, 1975). Davranışsal ipuçları (örn. arkadaşların tarama yaptırmasına yönelik teşviki) ve öz etkinlik bileşenleri ise modele sonradan eklenmiştir. Özellikle özetkinliğin modele eklenmesiyle SİM araştırmalarında açıklanan varyans artmıştır. Örneğin, iki sağlık davranışının bazı sağlık modelleri perspektifinde karşılaştırıldığı bir çalışmada, kendi kendine meme muayenesi SİM çerçevesinde ele alındığında varyansın %19'unu açıklarken; öz etkinliğin eklenmesiyle bu oran %30'a ulaşmıştır (Garcia ve Mann, 2003).

Psikiyatrik hastalıklarda ilaç uyumunun SİM çerçevesinde değerlendirildiği çalışmalarda yordayıcılar ve açıklanan varyanslar farklılık göstermektedir. Şizofreni hastalarında algılanan duyarlılık ve engel uyumu yordarken, algılanan yarar ve yan etki yordamamıştır (Nageotte ve ark., 1997). Antipsikotik ilaç uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada ise sadece algılanan duyarlılık uyum davranışını oldukça düşük bir oranda yordamıştır (Budd, Hughes ve Smith, 1996). Yine 48 hastanın lityum uyumunun araştırıldığı bir çalışmada model varyansın %19'unu açıklarken (Connelly, 1982); 107 psikiyatrik hastayla yapılan antipsikotik uyum çalışmasında varyansın %20'sini açıklamıştır (Kelly, 1987). SİM temelinde 27'si bipolar, 12'si şizofreni olmak üzere toplam 39 hasta ile yapılan bir çalışmada ise algılanan hastalık şiddeti ve algılanan yarar ilaç uyumunun %43'ünü açıklamıştır. Yazarlar çalışmalarında SİM ile yapılan diğer uyum çalışmalarına kıyasla daha fazla varyansın açıklanmış olmasını örneklem seçiminin iyi tanımlanmış olmasına (uzun dönem profilaktik ilaç kullanımı olan) ve SİM bileşenlerinin her biri ve ilaç uyumu için geçerli ve güvenilir ölçümler kullanılmasına bağlamaktadır (Adams ve Scott, 2000).

Bununla birlikte SİM'in bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Modelde değişkenlerin operasyonel tanımları ve değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi net değildir. Bunun yanı sıra modelin bilişsel temelli bir yapı olması, bireyin davranışı gerçekleştirmede önemli bir rolü olan korku, kaygı, tikslenme gibi duygulara yer verilmemesi, yine sosyal norm veya normatif inançların önemine değinilmemiş olması ve davranışsal ipuçlarının çok fazla araştırılmamış olması kısıtlılıklar arasındadır (Champion ve Skinner, 2008). Ayrıca modelde değişkenlerin tanımı ve ölçümünde netlik olmaması analizlerin kimi çalışmalarda ilave bir yaklaşımla kimi çalışmalarda ise değişkenlerin toplanarak veya çarpılarak birleştirilerek yapılması bir diğer kısıtlılık nedenidir (Rosenstock, 1974). Yanı sıra SİM'in ele alındığı çalışmalarda modele pek çok değişken sayısı ve türünün eklenmesi SİM'in karşılaştırılabilirliğini güçleştirmektedir. Ayrıca model sıklıkla davranışı anlamlı düzeyde yordasa da etkisi genellikle küçük olmaktadır (McClenahan, Shevlin, Adamson, Bennett ve O'Neill, 2006). Holmes ve arkadaşlarının (2014) belirttiği gibi SİM'in ele alındığı çalışmalarda pek çok madde istatistiksel olarak anlamlı kalmamakta, kalsa bile varyansın çok küçük bir kısmını açıklamaktadır.

1.3.1.2. Gerekçelendirilmiş Eylem Modeli (TRA:Theory of Reasoned Action) ve Planlanmış Davranış Modeli (TPB: Theory of Planned Behavior)

Bir diğer sağlık davranış modeli olan TRA, Fishbein ve Ajzen (1967) tarafından özellikle tutum, niyet ve davranış arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması için geliştirilmiştir (Akt., Ajzen, 2005). Modele göre niyet davranışı gerçekleştirmek için bireyin ne kadar zorlanmak istediğinin, ne kadar çaba göstermeyi planladığının göstergesi olan motivasyonel bir faktördür. Bu bağlamda niyet davranışın öncülüdür ve davranışı yordamanın en iyi yolu niyetin ölçümüdür. Niyetin ölçümü ise tutum ve normatif inançlara bağlıdır. Tutum bireyin sağlık davranışına yönelik olumlu veya olumsuz değerlendirmeleri; normatif inançlar ise bireyin sağlık davranışını gerçekleştirmede algıladığı sosyal baskı olarak tanımlanmaktadır (Champion ve Skinner, 2008; Godin ve Kok, 1996). TRA, davranışın gerçekleşmesiyle ilgili dürtüsel kısmı diğer bir deyişle denetimli kontrolden yoksun durumları açıklamada

yetersiz kaldığı için tam anlamı ile kontrolü altında olmayan durumları veya kaynakları da içerecek şekilde modele algılanan kontrol (bireyin davranış üzerindeki kontrolü) değişkeni eklenerek Planlanmış Davranış Modeli (TPB) ortaya çıkmıştır (Ajzen, 1991). TRA modeline algılanan kontrol değişkeninin eklenmesi varyansa tek başına %13'lük katkı sağlamıştır (Godin ve Kok, 1996).

TPB bağımlılık davranışları (sigara, alkol, uyuşturucu, yeme bozuklukları), otomobil kullanımı ile ilişkili davranışlar (emniyet kemeri kullanımı, çocuk emniyet kilidi), sağlık taramaları, egzersiz davranışı, HIV/AIDS ile ilişkili davranışlar ve oral hijyen davranışları gibi pek çok farklı sağlık davranışına başarılı bir şekilde uygulanmakta ve niyetin ortalama %41'ini açıklamaktadır (Godin ve Kok, 1996). TPB'nin kullanıldığı pek çok sağlık davranışının ve toplum örneklemelerinin dahil edildiği 130 makalenin meta analizine göre model niyetin %39'unu, davranışın ise %27'sini açıklamaktadır (Armitage ve Conner, 2001). Başka bir meta analize göre ise TPB niyetin %40-%50'sini davranışın ise %23-34'ünü açıklamaktadır (Sutton, 1998). Niyet ve davranış arasında görülen bu oran farkı Bandura'nın niyetin davranış üzerinde tam aracılık ettiği savını destekler niteliktedir (Mcclenahan ve ark, 2006).

İdrar yolu enfeksiyonu olan kadınlarda ilaç uyumunun ele alındığı bir çalışmada SİM varyansın %10'unu açıklarken TRA %29'unu açıklamıştır. Çalışmada tutum ve engel algısı davranışın yordayıcıları olarak saptanırken; niyet ne tek başına davranışın yordayıcısı ne de en güçlüsü olmuştur (Reid ve Christensen, 1988). Antiretroviral (ART) tedavi uyumuna yönelik yapılan bir çalışmada da TPB uyuma yönelik niyetin %12'sini açıklayabilmiş ve niyet ve davranış arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla ilgili yazarlar yanlış hatırlama ve sosyal arzulanırlık gibi özbildirim ölçeğinden kaynaklı metodolojik sorunlara gönderme yaparak, uyumun objektif bir yöntemin de dahil edildiği daha geniş bir değerlendirme ile ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır (Saal ve Kagee, 2012). Buna karşın TPB çerçevesinde sıtma profilaksisinde 2 farklı ilaç uyumunun incelendiği bir çalışmada varyansın %40-%50 oranında açıklandığı görülmüştür. Yazarlar oranların bu denli yüksek olmasını ilaçların ne zaman ve nerede alınacağı ve sonrasında ilaç alınıp alınmadığının nasıl takip edileceği ile ilgili bilgilendirmeye,

sonrasında ilaç kullanım yönergelerinin anlaşılıp anlaşılmadığının kontrolüne ve niyetin değerlendirilmesine bağlamaktadırlar. Bu çalışmada dikkat çeken bir diğer bulgu, ilaç uyumu olmayan kişilerin telefonla arandıklarında ısırılmadıkları için ilaç kullanmadıklarını belirtmiş olmalarıdır. Bu durum korunma yöntemiyle ilişkili olarak algılanan davranışsal kontrolün niyeti ne kadar zayıflatabileceğini göstermektedir (Abraham, Clift ve Grabowski, 1999).

TRA'nın lityum uyumuna uygulandığı ve 48 bipolar hastayla yapılan bir çalışmada ise normatif inançlar ve tutumun niyeti yordadığı saptanmıştır (Cochran ve Gitlin, 1988). Şizofreni hastalarında TPB çerçevesinde ele alınan ilaç uyum çalışmasına göre de normatif inançlar ve algılanan kontrol uyumun yordayıcıları olarak belirlenmiştir (Kopelowicz ve ark., 2015). Diyabet ve hipertansiyonu olan bireylerde TPB kapsamında ilaç uyumunun araştırıldığı bir çalışmada ise model niyetin %47'sini, davranışın ise %23'ünü açıklamaktadır (Kagee ve Merwe, 2006). Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlaması uyumunun TPB çerçevesinde ele alındığı bir diğer çalışmada model davranışın %15.5'ini açıklamaktadır (Fincham ve Moosa, 2008). Ekstazi alma davranışını TPB ile ele alan bir araştırmada ise modelin geçmiş davranışı %49; niyeti ise %55 oranında yordadığı saptanmıştır fakat çalışmada davranışın kendisi ölçülmemiştir (Conner ve Sherlock, 1993). Kendi kendine testis muayenesinin TPB çerçevesinde ele alındığı bir çalışmada niyetin en önemli yordayıcılarının kontrol algısı ve öz etkinlik olduğu ve modelin niyetin %50'sini, davranışın ise %22'sini açıkladığı bulgulanmıştır (McClenahan ve ark., 2006). Kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi, diş fırçalama ve diş ipi kullanılmayı içeren dört sağlık davranışının TPB çerçevesine göre yordayıcılarının araştırıldığı bir başka çalışmada tutum ve subjektif normun yanı sıra kontrol algısı ve özetkinliğin de niyeti yordadığı görülmüştür (Mccaul, Sandgren ve O'Neill, 1993).

SİM'de olduğu gibi TRA/TPB çalışmalarına yönelik de pek çok eleştiri söz konusudur. Yapılan bir gözden geçirme çalışmasına göre ilaç uyumuyla ilişkili kullanılan SİM, TRA/TPB ve Öz düzenleme gibi modellerin varyansı sıklıkla sadece tek bir faktör tarafından açıkladığı ve onun da oldukça kısıtlı kaldığı belirtilmektedir

(Holmes ve ark., 2014). Bu nedenle araştırmacılar TPB'nin açıklama gücünü arttırmak için geçmiş davranış, öz etkinlik gibi aslında TPB orijinalinde geliştirilmeyen bazı yapılar kullanmaktadır. Bu bağlamda örneğin özetkinlik modelin açıklama gücünü arttırmasına karşın TPB'nin gücü sadece kendi orijinal yapılarının davranış üzerindeki etkisi kadardır. Geçmiş davranışın ise kimi çalışmalarda hem niyeti hem de gelecek davranışı etkileyebileceği (Cooke, Sniehotta ve Schüz, 2007); kimi çalışmalarda ise TPB değişkenleri arasında mediatör değişken olarak işlev gördüğü belirtilmekte (Norman ve Conner, 2006); böylelikle model içindeki tanımlı ve ölçümünde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Ajzen'in (1987) de ifade ettiği gibi geçmiş davranışın açıklanan varyans üzerinde doğrudan bir etkisinin olması, TBP modelinin yeterli olmadığı ve ilave değişkenlerin eklenmesinin faydalı olacağının bir göstergesidir (Akt. Norman ve Hoyle, 2004). Ayrıca TPB'de yer alan algılanan kontrol bileşeninin pek çok çalışmada özetkinlikten farkının anlaşılmaması, birbirlerinin yerine kullanılması nedeniyle kavramsal bir karmaşa ortaya çıkmaktadır (Norman ve Hoyle, 2004). TPB kontrol inancı (Davranışı ortaya koymakla ilişkili ne gibi engellerle karşılaşabilirim?) ve algılanan güç (Bu engelleri aşabilir miyim?) olarak iki yapıyı içermektedir. Oysaki her iki yapının niyet ve/veya davranış üzerinde ayrı etkileri olabilir; dolayısıyla TPB'nin açıklama gücünü değiştirebilir (Norman ve Hoyle, 2004). Bunun yanı sıra çalışmaların çoğunda davranışın değil sadece niyetin ölçülmesi (Conner ve Sherlock, 1993; Garcia ve Mann, 2003), öte yandan kimi çalışmalarda niyet ve davranış arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmaması (Reid ve Christensen, 1988; Saal ve Kagee, 2012) TRA/TPB'nin etki gücünü gölgede bırakmaktadır. Diğer bir deyişle TRA/TPB çalışmalarında yordayıcı ve sonuç değişkenlerin ölçümlerinin, örneklemin ve ele alınan ilaçların heterojenliği teorik temelli çalışmaların etki büyüklüğü (effect size) veya açıklayıcı gücü açısından karşılaştırılabilirliği pek mümkün kılmamaktadır.

1.3.1.3. Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) (IBM: Integrated Behavioral Model)

Montano ve Kasprzyk'nin 1990'larda geliştirdiği Bütünleşik Davranış Modeli (IBM) TPB, TRA ve SİM gibi sağlık modellerini içermesi ve herhangi bir davranışın

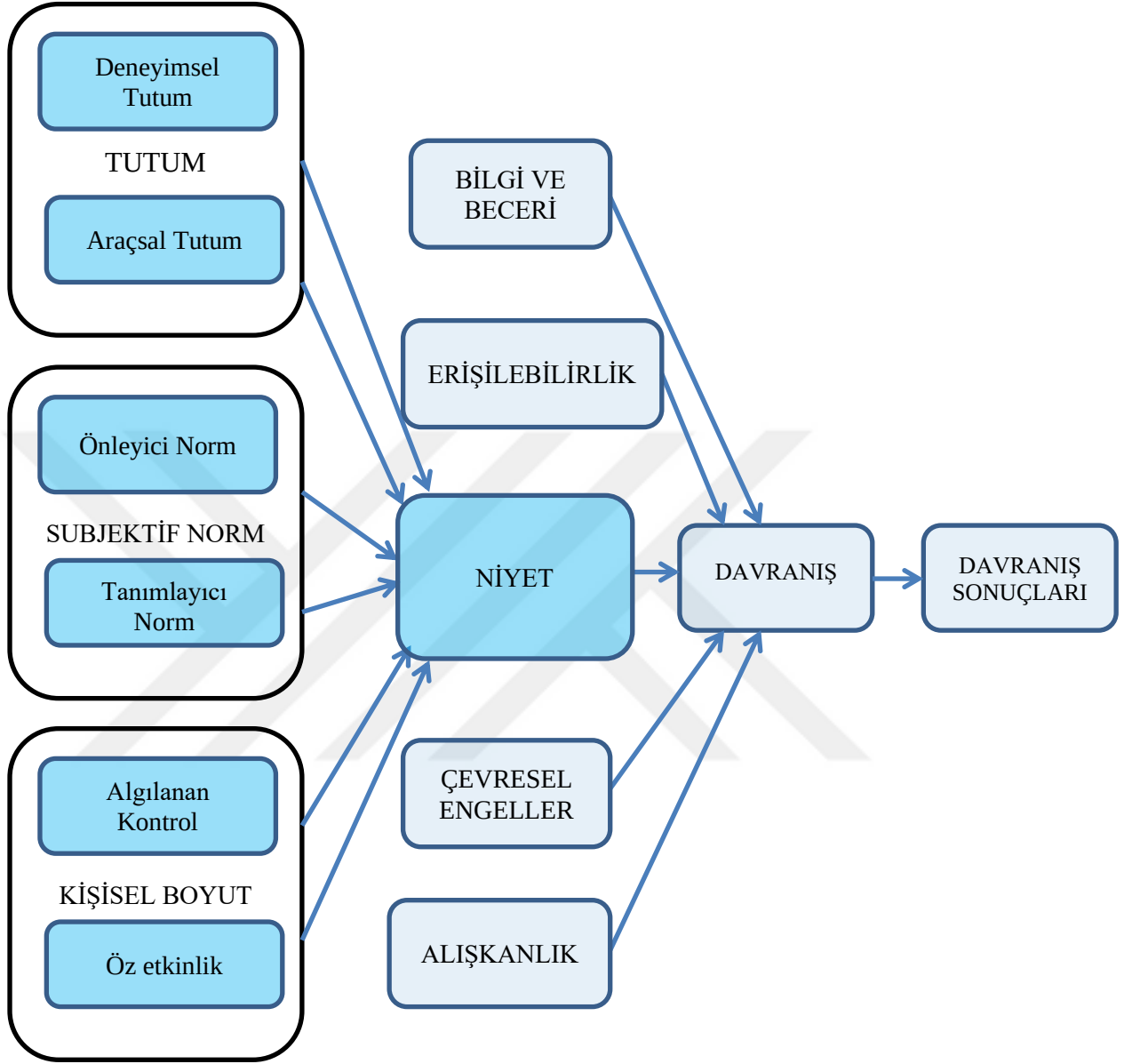
yapılması veya yapılmamasının altındaki faktörlerin tanınması açısından en uygun çerçeveyi ortaya koymaktadır. TPB/TRA'da olduğu gibi BDM'de de davranışın gerçekleşmesinde en önemli belirleyici niyettir. Motivasyon olmazsa birey önerilen davranışı büyük olasılıkla gerçekleştirmez. Fakat BDM, TPB'de olmayan ve davranışı doğrudan etkileyen dört bileşen daha içermektedir. Bunların üçü davranışsal niyetten davranışın gerçekleşmesine geçilip geçilmeyeceğini belirlemede önemlidir. Öncelikle, bireyin güçlü bir davranışsal niyeti olsa bile, gerçekleştireceği davranışla ilgili bilgi ve becerilere ihtiyaç duyacaktır. İkincisi, davranışı gerçekleştirmede çok az engelin olması ya da hiçbir engelin olmaması gerekmektedir. Üçüncüsü, davranışın kişi için baskın (salient-dikkat çekici) olması gerekmektedir. Son olarak da davranış alışkanlık haline gelebilmeli ki davranışın gerçekleşmesinde niyet daha az önemli hale gelsin. Özetle, (1) bireyin o davranışa yönelik güçlü bir niyet ve bilgi ve becerisinin olması (2) davranışı engelleyecek ciddi çevresel engellerin olmaması (3) davranışın erişilebilir (baskın) olması (4) kişinin davranışı önceden deneyimlemiş olması (alışkanlık) belirli bir davranışın ortaya konma olasılığını oldukça arttırmaktadır (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Modele göre davranışsal niyet üç bileşen tarafından tanımlanır. Bunlardan ilki bireyin davranış lehine veya aleyhine olan yaklaşımını gösteren tutumlardır. Pek çok kuramcı tutumları deneyimsel ve araçsal olarak iki boyutta ele almaktadır. Buna göre deneyimsel tutum veya duygulanım (affect), bireyin önerilen davranışın gerçekleşmesine dair duygusal tepkisini göstermektedir. Davranışın gerçekleşme fikrine dair güçlü olumlu duygular davranışın gerçekleşme olasılığını arttırırken, güçlü olumsuz duygular gerçekleşme olasılığını azaltmaktadır. Araçsal tutum ise bilişsel temelde, davranışın sonucuna yönelik inançları ifade etmektedir. Niyetin ikinci bileşeni, belirli bir davranışın yapılmasında bireyin hissettiği çevresel baskı olarak tanımlanan subjektif normlardır. Normlar da önleyici ve tanımlayıcı norm olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Buna göre önleyici norm, bireyin yaptığı davranışla ilgili diğerlerinin ne düşündüğüne dair inançlarını; tanımlayıcı norm ise diğerlerinin sosyal ve bireysel ortamlarda ne yaptığıyla ilgili algısını ifade etmektedir. Niyetin son ve en güçlü bileşeni olan kişisel boyut, algılanan kontrol ve öz etkinliği içermektedir. Algılanan kontrol, çeşitli çevresel faktörlerin davranışı kolaylaştırma

veya zorlaştırma algısı diğ er bir deyişle bireyin davranışı üzerinde ne kadar kontrole sahip olduğu anlamına gelmektedir.  z etkinlik ise zorluklara veya engellere karşın kişinin bir davranışı yapmada veya yapmamada kendinden ne kadar emin olduğudur (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Modelin bileşenlerinin ve bu bileşenlerin birbirleri ile ilişkilerine dair öngörülerine dair bir temsil şekil 2’de sunulmuştur.





Şekil 2: Bütünleşik Davranış Modeli (BDM)

BDM'nin temel sayıltısı, davranışın en güçlü yordayıcısının niyet; niyetin ise en önemli belirleyicilerinin tutum, subjektif norm ve kişisel boyut olduğudur. Buna göre tutum, subjektif norm, kişisel boyut ve niyet davranışı yordamaktadır. Davranışın en güçlü yordayıcısı ise niyettir. Niyetin yordayıcıları ile davranış arasındaki ilişkilerde niyetin aracı etkisi vardır. Diğer bir deyişle tutumlar, subjektif normlar ve kişisel boyut davranışı niyet aracılığıyla yordamaktadır. Alışkanlık, bilgi ve beceri, erişilebilirlik ve engel algısı ise davranışı niyetten bağımsız olarak

doğrudan yordamaktadır. Ayrıca davranış, davranış sonuçları ile ilişkilidir ve niyet davranışın sonucunu davranış aracılığı ile belirlemektedir.

Çeşitli meta analizler niyet ve tutum (0.45-0.60), niyet ve subjektif norm (0.34-0.42), niyet ve öz etkinlik (0.35-0.46) ve niyet ve davranış (0.44-0.62) arasında güçlü bir korelasyon olduğunu bildirmektedir (Ajzen, 2005; Armitage ve Conner, 2001). Öte yandan davranışsal niyeti belirlediği öngörülen üç teorik yapının (tutum, algılanan norm, kişisel boyut) etkileri farklı davranışlarda ve farklı popülasyonlarda değişiklik gösterebilir. Örneğin tutum bir davranışsal niyetin belirlenmesinde öncelikli olabilirken; başka bir davranışsal niyet için normatif inançlar daha belirleyici olabilir. Bu nedenle herhangi bir davranışsal niyete yönelik etkili müdahale yöntemleri için o davranış ile ilgili niyeti etkileyen tutumun, algılanan normun ve kişisel boyutun derecelerinin belirlenmesi gerekmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Özetlemek gerekirse sağlık davranışı teorileri ve modelleri sıklıkla davranışı kısmi olarak açıklamakta ve bireyin karar verme süreçlerini yeterince açıklayamamaktadır. Görece daha yeni bir model olan BDM'nin hem TRA/TPB'nin temel yapılarını hem de araştırmalar sonucu elde edilen diğer ampirik yapıları içermesi bakımından sağlık davranışlarının öncüllerinin belirlenmesinde oldukça uygun bir model olduğu düşünülmektedir. BDM'nin temel sayıltısı, davranışın en güçlü yordayıcısının niyet; niyetin ise en önemli belirleyicilerinin tutum, subjektif norm ve kişisel boyut olduğudur. Davranışın gerçekleşme olasılığı ise bireyin niyeti, davranışla ilgili bilgi ve becerisi, davranışın baskın (erişilebilir) oluşu, davranışı gerçekleştirmeye yönelik engelin olmaması ve davranışın önceden yapılmış olmasıyla ilişkilidir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Literatürde sağlık davranışlarının BDM çerçevesinde ele alındığı çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmalardan birinde üniversite öğrencilerinde testis muayenesinin yordayıcıları araştırılmıştır. Buna göre tutum, algılanan kontrol ve öz etkinliğinin niyet ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu; BDM'nin niyeti %44.6 davranışı ise %32.6 oranında açıkladığı saptanmıştır. (Gutema, Debela, Walle, Reba ve Wondiye, 2018). Yine üniversite öğrencilerinde aşırı içme (binge drinking) davranışının yordayıcılarının BDM ile araştırıldığı bir

çalışmada ise deneyimsel tutum, önleyici norm ve öz etkinlik ile niyet anlamlı bir ilişki gözlenmiş ve model niyetin %44'ü, davranışın %26'sını açıklamıştır (Braun, 2012).

Tüm bunlarla birlikte BPB hastaları özelinde ilaç uyumu gibi bir sağlık davranışını BDM temelinde bir teorik çerçeve ile ele alan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Oysaki yukarıda da belirtildiği üzere BPB'da ilaç uyumunun artırılması ve uyumsuzluğun olumsuz sonuçlarının engellenmesinde kuram temelli yaklaşımlara dayalı müdahalelerin daha etkin olacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın en temel amacı BPB'de ilaç uyumunu BDM çerçevesinde ele alan ve BDM'nin bileşenlerini ölçmeyi hedefleyen bir batarya geliştirmek ve bu bataryada yer alan ilgili ölçümlerin geçerlik ve güvenirliğini sınamaktır. Bu bağlamda çalışmanın ikinci amacı ise BDM bileşenlerinin ilaç uyumu ve sonuçları üzerindeki etkilerinin BDN öngörülerini ne denli desteklediğini ve söz konusu ilişkilerin BDM temelli olmayan diğer biyopsikososyal yordayıcılara ve ilişkili değişkenlere kıyasla güçlerini ortaya koymaktır. Bu sayede BPB'da ilaç uyumunun anlaşılmasına katkı sunulacağı ve bu konuda tasarlanacak müdahalelerde hangi faktörlerin dikkate alınması gerektiğine dair çıkarımlara varılabileceği düşünülmektedir. Bir sonraki bölüm olan amaç ve hipotezler bölümünde çalışmanın amacı ve önemine daha kapsamlı bir şekilde değinilecek ve amaçlar doğrultusunda araştırma soruları betimlenecektir.

1.4. Çalışmanın Amaç ve Hipotezleri

Çalışmamızda Bütünleşik Davranış Modelinin (BDM) bipolar bozuklukta ilaç uyumunun yordayıcılarının anlaşılması için bir çerçeve olarak ele alınması amaçlanmaktadır. Daha önce de ifade edildiği gibi BPB hastalarında ilaç uyumsuzluğu %20-60 rajındadır ve bu oranın düşürülmesi için müdahale programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca Peterson ve arkadaşlarının (2015) belirttiği gibi müdahale programlarına teorik temelli bir bakış açısıyla rehberlik edilmesi oldukça önemlidir.

Öte yandan literatürde ilaç uyumuna yönelik yapılan müdahalelerin çoğunun eklektik olduğu ve teorik bir modelin temsili olmadığı vurgulanmaktadır (Van Dulmen ve ark., 2007). Bu çalışmada BPB hastalarının niçin ilaca uyum gösterdikleri ya da göstermedikleri sorusuna BDM çerçevesinde cevap aranmaktadır. TPB'nin geliştirilmiş versiyonu olan BDM'ye göre tutum, normatif inançlar, kontrol algısı ve öz etkinlik niyetin yordayıcılarıdır. Davranışsal niyetin de belirli bir davranışın yapılması veya yapılmamasının açıklanmasında en güçlü yordayıcı olduğu varsayılmaktadır.

TPB yerine BDM'nin kullanılmasının nedeni, BDM'nin davranışı öngörmek için TPB'ye göre daha spesifik faktörler içermesidir. Daha önce de ifade edildiği gibi TPB'de ölçülmeyen geçmiş davranış, çoğu zaman gelecekteki davranışın güçlü bir yordayıcısı olabilmektedir. Benzer şekilde TPB'de yer alan algılanan kontrol yapısı tek bir yapı içerisinde değil; BDM'de olduğu gibi öz etkinlik ve algılanan kontrol olarak iki ayrı yapı olarak değerlendirilmelidir. Bu bağlamda BDM belirli bir davranışı ve bu davranışı yapması için bireyi etkileyen güçleri incelemede daha kapsamlı bir model sunmaktadır. Bipolar hastalarda ilaç uyumu davranışının altında yatan süreci yansıtan bileşenleri barındırması ve uyum davranışını açıklaması açısından BDM kullanılmıştır. Bu bağlamda öncelikle BDM çerçevesinde BPB'da ilaç uyumunu değerlendirmek için bir ölçüm metodolojisine ihtiyaç vardır; BDM'ye göre bu metodoloji BDM'nin tüm yapılarının ölçümünü bir arada ele alan bir batarya ile mümkün olacaktır. Ancak Türkiye'de böyle bir batarya olmadığı gibi BPB'de ilaç uyumunu biyolojik bileşenlere ek olarak psikososyal açıdan bir model çerçevesinde ele alan bir çalışma da bulunmamaktadır. Bu sebeple bu çalışmanın birinci amacı öncelikle BPB'da ilaç uyumunu BDM kapsamında değerlendirmeyi amaçlayan ve BDM'nin yapılarını ölçme hedefi taşıyan ölçeklerden oluşan bir batarya geliştirmektir. Bu amaç doğrultusunda ilaç uyumuyla ilişkili tutum, normatif inançlar (4 ayrı ölçüm), algılanan kontrol, öz etkinlik, bilgi düzeyi, engel algısı, erişim, alışkanlık, niyet ve son olarak ilaç uyum davranışını ölçmek için toplam 13 ölçümü içeren bir batarya oluşturulması hedeflenmiştir. Birinci amaç doğrultusunda batarya içinde yer alan her bir ölçümün geçerlik ve güvenirlik sınamalarının

gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın ilk hipotezi şu şekildedir:

H1.a. Bataryada yer alan her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde analizi kapsamında madde-toplam puan korelasyonları .20 ve üstünde olacaktır.

b. Yapı geçerliği bağlamında BDM'nin tutum bileşeni deneyimsel ve araçsal olmak üzere iki faktörlü; diğer tüm bileşenleri ise tek faktörlü bir yapı gösterecektir.

c. Güvenirliği bağlamında her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığı yüksek olacaktır ($>.70$)

d. Yapı geçerliği kapsamında dış geçerliği açısından her bir ölçeğin aynı ya da benzer yapıyı ölçen ölçeklerle de ilişkisi anlamlı olacaktır.

e. Yapı geçerliği kapsamında kriter geçerliği açısından bataryada ölçülen ilaç uyumu davranışı eş zamanlı alınan kan düzeyi ölçümü ve diğer ilaç uyum ölçekleri olan TTUO ve MARS-5 ile ilişkisi anlamlı olacaktır.

f. Yapı geçerliği kapsamında bataryada ölçülen ilaç uyumu davranışının artımlı geçerlik (incremental validity) sınaması bağlamında; Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği (TTUÖ), İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) ve kan düzeyi ile ölçülen ilaç uyumu kontrol edildikten sonra da BDM ile ölçülen ilaç uyumu düzeyi hastalık şiddetini anlamlı derecede yordamaya devam edecektir.

g. Yapı geçerliği kapsamında bataryada ölçülen ilaç uyumu davranışının ayırt edici geçerlik (discriminant validity) sınaması bağlamında; BDM yapıları katılımcıları hastalık şiddeti (yatan ve ayaktan hasta) ve ilaç uyum düzeyi (uyumlu-uyumsuz) açısından ayırd edecektir.

h. Bataryanın yapı geçerlik sınaması bağlamında batarya ölçeklerinin birbirleri ile olan korelasyonları beklendik yönde ve anlamlı olacaktır.

Bu aşamanın ardından araştırmada ikinci olarak bataryada yer alan ölçümlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin BDM'nin öngörülerini ne denli desteklediğinin araştırılması ve bu sayede BDM'nin BPB'de ilaç uyumu çerçevesinde bir model sınamasının da gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Literatür bölümünde de bahsedildiği gibi BDM'ye göre tutumlar, normlar ve kontrol algısı/özetkinlik gibi bileşenleri içeren bireysel değişkenlerden oluşan yapıları niyeti yordamaktadır. Bu yapılarla birlikte niyet ise davranışı yordamaktadır. Ayrıca davranışın en güçlü yordayıcısının niyet olması beklenmektedir. Tüm bunlara ek olarak tutum, subjektif normlar, algılanan kontrol ve öz etkinlik değişkenlerin davranışı niyet aracılığı ile etkileyeceği öngörülmektedir. Bu temel beklentilerin yanı sıra, BDM'de bilgi düzeyi, engel algısı, erişim ve alışkanlık gibi davranışa yakın bazı değişkenler de betimlenmiş ve bu değişkenlerin niyet ve diğer yapılardan bağımsız olarak davranış üzerinde doğrudan etkileri olacağı öngörülmüştür. Son olarak BDM'ye göre BDM'de ölçülen niyet ve davranış ile bu davranışın sonucu arasında da anlamlı ilişkiler gözlenmesi, niyetin davranış sonucu ile olan ilişkisinde davranışın aracılık etmesi beklenmektedir. Öte yandan dikkate alınması gereken önemli bir mesele de literatür bölümünde de özetlendiği gibi BPB'de ilaç uyumunu etkileyen BDM yapıları dışında cinsiyet, eğitim gibi pek çok sosyodemografik ve hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, hastalık şiddeti gibi pek çok klinik değişkenin olabileceğine dair bulgulardır. BDM'nin öngörülerinin diğer sosyodemografik ve klinik değişkenlerin varlığında geçerli olduğunun gözleniyor olması BDM'nin geçerliğine dair çok daha güçlü kanıtlar sunacağından; araştırmanın ikinci amacına yönelik hipotezler de şu şekilde sıralanabilir:

H2.Sosyodemografik ve klinik değişkenler kontrol edildikten sonra:

a. Tutumlar, subjektif normlar, algılanan kontrol ve özetkinlik, niyeti yordayacaktır.

b. Tutumlar, subjektif normlar, algılanan kontrol, özetkinlik, niyet ve ilaç uyumunun BDM'ye göre doğrudan yordayıcıları olan bilgi düzeyi, engel algısı, erişim ve alışkanlık ilaç uyumunu anlamlı derecede yordayacak olup; bu değişkenler içinde ilaç uyumunun en güçlü yordayıcısı niyet olacaktır.

c. Tutumlar, subjektif normlar, algılanan kontrol ve özetkinlik ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide niyetin tam aracılık etkisi olacaktır.

d. Niyet ile ilaç uyumunun sonucu olan hastalık şiddeti arasındaki ilişkide ilaç uyumunun tam aracı etkisi olacaktır.

Çalışmada ayrıca temel amaç olmamak ile birlikte araştırmada yer alan katılımcıları ve katılımcıların ilaç uyumunu daha iyi betimleyebilmek adına katılımcılara dair bazı betimsel değerlendirmeler de yapılması hedeflenmiştir. Buna göre ayaktan ve yatarak takibi yapılan katılımcıların ilaç uyumlarının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı; ilaç uyum değerlendirmelerine göre ilaç uyumu olan ve olmayan katılımcıların antipsikotik ilaç dozları arasında farklar olup olmadığının da ayrıca incelenmesi planlanmıştır.

Araştırmanın bu yan amacına yönelik araştırma soruları oluşturulmuş olup bu sorular da şu şekildedir:

Soru 1.a. BPB tanısı almış hastalarda kan düzeyi ile ölçülen ilaç uyum düzeyi sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

b. BPB tanısı almış hastalarda kan düzeyi ile ölçülen ilaç uyum düzeyi klinik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

c. Ayaktan ve yatarak takibi yapılan BPB tanılı hastaların kan düzeyi ile ölçülen ilaç uyum düzeyi sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

d. Ayaktan ve yatarak takibi yapılan BPB tanılı hastaların kan düzeyi ile ölçülen ilaç uyum düzeyi klinik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

e. Kan düzeyine göre ilaç uyumu olan ve olmayan bipolar hastalar antipsikotik ilaç dozlarına göre farklılık göstermekte midir?

Tüm bu temel ve ek amaçlar doğrultusunda bu çalışmanın önemini de vurgulamak yerinde olacaktır. Öncelikle daha önce de bahsedildiği gibi zayıf klinik

sonuçlarla gidebilen bipolar bozuklukta ilaç uyumsuzluğu engellilik, yaşam kalitesinde azalma, morbidite, hastaneye yatış ve intihar oranında artış, özellikle mani için tekrarlayan epizodlar gibi pek çok tehlikeli sonuçlara yol açmakta ve ekonomik kayıpları da beraberinde getirmektedir (MacDonald, Chapman, Syrett, Bowskill ve Horne, 2016). İlacı bırakmanın etkilerini inceleyen çalışmalar, uyumsuzluğun ciddi sonuçlarına dikkat çekmektedir. Örneğin Sajatovic ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 3 yıl takip edilen BPB tanılı 405 hasta arasında duygu durum düzenleyicisini bırakanlarla, monoterapisine devam edenler kıyaslandığında intihar oranlarının 16 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum duygu durum düzenleyici ilaçların (lityum, karbamazapin vb.) intihar davranışlarına karşı koruyucu etkisini göstermektedir.

Özetle tedavi edilmeyen bipolar hastaların intihar girişimlerinin 5 kat daha fazla olması ve mortalite göz önüne alındığında özellikle BPB’de ilaç uyumunun önemi koruyucu bir etkiye sahip olması açısından daha da artmaktadır. (Berk ve ark., 2010). Ayrıca literatüre bakıldığında lityum tedavisi alan hastaların yıllar içerisinde hastalığın gidişatına yönelik pek çok çalışmaya rastlanırken (Cavanagh, Smyth ve Goodwin, 2004); ilaç uyumsuzluğunun ele alındığı çalışmalar oldukça kısıtlıdır (Akt.,Jonsdottir ve ark., 2010). Bipolar hastalarda ilaç uyumunun objektif ve sübjektif yöntemlerin bir arada kullanılarak bir model çerçevesinde ele alınacak olmasının literatürde alanla ilgili boşluğa ciddi katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonucunda geliştirilen ölçüm bataryası sayesinde ilgili bozukluğa sahip kişilerde ilaç uyum davranışının bireysel bileşenlerinin belirlenebilmesi ve buna yönelik ilaca uyum müdahale programlarının geliştirilmesi umulmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın katılımcıları, veri toplama araçları, işlemler ve toplanan verilerin analiz edilmesi için kullanılacak istatistiksel yöntemler hakkında detaylı bilgiler sunulacaktır.

2.1. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine (BHRSHH) başvuran 14'ü yatarak, 153'ü ayaktan tedavi alan 167 bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıdan oluşmaktadır. İşleme katılım için BHRSHH Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan ve hastalardan gerekli izinler alınmış olup katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı gerçekleşmiştir.

Çalışmanın işleme kriterleri;

- DSM-5 ölçütlerine göre iki uçlu bozukluk tanısı almak,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- 18-75 yaş aralığında olmak,
- Çalışmaya alındığı sırada; Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeğinden 7 ve daha altında puan almak (depresyon olmadığını gösterir), Young Mani Değerlendirme Ölçeğinden 5 ve altında puan almak (mani belirtisi olmadığını gösterir) ve ötimik olmak,
- En az 1 aydır duygudurum dengeleyici ilaç kullanmak

Çalışmanın dışlama kriterleri:

- - İşleme kriterlerine sahip olmamak,
- - Kişilik bozukluğu ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak.

Tamamı Bipolar I bozukluk (BPB I) tanılı olan katılımcıların 107'sinin (%64.1) kadın, 60'ının (%35.9) ise erkek olduğu görülmüştür. Yaş aralığı 18-75

(ortalama= 39.75, ss= 12.00) olan katılımcıların büyük çoğunluğu ilkokul-ortaokul mezunu (sırasıyla %39.50-%22.20) ve evli (%55.10) olup herhangi bir işte çalışmamaktadır (%58.10).

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında Sosyodemografik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUO) ve Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) Bipolar Bozukluk İlaç Uyum Bataryası kullanılmış, duygu durum düzenleyici düzeyinin tespit edilebilmesi için de kan ölçümü yapılmıştır.

2.2.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Araştırmada yer alan katılımcıların işleme kriterlerine uyup uymadığını değerlendirmek amacı ile kullanılmış olan bu ölçek 1960 yılında Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçeğin yapılandırılmış formu, Williams (1988) tarafından geliştirilmiştir. 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.

2.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Yine araştırmada yer alan katılımcıların işleme kriterlerine uyup uymadığını değerlendirmek amacı ile kullanılmış olan bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir. Ölçekteki maddeler, iki uçlu bozukluğun manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtilerini (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ, Oral, Aran Yalçın ve Erten (2001) tarafından yapılmıştır.

2.2.3. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu

Literatürde bipolar hastalar ile yapılan çalışmalarda ele alınan demografik bilgiler örnek alınarak hastalara 19 adet, hekimlerine 2 adet soru yöneltilmiştir (EK 1). Hastalara yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, ilaç temini için maddi imkânın yeterli olup olmadığı, tanı ve tanı süresi, kullanılan ilaç ve dozları, bipolar hastalığıyla ilişkili ve bipolar hastalığın dışında kaç adet ilaç kullandığı, polikliniğe ve duyu durum düzenleyicilere yönelik kan testi yaptırma sıklığı, alkol kullanım sıklığı, daha önceden intihar düşüncesi ve girişiminin olup olmadığı, kaç kez hastane yatışının olduğu, belirtilen yan etkilerden kaçını yaşadığı ve son olarak ilaç almayı hatırlatması için yardımcı uygulama kullanıp kullanmadığı; kullanıyorsa belirtilenlerden hangisinin olduğu soruları yöneltilirken; hekimlerden kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesinin olup olmadığı ve duyu durum düzenleyici kan düzeyinin bilgisi alınmıştır.

2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu

Bipolar Bozukluk İlaç Uyum Batarayasında (BBİUB) yer alan ölçeklerin, özellikle de normları değerlendiren bileşenlerinin dış geçerliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan bu ölçek Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilen 12 maddeden oluşan 7 dereceli Likert tipi (“kesinlikle hayır”-1 puan ile “kesinlikle evet”-7 puan) bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin “aile” (3, 4, 8, 11), “arkadaş” (6, 7, 9, 12), “özel kişi/diğer önemli kişi” (1, 2, 5, 10) desteğini belirlemek üzere her biri dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Eker ve Akar 2001). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ilk olarak Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Daha sonra Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından tekrar psikometrik özellikleri belirlenmiş ve bu çalışmada toplam puan için Cronbach alfa

katsayısı 0,89, alt ölçekler için sırasıyla aile için 0,85, arkadaş için 0,88 ve özel kişi için 0,92 olarak bulunmuştur. Ölçek EK 2’de sunulmuştur.

2.2.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

Yine BBİUB’de yer alan ölçeklerin, dış geçerliği kapsamında kullanılan bu ölçek DSÖ tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Ölçek bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçen dört alt alanda toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. Soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan puanı çevre-TR olarak adlandırılmaktadır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Kişinin hastalığının yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel etkinlik, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Fiziksel alanda günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Dört alana ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt boyut puanları her bir alan için 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Yüksek puanlar yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach alfa değerleri fiziksel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliğini hesaplamaya yönelik her soru için hesaplanan pearson katsayıları 0.57 ve 0.81 arasında değişmektedir (Eser ve ark., 1999). Ölçek EK 3’de sunulmuştur.

2.2.6. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)

Bataryada yer alan ölçümlerin dış geçerliğinin yanı sıra, bataryada ölçülen ilaç uyumu bileşeninin artımlı geçerlik sınaması için de kullanılan bu ölçek Thompson, Kulkarni ve Sergejew (2000) tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (*Drug Attitude Inventory-DAI*) birleştirilerek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte Evet/Hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır (EK 4). Ölçekten alınan düşük puan (1-7 arasında) tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar (8-10 arasında) ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış MARS'ın test tekrar test güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur (Koç, 2006).

2.2.7. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5)

TTUOÖ için belirtilen aynı amaç doğrultusunda uygulanmış olan bu ölçek ilaç uyumsuzluğu olan hastaların belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiş, 5 maddeden oluşan 5 dereceli Likert Tipi (“Asla” 5 puan ile “Her zaman” 1 puan) bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır; ölçekten elde edilen toplam puan arttıkça uyumun arttığı söylenebilmektedir. Türkçeye uyarlanmış MARS-5’in test tekrar test güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0,78 bulunmuştur (Temeloğlu Şen ve Sertel Berk, 2019). Ölçek EK 5’de sunulmuştur.

2.2.8. İlaç Uyumunun Kan Düzeyiyle Ölçümü

İlaç uyumu bu çalışmada yalnızca batarya kapsamında yer alan öz bildirim yöntemiyle değil aynı gün içerisinde, kullanılan duyu durum düzenleyicilerine göre lityum, valproik asit veya karbamazepin kan düzeylerinin de ölçümü elde edilmiştir. Literatürden elde edilen bulgulara göre terapötik aralık lityum için 0.50-1.00 mEq/l, valproik asit için 50-100 mEq/l, karbamazepin için 6-12 mEq/l olarak belirlenmiştir (Altamura ve ark., 2010; APA, 2002; Malhi ve Tanious, 2011; Wijeratne ve Draper, 2011; Tuchila, Baconi, Pirvu, Balalau ve Vlasceanu, 2017). Elde edilen kan düzeyi

referans aralığında ise “uyumlu” referans aralığı dışında ise “uyumsuz” olarak kategorileştirilip bu ölçüm objektif ilaç ölçümü olarak değerlendirilmiştir.

2.2.9. Hastalık Şiddeti Ölçümü

Bu çalışmada hastalık şiddeti ayaktan ve yatan hasta grubuna göre iki grupta değerlendirilmiştir. Yatan hasta grubu hastalık şiddeti yüksek grubu temsil edecek şekilde kodlanmıştır. Yanı sıra yatan hasta grubu son bir hafta içerisindeki ilaç kullanımı değerlendirilerek ilaç uyumu düşük kategorisine dahil edilmiştir. Benzer şekilde yatan uyumsuz hasta grubu ile ayaktan uyumsuz hasta ayrımı da hastalık şiddetinin bir belirleyicisi olarak ele alınmış olup yatan uyumsuz hasta grubunun hastalık şiddeti daha yüksek olarak değerlendirilmiştir.

2.2.10. Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası (BBİU):

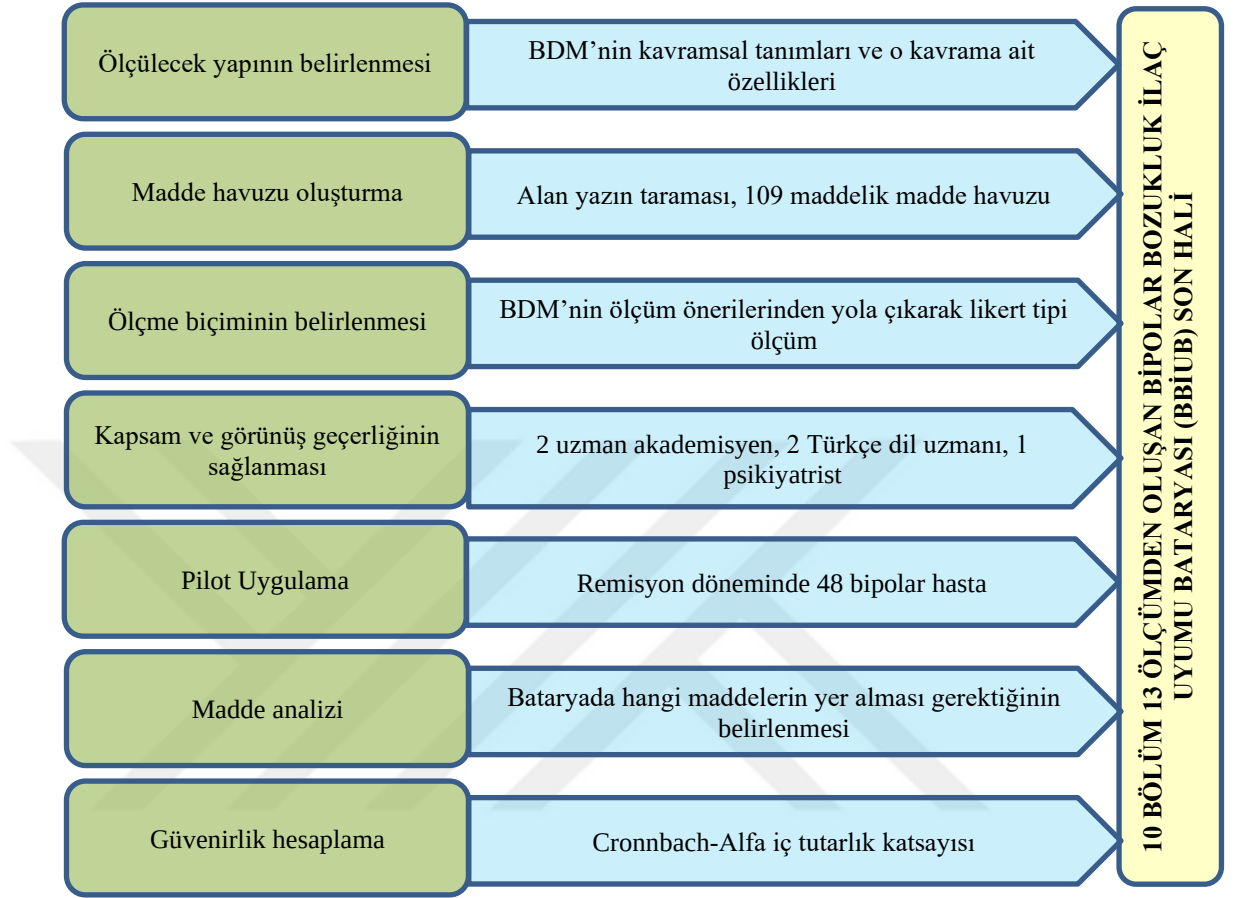
BDM’de davranışın gerçekleşmesinde en önemli belirleyici niyettir. Modele göre davranışsal niyetin belirleyicileri tutum, subjektif normlar, algılanan kontrol ve öz etkinliktir. Niyetin yanı sıra bireyin davranışa yönelik bilgi ve becerisinin olması, davranışı engelleyecek ciddi çevresel engellerin olmaması, davranışın erişilebilir (baskın) olması ve kişinin davranışı önceden deneyimlemiş olması (alışkanlık) belirli bir davranışın ortaya konma olasılığını oldukça arttırmaktadır (Fishbein & Yzer, 2003). BDM’nin tüm yapılarını kapsayacak şekilde toplam 10 bölüm, 13 ölçümden oluşan bataryanın öncelikle pilot çalışması yapılmıştır.

Pilot çalışma öncesi batarya kapsamındaki her bir BDM yapısı için ilaç uyumu ile ilgili alan yazın taranmış, benzer nitelikte araştırma bulgularından ve geçerlik ve güvenirliği yeterli ölçeklerin bazı maddelerinden yararlanılarak toplam 109 madde yazılmıştır (maddelerin yazımı ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda her bir ölçek tanıtılırken ayrıntılı olarak verilecektir). Bu maddeler ise 10 Bölüm ve 13 ölçüm şeklinde gruplandırılmıştır. Bataryada yer alan bazı ölçek maddelerinin kullanımı için ölçekleri geliştiren yazarlar ile irtibat kurulmuş ve gerekli izinler alınmıştır. BDM kapsamında ilgili yapıyı değerlendiren herhangi bir ölçek

bulunmadığı durumlarda ise BDM'nin tanımından ve ölçüm önerilerinden yola çıkarak o bileşen ile ilgili maddeler yazılmıştır. Orijinali İngilizce olan maddeler 2 İngilizce uzman, 1 psikiyatrist tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe maddeler dahil çeviri maddeleri araştırmacı ve tez danışmanı tarafından tek bir form haline getirildikten sonra maddelerin Türkçe diline uygunluğu 2 Türkçe dil uzmanı ve farklı 1 psikiyatrist tarafından sadelik, açıklık, akıcılık, dilin uygun kullanımı, ifadelerinin yazımı ve anlaşılabilirlik kriterleri esas alınarak kontrol edilip değerlendirilmiştir. Bataryada yer alan tüm maddelere son hali verildikten sonra bu maddelerin anlaşılabilirliği ve uygunluğu için ise asıl çalışma öncesi bir pilot çalışma yürütülmüştür.

Pilot çalışma remisyon dönemindeki 48 bipolar hasta ile yürütülmüştür. Buna göre katılımcıların 32'sinin (%66,7) kadın, 16'sının (%33,3) erkek, yaş ortalamasının 38,18 (ss=11,26) olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyleri açısından bakıldığında katılımcıların 12'si (%25) ilkokul, 8'i (%16,7) ortaokul, 15'i (%31,3) lise ve 13'ü (27,1) üniversite mezunudur. Ayrıca katılımcıların 22'sinin (%45,8) evli, 20'sinin (%41,7) bekar ve 6'sinin (%12,5) boşanmış olduğu görülmüştür. Hastaların 43'ü (%89,6) Bipolar I, 5'i (%10,4) Bipolar II tanılı iken ortalama tanı süresi yaklaşık 11 yıldır. Hastalar bipolar bozukluk tanısı nedeniyle günde ortalama 4 ilaç kullandıklarını belirtirken 23 hasta (%48) bipolar bozukluk tanısı dışında da ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Her bir bölümde yer alan maddelerin işlevliğini gözden geçirmek için madde analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda batarya ile ilgili gerekli iyileştirmeler yapılmış ve esas çalışmaya kullanıma hazır hale getirilmiştir. Aşağıda sunulan Şekil 3'de maddelerin oluşturulma süreci özetlenmiş olup pilot çalışma sonrası elde edilen verilerle yürütülen madde analizi bulguları ise aşağıda her ölçek tanıtılırken sunulmuştur.



Şekil 3: Bipolar Bozukluk İlaç Uyum Bataryası Madde Geliştirme Aşamaları

Buna göre “Tutum” (26 madde), İlaç Kullanımını “Destekleyen” (9 madde) “Karşı çıkan” (9 madde), “Baskı yapan” (9 madde) ve “Tanımlayıcı normlar” (10 madde) olmak üzere 4 alt ölçekten oluşan subjektif norm ölçekleri, “Algılanan kontrol” (16 madde), “Özetkinlik” (12 madde), “Bilgi” (7 madde), “Engel” (5 madde), “Erişim” (4 madde) ve son olarak “Alışkanlık (tek madde)” ve “Niyet (tek madde)” ölçekleri ile değerlendirme yapılmıştır (EK 6). Çalışma kapsamında Bilgi bölümü (doğru/yanlış/kararsızım) dışında her bir BDM bileşeninin ilaç uyum davranışı açısından değerlendirilmesi için 7’li likert tipi ölçekler geliştirilmiştir. Aşağıda bu ölçümler, ölçümlerin içerdiği maddeler, maddeler oluşturulurken hangi ölçeklerden faydalandığına dair bilgiler her ölçüm için ayrı ayrı sunulmak kaydı ile bataryada yer alan ölçekler ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

İlaça yönelik tutum ölçeği: BPB hastalarının ilaç uyumuna yönelik tutumları BDM’de belirtildiği gibi bilişsel tutum ve duygusal tutum şeklinde oluşturulmuş; fakat tek faktör şeklinde ölçülmüştür. Bu ölçekte yer alan maddelerin tamamı ilaç uyum literatüründe yer alan ölçeklerin yazarlarından izin alınmak sureti ile bazı maddelerinden yararlanılarak hazırlanmış ve bu sayede 26 maddelik bir form elde edilmiştir. Yararlanılan ölçekler ve kullanılan madde sayısı şu şekildedir: Drug Attitude Inventory (İlaç Tutum Envanteri) (Hogan ve ark., 1983) 4 madde; Beliefs About Medicines Questionnaire (Horne, Weinman ve Hankins, 1999) 6 madde; Treatment Attitudes Questionnaire (Johnson ve Fulford, 2008) 6 madde; The Mood Stabilizer Compliance Questionnaire (Kessing, Hansen ve Bech, 2006) 2 madde; Self Report Attitude Toward Psychotropic Medications Questionnaire (Grover, Chakrabarti, Sharma ve Tyagi, 2014) 6 madde; Lithium Attitudes Questionnaire (Harvey, 1991) 2 madde. Örnek bir madde şu şekildedir: “İlaçlar kendimi daha iyi hissetmemi sağlar” (Bkz. EK 6, 1. Bölüm). On beş maddesi tersine olan ölçek 7’li Likert tarzında yanıtlanmaktadır (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum). Ölçekten elde edilen pilot çalışma verileri ile yürütülen madde analizi sonucu elenen madde olmamıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .89 (toplam madde sayısı= 26).

İlaça yönelik normatif inançlar ölçeği: Normatif inançlar ölçeği ilaç uyumunu “destekleyen” (9 madde), “karşı çıkan” (9 madde) ve “baskı yapan” (9 madde) şeklinde üç alt “önleyici norm” ve bir “tanımlayıcı norm” (10 madde) olmak üzere 4 ayrı alt başlıktan oluşmaktadır. Sosyal etkinin ilaç uyumu üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmalarda ailenin, kişi için önemli diğerlerinin, arkadaşların, hekimin ve iş ortamının öneminden söz edilmektedir (Berk ve ark., 2004; Col ve ark., 2014; Çakır ve ark., 2010; Gaudiano ve ark., 2011; Kocabıyık ve ark., 2005; Macneil ve ark., 2011; Vahip ve Aydemir, 2010). Buna göre normatif inançlar ölçeğinin tüm alt boyutlarında kişinin ilaca uyum davranışında etkili olabilecek aile, yakın arkadaş, kişi için önemli insanların çoğu, psikiyatrist, eş/partner, iş yeri arkadaşları, akrabalar ve komşu maddeleri yer almaktadır. Ayrıca “diğer (belirtiniz)” şeklinde son madde boş bırakılarak katılımcının yukarıda belirtilenlerin dışında varsa referans belirtilmesi istenmiştir. Önleyici normun her bir

alt boyutu için örnek maddeler “Ailem ilaç kullanmamı destekler”, “Yakın arkadaşlarım ilaç kullanmama karşı çıkar”, “Psikiyatristim ilaç kullanmam konusunda baskı yapar” iken tanımlayıcı normda örnek bir madde “Benim için önemli insanların çoğu kendilerine reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanda kullanır” şeklindedir (Bkz. EK 6, 2. Bölüm). Normatif inançların 4 alt boyutu da 7’li Likert tarzında (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) yanıtlanmaktadır. Ölçeklerden elde edilen pilot çalışma verilerinin madde analizi sonuçları şu şekildedir:

“*Subjektif Norm-Destek (S.N. Destek)*” ölçeği 9 maddeden oluşmakla birlikte madde analizinde 9. madde (Diğer seçeneği), madde toplam puan korelasyonları .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .85 (madde sayısı= 8).

“*Subjektif Norm-Karşı çıkan (S.N. Karşı)*” ölçeği 9 maddeden oluşmakla birlikte madde analizinde yine 9. madde (Diğer seçeneği), madde toplam puan korelasyonları .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .91 (madde sayısı=8).

“*Subjektif Norm-Baskı yapan (S.N. Baskı)*” ölçeği 9 maddeden oluşmakla birlikte madde analizinde 5. madde (eşim/partnerim) madde toplam puan korelasyonları .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .88 (madde sayısı=8).

“*Subjektif Norm-Diğer (S.N. Diğer)*” ölçeği 10 maddeden oluşmakla birlikte madde analizinde 9. madde (komşum) madde toplam puan korelasyonları .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .80 (madde sayısı=9).

Pilot çalışmanın madde analizlerine göre subjektif norm ölçümlerinde çıkartılması önerilen maddeler esas çalışmada tutulmuş, maddelerle ilgili değerlendirmenin büyük örneklemden elde edilen verilere göre yapılmasına karar verilmiştir.

İlaça yönelik kontrol algısı ölçeği: İlaça yönelik kontrol algısı ölçeği İlaç Tedavisine Uyum Öz-etkililik ölçeğinin (İBÖS) bazı maddelerinden, Adherence Starts with Knowledge'nin (ASK-20) (Hahn ve ark., 2008) bir maddesinden yararlanılarak ve literatürde konuyla ilgili bazı bulgulardan yola çıkılarak oluşturulmuştur. İBÖS Ogedegbe, Mancuse, Allegrante ve Charlson (2003) tarafından hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyuma olan öz etkinliği değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiş; Gözüm ve Hacıhasanoğlu (2009) tarafından da Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır ve Cronbach Alfa değeri 0.92 bulunmuştur. Ölçek üçlü likertten oluşmakta ve puanın yükselmesi uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada İBÖS'nin 10 maddesinden yararlanılarak kontrol algısı maddeleri oluşturulmuştur. Yanı sıra ASK-20'nin yutma güçlüğüyle ilişkili maddesi ve ilaç uyumunda sosyal etkinin (Gaudiano ve ark., 2011) kişinin kontrol algısını etkileyebileceği göz önüne alınarak ilgili maddeler de eklenerek toplam 16 maddelik bir ölçek ortaya çıkmıştır. Örnek bir madde şu şekildedir: “Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğumda almam çok zor” (Bkz. EK 6, 3. Bölüm). Ölçek 7'li Likert tarzında yanıtlanmaktadır (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum). Ölçeğin 2. maddesinin (İlaçlarımı ailemin/eşimin hatırlatması almamı kolaylaştırır) madde toplam puan korelasyonu .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .79 (madde sayısı=15). Ancak bu bölümde de çıkartılması önerilen tek madde asıl çalışma için tutulmuş, 16 maddelik ilk hali ile asıl çalışmanın ilaca yönelik kontrol algısı ölçümünü oluşturmuştur.

İlaça yönelik öz etkinlik ölçeği: Daha önce de belirtildiği gibi algılanan kontrol bireyin çeşitli çevresel faktörlerin davranışı kolaylaştırma ve zorlaştırma algısı iken öz etkinlik zorluk algısına rağmen bireyin davranışı gerçekleştirmede kendinden ne kadar emin olduğuyla ilişkilidir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Bu bağlamda öz etkinlik ölçeği ilaca yönelik kontrol algısı ölçeğinde yer alan ifadelerin (zorluk/engellere rağmen) birey tarafından yapıp yapılmayacağına dair algısını ölçmekte ve 12 maddeden oluşmaktadır. Örnek bir madde şu şekildedir: “İlaçlarımı kullanmayı günlük bir alışkanlık haline getirebilirim” (Bkz. EK 6, 4. Bölüm). Ölçek 7'li Likert tarzında yanıtlanmakta (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) ve ters kodlanan maddesi bulunmamaktadır. Ölçeğin 5. maddesinin

(İlaçlarım bitse de ara vermeden devam ettirebilirim) madde toplam puan korelasyonu .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .83 (madde sayısı=11).

İlaça yönelik bilgi ölçeği: İlaç uyum literatüründe ilaç bilgisinin ele alındığı ölçeklerden Self Report Attitudes Toward Psychotropic Medications Questionnaire (Grover ve ark., 2014) bir maddesinden, Lithium Attitudes Questionnaire (Harvey, 1991) bir maddesinden ve The Mood Stabilizer Compliance Questionnaire (Kessing ve ark., 2006) beş maddesinden yararlanılarak 3 maddeli (Doğru/Yanlış/Kararsızım) bir ölçek hazırlanmıştır. Örnek bir madde şu şekildedir: “Daha iyi hissettiğiniz günlerde önerilen dozdan daha az sayıda ilaç alabilirsiniz” (Bkz. EK 6, 5. Bölüm). Ölçeğin 2. (Daha iyi hissettiğiniz günlerde reçetelenen ilaçlardan daha az sayıda tablet alabilirsiniz), 5. (Daha çökkün hissettiğiniz günlerde, reçetelenen ilaçtan daha fazla sayıda tablet kullanabilirsiniz.) ve 7. (Bu ilaçları reçetelenen dozun altında kullanmak her zaman daha iyidir.) maddeleri madde toplam puan korelasyonu .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .54 (madde sayısı=4). Diğer bölümlerde olduğu gibi bu bölümde de çıkartılması önerilen maddeler çıkartılmayıp 7 maddelik hali ile asıl çalışmanın bilgi bölümünü oluşturmuştur.

İlaça yönelik engel algısı ölçeği: İlaç uyumu engel algısı ölçeği Lithium Attitudes Questionnaire’nin bir maddesinden ve literatür yer alan doktorların sıklıkla değişmesi, yeterli zamanlarının olmaması, hastaların sormak istediklerini soramaması ve ilaç rejiminin karmaşık olması (Crowe ve ark., 2011; Sajatovic ve ark., 2009; Sylvia ve ark., 2013; Vahip ve Aydemir, 2010) gibi bulgulardan yararlanılarak oluşturulmuştur. Örnek bir madde şu şekildedir: “Doktorların yeterli zamanlarının olmaması ilaç kullanmamı engeller” (Bkz. EK 6, 6. Bölüm). Maddelerin hepsi tersine olan ölçek 7’li Likert tarzında yanıtlanmaktadır (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum). Ölçekten elde edilen verilerin madde analizi sonucu elenen madde olmamıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .82’dir (madde sayısı= 5).

İlaça yönelik erişim ölçeği: İlaç uyum literatüründe tedaviye erişimle ilişkili ifadeleri olan ölçeklerden Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs’in bir maddesinden (Dolder ve ark., 2004), Self Report Attitude Toward Psychotropic Medications Questionnaire’nin bir maddesinden (Grover ve ark., 2014), Lithium Attitudes Questionnaire’nin bir maddesinden (Harvey, 1991) ve Adherence Starts with Knowledge’nin (ASK-20) bir maddesinden (Hahn ve ark., 2008) yararlanarak 4 maddelik bir ölçek ortaya çıkmıştır. Örnek bir madde şu şekildedir: “Hastaneye gitmek için gerektiğinde refakat edecek yakınlarım var.” (Bkz. EK 6, 7. Bölüm). Ölçek 7’li Likert tarzında yanıtlanmakta (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) ve ters kodlanan maddesi bulunmamaktadır. Ölçeğin 2. maddesinin (İlaçları alabilecek maddi imkânım var) madde toplam puan korelasyonu .20 altında olduğu için çıkartılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .54 (madde sayısı=3). Pilot çalışmada güvenirlik katsayısının düşük olmasının erişim ile ilgili madde sayısının az olmasıyla ilişkili olacağı düşünülüp esas çalışmada kullanılmak üzere erişim ölçümü yeniden gözden geçirilmiştir. Pilot çalışmada yararlanılan ölçek maddelerin yanı sıra araştırmacının BPB tanıli hastalarla yaptığı görüşmelerde elde edilen izlenimler neticesinde erişim maddi imkan, teknolojik imkan, eşlik etme desteği, ulaşım kolaylığı ve zaman ayırma şeklinde ele alınmış ve asıl çalışmada kullanılmak üzere 7 maddelik bir ölçek ortaya çıkmıştır.

İlaça yönelik alışkanlık ölçeği: Araştırmada ilaca yönelik alışkanlık 7’li Likert tarzında yanıtlanan “Bugüne kadar ilaçlarımı doktorun belirttiği şekilde kullanmayı başardım” ifadesi ile ölçülmüştür. Literatürde yer alan bazı çalışmalar da alışkanlık yapısını tek madde ile değerlendirirken (Conner ve McMillian, 1999) kimi çalışmalarda (Buchanan, 1992) ilaç uyumuna yönelik alışkanlığının hastanın önceki tıbbi kayıtlara göre değerlendirildiği görülmektedir. Ayrıca geçmişten bugüne ilaç kullanım tarzını ölçen MARS-5 ölçeği ilaç uyumu alışkanlık ölçeğinin kriter geçerliliği olarak değerlendirilmiştir.

İlaça yönelik niyet ölçeği: Araştırmada davranışsal niyet yine 7’li Likert tarzında yanıtlanan “Önümüzdeki 3 ay ilaçlarımı almam gerektiği şekilde alma olasılığım yüksek” ifadesi ile ölçülmüştür. Literatürde niyet ölçümlerinin genellikle

tek madde şeklinde işlemselleştirildiği sorulduğu görülmektedir (Nantha ve ark., 2018). Kimi çalışmalarda ise “kullanma olasılığı” ve “kullanma niyeti” şeklinde iki madde ile sorulduğu da gözlenmektedir (Conner ve McMillian, 1999). Niyetin 3 madde ile ölçüldüğü bir çalışmaya bakıldığında ise maddelerin benzer ifadeler (niyetlenmek (intent), istemek(desire), beklemek-ummak(expect)) içerdiği görülmektedir (Holst ve Iversen, 2011). Çalışmada özdeş üç maddenin bir arada kullanımı, niyeti kavramsallaştırmanın bir parçası olan arzu (desire) ve öngörüyü (self-prediction) de yansıtmaya gerekliliği şeklinde açıklanmaktadır. Ancak benzer üç ifadenin kullanılması katılımcıları rahatsız etme potansiyeline de sahip olabilir. Nihayet yazarların pilot çalışmalarında üç ifadeden hangisini eleneceği konusunda geçerliğe dair bir kanıt bulamadıkları için üç ifadeyi de anketlerine aldıklarında, pek çok katılımcının bu üç ifadeye yönelik cevaplarında bir farklılaşma olmadığı görülmüştür (Holst ve Iversen, 2011).

Literatüre göre davranışsal niyet ölçümü pek çok farklı yoldan yapılabilir. En çok üzerinde durulan nokta davranışsal niyet (örn. X davranışını gerçekleştirme niyetindeyim) ile self prediction (ön görüş) ölçümü (örn. X davranışını gerçekleştirme olasılığınız nedir?) arasındaki fark olmaktadır. Buna göre self prediction davranışın gerçekleşmesini kolaylaştıran ve engelleyen durumları ve diğer olası davranışların muhtemel seçimini dikkate alması açısından davranışın daha iyi bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Armitage ve Conner, 2001). Yapılan bir meta analize göre de self prediction ve davranış arasındaki ilişkinin (ortalama $r = .57$), niyet ve davranış arasındaki ilişkiden (ortalama $r = .49$) daha güçlü olduğu belirtilmektedir (Sheppard, Hartwick ve Warshaw, 1988). Mevcut çalışmada bu bilgilere dayanarak niyet yapısının self prediction “Önümüzdeki 3 ay ilaçlarımı almam gerektiği şekilde alma olasılığım yüksek” şeklinde ele alınmıştır.

BDM ilaca uyum davranışı ölçeği: Bu ölçüm 5’li Likert tipi (Hiçbirini=%0 - Hepsini=%100) tarzında yanıtlanan “Geçen hafta ilaçlarınızın ne kadarını kullandınız?” sorusu ile değerlendirilmiştir.

2.3. İşlemler

Bu çalışmanın uygulama kısmına geçilmeden önce Prof Dr Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan 2017/94 numaralı etik onayı alınmış olup ilgili onay EK 7’de sunulmuştur. Öncesinde hekimin yönlendirmesiyle kan verme işlemi gerçekleştiren hastalar bilgilendirilmiş onam doğrultusunda çalışma hakkında hem sözlü hem yazılı olarak bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar onam formunu imzalamalarının ardından (EK 8) BDM ilaç uyum bataryası bireysel görüşme formatında tek tek sorularak değerlendirmeye alınmıştır. Onun dışındaki bütün ölçek ve formlar sessiz bir ortamda araştırmacının eşliğinde müdahale edilmeden doldurmaları sağlanmıştır. Ayrıca uygulama aşamasında 4 psikoloji öğrencisi çalışma hakkında eğitilmiş ve toplamda 70 veri öğrenciler tarafından toplanmıştır. Hastaların kan düzeyi sonuçları mesai bitiminde hekimlerinden öğrenilmiştir. Toplamda 190 katılımcıya ulaşılmış; katılımcılardan 23’ünün ölçekleri eksik ve yanlış doldurması nedeniyle geçerli sayılan 167 adet veri üzerinden analizler yürütülmüştür.

2.4. Verilerin Analizi

Katılımcıların demografik bilgileri ve ölçeklerden aldıkları puanlar betimsel istatistiki (sıklık ve yüzde dağılımları) yöntemlerle değerlendirilmiştir. Grupların demografik-kategorik değişkenler açısından frekans yüzde dağılımları ki kare testleri ile karşılaştırılmıştır.

BDM Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryasının test-tekrar test güvenilirliği, madde-toplam puan korelasyonları ve ölçüt bağımlı geçerliği için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı, iç tutarlılığı için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin faktör analizi çalışması ana bileşenler yöntemi ve varimax dönüştürmesi ile yapılmıştır.

Kan düzeyine ve BDM puanına göre ilaç uyumu olan ve olmayan bipolar hastaların antipsikotik ilaç dozlarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem t-testi ile analiz edilmiştir.

Araştırma değişkenlerinin ilaç uyumu davranışları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek amacıyla öncelikle yordayıcı, yordanan ve kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. İlaç uyum davranışı ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Sıralı Korelasyon Katsayı Analizi yapılmıştır.

BDM Model doğrulama; BDM yapılarının ve demografik değişkenlerin BDM/TTUO/MARS-5 ilaç uyumu üzerindeki yordayıcı etkisi; BDM ilaç uyumu, kan uyumu, MARS-5 ve TTUO puanlarının hastalık şiddeti üzerindeki yordayıcı etkisi; BDM yapılarının ve BDM ilaç uyumunun hastalık şiddeti değişkeni üzerindeki yordayıcı etkisi için hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir.

Bütün analizler SPSS 22.00 programıyla yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bulgular bölümünde ilk olarak örnekleme tanımlamaya yönelik betimsel bulgulara yer verilecektir. Ardından BPB tanılı hastalarda Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) kapsamında geliştirilen bataryanın geçerlik ve güvenirlik bulguları sunulacaktır. Son olarak model doğrulama hipotezlerine yönelik sınamalar yapılacaktır.

3.1. Betimsel Analizler

Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerine dair bilgiler Sosyodemografik bilgi formundan elde edilmiş olup bu özellikler Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikler, hastalık seyri, ilaç kullanımı ve uyum kategorilerindeki sıklık dağılımları

Değişkenler		N	%
N= 167			
Cinsiyet	Kadın	107	64.1
	Erkek	60	35.9
Eğitim düzeyi	İlkokul	66	39.5
	Ortaokul	37	22.2
	Lise	40	24
	Üniversite	24	14.4
Medeni hal	Evli	92	55.1
	Bekar	58	34.7
	Boşanmış	17	10.2
	Beraber yaşıyor	0	
Meslek	Memur	16	9.6
	İşçi	37	22.2
	Emekli	14	8.4
	Malulen emekli	3	1.8
	Çalışmıyor	97	58.1
Sağlık güvencesi	Var	162	97
	Yok	5	3
İlaç maddi durum	Yeterli	155	92.8
	Ucu ucuna	10	6
	Yetersiz	2	1.2
Hastalık şiddeti	Ayaktan	153	91.6
	Yatan	14	8.4

Pol sıklık	Haftada bir	2	1.2
	15 günde bir	12	7.2
	Ayda bir	88	52.7
	3 ayda bir	42	25.1
	6 ayda bir	20	12
	1-2 yılda bir	3	1.8
Kan sıklık	Haftada bir	1	0.6
	15 günde bir	4	2.4
	Ayda bir	86	51.5
	3 ayda bir	43	25.7
	6 ayda bir	25	15
	Düzensiz (missing)	8	4.8
Alkol sıklık	Hiçbir zaman	148	88.6
	Ayda bir veya daha az	15	9
	Haftada bir veya daha az	2	1.2
	Haftada 2-4 gün	2	1.2
	Haftada 5 veya daha fazla	0	0
İntihar düşüncesi	Var	74	44.3
	Yok	93	55.7
İntihar girişimi	Var	41	24.6
	Yok	126	75.4
Hatırlatıcı	Kullanmıyor	122	73.1
	Alarm	11	6.6
	Takvim tutma	1	0.6
	Başkası hatırlatıyor	26	15.6
	İlaç kutusu	7	4.2
Duygu durum düzenleyiciler	Lityum kullananlar	82	49.10
	Valproik asit kullananlar	80	47.90
	Karbamazepin kullananlar	4	2.39

Kan düzeyine göre ilaca uyumlu ve uyumsuz olan iki grubun sosyodemografik ve klinik özellikler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da betimsel istatistikler bağlamında incelenmiştir. Değişim kategorik değişkenler için Ki Kare Bağımsızlık Testi, sürekli değişkenler için Bağımsız Örneklem t testi ile değerlendirilmiştir. Ki Kare Bağımsızlık Testi ile analiz edilen polikliniğe geliş sıklığının ($\chi^2_{(5)}=17,786$ $p<.01$), intihar girişim öyküsünün ($\chi^2_{(1)}=4,316$ $p<.05$) ve ayaktan ve yatan hasta ayrımı olan hastalık şiddetinin ($\chi^2_{(1)}=59,776$ $p<.001$) uyumlu ve uyumsuz hastalarda farklılaştığı görülmüştür. Buna göre polikliniğe geliş sıklığı uyumlu hastaların %1'i haftada bir, %6.8'i on beş günde bir, %57.9'u ayda bir, %24.1'i üç ayda bir, %10.5'i altı ayda bir polikliniğe gelirken; uyumsuz hastaların %1'i haftada bir, %8.8'i on beş günde bir, %32.4'ü ayda bir, %29.4'ü üç ayda bir, %17.6'sı altı ayda bir, %8.8'i birkaç yılda bir polikliniğe geldikleri bulunmuştur. Ki kare testinde bu farkın anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($X^2_{(5)} =17.78$, $p< .01$). İntihar

girişim öyküsü uyumlu hastalarda %21.1 iken uyumsuz hastalarda %38.2 olarak saptanmıştır. İntihar girişimi açısından uyum kategorileri arasında yine anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2_{(1)} = 4.31$, $p < .01$). Hastalık şiddeti de uyum kategorileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ortaya koymaktadır ($X^2_{(1)} = 59.77$, $p < .00$). Buna göre uyumlu hastaların tamamı poliklinik (ayaktan takip edilen hasta) grubundan oluşurken; uyumsuz hastaların %58.8'i poliklinik, %41.2'si yatan hasta grubundan oluşmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2: Demografik ve uyum değişkenlerinin etkileşim düzeylerine ait kıkare değerleri

POL SIKLIK*UYUM	Uyumlu	Uyumsuz
Haftada bir	1 (%0.8)	1 (%2.9)
15 günde bir	9 (%6.8)	3 (%8.8)
Ayda bir	77 (%57.9)	11(%32.4)
3 ayda bir	32 (%24.1)	10 (%29.4)
6 ayda bir	14 (%10.5)	6 (%17.6)
Birkaç yılda bir	0	3 (%8.8)
İNİTAR GİRİŞİMİ*UYUM	Uyumlu	Uyumsuz
Evet	28 (%21.1)	13 (%38.2)
Hayır	105 (%78.9)	21 (%61.8)
HASTALIK ŞİDDETİ* KAN UYUM	Uyumlu	Uyumsuz
Pol	133 (%100)	20 (%58.8)
Servis	0	14 (%41.2)

Sürekli olarak ölçümlenen antipsikotik ilaç dozunun uyum gruplarına göre farklı olup olmadığı da ayrıca araştırılmıştır. Bunun için yürütülen bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre sosyodemografik değişkenlerden yaş ($t_{(165, 53)} = -1.668$, $p > .05$) ve klinik değişkenlerden antipsikotik ilaç dozunun ($t_{(141, 24)} = -.959$, $p > .05$) iki grupta farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Kan Düzeyine Göre İlaç Uyumu Olan ve Olmayan Bipolar Hastaların Yaş ve Antipsikotik İlaç Dozlarına İlişkin T Testi Sonuçları

	Kan düzeyi	N	$\bar{x}$	SS	t	df
Yaş	Uyumlu	133	40.53	12.05	1.67	165
	Uyumsuz	34	36.71	11.47		
Antipsikotik ilaç dozu	Uyumlu	124	318.31	280.69	-.959	141
	Uyumsuz	19	384.26	268.31		

Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri hastalık şiddeti (poliklinik/yatan hasta) kategorisine göre de karşılaştırılmıştır. Yatan hasta grubu sadece kadınlardan oluştuğu için cinsiyete bu karşılaştırılmada yer verilmemiştir. Ki Kare Bağımsızlık Testi ile analiz edilen intihar düşüncesi öyküsü ($\chi^2_{(1)}=4,554$ $p<.05$) ve intihar girişim öyküsünün ($\chi^2_{(1)}=5,343$ $p<.05$) ayakta ve yatan hastalarda farklılaştığı görülmüştür (Tablo 4). Buna göre poliklinik hastalarının %41,8'inin intihar düşüncesi öyküsü bulunurken, bu oran servis hastalarında %71.4 olarak saptanmıştır ve bu iki grupta görülen fark ki kare analizine göre anlamlıdır ($X^2=4.55$, $df=1$, $p<.01$). Benzer şekilde intihar girişim öyküsü açısından da poliklinik/yatan hasta arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=5.34$, $df=1$, $p<.01$). Poliklinik hastalarının %22.2'sinin servis hastalarının ise %50'sinin intihar girişim öyküsü bulunmaktadır.

Ancak, ayakta ve yatan grup eğitim ($\chi^2_{(3)}=3,550$, $p>.05$), medeni durum ($\chi^2_{(2)}=2,319$, $p>.05$), meslek türü ($\chi^2_{(4)}=3,800$, $p>.05$), maddi imkan ($\chi^2_{(2)}=1,183$, $p>.05$), sağlık güvencesi ($\chi^2_{(1)}=0,472$, $p>.05$), kan verme sıklığı ($\chi^2_{(4)}=5,600$ $p>.05$), alkol sıklığı ($\chi^2_{(3)}=4,765$ $p>.05$), ve hatırlatıcı kullanım durumu ($\chi^2_{(4)}=4,821$ $p>.05$) için farklılaşmadığı bulunmuştur.

Tablo 4: Demografik/klinik değişkenler ve hastalık şiddeti değişkenlerinin etkileşim düzeylerine ait kıkare değerleri

İNTİHAR DÜŞÜNCEİ* HASTALIK ŞİDDETİ	Pol	Servis
Evet	64 (%41.8)	10 (%71.4)
Hayır	89 (%58.2)	4 (%28.6)
İNTİHAR GİRİŞİMİ* HASTALIK ŞİDDETİ	Pol	Servis
Evet	34 (%22.2)	7 (%50)
Hayır	119 (%77.8)	7 (%50)

Son olarak yaş değişkeninin ayakta ve yatan hasta grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığının anlaşılması için bağımsız örneklem t testi analizi uygulanmıştır. Buna göre yaş değişkeninin ($t_{(165, 23)}=-3,015$, $p<.01$) iki grup açısından farklılaştığı görülmüştür (Tablo 5). Bu farklılık yatan hastaların ayakta hastalara göre daha genç oldukları yönündedir. Yatan hasta grubunun ilaç bilgilerinin güvenilir olmaması nedeniyle yatan ve ayakta hasta grubunun antipsikotik ilaç dozuna göre farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenememiştir.

Tablo 5: Ayaktan ve yatan Bipolar Hastaların Yaş değişkenine ilişkin T Testi Sonuçları

	Hastalık Şiddeti	N	$\bar{x}$	SS	t	df
Yaş	Ayaktan	153	40.58	12.07	3.015**	165
	Yatan	14	30.71	6.23		

**p< 0.01

Örnekleme tanımlamak amacıyla sosyodemografik değişkenler, ilaç uyumu, hastalık şiddeti ve ilaç dozu arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği betimsel bulguların ardından aşağıdaki bölümlerde ilk olarak bataryanın geçerlik ve güvenilirliğine dair analiz bulguları devamında da model testi analizlerine yer verilecektir.

3.2. Bipolar Bozukluk İlaç Uyum Batarayası (BBİUB) Geçerlik Sınamaları

3.2.1. Madde analizi

BBİUB'nin tek madde ile ölçülen *Alışkanlık ve Niyet* boyutları dışında kalan her bir bileşenin madde analizi bulguları şu şekildedir:

Buna göre *Tutum* ölçeği için hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20'nin altında çıkmamıştır. Toplam 26 maddeye sahip bu ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları .26 (17.madde) ile .66 (3.madde) arasında değişmekte olup, faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 bulunmuştur.

Subjektif Norm (S.N.) destek ölçeğinin 5. maddesi ("Eşim/partnerim ilaç kullanmamı destekler") madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalmıştır. Ölçekten 5. madde çıkartıldıktan sonra kalan 7 maddenin madde-toplam puan korelasyonları .24 (4. madde) ve .55 (3. madde) arasında değişmektedir. Ölçeğin madde analizi sonrası bu son halinin Cronbach alfa değeri ise .66'dır.

S.N. karşı ölçeğinde de 5. madde ("Eşim/partnerim ilaç kullanmama karşı çıkar") madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında çıkmıştır. Ölçekten 5. maddenin çıkartılmasıyla geriye kalan 7 maddenin maddenin madde-toplam puan

korelasyonları .21 (6. madde) ve .41 (7. madde) arasında değişmekte olup, faktör analizi öncesi Cronbach alfa katsayısı .55 bulunmuştur.

S.N. baskı ölçeğinde 5.(“Eşim/partnerim ilaç kullanmam konusunda baskı yapar”) ve 6. (“İş yerindeki arkadaşlarım ilaç kullanmam konusunda baskı yapar”) maddeler madde-toplam puan korelasyonları .20’nin altında olduğu için ölçekten çıkartılmıştır. Geriye kalan 6 maddenin madde-toplam puan korelasyonları ise .39 (2. madde) ve .57 (7. madde) arasında değişmektedir. Faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .73 bulunmuştur.

S.N. diğer ölçeğinde de 5. (“Benim için önemli insanların çoğu kendilerine reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanlarda kullanır”) ve 6. (“Eşim/partnerim kendisine reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanlarda kullanır”) maddeler madde-toplam puan korelasyonları .20’nin altında çıkmıştır. Bu maddeler çıkartıldıktan sonra geriye kalan 9 maddenin madde toplam bağıntıları .30 (1. madde) ve .65 (8. madde) arasında değişmektedir. Ölçeğin madde analizi sonrası bu son halinin Cronbach alfa değeri ise .77’dir.

Algılanan kontrol ölçeğinde 6. (“İlaçlarımı sürekli yanımda taşırsam unutmam”), 7. (“İlacım bitmeye yakın yeni bir kutu daha yazdırmam zordur”) ve 8. (“İlaçlarımı kullanmayı yemek zamanları hatırlamam kolay olur”) maddelerin madde-toplam puan korelasyonları .20’nin altında olduğu için ölçekten çıkartılmıştır. Geriye kalan 13 maddenin madde toplam bağıntılarının ise .41 (13. madde) ve .66 (15. madde) arasında değişmekte olup faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .85 bulunmuştur.

Öz etkinlik ölçeğinde hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20’nin altında çıkmamıştır. Toplam 12 maddeye sahip bu ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları 56 (5. madde) - .78 (1. madde) arasındadır. Faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .92 bulunmuştur.

Bilgi ölçeğinde de hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20’nin altında bulunmamıştır. Toplam 7 maddesi olan ölçeğin madde-toplam puan

korelasyonları .21 (1. madde) ve .42 (5. madde) arasında olup faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .58 bulunmuştur.

Engel ölçeği için hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20'nin altında çıkmamıştır. Toplam 5 maddeye sahip ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları .22 (1. madde) - .62 (4. madde) arasında değişmektedir. Faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise .69'dur.

Erişim ölçeğinde 6. ("İlaçlarımı yazdıracağım yer evime yakın") ve 7. ("İlaç yazdırmak için hastanede çok zaman harcarım") maddelerin madde-toplam puan korelasyonları .20'nin altında bulunmuştur. Ölçekten 6. ve 7. maddeler çıkartılmasıyla geriye kalan 5 maddenin madde toplam bağıntılarının ise .21 (1. madde) ve .42 (3. madde) arasında değişmekte olup faktör analizi öncesi ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .47 bulunmuştur.

Genel olarak değerlendirildiğinde BBİUB boyutlarından S.N. destek'ten 5. madde, S.N. karşı'dan 5. madde, S.N. baskı'dan 5. ve 6. madde, S.N. diğer'den 6. ve 7. madde, Algılanan kontrol'den 6., 7. ve 8. maddeler ve Erişim'den 6. ve 7. maddeler madde toplam puan korelasyon değerleri 0.20'nin altında olması ve ölçeğin güvenilirliğini azaltması nedeniyle ölçeklerde çıkartılmıştır.

3.2.2. Faktör analizi

BBİUB'nin yapı geçerliğini araştırmak amacıyla her bir alt ölçeğe faktör analizi uygulanmıştır. Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüştürmesi sonucunda elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur. Ayrıca bataryanın her bölümü için faktörlere ait açıklanan varyans, özdeğer, Cronbach'ın alfa değerleri, ortak varyans değerleri, faktör yükleri ve madde-toplam puan korelasyonlarını kapsayan analiz sonuçlarını özetleyen tablolar yer almaktadır.

Tutum maddeleri tek faktörde toplanıp toplam varyansın %31'ini açıklamaktadır. Maddelerin yük değerleri .30 (26. madde) - .77 (3. madde) arasındadır.

Tablo 6: Tutum ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>Tutum 26 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %31, α: .90</i>			
1	.75	.84	.64
2	.76	.83	.64
3	.77	.82	.66
4	.50	.64	.49
5	.38	.76	.41
6	.33	.70	.37
7	.43	.64	.45
8	.53	.62	.53
9	.54	.72	.50
10	.53	.63	.42
11	.60	.58	.52
12	.67	.66	.56
13	.46	.76	.34
14	.50	.79	.38
15	.65	.77	.52
16	.71	.82	.59
17	.35	.57	.26
18	.57	.67	.56
19	.60	.62	.54
20	.60	.78	.58
21	.59	.64	.58
22	.49	.66	.49
23	.44	.66	.44
24	.37	.59	.35
25	.58	.66	.55
26	.30	.69	.30

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Subjektif Norm (S.N.) destek maddeleri tek faktörlü bir yapı gösterip 6. madde (“İş yerindeki arkadaşlarım ilaç kullanmamı destekler”) ortak varyans değeri .30’un altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin tek faktörlü son hali toplam varyansın yaklaşık %45’ini açıklamaktadır. Maddelerin yük değerlerinin .44 (8. madde) ve .88 (3. madde) arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 7: S.N. destek ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>S.N. destek</i> 6 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %45, α : .67			
1	.80	.79	.41
2	.62	.51	.49
3	.88	.84	.55
4	.52	.61	.24
7	.64	.64	.51
8	.44	.67	.40

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

S.N. karşı maddeleri tek faktörde toplanıp toplam değişimin %34'ünü açıklamaktadır. Maddelerin yük değerleri ise .28 (6. madde) ve .79 (3. madde) arasında değişmektedir.

Tablo 8: S.N. karşı ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>S.N. karşı</i> 7 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %34, α : .58			
1	.73	.80	.27
2	.46	.48	.36
3	.79	.73	.40
4	.54	.60	.24
6	.28	.82	.21
7	.61	.65	.41
8	.52	.69	.38

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

S.N. baskı maddeleri toplam varyansın %48'ini açıklayan tek faktörlü bir yapı göstermektedir. Maddelerin yük değerlerinin .53 (2. madde) ve .79 (3. madde) arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 9: S.N. baskı ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>S.N. baskı</i> 6 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %47, α : .73			
1	.76	.77	.50
2	.53	.38	.39

3	.79	.81	.56
4	.77	.62	.57
7	.71	.67	.57
8	.53	.76	.42

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

S.N. diğer maddeleri toplam değişimin %46'sını açıklayan tek bir faktörde toplanmıştır. Maddelerin yük değerlerinin .38 (1. madde) ve .87 (5. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Tablo 10: S.N. diğer ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>S.N. diğer</i> 7 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %46, α : .77			
1	.38	.71	.30
2	.43	.68	.34
3	.74	.60	.55
4	.68	.60	.47
5	.87	.81	.73
8	.79	.63	.65
9	.70	.49	.55

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Algılanan kontrol maddeleri tek faktörlü bir yapı gösterip toplam varyansın %45'ini açıklamaktadır. Maddelerin yük değerleri ise .49 (13. madde) ve .76 (15. madde) arasında değişmektedir.

Tablo 11: Algılanan kontrol ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>S.N. algılanan kontrol</i> 9 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %45, α : .84			
1	.71	.52	.59
3	.67	.45	.54
10	.57	.72	.45
11	.69	.66	.58
12	.74	.56	.63
13	.49	.42	.41
14	.67	.60	.54
15	.76	.76	.66
16	.71	.51	.61

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Öz etkinlik maddeleri tek faktörde toplanıp toplam varyansın %55'ini açıklamaktadır. Maddelerin yük değerleri .65 (8. madde) - .83 (1. madde) arasındadır.

Tablo 12: Öz etkinlik ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
Öz etkinlik 12 madde. Özdeğer: 1, Varyans: % 55 , α : .92			
1	.83	.69	.78
2	.82	.67	.76
3	.67	.73	.63
4	.68	.57	.63
5	.65	.77	.56
6	.81	.66	.76
7	.76	.58	.70
8	.65	.57	.60
9	.75	.57	.70
10	.81	.67	.76
11	.69	.76	.61
12	.75	.60	.68

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Bilgi maddeleri toplam değişimin %32'sini açıklayan tek bir faktörde toplanmıştır. Maddelerin yük değerlerinin .36 (1. madde) ve .68 (5. madde) arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 13: Bilgi ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
Bilgi 7 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %32 , α : .58			
1	.35	.36	.21
2	.47	.53	.25
3	.55	.35	.30
4	.56	.43	.33
5	.68	.46	.42
6	.58	.61	.39
7	.67	.67	.38

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Engel maddeleri tek faktörlü bir yapı göstererek toplam varyansın %50'sini açıklamaktadır. Maddelerin yük değerlerinin .35 (1. madde) - .86 (4. madde) arasında değişmektedir.

Tablo 14: Engel ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>Engel 5 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %50 , α: .69</i>			
1	.35	.38	.22
2	.76	.72	.57
3	.61	.63	.40
4	.86	.93	.61
5	.82	.92	.55

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Erişim maddeleri tek faktörlü bir yapı gösterip 1. maddenin (“İlaçlarımı hastane ya da eczaneden satın almak sorun oluşturmaz”) ortak varyans değeri .30'un altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin tek faktörlü son halinde toplam varyansın %42'sini açıkladığı görülmüştür. Maddelerin yük değerlerinin .58 (2. madde) ve .75 (3. madde) arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 15: Erişim ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri, ortak varyans ve madde toplam puan korelasyonları

Madde	FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>Erişim 4 madde. Özdeğer: 1, Varyans: %42 , α: .45</i>			
2	.58	.34	.24
3	.75	.55	.42
4	.63	.36	.30
5	.62	.31	.29

¹ FY: Faktör yükü. ² OV: Ortak varyans. ³ MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Görüldüğü üzere BBIÜB'nin tüm alt boyutları tek faktörde toplanmıştır. BBIÜB'nin tüm alt boyutları için yapılan madde ve faktör analizleri sonucunda geriye kalan maddelerin Cronbach Alfa katsayıları da hesaplanmıştır. Şuana kadarki bulguları özetlemek adına BBIÜB'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerinden sonra her bir bölümde kalan madde sayısı, elenen maddeler, en son kalan maddelerin güvenirlik katsayısı değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo16'da

sunulmaktadır. Tablo 16’da ayrıca çalışmada kullanılan diğer ölçeklerin madde sayısı, güvenirlik katsayısı, ortalama ve standart sapma değerleri de yer almaktadır.

Tablo 16: BBIUB’nin ve Diğer Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

IBM BÖLÜMLERİ VE DİĞER ÖLÇEKLER	Kalan madde sayısı	Elenen maddeler	Cronbach alfa	$\bar{X}$	ss
TUTUM	26	-	.90	138.40	21.63
DESTEK	6	5. ve 6. madde	.67	34.49	6.04
KARŞI	6	5. ve 6. madde	.58	36.66	5.89
BASKI	6	5. ve 6. madde	.73	36.57	7.49
DİĞER	7	6. ve 7. maddeler	.77	34.64	7.27
KONTROL ALGISI	9	2,4,5,6,7,8, 9. maddeler	.84	47.12	9.83
ÖZ ETKİNLİK	12	-	.92	71.66	9.57
BİLGİ	7	-	.58	12.95	1.22
ENGEL	5	-	.69	30.25	4.24
ERİŞİM	4	1, 6, 7 maddeler	.45	26.60	2.41
ALİŞKANLIK	1	-	-	5.51	1.37
NİYET	1	-	-	6.43	0.99
IBM İLAÇ UYUMU DAVRANIŞI	1	-	-	4.42	1.10
TTUO ¹	10	-	.67	17.39	2.10
MARS-5 ²	5	-	.83	20.62	3.66
CBASD ³	12	-	.91	53.59	15.22
WHOOL ⁴	27	-	.89	97.71	10.95

¹Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği, ² İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, ³ Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu ⁴ Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

3.2.3. Yakınsak Geçerlik (Ölçüt bağımlı geçerlik) Analizleri

BBIUB’nin ölçüt bağımlı geçerliğini test etmek amacıyla, BBIUB’nin tüm bölümlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin tüm alt testleri ve TTUO ve MARS-5 ölçeklerinin toplam puanları ile olan bağıntılarını tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bu bulgular Tablo 17’de gösterilmiştir. Buna

göre Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi alt ölçekleri BBİUB'nin S.N. baskı, engel ve erişim bölümleri ile çoğunlukla anlamlı bir ilişki göstermezken, BBİUB'nin diğer tüm bölümleri ile 0.16-0.47 aralığında anlamlı ilişkiler göstermiştir. Sosyal Destek alt ölçekleri ile BDM yapısı arasındaki en yüksek korelasyonun (.36) Sosyal Destek (S.D.) toplam puan ile S.N. destek arasında, en düşük korelasyonun (.16) ise S.D. toplam puan/S.D. aile ile S.N baskı arasında olduğu gözlenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeğine göre ise en yüksek korelasyon değeri (.47), Yaşam kalitesi toplam puan ile algılanan kontrol; en düşük korelasyon değeri (.15) ise yaşam kalitesi psikolojik alan ile erişim arasındadır. İlaç uyum ölçeği olan TTUO en yüksek korelasyonu (0.68) tutum; en düşük korelasyonu (-.18) S.N. baskı ile göstermiştir. Bir diğer ilaç uyum ölçeği olan MARS-5 ise alışkanlık ile en yüksek (.57), S.N. baskı ile en düşük (.19) korelasyon değerine sahiptir. Tüm ölçüt bağımlı geçerlik için kullanılan ölçekler ve BDM yapıları arasındaki diğer korelasyon değerleri 0.17-0.65 aralığındadır.

Tablo 17: BBIUB'nin Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Puanları ve TTUO ve MARS-5 Toplam Puanları İle İlişkisi

	Tutum	S.N. destek	S.N. karşı	S.N. baskı	S.N. diğer	Algılan(an kontrol	Özetkinlik	Bilgi	Engel	Erişim	Alışkanlık	Niyet
Sosyal destek (SD)	.27**	.30**	-.03	.16*	.19*	.21**	.25**	.17*	-.01	.01	.31**	.25**
aile												
SDözel	.23**	.25**	.13	.13	.29**	.33**	.30**	.20*	.07	-.04	.30**	.20*
SDark.	.18*	.33**	.07	.10	.31**	.26**	.25**	.24**	.10	.05	.20**	.21**
SDtop	.28**	.36**	.09	.16*	.35**	.35**	.34**	.26**	.08	.01	.33**	.27**
Yaşam kalitesi	.46**	.29**	-.08	-.18*	.31**	.37**	.33**	.16*	.14	.05	.30**	.35**
(YK) genel												
sağlık												
YK fzk	.38**	.18*	-.16*	-.26* *	.16*	.34**	.32**	.20**	.13	.09	.30**	.32**
sağlık												
YK psi	.40**	.39**	-.08	-.09	.31**	.35**	.31**	.19*	.11	.15*	.32**	.30**
YK sos	.23**	.39**	.08	.07	.32**	.33**	.27**	.31*	.11	.07	.25**	.28**
ilişki												
YKçevre	.31**	.29**	-.04	.07	.29**	.40**	.40**	.33**	.05	.14	.43**	.32**
YK top	.45**	.39**	-.08	-.09	.35**	.47**	.43**	.32**	.13	.14	.43**	.40**
TTUO ¹	.68**	.19*	-.09	-.18*	.16*	.38**	.60**	.21**	.35**	.04	.47**	.65**
MARS-5 ²	.47**	.22**	.01	-.19*	.29**	.58**	.56**	.34**	.44**	.15	.57**	.51**

**p< 0.01, *p< 0.05

¹Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği, ² İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği,

3.2.4. Kriter Geçerliği

BBIUB batarya kapsamındaki BDM ilaç uyum ölçümünün eş zamanlı olarak ölçülen diğer bir bağımlı değişken olan “kan düzeyi” ve geçerliği ve güvenirliği yeterli TTUO ve MARS-5 ölçekleri ile olan korelasyon değerleri Tablo 18’de bildirilmiştir. Buna göre BDM ilaç uyumunun diğer bağımlı değişkenler ile yüksek korelasyona sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 18: BDM İlaç Uyumu İle Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

	IBM İLAÇ UYUMU	TTUOÖ	MARS-5	Kan düzeyi
BDM İLAÇ UYUMU	1	.725**	.502**	-.597**
TTUOÖ		1	.476**	-.502**
MARS-5			1	-.355**
Kan düzeyi				1

**p< 0.01

Yine kriter geçerliği bağlamında BDM’ye göre uyumlu/uyumsuz hastaların kaçının kan düzeyine göre uyumlu/uyumsuz kategorisinde yer aldığına dair dağılımların tespiti ve iki uyum ölçümünün uyum kategorisi açısından farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için Ki Kare Bağımsızlık Testi yapılmıştır. Tablo 19’da görüldüğü üzere kan düzeyine göre uyumlu olan 133 katılımcının, 130’u BDM’ye göre de uyumlu iken kan düzeyine göre uyumsuz olan 34 kişinin 16’sı BDM’ye göre uyumsuz olarak saptanmıştır ve bu iki ölçümde görülen fark ki kare analizine göre anlamlıdır ($X^2= 53.908$, $df=1$, $p< .001$).

Tablo 19: BDM’ ye ve Kan Düzeyine Göre Uyum Kategorisi Değişkenlerinin Etkileşim Düzeylerine Ait Kikare Değerleri

KANA GÖRE UYUM* BDM’YE GÖRE UYUM		KANA GÖRE UYUM		Toplam
		Uyumlu	Uyumsuz	
BDM’YE GÖRE UYUM	Uyumlu	130	18	148
	Uyumsuz	3	16	19
Toplam		133	34	167

3.2.5. Artımlı Geçerlik Analizleri

Batarya’da ölçülen ilaç uyumu davranışının artımlı geçerliğini (incremental validity) sınamak amacıyla ilaç uyumunu ölçen Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği (TTUÖ), İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) ve kan düzeyi değişkenleri kontrol edildikten sonra BDM ile ölçülen ilaç uyumu düzeyinin hastalık şiddetini anlamlı derecede yordamaya devam edip etmediğini araştırmak için yapılan çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi sonuçları Tablo 20’de gösterilmiştir. Buna göre kontrol değişkenleri hastalık şiddetindeki değişimin % 56’sını açıklarken, BDM ilaç uyumunun eklenmesiyle bu oran %73’e çıkmaktadır ($t=-10.060$, $p<0.001$). Bir başka deyişle artımlı geçerlik sınavında beklendiği üzere, diğer değişkenler kontrol edildikten sonra dahi BDM ilaç uyumu değişkeni hastalık şiddetindeki varyansın yaklaşık 17’sini anlamlı derecede açıklamaya devam etmektedir. Bu durum BDM ilaç uyumu değişkeninin artımlı geçerliğine dair bir kanıt olarak kabul edilebilir.

Tablo 20: BDM İlaç Uyumunun TTUO, MARS-5 ve Kan Uyum Düzeyinin Kontrol Edildiği Durumda Hastalık Şiddeti Üzerindeki Hastalık Şiddeti Değişkeni Üzerindeki Etkisine Dair Çoklu Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	R ²	F	B	Beta	T	Sig.
TTUOTOP		108.833	-.012	-.090	-1.476	.142
MARS5TOP			-.004	-.059	-1.223	.223
KAN İLAÇ UYUMU	55.9		.093	.135	2.614*	.010
BDM İLAÇ UYUMU	.729		-.167	-.666	-10.060***	.000

* $p<0.05$, *** $p<0.001$ Not: Tablodaki regresyon katsayıları ikinci adımdan elde edilen katsayılardır

3.2.6. Ayırt Edici Geçerlik Analizi

Batarya’da ölçülen ilaç uyumu davranışının ayırt edici geçerlik (discriminant validity) sınavı bağlamında; BDM yapılarının katılımcıları hastalık şiddeti (yatan ve ayakta hasta) ve ilaç uyum düzeyi (uyumlu-uyumsuz) açısından ayırt edip etmediğinin anlaşılması için kan düzeyine göre ayakta uyumsuz grup ($n=14$) ile yatan uyumsuz grup ($n=14$) karşılaştırılmış, elde edilen bulgular Tablo 21’de gösterilmiştir. Buna göre gruplar yalnızca bilgi, S.N. baskı ve S.N.karşı ölçek puanları açısından benzer olup ilaç uyumu olmayan ayakta hastaların BDM

yapılarından tutum, destek, S.N. diğer, kontrol, öz etkinlik, bilgi, engel, alışkanlık ve niyet alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yatan uyumsuz hastalara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgular her ikisi de kan düzeyine göre ilaç uyumu açısından benzer ancak hastalık şiddeti açısından farklılaşan (yatan hastalar hastalık şiddeti yüksek olan grubu temsil etmektedir) iki grubun BDM yapıları açısından farklılaştığına, BDM yapılarının hastalık şiddeti farklı olan iki grubu birbirinden ayırt edebildiğine işaret etmekte olup bataryadaki ölçümlerin ayırt edici geçerliğine bir kanıt olarak kabul edilebilir. BDM yapılarının yanı sıra BDM ilaç uyumu açısından da ayakta grubun yatan gruba göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Tablo 21: Ayaktan ve Yatan Uyumsuz Hasta Gruplarının BDM Yapıları ve BDM İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	AYAKTAN UYUMSUZ HASTA N=14		YATAN UYUMSUZ HASTA N=14		Test istatistiği	
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	df
Tutum	140.28	15.54	95.71	20.09	7.681*	26
Destek	35.21	4.33	29.50	7.17	2.550*	26
Karşı	12.43	7.68	12.50	7.85	-.024	26
Baskı	11.29	9.57	14.79	12.24	-.843	26
Diğer	35.30	6.42	29.14	6.33	2.185*	26
Kontrol	46.64	8.60	34.71	10.35	3.695*	26
Özetkinlik	71.50	7.97	50.78	10.28	6.792*	26
Bilgi	13.07	1.07	11.92	1.81	2.027*	26
Erişim	27.35	1.28	26.42	1.65	1.695	26
Engel	30.36	2.40	24.92	7.29	3.162*	26
Alışkanlık	5.64	1.08	3.35	1.59	4.551*	26
Niyet	6.43	0.76	3.85	1.29	8.061*	26
BDM ilaç uyum	4.21	1.12	1.35	0.49	8.713*	26

*p<0.05

3.2.7. Yapı Geçerliği-Yapılar Arası Korelasyonel Analizler

BBİUB bataryasının oluşturan her bir yapının birbiri ile olan ilişkilerini incelemek amacıyla Pearson Sıralı Korelasyon Katsayı Analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 22'ye aktarılmıştır. Buna göre yapılar arası korelasyon değerlerinin 0.18-0.75

aralığında olduğu görülmüştür. Tabloda görüldüğü üzere anlamlı bir ilişki göstermeyen BDM yapıları şu şekildedir: S.N karşı ile S.N. diğer, algılanan kontrol, öz etkinlik, bilgi, engel, alışkanlık ve BDM ilaç uyumu. S.N. baskı ile S.N. destek, S.N. diğer, algılanan kontrol, öz etkinlik, bilgi, erişim, alışkanlık, niyet ve BDM ilaç uyumu. Son olarak Erişim ile tutum, S.N. destek, S.N. baskı, S.N. diğer, algılanan kontrol, öz etkinlik, bilgi, alışkanlık, niyet ve BDM ilaç uyumu. Özetle S.N. karşı, S.N. baskı ve Erişim yapılarının diğer pek çok BDM yapılarıyla anlamlı bir ilişki göstermediği anlaşılmıştır. Buna karşın BDM yapıları arasında anlamlı ilişki gösteren en düşük korelasyon katsayısı (-.15) S.N. destek ve S.N. karşı arasında görülürken, en yüksek korelasyon katsayısı (.75) öz etkinlik ve niyet arasındadır. BDM ilaç uyumu ile BDM yapıları arasındaki anlamlı ilişkilere bakıldığında en düşük korelasyon katsayısı(.16) davranış ile S.N. diğer arasında iken, en yüksek korelasyon değerini (.76) niyet ile davranış arasında görülmektedir.

Tablo 22: BBIUB’de Yer Alan Tüm Bölümlerin Birbirleri İle Olan İlişki Düzeyleri

	Tutum	S.N destek	S.N karşı	S.N baskı	S.N diğer	Algılanan kontrol	Öz etkinlik	Bilgi	Engel	Erişebilirlik	Alışkanlık	Niyet	BDM ilaç uyumu
Tutum	1												
S.N destek	.30**	1											
S.N karşı	-.19*	-.15*	1										
S.N baskı	-.25**	.13	.25**	1									
S.N diğer	.34**	.47**	-.09	.03	1								
Algılanan kontrol	.50**	.19*	-.07	-.05	.35**	1							
Öz etkinlik	.63**	.30**	-.05	-.08	.22**	.69**	1						
Bilgi	.25**	.20*	-.02	-.001	.11	.34**	.44**	1					
Engel	.44**	.21*	-.10	-.36**	.18*	.43**	.46**	.22**	1				
Erişim	-.01	.12	-.19*	-.06	.01	.01	.07	.15	.18*	1			
Alışkanlık	.41**	.26**	-.07	.02	.25**	.42**	.56**	.31**	.29**	.03	.1		
Niyet	.62**	.30**	-.18*	-.14	.22**	.44**	.75**	.42**	.36**	.07	.56**	1	
BDM ilaç uyumu	.56**	.24*	-.12	-.08	.16*	.39**	.68**	.26**	.33**	-.01	.52**	.76**	1

* p< 0.05; **p< 0.01

Araştırmanın bulguları H1 hipotezleri ile birlikte ele alındığında genel olarak şöyle özetlenebilir:

H1a. Subjektif normlar(destek, karşı, baskı, diğer), algılanan kontrol, erişim ölçekleri madde toplam puan korelasyonları .20 altında olan maddelerin çıkması sebebi ile kısmen, diğer ölçekler için tamamen karşılanmıştır.

H1b. İki faktörlü olması beklenen tutum değişkeninin tek faktörlü çıkması dışında diğer tüm ölçekler tek faktörlü bir yapıyı desteklediği için bu hipotez ise büyük ölçüde karşılanmıştır.

H1c.Cronbach alfa değerleri S.N. destek, S.N. karşı, bilgi, engel ve erişim ölçekleri haricinde diğer hepsinde 70 üstünde olup bu hipotez de büyük ölçüde karşılanmıştır.

H1d. S.N. baskı, engel ve erişim ölçeklerin benzer ölçeklerle oldukça az anlamlı ilişki göstermesi sebebiyle kısmen, diğer ölçekler için ise tamamen karşılanmıştır.

H1e. BDM ilaç uyumu ile eş zamanlı alınan tüm ölçütler arasında anlamlı bir ilişki olması sebebiyle bu hipotez tamamen karşılanmıştır.

H1f. BDM ilaç uyumunun diğer ilaç uyum ölçümleri kontrol edildikten sonra da hastalık şiddetini yordamaya devam etmesi nedeniyle bu hipotez tamamen karşılanmıştır.

H1g. Hastalık şiddeti ve ilaç uyumu ayırt ediciliği S.N. karşı, S.N. baskı ve erişim haricindeki diğer tüm ölçekler tarafından sağlanabilmesi sebebiyle bu hipotez çoğunlukla karşılanmıştır.

H1h. S.N. karşı, S.N. baskı, Erişim ölçekleri diğer batarya ölçekleriyle oldukça az sayıda anlamlı ilişki göstermesi sebebiyle kısmen, geri kalan tüm ölçekler için ise bu hipotez tamamen karşılanmıştır.

BDM temel alınarak geliştirilmiş olan BBIUB'nın geçerlik ve güvenilirlik bulguları mevcut bölümde ele alınmıştır. Sonraki bölümde araştırmanın temel amaçlarının sınanması amacıyla Bütünleşik Davranış Model doğrulama analizine geçilecektir.

3.3. Bütünleşik Davranış Model (BDM) Doğrulama Analizleri

Model doğrulama analizinde BDM'nin öngördüğü gibi tutum, subjektif normlar, kontrol algısı ve öz etkinliğin niyeti; niyet, bilgi, engel, erişim ve alışkanlığın da ilaca uyum davranışını yordayıp yordamadığı analiz edilmiştir. BDM'nin bir diğer öngörüsü olarak davranışın en güçlü yordayıcısının niyet olup olmadığı da araştırılmıştır. Bu incelemede ayrıca niyetin yordayıcıları ve uyum davranışı arasındaki ilişkide niyetin tam aracı etkisi sınanmıştır. Benzer bir tam aracı etki niyet ile ilaç uyumunun sonucu olan hastalık şiddeti arasındaki ilişkide davranışın aracı rolü için de sorgulanmıştır.

Sözü edilen tüm sınamalar sosyodemografik ve klinik değişkenler kontrol edildikten sonra yapılmıştır. Bu nedenle BDM yapılarının ilaç uyum niyeti, ilaç uyum davranışı ve hastalık şiddeti üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmeden önce yordayıcı değişkenler ile yordanan ve kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

İlaça uyum niyeti, ilaç uyum davranışı ve hastalık şiddeti ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayı Analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 23'de bildirilmiştir. Öncelikle sonuç değişkenlerinin kontrol değişkenleri ile ilişkisi incelendiğinde niyetin cinsiyet, poliklinik sıklığı ve yatış sayısı ile düşük düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği anlaşılmıştır (Sırasıyla $r=.15$, $r=-.24$, $r=-.17$, $p<0.05$). BDM ilaç uyum davranışının ise cinsiyet, kan verme sıklığı ve yatış sayısı ile düşük; poliklinik sıklığı ile orta düzeyde anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur (Sırasıyla $r=.16$, $r=-.20$, $p<0.05$; $r=-.20$, $r=-.31$, $p<0.01$). Son olarak hastalık şiddetinin de cinsiyet, yaş, intihar düşüncesi, intihar girişimi ile düşük; poliklinik sıklığı ile orta düzeyde anlamlı bir ilişkisi saptanmıştır (Sırasıyla $r=-.23$, $r=-.23$, $r=-.16$, $r=-.18$, $p<0.05$; $r=.30$, $p<0.01$). İlaçla ilişkili bazı

klirik değişkenlere (ilaç sayıları) dair bilgiler yatan hasta grubundan güvenilir bir şekilde temin edilemediği için bu değişkenlerin hastalık şiddeti kategorisinde korelasyon değerlerinin hesaplanması mümkün olmamıştır.

Sonuç değişkenlerinin BDM yapıları ile ilişkisine bakıldığında ise hastalık şiddetinin tutum ve özetkinlik ile negatif yönde yüksek; algılanan kontrol, engel ve alışkanlık ile negatif yönde orta; S.N destek, S.N. diğer ve bilgi ile negatif yönde düşük düzeyde; S.N baskı ile de pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Buna karşın S.N. karşı ve erişim değişkenleri hastalık şiddeti ile herhangi bir anlamlı ilişki göstermemektedir (Sırasıyla $r= 0.1$, $r= -0.02$, $p>0.05$). Tüm bu ilişkisel bulgular hastalık şiddeti arttıkça S.N. baskının arttığđ, diğer tüm anlamlı BDM değişkenlerinin ise azaldığđ yönündedir.

Tablo 23'e göre niyet, yordayıcıları olan tutum ve özetkinlik ile yüksek, S.N. destek ve algılanan kontrol ile orta, S.N. diğer ve S.N. karşı ile düşük düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir (Sırasıyla $r= 0.62$, $r=0.75$, $r=0.30$, $r= 0.44$, $r= -0.18$ $p<0.01$, $r=0.22$, $p<0.05$). Buna karşın S.N. baskı değişkeni ile niyet arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r= -0.14$, $p>0.05$). Ayrıca niyetin davranışın doğrudan yordayıcıları olan alışkanlık ile yüksek, bilgi ve engel ile de orta düzeyde anlamlı ilişkisi söz konusudur (Sırasıyla $r= 0.56$, $r=0.42$, $r=0.36$, $p<0.01$). Öte yandan niyet ile erişim arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r= 0.07$, $p>0.05$).

Bununla birlikte Tablo 22'de görüldüğü gibi niyet ile ilaç uyumu davranışı arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($r=0.76$, $p<0.01$). Niyet arttıkça kişinin ilaç uyum davranışının da arttığđ görülmektedir. Uyum davranışı alışkanlık düzeyinin artması ve engel algısının azalmasıyla da ilişkilidir. Bu bağlamda alışkanlık ile yüksek, engel algısı ile orta, bilgi ile düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (Sırasıyla $r= 0.52$, $r=0.33$, $r=0.26$, $p<0.01$). Buna karşın uyum davranışının erişim değişkeni ile herhangi bir anlamlı ilişki göstermediği anlaşılmıştır ($r= -0.01$ $p>0.05$).

Uyum davranışının ayrıca öz etkinlik ile yüksek, tutum ve algılanan kontrol ile orta, S.N. destek ve S.N. diğer ile zayıf düzeyde anlamlı ilişkisi olduğı

görülmüştür (Sırasıyla $r=0.68$, $r= 0.56$, $r= 0.39$, $r=0.24$, $r= 0.16$, $p<0.01$). Buna karşın S.N. karşı ve S.N. baskı değişkenleri ile uyum davranışı arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla $r= -0.12$, $r= -0.08$, $p>0.05$).

Tablo 23: İlaç Uyumuyla İlgili Sonuç Değişkenler ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

	Niyet	BDM ilaç uyumu	Hastalık şiddeti
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER			
Cinsiyet	.15*	.168*	-.23
Yaş	.12	.077	-.23*
Eğitim	-.09	-.056	.10
Medeni	-.02	-.029	.11
Meslek	.05	.001	-.05
Sağlık güvence	.07	.061	-.05
İlaç maddi olanak	.13	.105	-.08
KLİNİK DEĞİŞKENLER			
Bipolar ilaç sayısı	-.05	-.093	-
Nonbipolar ilaç sayısı	.10	.075	-
Toplam ilaç sayısı	.01	-.041	-
Tanı süresi	.06	-.012	-.10
Pol sıklık	-.24*	-.317**	.30**
Kan sıklık	-.08	-.196*	.15
Alkol sıklık	.003	-.006	.04
İntihar düşüncesi	.12	.142	-.16*
İntihar girişimi (1 evt, 2 hr)	.11	.141	-.18*
Yatış sayısı	-.17*	-.202**	.13
Yan etki sayısı	-.09	-.071	.07
Hatırlatıcı	.13	.068	-.13
Antipsikotik ilaç dozu	-.14	-.149	-
BDM YAPILARI			
Tutum	.62**	.56**	-.60**
S.N destek	.30**	.24*	-.25**
S.N karşı	-.18*	.14	.13
S.N baskı	-.14	.14	.16*

S.N diğer	.22**	.18*	-.23**
Algılanan kontrol	.44**	.39**	-.38**
Öz etkinlik	.75**	.68**	-.66**
Bilgi	.42**	.26**	-.25**
Engel	.36**	.33**	-.38**
Erişim	.07	-.01	-.02
Alışkanlık	.56**	.52**	-.48**

* p< 0.05; **p< 0.01

Ayrıca sonuç değişkenleri olan ilaca uyum niyeti, ilaç uyum davranışı ve hastalık şiddeti değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkilerinin incelenmesi için de Pearson Korelasyon Katsayı Analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 24’de bildirilmiştir. Buna göre üç değişkenin de birbirleri ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu; ilaca uyum niyeti arttıkça ilaç uyum davranışının arttığı ve hastalık şiddetinin azaldığı görülmüştür. Benzer şekilde ilaç uyum davranışı arttıkça da hastalık şiddeti azalmaktadır.

BDM model sınamaları için gerçekleştirilen tüm regresyon analizlerinde yordanan değişken ile olan ilişkisi yalnızca .20 ve üzerinde ve anlamlı olduğu gözlenen kontrol ve yordayıcı değişkenler analize sokulmuştur.

Tablo 24: Niyet, Davranış ve Hastalık Şiddeti Değişkenlerinin Birbirleri ile Olan Korelasyon Değerleri

	Niyet	Davranış	Hastalık şiddeti
Niyet	1	.758**	-.788**
Davranış		1	-.841**
Hastalık şiddeti			1

**p< 0.01

Tablo 23’de görüldüğü üzere neredeyse tüm BDM yapıları niyet ve BDM ilaca uyum davranışı ile anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu aşamada BDM’nin ilk varsayımı olan tutum, subjektif norm, kontrol algısı ve öz etkinliğin niyet üzerindeki etkisinin incelenmesi için doğrusal çoklu hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde ayrıca niyet ile 0.20 ve üzeri ilişki gösteren poliklinik sıklığı kontrol değişkeni olarak yer almıştır. Analiz sonucunda tüm değişkenlerin niyetin %63’ünü açıkladığı bulgulanmış ve bu bulgular Tablo 25’de gösterilmiştir. Modelde yer alan

S.N. destek ve S.N. diğer niyeti anlamlı düzeyde yordamazken (Sırasıyla; $t = .644$, $t = .250$, $p > 0.05$) tutum değişkeninde 1 birimlik artışın niyet değişkeninde 0.27 birimlik artışa, algılanan kontrol değişkeninde 1 birimlik artışın niyet değişkeninde 0.18 birimlik azalmaya ve son olarak öz etkinlik değişkeninde 1 birimlik artışın niyet değişkeninde 0.68 birimlik artışa yol açtığı anlaşılmıştır (Sırasıyla; $t = 4.136$, $p < 0.001$, $t = -2.557$, $p < 0.05$, $t = 8.646$, $p < 0.001$).

Tablo 25: Tutum, S.N. destek, S.N. diğer, Kontrol Algısı ve Öz etkinliğin Poliklinik Sıklığı Kontrol Edildiği Durumda Niyet Üzerindeki Yordayıcı Etkilerine Dair Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

	R ²	F (df)	B	Beta	t
BİRİNCİ ADIM	.057	9.903* (1-166)			
Poliklinik sıklık			-.059	-.054	-1.057
İKİNCİ ADIM	.626	44.670* (6-166)			
Tutum			.012	.268	4.136**
S.N. destek			.006	.037	.644
S.N. diğer			.002	.015	.250
Algılanan kontrol			-.018	-.179	-2.557*
Özetkinlik			.070	.680	8.646**

** $p < 0.001$, * $p < 0.05$; Not: Tablodaki standardize Beta, B ve t katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır.

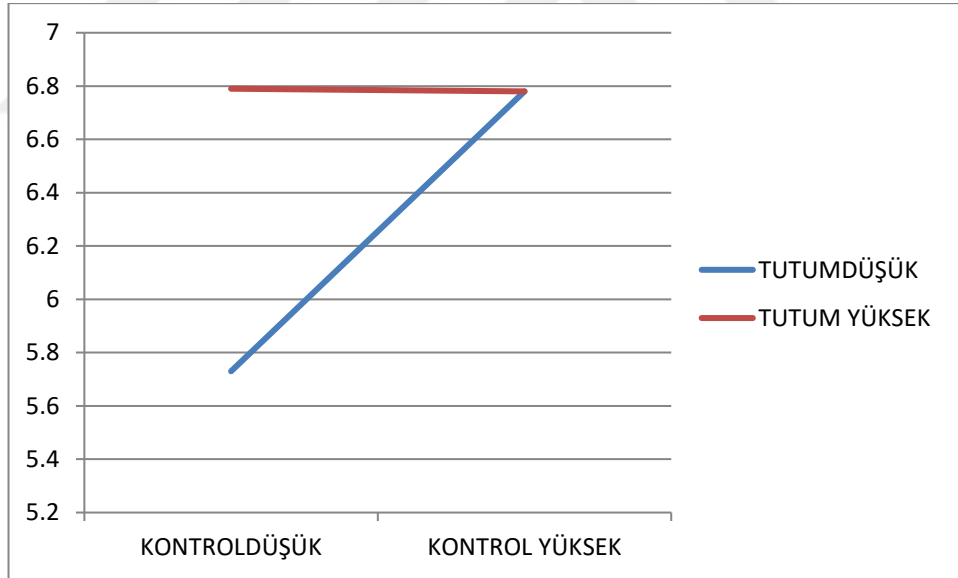
Tablo 25’de dikkat çeken bir bulgu kontrol algısı ile niyet arasında ilişkinin negatif oluşudur. Oysa modele göre bu ilişkinin pozitif olması beklenmektedir. Bir başka değişle kontrol algısı arttıkça davranışı gösterme niyetinin de artış göstermesi beklenmektedir. Söz konusu negatif ilişkiyi açıklayabilmek için kontrol algısının diğer BDM değişkenleriyle (tutum, subjektif normlar, öz etkinlik) olan ortak etkisi olabileceği düşünülmüş ve bu ortak etkinin araştırılması planlanmıştır. Bunun için kategorik hale getirilen tutum değişkeni, bütün norm değişkenleri (destek, karşı, baskı, diğer) ve öz etkinlik değişkeninin algılanan kontrol değişkeni ile beraber niyet üzerindeki ortak etkisini incelenmek için toplam 6 adet iki yönlü varyans analizi yapılmıştır. Buna göre kontrol değişkeni ile yalnızca tutum değişkeninin niyet üzerinde anlamlı bir ortak etkisinin olduğu gözlenmiştir ($F_{1-166} = 6.914$, $\text{sig} = 0.01$) (Tablo 26 ve Grafik 1). Diğer subjektif normlar (destek, karşı, baskı, diğer) ve öz etkinlik değişkenlerinde anlamlı bir ortak etki görülmemiştir (sırasıyla $F_{1-166} = 0.099$,

sig= 0.753; $F_{1-166} = 0.075$, sig= 0.785; $F_{1-166} = 0.120$, sig= 0.730; $F_{1-166} = 1.925$, sig= 0.167; $F_{1-166} = 2.23$, sig= 0.138).

Tablo 26: Kontrol Puanı Düşük ve Yüksek Olan Grupların Düşük ve Yüksek Tutum Değişkenine Göre Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	TUTUM DÜŞÜK	TUTUM YÜKSEK	İSTATİSTİKSEL TEST
KONTROL DÜŞÜK			
X	5.83	6.72	
SS	1.37	0.53	
N	59	29	
			F= 6.914**
KONTROL YÜKSEK			
X	6.69	6.82	
SS	0.47	0.39	
N	29	50	

**p< 0.01



Şekil 4: Tutum ve Kontrol Algısının Niyet Üzerindeki Etkisine Dair İki Yönlü Anova

Şekil 4'e göre tutumu düşük olanlarda kontrol algısı arttıkça niyet artış göstermekteyken; tutumu yüksek olanlarda kontrol algısı ile niyet arasında ilişki gözükmemekte, bir başka deyişle tutum yüksek iken kontrol algısı ister düşük olsun ister yüksek olsun niyet hep yüksek seyretmektedir. Tablo 25'de algılanan kontrol

değişkeninin niyet üzerindeki anlamlı yordayıcı etkisinin negatif yönde olmasında bu anlamlı ortak etki bulgusunun rol oynamış olabileceği düşünülmüştür.

BDM'ye göre davranışın dolaylı yordayıcıları (tutum, subjektif normlar, kontrol algısı ve öz etkinlik) ve niyet; yine davranışın doğrudan yordayıcıları (bilgi düzeyi, engel algısı, erişim ve alışkanlık) ve niyet ilaç uyumu davranışını anlamlı derecede yordayacak; bu değişkenler içinde ilaç uyumunun en güçlü yordayıcısı niyet olacaktır. Öncelikle klinik değişkenler (poliklinik sıklığı, kan verme sıklığı ve yatış sayısı) kontrol edildikten sonra, ilaç uyumu davranışının ilişkili çıkan dolaylı yordayıcılarının (Tutum, S.N. destek, algılanan kontrol ve öz etkinlik) ve niyetin davranış üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için doğrusal çoklu hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiş ve sonuçlar Tablo 27'ye aktarılmıştır. Buna göre tüm değişkenlerin davranışın %48'ini açıkladığı görülmüştür. Tutum, S.N. destek ve algılanan kontrol davranış anlamlı düzeyde yordamazken (Sırasıyla; $t = .410$, $t = -.488$, $t = -.786$, $p > 0.05$) özetkinlik değişkeninde 1 birimlik artış ilaç uyum davranışında 0.20 birimlik artışa neden olmaktadır ($t = 2.063$, $p < 0.05$). Niyet değişkeninin ise 1 birimlik artışının ilaç uyum davranışında 0.54 birimlik artış sağlaması davranışın en güçlü yordayıcısının niyet olduğunu göstermektedir ($t = 6.463$, $p < 0.001$).

Tablo 27: Davranışın Dolaylı Yordayıcılarının BDM İlaç Uyumu Üzerindeki Etkisine Dair Doğrusal Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları

	R ²	F (df)	B	Beta	t
<i>BİRİNCİ ADIM</i>	.048	2.631 (3-158)			
Poliklinik sıklığı			-.098	-.092	-.976
Kan verme sıklık			-.032	-.029	-.302
Hastane yatış sayısı			-.010	-.047	-.735
<i>İKİNCİ ADIM</i>	.484	17.558 (8-158)			
TUTUM			.001	.031	.410
S.N. DESTEK			-.005	-.029	-.488
ALGILANAN KONTROL			-.006	-.065	-.786
ÖZ ETKİNLİK			.023	.205	2.063*
NİYET			.596	.536	6.463***

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$; Not: Tablodaki standardize Beta, B ve t katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır.

Bu regresyon analizinin ardından ilaç uyumu davranışının ilişkili çıkan doğrudan yordayıcılarının (bilgi düzeyi, engel algısı, alışkanlık) ve niyetin BDM ilaç uyumu davranışı üzerindeki yordayıcı etkisini araştırmak amacıyla doğrusal çoklu hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde ayrıca, poliklinik sıklığı, kan verme sıklığı ve yatış sayısı kontrol değişkenleri olarak yer almıştır. Tablo 28’de bildirilen sonuçlara göre model ilaç uyum davranışı üzerindeki değişimin %48’ini açıklamaktadır. Modelde yer alan bilgi ve engel değişkenleri ilaç uyum davranışını anlamlı düzeyde yordamazken (Sırasıyla; $t = -1.210$, $t = -.083$, $p > 0.05$) alışkanlık değişkeninde 1 birimlik artışın ilaç uyum davranışında 0.15 birimlik artış, ilaç uyum davranışını açıklama düzeyi en yüksek olan niyet değişkeninde 1 birimlik artışın ise ilaç uyum davranışında 0.62 birimlik artış sağladığı anlaşılmıştır (Sırasıyla; $t = 2.100$, $p < 0.05$, $t = 9.010$, $p < 0.001$).

Tablo 28: Davranışın Doğrudan Yordayıcılarının BDM İlaç Uyumu Üzerindeki Etkisine Dair Doğrusal Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları

	R^2	F (df)	B	Beta	t
<i>BİRİNCİ ADIM</i>	.048	2.631 (3-158)			
Poliklinik sıklığı			-.066	-.063	-.672
Kan verme sıklık			-.058	-.054	-.558
Hastane yatış sayısı			-.006	-.030	-.457
<i>İKİNCİ ADIM</i>	.485	20.280 (7-158)			
BİLGİ			-.059	-.076	-1.210
ENGEL			-.001	-.005	-.083
ALİŞKANLIK			.103	.147	2.100*
NİYET			.688	.619	9.010 ***

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$; Not: Tablodaki standardize Beta, B ve t katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır.

Tablo 25, Tablo 26, Tablo 27 ve Tablo 28’de yer alan bulguları özetlemek gerekirse tutum, algılanan kontrol ve özetkinlik niyeti yordamakta ve bu yordayıcılık ilişkisinde algılanan kontrol ve tutumun niyet üzerinde anlamlı bir ortak etkisi bulunmaktadır. Niyet ve davranışın dolaylı yordayıcılarından özetkinlik; yine niyet ve davranışın doğrudan yordayıcılarından alışkanlık ilaca uyum davranışındaki değişimi açıklamaktadır. Her iki analizde de ilaca uyum davranışının en güçlü yordayıcısının niyet değişkeni olduğu görülmüştür.

BDM'ye göre tutumlar, subjektif normlar, algılanan kontrol ve özetkinlik ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide niyetin tam aracılık etkisi söz konusudur. Bu hipotezin testi için yapılan doğrusal medyatör regresyon analizinde öncelikle, poliklinik sıklığı, kan verme sıklığı ve yatış sayısı olan kontrol değişkenleri ilk bloğa yerleştirilmiştir. Ardından yordayıcı değişken olan tutum, S.N. destek, algılanan kontrol ve öz etkinlik ikinci bloğa eklenmiş ve bu blokta sadece tutum ve öz etkinliğin anlamlı bir ilişki gösterdiği görülmüştür. Son olarak üçüncü bloğa niyetin eklenmesiyle elde edilen üçüncü modelde, ikinci modeldeki tutum değişkeninin anlamsızlaştığı, öz etkinlik değişkeninin ise ilaç uyumu davranışı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Buna göre tutum ve davranış arasındaki ilişkide niyetin tam aracılık etki gösterdiği anlaşılmıştır. Özetkinlikte ise görülen azalmanın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla Sobel testi uygulanmıştır. Sobel testi özetkinlik değişkeninin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olduğunu göstermiş olup bu durum özetkinlik ile davranış arasındaki ilişkide niyetin kısmi aracı etkisi olduğuna işaret etmektedir ($Z=6.27$, $p<0.001$). Sonuçlar Tablo 29'a aktarılmıştır.

Tablo 29: Tutum, S.N. Destek, Algılanan Kontrol Ve Özetkinliğin İlaç Uyum Davranışı Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Niyetin Aracı Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analiz Sonuçları

	R ²	F (df)	B	Beta	t
BİRİNCİ ADIM	.05	2.631 (3-158)			
Poliklinik sıklığı			-.009	-.009	-.072
Kan verme sıklığı			-.136	-.124	-.971
Yatış sayısı			-.029	-.140	-1.694
İKİNCİ ADIM	.34	11.102 (7-158)			
Poliklinik sıklığı			-.080	-.075	-.709
Kan verme sıklığı			-.066	-.060	-.550
Yatış sayısı			-.011	-.054	-.750
Tutum			.009	.203	2.510*
S.N. Destek			-.003	-.017	-.248
Algılanan kontrol			-.012	-.129	-1.392
Öz etkinlik			.055	.497	4.987**
ÜÇÜNCÜ ADIM	.48	17.558 (8-158)			
Poliklinik sıklığı			-.092	-.976	.331
Kan verme sıklığı			-.032	-.029	-.302
Yatış sayısı			-.010	-.047	-.735
Tutum			.001	.031	.410
S.N. Destek			-.005	-.029	-.488
Algılanan kontrol			-.006	-.065	-.786

Öz etkinlik	.023	.205	2.063*
Niyet	.596	.536	6.463***

***p< 0.001, *p< 0.05

Son olarak niyet ile ilaç uyumunun sonucu olan hastalık şiddeti arasındaki ilişkide ilaç uyumunun tam aracı etki gösterip göstermediğini analiz etmek için çoklu doğrusal medyatör regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle cinsiyet, poliklinik sıklığı ve yaş kontrol değişkenleri olarak ilk bloğa yerleştirilmiştir. İkinci blokta ise hastalık şiddeti ile 0.20 ve üzeri ilişki gösteren BDM yapılarından tutum, S.N. destek, S.N. diğer, algılanan kontrol, öz etkinlik, bilgi, engel ve alışkanlık yer almıştır ve çıkan modelde tutum, algılanan kontrol ve öz etkinlik değişkenlerinin hastalık şiddetini anlamlı düzeyde yordayıcı etkisi gözlenmiştir. Üçüncü bloğa niyetin eklenmesi ile elde edilen modelde, ikinci modeldeki tüm anlamlı ilişkiler anlamını yitirmiştir. Diğer bir ifadeyle ikinci blokta yer alan BDM değişkenlerinin hastalık şiddeti ile arasındaki ilişkide niyetin tam aracı etkisi gözlenmiştir. Son olarak ilaç uyum davranışı da dördüncü blokta regresyon analizine sokulmuştur. Analiz sonuçları tüm değişkenlerin hastalık şiddetinin %80'ini açıkladığını göstermiştir. Buna göre niyet değişkeninde 1 birimlik artışın 0.31 birimlik azalmaya, BDM ilaç uyumunda 1 birimlik artışın ise hastalık şiddeti değişkeninde 0.54 birimlik azalmaya yol açtığı saptanmıştır (sırasıyla $t = -4.429$, $t = -8.940$, $p < 0.001$). Aracı etki bulguları incelendiğinde ise dördüncü bloğa ilaç uyum davranışının eklenmesiyle elde edilen son modelde niyet değişkenin hastalık şiddeti üzerindeki yordayıcı etkisinin azaldığı görülmüştür (Tablo 30). Sonrasında uygulanan Sobel testi sonucunda bu azalmanın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z = -11.759$, $p < 0.001$). Diğer bir ifadeyle ilaç niyetinin hastalık şiddeti üzerindeki etkisinde ilaç uyumu davranışının kısmi aracı etkisi söz konusudur.

Tablo 30: BDM Yapılarının ve BDM İlaç Uyumunun Hastalık Şiddeti Değişkeni Üzerindeki Yordayıcı Etkilerine Ve Niyet İle Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkide İlaç Uyumunun Aracı Rolüne Dair Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

	R ²	F (df)	B	Beta	t
BİRİNCİ ADIM	.177	17.582 (2-166)			
Yaş			-.007	-.294	-4.077***
Poliklinik sıklığı			.110	.359	4.976***
İKİNCİ ADIM	.577	21.296 (10-166)			
Yaş			-.004	-.177	-3.169**

Poliklinik sıklığı			.058	.189	3.377**
Tutum			-.003	-.257	-3.528**
S.N. Destek			.000	.010	.163
S.N. Diğer			-.001	-.033	-.509
Algılanan kontrol			.006	.202	2.637**
Öz etkinlik			-.014	-.481	-5.187***
Bilgi			-.002	-.007	-.116
Engel			-.005	-.070	-1.141
Alışkanlık			-.022	-.106	-1.640
ÜÇÜNCÜ ADIM	.692	31.712 (11-166)			
Yaş			-.003	-.144	-3.002**
Poliklinik sıklığı			.047	.151	3.142**
Tutum			-.001	-.111	-1.707
S.N. Destek			.001	.025	.460
S.N. Diğer			-.001	-.034	-.609
Algılanan kontrol			.003	.093	1.379
Öz etkinlik			-.005	-.156	-1.727
Bilgi			.015	.065	1.256
Engel			-.005	-.077	-1.475
Alışkanlık			-.003	-.013	-.230
Niyet			-.163	-.581	-7.618***
DÖRDÜNCÜ ADIM	.797	50.531 (12-166)			
Yaş			-.003	-.150	-3.822***
Poliklinik sıklığı			.026	.083	2.080*
Tutum			-.001	-.050	-.931
S.N. Destek			.001	.014	.330
S.N. Diğer			-.002	-.054	-1.208
Algılanan kontrol			.002	.059	1.084
Öz etkinlik			-.001	-.038	-.505
Bilgi			.004	.016	.380
Engel			-.005	-.074	-1.739
Alışkanlık			.009	.045	.962
Niyet			-.086	-.307	-4.429***
BDM ilaç uyumu			-.135	-.538	-8.940***

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Araştırmanın model testine yönelik tüm analizlerde sosyodemografik ve klinik değişkenler kontrol edilmiş olup bulgular H2 hipotezleri ile birlikte değerlendirildiğinde şu şekilde özetlenebilir:

H2a. Subjektif normlar (destek, karşı, baskı, diğer) dışında tutum, algılanan kontrol ve öz etkinlik niyeti yordadığı için bu hipotez büyük ölçüde karşılanmıştır.

H2b. Niyet ve dolaylı yordayıcılarından (tutumlar, subjektif normlar, algılanan kontrol, öz etkinlik) sadece öz etkinliğin davranışı yordaması ve niyetin yordama gücünün öz etkinlikten daha yüksek olması; niyet ve doğrudan yordayıcılardan (bilgi, engel, alışkanlık) da sadece alışkanlığın ve niyetin davranışı yordaması, yine burada da en güçlü yordayıcının niyet olması nedeniyle bu hipotez de büyük ölçüde karşılanmıştır.

H2c. Subjektif normlar ve algılanan kontrolün davranış üzerindeki yordayıcı etkileri anlamsız olduğundan bu iki değişkenin davranış ile ilişkisinde niyetin aracılık etkisi analizlerde hesaplanamamış olup niyetin tutum ile ilaç uyum davranışı arasında tam aracılık, öz etkinlik ile ilaç uyum davranışı arasında ise kısmi aracılık etkisi görülmesi nedeniyle bu hipotez kısmen karşılanmıştır.

H2d. İlaç niyetinin hastalık şiddeti üzerindeki etkisinde ilaç uyumu davranışının kısmi aracı etki göstermesi nedeniyle bu hipotez de kısmen karşılanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının temel amacı, belli başlı sağlık davranış kuramlarını bünyesinde barındıran Bütünleşik Davranış Model perspektifinde bipolar bozuklukta ilaç uyumunun yordayıcılarının belirlenmesidir. Bu doğrultuda Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine (BHRSHH) başvuran 14'ü yatarak, 153'ü ayaktan tedavi alan 167 bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmanın ilk amacı olarak Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) kapsamında bipolar bozukluk (BPB) tanılı hastalarda ilaç uyumunu değerlendirmek için bir batarya geliştirilmiş ve bataryada yer alan her bir ölçümün geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Ardından BDM model doğrulama hipotezleri sınanarak niyet ve davranışın yordayıcıları belirlenmiştir. Çalışmanın yan amacı olarak da katılımcılara dair betimsel analizler uygulanmıştır.

Bu bölümde çalışmanın sonuçları bütünlük sağlaması ve okuyucuya kolaylık sağlaması amacıyla bulgularda sunulan sırasıyla ve literatürdeki araştırmalarla karşılaştırmalı olarak tartışılacaktır. Öncelikle ilaç uyumuna dair betimsel analizler ele alınacaktır. Ardından BDM kapsamında geliştirilen bipolar bozuklukta ilaç uyum bataryasında (BBİUB) yer alan ölçümlerin geçerlik ve güvenirlik bulguları ele alınacaktır. Son olarak BDM'nin ilaca uyum davranışını açıklamadaki gücü değerlendirilecektir. Bu değerlendirme her bir BDM yapısının ilişkisel analizleri ile başlayıp yine her bir BDM yapısının ilaca uyum niyetini ve davranışını yordama, ayaktan ve yatan uyumsuz grupları ayırt edebilme gücünü ve aracı etki analizlerini kapsayarak bütünsel bir şekilde yapılacaktır.

4.1. Çalışmada Elde Edilen Sosyo Demografik ve Klinik Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışma bulgularını tartışmadan önce bu bulguların elde edildiği örneklem özelliklerine değinilmesi uygun görülmüştür. Bu çalışmanın örneklemini DSM-5'e göre bipolar bozukluk bozukluk tanısı almış ve remisyonunda olan çoğunluğu

kadın, orta yaşta, ilköğretim mezunu ve evli olan hastalardan oluşmuştur. Öte yandan mevcut çalışmada BPB tanılı hastalardan araştırmada yer almayı kabul eden ve bu çalışmanın örneklemini oluşturmuş olan katılımcıların tamamının tanısının içleme dışlama kriterlerinde yer almamasına rağmen Bipolar 1 bozukluk olduğu görülmüştür. Literatürde BPB tanılı hastalarda uyum çalışmalarının sadece bipolar I tanılı hastalarla yapıldığı pek çok çalışmaya rastlanmakla birlikte (Scott ve Tacchi, 2002; Oldis ve ark., 2016), örnekleminde çoğunluğunu bipolar I (%65.1) olmak üzere bipolar II (%26.5) tanılı hastaların da dahil olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (Sylvia ve ark., 2013). Öte yandan çalışmamızda yalnızca bipolar I tanılı vakaların yer alması ilaç uyumunun değerlendirildiği bu araştırmada bipolar bozukluğun farklı alt türlerinde reçete edilebilen ilaçlardaki çeşitlilik potansiyeli sebebiyle örneklemin görece homojenliği açısından bir avantaj olarak değerlendirilebilir. BPB tanılı hastalarda ilaç uyumunun ele alındığı çalışmalarda katılımcıların %50-%65'inin kadın, %40-%60'ının evli ve tüm örneklemin yaş ortalamasının 35-50 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir (Abbak ve Albayrak, 2019; Clatworthy ve ark., 2009; Col ve ark., 2014). Mevcut çalışmada katılımcıların %64'ünün kadın, %55'inin evli ve yaş ortalamasının (39.75) belirtilen aralıkta olması literatür bilgisine paralellik göstermektedir. Mevcut örneklemin eğitim süresi ortalaması ortaokul seviyesine denk gelmekte ve literatürde BPB tanılı hastaların oluşturduğu örneklerle kıyaslanabilir olduğu düşünülmektedir (Arvilommi ve ark., 2014; Gonzalez-Pinto ve ark., 2010). Çalışma durumları açısından değerlendirildiğinde ise literatür herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların %40-%60 aralığında olduğunu bildirmektedir (Colom ve ark., 2000; Gülcü, 2018). Mevcut örnekleminde bu oranın %58 olması literatürle benzerlik göstermektedir. Uyumu etkilediği düşünülen çevresel faktörlerden biri olan sağlık sigortasına ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %98'inin (Col ve ark., 2014), mevcut çalışmada da katılımcıların %97'sinin sahip olduğu görülmektedir. Dolayısı ile mevcut çalışmanın örnekleminin sosyodemografik özellikler açısından bipolar bozukluk tanılı hastaları temsil ettiği söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların klinik özellikleri de ayrıca değerlendirilmiştir. Bipolar bozuklukta ciddi bir klinik bulgu olan intihar girişimi öyküsünün Colom ve

arkadaşlarının (2000) çalışmasında katılımcıların %27'sinde, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %26'sında (Gülcü, 2018) bulunduğu görülmektedir. Mevcut çalışma katılımcılarının %25'inin intihar öyküsüne sahip olması diğer çalışmalardaki oranlarla oldukça benzerlik göstermektedir. Antisüisidal etkisi BPB tanıli hastalar için oldukça kritik olan lityum kullanımının %30-%80 gibi oldukça geniş bir ranj aralığında yer aldığı dikkati çekmektedir (Abbak ve Albayrak, 2019; Colom ve ark., 2000). Mevcut çalışmada lityum kullanım oranının %49 olması bu açıdan da temsil edilebilir düzeydedir. Çoğu zaman uyumsuzluğun bir sonucu olarak katılımcıların %90'ının bir ya da daha fazla hastane yatışı olmaktadır (Clatworthy ve ark., 2009). Benzer şekilde mevcut çalışma örnekleminin de %86'sının en az bir kez hastane yatışı olduğu gözlenmiştir. Literatürde yer alan uyum çalışmaları çoğunlukla ayaktan tedavi gören hastalarla yapılmış olup (Howland ve ark., 2016; Jonsdottir ve ark., 2010) hem ayaktan hem de yatan hastanın dahil edildiği örneklem de mevcuttur (Thompson ve ark., 2000; Zeber ve ark., 2008). Örneğin Karpov ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %79'u ayaktan, %20'si ise yatarak tedavi görmektedir. Mevcut çalışma örneklemini ise %91'i ayaktan, %9'u yatarak tedavi gören hastalardan oluşmuştur. Katılımcılar yukarıda özetlenen diğer klinik özellikler açısından literatürde yer alan çalışmaların örneklem özellikleri ile paralellik gösterse de, çalışmamızdaki yatan hasta oranı görece daha düşük gözükmemektedir. Bu durum klinikte bipolar tanısı ile yatan hasta sayısının diğer tüm psikiyatrik tanılarla kıyaslandığında kısıtlı olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu komorbiditesinin dışlama kriteri olmasının da bu kısıtlılığa etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu farklılığa rağmen literatürde yatan hastaları dahil eden çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Oysaki yatan hastaların varlığı bipolar belirtilerin hastaneye yatacak düzeyde şiddetli olmasının da bir göstergesi olduğundan yatan hasta grubu araştırmada doğal bir karşılaştırma grubu potansiyeli de taşımaktadır. Dolayısıyla çalışmada böyle bir grubun yer alması önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada yer alan katılımcıların klinik özellikleri arasında ilaç uyumları da ayrıca değerlendirilmiştir. Ancak bu çalışmada ilaç uyumu objektif ve subjektif olmak üzere farklı yöntemlerle incelenmiştir; bu farklı yöntemlere göre

değerlendirilen ilaç uyum bulguları arasındaki farklar bu bölümün en sonunda daha kapsamlı ele alınacak olup aşağıda ilk önce ilaç uyumu ve hastalık şiddeti değişkenlerine göre sosyodemografik ve klinik özellikler açısından farklılaşmalara dair bulgular tartışılacaktır.

Betimsel amaçlar kapsamında ayrıca örneklemin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin ilaç uyumu üzerindeki olası etkileri de incelenmiştir. Bu bağlamda örneklemini oluşturan BPB tanılı hastaların ilaç uyum düzeylerinin (kan düzeyine göre belirlenen) sosyodemografik ve klinik bulgular açısından farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Buna göre uyum düzeyine göre herhangi bir sosyodemografik değişken anlamlı bir farklılık göstermezken, klinik değişkenlerden *polikliniğe geliş sıklığı*, *intihar girişim öyküsü* ve çalışmada ele alınan *hastalık şiddeti (ayaktan ve hasta hasta ayrımı)* değişkenlerinin kanda ölçülen ilaç uyum düzeyine göre farklılaştığı tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında ilaç uyumunun cinsiyete göre farklılaşmadığı bulgusu pek çok çalışma ile tutarlılık göstermektedir (Aksoy, 2013; Baldessarini, Perry ve Pike, 2008). Buna karşın erkeklerin daha uyumsuz olduğunu bildiren çalışmalar (Mousavi ve ark., 2018) olduğu gibi kadınların daha uyumsuz olduğu bildiren çalışmalar da söz konusudur (Belzeaux ve ark., 2013; Murru ve ark., 2013). Çalışmalarda gözlenen tutarsız sonuçlar araştırma yapılan grubun özellikleri, kültürel faktörler ve ölçüm araçları ile ilişkili olabilir. Örneğin Murru ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında uyumsuzluğun kadınlarda daha fazla görülmesi kişilik bozukluğu komorbiditesi ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca örneklemin DSM-IV'e göre bipolar bozukluk ve şizofrenik bozukluk tanısı alan hastalardan oluştuğu dikkati çekmektedir. Yine kadınların daha uyumsuz olduğunu bildiren bir çalışmada DSM-IV'e göre tüm bipolar bozukluk türlerini içeren (Bipolar I, II ve Başka türlü adlandırılmayan) bir örnekleme çalışıldığı ve uyum düzeyinin subjektif bir yöntemle (MARS ölçeği) değerlendirildiği görülmüştür (Belzeaux ve ark., 2013). Erkeklerde uyumsuzluğun daha fazla görüldüğü Mousavi ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise örneklem sayısının görece az olması (N=73) ve uyumun ölçümünde kontrol listesinin (checklist) kullanılmış olması dikkati çekmektedir. Mevcut çalışmada sözü

edilen çalışmalardan farklı olarak DSM-5'e göre sadece bipolar I tanısı almış, görece yüksek örneklem sayısına ulaşılmış, kişilik bozukluğu veya madde bozukluğu gibi komorbiditeler dışlanmış ve uyum düzeyinin ölçümü objektif bir yöntemle (kan düzeyine göre) değerlendirilmiştir. Söz konusu yöntemsel farklılıkların kimi çalışma bulgularıyla olan tutarsızlıkta rol oynadığı öne sürülebilir.

Yapılan çalışmada BPB tanılı hastaların uyum düzeylerinin yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sağlık güvencesi ve maddi imkana göre de değişmediği tespit edilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının uyumlu hastalarda 40.53(ss= 12.05) uyumsuzlarda 36.71 (ss= 11.47) olduğu görülmüştür. Uyumlu hastaların yaşça daha büyük olduğu dikkati çekmekle birlikte bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Uyum düzeyinin yaşa göre değişmediği bulgusu literatürde pek çok çalışmayla tutarlılık göstermektedir (Abbak ve Albayrak, 2019; Karaytuğ ve ark., 2017; Sajatovic ve ark., 2009; Zeber ve ark., 2008). Bununla birlikte yaş değişkeninin hastalık şiddeti farklı olan gruplara (ayaktan/yatan hasta ayrımı) göre değişim gösterdiği bulgulanmıştır. Bu hususta daha detaylı bir tartışma hastalık şiddetinin sosyodemografik değişkenlere göre değişiminin ele alındığı bölümde yapılacaktır.

Eğitim düzeyi bakımından uyumlu hastaların %65.5'i, uyumsuzların ise %50.1'inin ilköğretim mezunu bulunmuştur. Uyumlu ve uyumsuz gruplar arası dramatik olmayan farklar lise (sırasıyla %21.1 ve %35.3) ve üniversite (sırasıyla %13.5 ve %17.6) mezunları açısından da gözlenmiştir. İlaça uyum düzeyinin eğitim düzeyine göre değişim göstermediği bulgusu literatürde pek çok çalışma ile desteklenmektedir (Abbak ve Albayrak, 2019; Karaytuğ ve ark., 2017; Sajatovic ve ark., 2009; Zeber ve ark., 2008). Buna karşın eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların uyum düzeyinin daha iyi olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Sajatovic ve ark., 2011). Ancak Sajatovic ve arkadaşlarının (2011) çalışma örnekleminin %80'inin azınlıklardan, %45'inin de madde kullanım bozukluğu olan bipolar hastalardan oluştuğu görülmüştür. Mevcut bulgunun madde kullanım bozukluğu tanısının dışlandığı bir örneklemden elde edilmiştir. Bulgular arası farklılık bu durum ile ilişkili olabilir.

Örnekleme yer alan uyumlu ve uyumsuz hastaların medeni durumlarının da birbirine oldukça yakın olduğu görülmüştür. Buna göre uyumlu grubun %54.9'u evli iken bu oran uyumsuzlarda %55,9 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde uyumlu ve uyumsuz grupların bekar olma (sırasıyla %35.3 ve %32.4) ve boşanma (%9.8 ve %11.8) oranları da oldukça benzerdir. Uyum düzeyinin medeni duruma göre farklılık oluşturmadığı bulgusu literatürde yer alan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Savaş ve ark., 2011; Zeber ve ark., 2008). Öte yandan Abbak ve Albayrak'ın (2019) çalışmasında evli olanların bekar olanlara kıyasla tedavi uyumunun daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte çalışmanın küçük bir örnekleme (N=58) yapılması ve ilaç uyum kategorizasyonunun Morisky Tedavi Uyum ölçeğine göre yüksek, orta ve düşük olmak üzere üç gruba ayrılmış olması dikkati çekmektedir. Mevcut çalışmanın görece daha yüksek bir örneklem sayısına sahip olması (N=167) ve uyum düzeyini ölçüm şekli (kan düzeyine göre uyumlu ve uyumsuz) yine bulgular arası tutarsızlığı açıklıyor olabilir.

Son olarak uyum düzeyi meslek, maddi imkan (ilaç temini için) ve sağlık güvencesi açısından da farklılık göstermemektedir. Meslek durumları açısından kıyaslandığında çalışmada oranları uyumlularda (%58.6, N=78) ve uyumsuzlarda (%55.9, N=19) benzer olmakla birlikte en dramatik fark tüm emeklilerin uyumlu grupta yer almasıdır. Malulen emeklilerin (N=3) ise ikisinin uyumlu, birinin ise uyumsuz grupta yer aldığı görülmektedir. Çalışan grup bakımından incelendiğinde ise uyumluların %8.3'ü (N=11), uyumsuzların ise %14.7'si (N=5) memur olup gruplar arası görülen yaklaşık iki kat oran farkı işçilerde (sırasıyla %21.1, N=28 ve %26.5, N=9) azalmaktadır. Diğer bir ifadeyle ilaç uyumu olanlarla kıyaslandığında uyumsuz olan hastalar içerisinde çalışan grup (memur ve işçi) oranının (toplamda %41.2) daha yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin anlamlı olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak örneklemin büyük çoğunluğunu oluşturan çalışmada durumunun (N=97) her iki uyum düzeyi açısından oldukça yakın olması uyum düzeyinin meslek değişkenine göre farklılaşmamasında etkili olmuş olabilir. Mevcut bulgu Savaş ve arkadaşlarının (2011) uyum düzeyinin çalışma statüsüne göre değişmemesi bulgusuyla paralellik göstermektedir. İlaç temini için maddi imkan ve sağlık güvencesinin de uyum düzeyinde farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Örnekleme

bakıldığında uyumluların %91'inin (N=121) uyumsuzların ise % 100'ünün (N=34) ilaç temini için yeterli maddi imkana sahip olduğu görülmüştür. Yine benzer bir şekilde uyumluların %96.2'si (N=128) uyumsuzların ise %100'ü (N=34) sağlık güvencesine sahiptir. Buna göre ilaç uyum düzeyi fark etmeksizin örneklemin oldukça büyük bir çoğunluğunun ilaç temini için maddi imkana ve/veya sağlık sigortasına sahip olduğu anlaşılmaktadır. Literatüre bakıldığında da uyum düzeyinin maddi imkana (Zeber ve ark., 2008) ve sağlık güvencesine (Savaş ve ark., 2011) göre farklılaşmadığı görülmüştür. Öte yandan Kruse ve arkadaşlarının (2002) çalışması uyum düzeyinin sağlık sigortasına sahip olma durumuna göre değiştiğini ortaya koymuştur. Ancak yapılan çalışmada uyumun ilaca uyum değil ilk kontrol muayenesine gelip gelmeme durumuna göre belirlenmiş olması bulgular arası farkı açıklamaktadır.

Sonuç olarak mevcut çalışmada ilaca uyum düzeyinin sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmadığı saptanmış ve bu bulgular literatürde pek çok çalışma ile desteklenmiştir. Literatürde kimi zaman görülen mevcut bulguyla tutarsız bulguların ise büyük çoğunluğunun yöntemsel farklılıklarla açıklanabileceği düşünülmüştür.

Sosyodemografik değişkenler gibi klinik özelliklerin de uyum açısından farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Buna göre polikliniğe geliş sıklığı, intihar girişim öyküsü ve çalışmada ele alınan hastalık şiddeti (ayaktan/yatan hasta ayrımı) değişkenlerinin uyum açısından farklılaştığı bulunmuştur. Öte yandan hastane yatış sayısı, kan verme sıklığı (duygu durum düzenleyicisi için), alkol kullanım sıklığı ve intihar düşüncesi öyküsü uyuma göre değişim göstermemektedir. Benzer şekilde ayaktan ve yatarak takibi yapılan BPB tanılı hastaların (hastalık şiddeti farklı olan BPB tanılı hasta gruplarının) klinik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Yapılan analizler sonucu *intihar düşüncesi* öyküsü ve *intihar girişim öyküsünün* ayaktan ve yatan grup açısından farklılaştığı anlaşılmıştır.

Daha detaylı özetlemek gerekirse çalışmamızda uyumlu hastaların *polikliniğe/ takip muayenelerine geliş sıklıklarının* uyumsuz hastalardan daha fazla

olduğu görülmektedir. Buna göre uyumlu grubun %57.9'u (N=77) ayda bir, %24.1'i (N=32) üç ayda bir gelirken, uyumsuz grubun yaklaşık %17.6'sı (N=6) 6 ayda bir, %8.8'i (N=3) ise 1-2 yılda bir gelmektedir. Bu oranlar incelendiğinde uyumlu grubun büyük çoğunluğunun ayda bir kez poliklinik ziyareti yaptığı, uyumsuz grupta ise bu ziyaretlerin çok daha seyrek aralıklarla yapıldığı anlaşılmaktadır. Uyumsuz grubun poliklinik ziyaret aralıklarının çok daha uzun olması, ziyaretlerin belirli bir rutinin ötesinde ihtiyaca göre (örn belirtilerin şiddetlenmesi) yapıldığını düşündürmektedir. Bu bulgu Savaş ve arkadaşlarının (2011) uyumlu grupların, uyumsuz gruba göre muayenelerine daha düzenli geldiği bulgusuyla tutarlıdır. Bulguyla ilgili detaylı tartışma model sınaması bölümünde ele alınacaktır.

İntihar girişim öyküsü uyumlu hastaların %21.1'inde (N=28), uyumsuz hastaların ise %38.2'sinde (N=13) bulunduğu saptanmıştır. Buna göre ilaç uyumsuzluğu olan hastalarda intihar girişim öyküsü uyumlulara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişim öyküsünün hastalık şiddeti (ayaktan/yatan ayrımı) açısından da fark oluşturduğu görülmüştür. Ayaktan hastaların %22.2'si (N=34) intihar girişim öyküsüne sahipken bu oranın yatan hastalarda %50 olduğu anlaşılmıştır. Bu oranlar incelendiğinde yatan hastaların ayaktan hastalara kıyasla 2 kattan fazla intihar girişim öyküsü olduğu görülmektedir. İntihar girişim öyküsünün hem uyum düzeyine hem de hastalık şiddetine göre farklılık göstermesi bipolar bozukluk için önemli bir klinik bulgu olarak değerlendirilebilir. İntihar girişim öyküsü ilaç uyumsuzluğu olanlarda ve yatan hastalarda anlamlı düzeyde daha fazladır. Bununla birlikte yatan hastaların (N=14) tamamının ilaç uyumsuzluğu olduğu da akılda tutulmalıdır. Bu bağlamda ilaç uyumsuzluğunun bir sonucu olarak hastane yatışı olan hastaların intihar girişim öyküsünün daha fazla olması anlaşılabilir bir bulgu olup, özellikle intihar girişim öyküsünün yatan hastalarda ayaktan olanlara kıyasla iki kattan daha fazla sık görülüyor olması da ayaktan ve yatan hasta ayrımının hastalık şiddetinin geçerli bir göstergesi olarak da yorumlanabilir.

İlaç uyumsuzluğu olan BPB tanılı hastalarda intihar girişim öyküsüne sahip olma oranlarının uyumlulara göre daha yüksek olduğu bulgusu literatürdeki pek çok

çalışma ile desteklenmektedir. (Abbak ve Albayrak, 2019; Gianfrancesco ve ark., 2008; Karaytuğ ve ark., 2017; Savaş ve ark., 2011). Bipolar bozuklukta uygun tedavinin ve tedavi uyumunun olmaması intihar için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hocaoğlu, 2019). Mevcut çalışmada reçete edilen duygu durum düzenleyicilere bakıldığında katılımcıların %49.10'u lityum, %47.90'ı valproik asit ve %2.39'u ise karbamazepin kullanmaktadır. Hocaoğlu'na (2019) göre uzun süreli lityum tedavisi alan bipolar hastalarda intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskinde 21 kat azalma olması lityumun koruma etkisinin ötesinde belirgin bir intihar önleme potansiyeli olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada ilaç uyumsuzluğu süresi araştırılmamakla birlikte ilaç uyumsuzluğu olan grubun yaygın olarak kullanılan duygu durum düzenleyicilerinin (lityum, karbamazepin gibi) intihar davranışına karşı koruyucu etkisinden (Yerevanian ve ark., 2007) faydalanamayarak intihar girişim oranlarının artmış olabileceği düşünülmektedir. Post ve Altshuler'in (2007) belirtildiği gibi BPB tanılı hastaların %25-55'i ciddi intihar girişimde bulunurken, %10-20'si tamamlanmış intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. Ayrıca lityum kullanımının bırakılmasının intihar ve özellikle kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölüm riskini arttırdığı da bilinmektedir (Colom ve ark., 2005). Bu çalışmada da intihar girişim oranı %24.6 bulunmuştur. Bu oran, ilaç uyumsuzluğu olan hastalar için daha ciddi ve üzerinde düşünülmesi gereken bir sorun olarak ele alınmalıdır.

BPB tanılı hastalarda intihar girişim öyküsü uyum düzeyi ve hastalık şiddeti (yatan/ayaktan ayrım) gruplarına göre farklılık gösterirken *intihar düşüncesi öyküsünün* uyum düzeyi açısından farklılaşmadığı fakat hastalık şiddeti açısından değişim gösterdiği anlaşılmıştır. Örnekleme bakıldığında uyumlu grubun %41.4'ünün (N=55); uyumsuz grubun ise yaklaşık %56'sının (N=19) daha önce intihar düşüncesinin olduğu görülmektedir. Tüm örnekleme ise hastaların yarıya yakınının (%44.3) daha öncesinde intihar düşüncesi olduğu anlaşılmıştır. Oysa örneklemin sadece %24'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Bu oranlara bakıldığında ilaca uyumlu olsun veya olmasın bipolar tanılı hastaların daha önce intihar düşüncelerinin olduğunu görmekteyiz. Bunu şu şekilde açıklayabiliriz: Öncelikle psikiyatrik tanı alınmasından bağımsız olarak bazı insanlar yaşamlarının

hiçbir döneminde eyleme dökülmemiş intihar düşüncesine sahip olabilirler. Gelip geçici intihar düşünceleri genellikle dürtüsel bir intihar girişimi ve ölüm riski oluşturmaz (Hocağlu, 2019). Bipolar veya depresyon tanısı olan 287 hastayla yaşam boyu intihar davranışının araştırıldığı bir çalışmada örneklemin %21'inde yaşam boyu hiç intihar davranışının olmadığı, %33.8'inde intihar düşüncesi olduğu fakat girişimi olmadığı, %17'sinde bir kez intihar girişimi olduğu, %27.5'inde ise tekrarlayan intihar girişimleri olduğu görülmüştür (Aaltonen ve ark., 2016). Bu bulgulara dayanarak normal popülasyonda da görülebilen intihar düşüncelerinin, bipolar tanılı hastaların oluşturduğu örneklerde uyumdan bağımsız olarak hastalığın da doğası gereği yüksek oranlarda görülmesi (O'Rourke, Heisel, Canham, Sixsmith ve BADAS Study Team, 2017) oldukça anlaşılabilir bir bulgudur.

Bununla birlikte *intihar düşüncesi öyküsünün* hastalık şiddeti açısından farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Ayaktan hastaların %41.8'i (N=64), yatan hastaların ise %71.4'ü (N=10) intihar düşüncesi öyküsüne sahiptir. Buna göre yatan grupta intihar düşüncesi öyküsünün ayaktan gruba göre daha fazla olduğu görülmüştür. BPB tanılı hastalarda intihar riskinin yüksek olduğu durumlarda hastane sağaltımının gerekliliği bilinmektedir (Öztürk, 1997). Bu nedenle yatan grupta intihar düşüncesi ve girişim öyküsünün daha fazla olması beklendik bir bulgu olup aynı zamanda yatan grubun ayaktan gruba kıyasla hastalık şiddetinin daha yüksek olduğuna ve ayaktan/yatan hasta şeklinde bu çalışmada iki kategorili olarak sınıflandırılan hastalık şiddeti değişkeninin geçerliğine dair de bir kanıt olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte intihar düşüncesinin intihar girişimi için önemli bir yordayıcı olduğu da bildirilmektedir (O'Rourke ve ark., 2017). İntihar girişimi riski intihar düşüncesinin derecesi, sıklığı, ısrarlı oluşu, ek tanıların varlığı, tetikleyici ve hazırlayıcı etkenler (örn ilaç uyumsuzluğu) ve stresli yaşam olayları gibi faktörler incelenerek değerlendirilmektedir (Hocağlu, 2019). Her ne kadar sosyodemografik bilgi formunda sadece daha önce intihar düşüncesinin olup olmadığının sorulup bunun sıklığı, şiddeti, ne zaman başladığı gibi parametreler ele alınmamış olsa da hem uyum hem de hastalık şiddeti açısından intihar girişim öyküsünün farklılaşması yatan grupta (aynı zamanda tamamen ilaç uyumsuzluğu olan grup) intihar

düşüncesinin daha şiddetli bir şekilde yaşandığını ve intihar girişimlerinin artmasıyla sonuçlanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Son olarak uyum düzeyinin mevcut çalışmadaki hastalık şiddeti değişkenine göre farklılaştığı saptanmıştır. Örneklemeye bakıldığında uyumlu hastaların %100'ü (N=133) ayaktan tedavi görürken, uyumsuzların %58.8'i (N=20) ayaktan, %41.2'si (N=14) ise yatarak tedavi görmektedir. Buna göre uyumlu hastalar ve uyumsuzların çoğunluğu ayaktan takip edilirken, uyumsuz hastaların yarıya yakın bir kısmı yatarak tedavi görmektedir. Daha önce belirtildiği gibi mevcut çalışmada yatan ve ayaktan hasta ayrımı hastalık şiddetini temsil eden ayrımlardan biri olmakla birlikte yatan hasta hastalık şiddeti daha ağır olarak kabul edilmektedir. İlaç uyumunun yatan ve ayaktan grupta farklılık göstermesi de yine bu ayrımı destekler görünmektedir.

BPB'de yinelemelerin (recurrence) ve hastane yatışlarının en önemli nedeninin ilaç uyumsuzluğu olduğu bilinmektedir (Colom ve ark., 2000; Gianfrancesco ve ark., 2008). Macdonald ve arkadaşları (2016) konuyla ilgili önemli bir ayrıntıya dikkat çekerek ilaçların düzenli alınmamasının depresyonlarla (relapslarla); ilaç uyumsuzluğunun ise daha çok hastane yatışı ve intihar davranışıyla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Buna paralel bir şekilde mevcut çalışmada yatan hasta grubunun çoğunluğunun BDM ölçüme göre ilaçlarını hiç almadıkları, geri kalanlarının ise birazını aldıkları görülmektedir. Burada hatırlatılması gereken bir nokta hem ayaktan hem de yatan hastaların "uyum düzeyinin" kan düzeyine göre belirlenmiş olmasıdır. Kan düzeyiyle uyumsuz gruba atanan hastaların BDM ilaç uyum ölçümünde yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde yatan grubun ayaktan gruba kıyasla tamamen ilaç uyumsuzluğu (hiç kullanmamak ve birazını kullanmak) gösterdiği anlaşılmıştır. Bu durumun Macdonald ve arkadaşlarının (2016) açıklamasında olduğu gibi hastaneye yatışına neden olan uyumsuzluğun ilaçlarını hiç kullanmama veya bırakma derecesiyle ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Öte yandan mevcut çalışmada farklı yöntemlerle değerlendirilen ilaç uyumuna dair daha kapsamlı bir tartışma daha önce de belirtildiği gibi bu bölümün sonunda ele alınacaktır.

Diğer taraftan araştırmada uyum açısından bazı klinik değişkenler farklılık gösterse de hastane yatış sayısı, duygu durum düzenleyici için kan verme sıklığı ve alkol kullanım sıklığı bakımından farklılaşmamaktadır. Bu durum da tartışmaya değerdir.

Öncelikle her ne kadar uyumsuz grubun hastane yatış sayısı daha yüksek olsa da, bu sayı ilaç uyumu açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Buna göre uyumlu grubun yatış ortalaması 3.01 (ss=3.99) iken uyumsuz grubun 4.85 (ss=4.92) olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu uyum düzeyinden bağımsız olarak hastaların büyük bir çoğunluğunun (%86) en az bir kez hastane yatışı olduğunu göstermektedir. Literatürde mevcut bulguyu destekleyen çalışmalar (Gianfrancesco ve ark., 2008; Karaytuğ ve ark., 2017; Kessing ve ark., 2006) olduğu gibi ilaç uyumu kötü olan bipolar hastaların uyumu iyi olanlara kıyasla hastaneye yatış sayılarının anlamlı derecede daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Scott ve Pope, 2002). Ancak fark olduğunu ortaya koyan söz konusu çalışmanın yöntemsel birtakım sorunları bulgulara şüpheyle yaklaşılmasına yol açmaktadır. Scott ve Pope'un (2002) kısmi uyumlu hastaların uyumlu hastalara göre 18 ay içinde daha fazla hastane yatışının olduğunu bulgulayan çalışmasında, kısmi uyum “geçen ay reçetelenen ilaçların %30 ve daha fazlasını almamak” olarak tanımlanırken; uyum ve uyumsuzluk lityum kan düzeyine göre belirlenmiştir. Gruplar arasında uyum türlerinin ayrı ölçütlere göre (subjektif ve objektif) tanımlanmasının yanı sıra lityumun profilaksi için önerilen terapötik kan düzeyinin oldukça düşük bir aralıkta değerlendirilmesi (0.4-1.0) yazarlar tarafından bir kısıtlılık olarak öne sürülmekle birlikte sonuçların güvenilirliğine gölge düşürmektedir. Halbuki Malhi ve Taniou's'un (2011) aktardığına göre lityum için profilaksi kan düzeyi aralığını APA (American Psychiatric Association) 0.5-1.0, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence [UK]) ise 0.6-0.8 olarak önermektedir.

Bununla birlikte örnekleme 24 hastanın hiç hastane yatışının olmadığı, bunun %87.5'inin (N=21) uyumlu, %12.5'inin (N=3) ise uyumsuz olduğu anlaşılmıştır. Uyumlu olan toplam 133 hastadan sadece 21'inin hiç hastane yatışının olmaması dikkat çekmiştir. Mevcut çalışmada sosyodemografik formda sadece

hastane yatış sayısı sorulmuş, onun dışında kapsamlı bir değerlendirme yapılmamış olması bu bulgunun yorumlanmasını kısıtlamaktadır. Ancak olası açıklamalar şu şekilde yapılabilir: Öncelikle ilaç uyumunun hasta, hastalık ve çevresel faktörlere duyarlı dinamik bir süreç olduğu akılda tutulmalıdır (Crowe ve ark., 2012). Mevcut çalışmada uyumlu olarak değerlendirilen bir hastanın geçmişten bugüne uyum grafiğini belirleyemedikçe hastane yatışlarının uyum düzeyiyle ilişkisinin netleşmesi oldukça zordur. Bu nedenle mevcut çalışmada uyumlu olan hastaların büyük bir çoğunluğunun hastane yatışının olmuş olması önceki uyum düzeyiyle ilişkili olabilir. Hastane yatışları uyumsuzluğun bir sonucu olabileceği gibi uyumsuzluğun hastalık şiddetinin artmasına yol açtığına anlaşılmaması (yatarak tedavi gerekliliği) uyumlu olmak için de bir motivasyon sağlamış olabilir. Özetlemek gerekirse mevcut çalışmada uyumlu olarak değerlendirilen pek çok hasta öncesinde uyumsuz olup hastane yatışı gerekmiş; sonrasında yatışın tekrarlanmaması için ilaca uyum motivasyonları, dolayısıyla ilaca uyumları artmış olabilir. Sonuç olarak hastane yatış sayısı açısından uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında fark tespit edilememiş olması ilaç uyumunun ileriki çalışmalarda yöntemsel olarak boylamsal bir şekilde değerlendirilmesinin de önemini vurguluyor görünmektedir. Öte yandan uyumlu hastaların büyük bir çoğunluğunun daha önce hastane yatışlarının olmuş olmasına dair bir diğer olası açıklama uyumsuzluğunun %100 hastane yatışıyla ilişkili olmamasıdır. Diğer bir deyişle ilaç uyumsuzluğu dışında başka nedenlerden de hastane yatışının yapılmış olabileceğidir. Literatürde hastane yatışlarının en güçlü yordayıcısının ilaç uyumsuzluğu olduğu (Svarstad ve ark., 2001) vurgulanmakla birlikte tedaviden bağımsız olarak tanı konmadan önceki ilk atak, stres etkenleri, fizyolojik homeostazın bozulması, çevresel nedenler de hastane yatışını etkilemiş olabilir (Vieta ve ark., 2018).

Araştırmada ilaca uyum düzeyinin hastaların kan verme sıklığına (duygudurum düzenleyici dozunun takibi için) göre de bir farklılık oluşturmadığı anlaşılmıştır. Konuyla ilgili ilk dikkat çeken nokta örnekleme oluşturan BPB tanıli hastaların büyük bir çoğunluğunun kan verme sıklığı için polikliniğe geliş sıklığına benzer bir işaretleme yapmış olmalarıdır. Örneklemin %52'si ayda bir kan verirken %53'ü ayda bir polikliniğe gelmektedir. Benzer şekilde yaklaşık %26'sı 3 ayda bir

kan verirken, %25'i 3 ayda bir polikliniğe gelmektedir. Bu durum düzenli olarak polikliniğe gelen hastalardan her gelişlerinde duygu durum düzenleyici için rutin kan seviyesinin istenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşın polikliniğe geliş sıklığı uyum açısından farklılık oluştururken; kan verme sıklığının oluşturmadağı görülmektedir. Bu noktada örneklem ve analizler gözden geçirildiğinde 6 kategoriden oluşan kan verme sıklığı sorusuna 8 kişinin kan verme rutinlerinin olmaması nedeniyle (düzensiz olarak yılda 1, 2 yılda bir, yatış yapıldıkça) kategorilere uygun işaretleme yapmadığı görülmüştür (araştırmacı kategori dışı cevapları not almıştır). Bu durum 8 kişilik kayıp verinin kan verme sıklığına yönelik analizde p değerinin 0.056 gibi anlamlılığa oldukça yakın bir değerde kalmasına yol açmış olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum göz önüne alındığında aslında kan verme sıklığı ile polikliniğe geliş sıklığı değişkenlerinin birbiriyle örtüştüğü, hatta aynı değişkeni temsil ettiği öne sürülebilir.

Bir diğer klinik değişken olan alkol kullanım sıklığının da ilaç uyum düzeyinde anlamlı bir değişim oluşturmadağı anlaşılmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de alkol kullanımının uyumla ilişkili olmadığı bildirilmektedir (Col ve ark., 2014). Bununla birlikte alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı ek tanısının kötü uyumla ilişkilendirildiği pek çok çalışmaya rastlanılmaktadır (Perlis ve ark., 2010). Mevcut çalışmada alkol kullanım sıklığının uyum açısından anlamlı farklılık oluşturmaması örneklemde sadece küçük bir oranının (%9) ayda bir veya daha az alkol kullanması; büyük bir çoğunluğunun (%87) ise hiç alkol kullanmıyor olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısının dışlama kriteri olarak değerlendirilmesinin de örneklemde alkol kullanımının düşük düzeyde olmasında ve dolayısıyla anlamlı fark oluşturmamasında rolü olabileceği öngörülebilir.

Buraya kadar özetlemek gerekirse mevcut çalışmada sosyodemografik ve klinik değişkenlerin uyum açısından farklılık oluşturup oluşturmadağı incelenmiş ve sadece intihar girişim öyküsü, poliklinik sıklığının ve hastalık şiddetinin (ayaktan/yatan ayrımı) uyumla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayaktan ve yatan hasta ayrımına (hastalık şiddeti) göre ise yaş, intihar düşüncesi ve intihar girişimi

öyküsünün bu ayırmda anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca bir diğer klinik özellik olarak bipolar hastalarda kullanılan antipsikotik dozun ilaç (duygu durum düzenleyici) uyumu olan ve olmayan grupta farklılaşp farklılaşmadığı da ele alınmıştır. Ancak yatan hasta grubunun geçmişe dönük ilaç bilgisi güvenilir olmadığı için yatan ve ayaktan hasta grupları için antipsikotik dozun farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenememiştir.

Öte yandan mevcut çalışmada duygu durum düzenleyicilerine uyumun *antipsikotik ilaç dozlarına* göre farklılaşp farklılaşmadığı ayaktan takip edilen hastalarda test edilmesi için Andreasen, Pressler, Nopoulos, Miller ve Ho (2010) önerdikleri şekilde katılımcıların kullandıkları tüm antipsikotik ilaç dozları Klorpromazin (CPZ) eş değer dozlarına dönüştürölmüş ve tek bir antipsikotik doz değişkeni elde edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda kan düzeyi ile ölçölen duygu durum düzenleyici uyumunda antipsikotik ilaç dozunun anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Bipolar bozuklukta psikofarmakoloji standart terapötik bir yaklaşımdır. Lityum 40 yıldır kullanılan bir standart olmasına karşın tedavide antiepileptik, antipsikotik ve antidepresanlar da önerilmekte ve klinik uygulamalarda oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Miura ve ark., 2014). Literatöre bakıldığında bipolar hastalarda duygu durum düzenleyicilerden sonra daha çok antipsikotik ilaç uyumuna odaklanıldığı görölmüş fakat literatürde spesifik olarak bipolar hastalarda antipsikotik dozun duygu durum düzenleyici uyumuna etkisine dair bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Mevcut bulguyla en çok ilişkili görölen bir çalışmada (Saka ve ark., 2001) remisyonda olan 48 bipolar hastanın hastalık gidişatları iyi ve kötü; duygudurum düzenleyicilerle beraber kullanılan antipsikotik ilaç dozları da düşük (100 mg klorpromazin eşdeğer) ve yüksek doz (100 mg klorpromazin eşdeğerinden yüksek) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Buna göre sadece lityum kullanan grubun, beraberinde antipsikotik de kullanan gruba kıyasla iyi gidişat ile ilişkilendirildiği görölmüştür. Diğer bir deyişle lityum ile tek başına koruma sağlanamaması ve beraberinde antipsikotik kullanılması kötü hastalık gidişatı ile ilişkilendirilmiştir (Saka ve ark., 2001). Bipolar bozuklukta antipsikotik ilaç uyumunun araştırıldığı bir

çalışmada ise antipsikotik reçete edilen bipolar hastaların reçete edilmeyenlere göre daha genç ve daha sık madde kötüye kullanım veya travma sonrası stres bozukluğu komorbiditesi olduğu bildirilmektedir (Sajatovic ve ark., 2006). Görüldüğü üzere bipolar hastalarda kullanılan antipsikotik ilaçlar daha çok hastalık şiddeti ve hastalığın gidişatı ile ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda yüksek doz antipsikotik hastalık şiddetini azaltarak ilaç uyumunu arttırabileceği yönünde bir çıkarım akla gelebilir. Örneğin bipolar hastalarda antipsikotik uyumunun araştırıldığı bir çalışmaya göre özellikle depresif belirtileri baskın olan hastalarda duygu durum düzenleyici ilaçların kullanımı antipsikotik tedavi döneminde artış göstermektedir (Gianfrancesco ve ark., 2008). Çalışmada ifade edilenin duygu durum düzenleyici uyumundan ziyade kullanımın artması önemli bir ayrıntı olmakla birlikte elbette hastalık şiddetinin azalabilmesi için de ilaç uyumuna gerek duyulmaktadır.

Buradan yola çıkarak hastalık şiddeti düzeyine göre bipolar hastalarda ilaç uyumu şu şekillerde görülebilir: Duygu durum düzenleyicisini kullanmayan ağır hasta (hastalık şiddeti yüksek hasta) antipsikotik ilaç dozu ne olursa olsun duygu durum düzenleyicisini kullanmayabilir ya da duygu durum düzenleyicisini esas ilacı olarak görüp dozdan bağımsız olarak antipsikotikleri almayabilir. Veya hâlihazırda duygu durum düzenleyici uyumu olan hasta ilaç dozundan bağımsız olarak antipsikotik ilaçlarına da uyum gösteriyor olabilir. Elbette yukarıda söz edilen tüm olası durumların değerlendirilmesi ve kanıta dayalı sonuçlara ulaşmak için bipolar hasta grubunda duygudurum düzenleyicilerin yanı sıra antipsikotik uyumun da ölçüldüğü ve hastalık şiddetinin takip edildiği boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte bu olası durumları doğrulayacak bir şekilde Savaş ve arkadaşlarının (2011) ilaç uyumunun hastaların mevcut reçetelerinden bağımsız olduğu bulgusu dikkati çekmektedir. Buna göre uyumlu ve uyumsuz grupta sadece antipsikotik almak veya sadece duygu durum düzenleyicisi almak veya iki veya ikiden fazla duygu durum düzenleyicisi almak veya hem duygu durum düzenleyici hem antipsikotik almak arasında anlamlı bir farklılık söz konusu değildir (Savaş ve ark., 2011).

Bipolar bozukluktan bağımsız olarak antipsikotik ilaç uyumunun araştırıldığı çalışmalara bakıldığında da antipsikotik dozlarının ve antipsikotik türlerinin tedavi uyumuyla ilişkili olmadığı bildirilmektedir (Çakır, 2009; Diaz, Neuse ve Sullivan, 2004; Dolder ve ark., 2002; Lacro ve ark., 2002; Sajatovic ve ark., 2002). Söz konusu çalışmalarda antipsikotik doz ve türlerinin uyumla ilişkisi daha çok şizofreni grubuyla incelenmiştir. Literatürde birincil tedavinin antipsikotik olduğu şizofreni grubunda antipsikotik dozun uyumu farklılaştırmadığı yönündeki bulgular, bipolar grupta çoğunlukla birincil ilaç kategorisinde olmayan antipsikotik dozun duygu durum düzenleyici ilaçlara yönelik uyumda farklılık oluşturmadığı bulgusunu destekler niteliktedir. Benzer şekilde Rosa ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da duygu durum düzenleyicinin yanı sıra kullanılan antipsikotik, anksiyolitik, antidepresan ve diğer tıbbi durumlar için gerekli ilaçların (tansiyon ve kalp ilaçları gibi) lityum ilaç uyumunu (lityum kan düzeyine göre ölçülen) etkilemediği bulgulanmıştır. Diğer bir deyişle hastaların başka psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamaları lityum ilaç uyumunda farklılaşma oluşturmamaktadır. Benzer şekilde kullanılan duygudurum düzenleyici türünün, ilaç kullanım sıklığının ve yan etki bildirimlerinin de ilaç uyumu açısından fark yaratmadığı bildirilmektedir (Col ve ark., 2014; Schumann ve ark., 1999).

Mevcut çalışmada antipsikotik dozun duygu durum düzenleyici uyumunu farklılaştırmadığı bulgusu ile beraber yine yukarıda sözü edilen pek çok çalışmada ilaçla ilişkili diğer değişkenlerin uyumla ilişkili bulunamamış olması, ilaçla ilişkili değişkenlerden ziyade ilaca yönelik tutumların (Arvilommi ve ark., 2014; Sajatovic ve ark., 2009) ilaç uyumunu belirlemedeki gücünü akla getirmektedir.

Şimdiye kadar ele alınan bulgular genel olarak değerlendirildiğinde literatürle uyumlu olarak ilaç uyumunun sosyodemografik değişkenler ile anlamlı bir ilişki göstermediği (Buchanan, 1992; Col ve ark., 2014; Crowe ve ark., 2011; Horne, 2006; Karpov ve ark., 2018; Sajatovic ve ark., 2008; Sajatovic ve ark., 2009), oldukça kısıtlı sayıdaki klinik değişkenlerle (poliklinik sıklığı ve intihar girişim öyküsü) ilişkili olduğu yönündedir. Söz konusu klinik değişkenlerden polikliniğe geliş sıklığı, tıpkı ilaç uyumu gibi bir tedavi uyumu göstergesi şeklinde, intihar girişim öyküsü ise ilaç

uyumsuzluğun bir sonucu olarak da değerlendirilebilir. Bu durum hasta özelliklerinin ilaç uyumunu açıklamada yetersiz kaldığının bir göstergesi olmakla birlikte bu çalışmanın da çıkış noktalarından birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte bu çalışmanın amacı doğrultusunda ilaç uyumunun psikolojik yordayıcılarının BDM perspektifinde değerlendirmesine geçmeden önce son olarak mevcut çalışmada subjektif (BDM ilaç uyumu ve ilaç uyumu ölçekleri) ve objektif (kan düzeyi) ölçümlerle elde edilen uyum oranları literatür bulguları eşliğinde değerlendirilecektir.

Tekrar belirtmek gerekirse mevcut çalışmada bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda (BPB) ilaç uyumları hem subjektif hem de objektif yöntemlerle ölçülmüştür. Buna göre objektif yöntem olarak kanda ölçülen duygu durum düzenleyici (lityum, valproik asit veya karbamazepin) oranları elde edilmiştir. Literatürden elde edilen bulgulara göre terapötik aralık lityum için 0.50-1.00 mEq/l, valproik asit için 50-100 mEq/l, karbamazepin için 6-12 mEq/l olarak belirlenmiştir (Altamura ve ark., 2010; APA, 2002; Malhi ve Tanious, 2011; Wijeratne ve Draper, 2011; Tuchila ve ark., 2017). Elde edilen kan düzeyi referans aralığında ise “uyumlu” referans aralığı dışında ise “uyumsuz” olarak değerlendirilmiştir. Subjektif yöntemler ise vakadan öz bildirim aracılığı ile alınan uyum ölçümüne göre sınıflandırmayı içermektedir. Buna göre BDM’ye göre ilaç uyumu tek maddelik 5’li Likert tipi (Hiçbirini=%0 - Hepsini=%100) ölçümle sürekli değişken olarak değerlendirilmiştir. BDM ilaç uyumunun kategorik değerlendirmesinde ise “son bir hafta ilaçlarının tamamını ve çoğunluğunu kullananlar” uyumlu, geri kalanları ise uyumsuz olarak tanımlanmıştır. BDM ilaç uyumuna göre ilaçların tamamını (%68.9) ve çoğunluğunu kullananlar (%19.8) uyumlu olarak değerlendirilmiş ve uyum oranı %88.7 (uyumsuzluk oranı %11.3) olarak belirlenmiştir. Kan düzeyine göre ise belirtilen referans aralığı içinde olanlar uyumlu olarak tanımlanmış ve elde edilen uyum oranının %79.6 (uyumsuz oranı %20.4) olduğu gözlenmiştir. Mevcut çalışmada subjektif yöntemle (BDM ilaç uyumu) elde edilen uyum oranı %88.7 iken kan düzeyine göre bu oran %79.6 olarak belirlenmiştir. Buna göre her iki yöntemle elde edilen oranlar arasında %9’luk bir fark olduğu anlaşılmıştır. Subjektif yöntemlerin kullanıldığı çalışmalarda uyum tanımının farklılığından dolayı bir çalışmada uyum olarak tanımlanan ölçütün; bir başka çalışmada kısmi uyum veya

uyumsuz olarak ele alındığı öne sürülmektedir (Crowe ve ark., 2011). Bu noktada kimi araştırmacılar ilaç uyumunun öz bildirime dayalı ölçümünü (örn. İlaç Tutum Envanteri -Drug Attitued Inventory) güvenilir bulurken (Jonsdottir ve ark., 2010), kimi araştırmacılar ise objektif yöntemlerin uyum sorunlarının tespitinde doğruluğu arttıracaklarını ve dolayısıyla relapsları ve hastane yatışlarını önlemede faydalı olabileceğini öne sürmektedir (Karpov ve ark., 2018). Bununla birlikte bazı çalışmalar subjektif uyumun, objektif ölçümle (kan düzeyi, tablet sayımı vb) çeliştiğini ve aslında gerçek uyumun %34-%50 kadar düşük oranda olduğunu bildirmektedir (Leclerc ve ark., 2013). Benzer şekilde öz bildirimlerin özgüllüğünün kan ölçümü ve elektronik izleme teknikleri kadar yüksek fakat duyarlılığının daha az güvenilir olduğu ve uyumu %15 ila %17 daha fazla değerlendirdiği de belirtilmektedir. (Adams ve Scott, 2000; Sajatovic ve ark., 2006). Mevcut çalışmada da subjektif yöntemin objektif yöntemle göre uyum oranını daha fazla değerlendirdiği tespit edilmiştir. Ancak bu çalışmadaki subjektif ve objektif yöntemle elde edilen uyum oranları arasındaki farkın (%9) literatürde belirtilen oranlardan çok daha düşük olması BDM ilaç uyumunun güvenilirliği açısından artı bir yan olarak düşünülebilir. Bununla birlikte tersi bulgular da söz konusudur. Örneğin Rosa ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeğine göre uyum oranı %67 iken, kan düzeyi ölçümüne göre bu oran %85 olarak saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle kan düzeyi ölçümünün subjektif ölçüme göre uyum oranını daha fazla değerlendirdiği anlaşılmıştır. Yazarlar bu durumu ölçeklerde yer alan ilaç uyum sorularının spesifik ilaç alma tarz ve zamanlamasını içermemesine bağlamaktadır. Bu nedenle hem bu sorunun önüne geçilmesi hem de duygu durum dalgalanmaları yaşayan bipolar hastaların ilaç uyumlarında da dalgalanmalar olabileceği göz önüne alınarak önceki hafta veya ay gibi belirli bir zamana yönelik ilaç uyumunun ele alınması önerilmektedir.

Yukarıda sözü edilen sorunların aşılması için mevcut çalışmada uyumla ilişkili yapıların her biri titizlikle değerlendirilip güvenilir bir şekilde uyumun sınıflandırılmasına gidilmiştir. Ayrıca önerildiği üzere (Berk ve ark., 2010; Busby ve Sajatovic, 2010) BDM ilaç uyumu ölçümü ile son bir haftanın ilaç kullanımı sorulmuştur. Üstelik ilaç uyumunun subjektif ölçümü için yalnızca BDM ölçümü ile

sınırlı kalınmamış, bir sonraki bölümde BDM’de ilaç uyumu ölçümünün geçerliği tartışılırken ilişkilerine daha detaylı değinilecek olan iki farklı öz bildirim ölçeği daha katılımcılara sunulmuştur; bunlar 5 maddesi olan, 5’li likert tipi ile ölçülen ve ilaç kullanımında alışkanlık düzeyine odaklanan İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Temeloğlu Şen ve Sertel Berk, 2019) ile 10 maddesi olan, evet/hayır şeklinde cevaplanan ve ilaca yönelik tutumlara odaklanan TTUÖ’dür (Koç, 2006). Son olarak objektif bir ölçüm sağlayan kan düzeyinin değerlendirilmesiyle çoklu uyum ölçümleri tamamlanmıştır. Bunun ölçüm geçerliğini güçlendirmesi adına çalışmanın artı bir yanı olarak değerlendirilmektedir. Mevcut çalışmada ilaç uyumunun ölçümünde bu türden bir çoklu değerlendirmenin, literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında önemli olduğu düşünülmektedir.

Subjektif ve objektif yöntemsel farklılıkların uyum oranlarına yansımaya yukarıda değinilmiştir. Her ne kadar iki yöntem arasında %9’luk bir fark olsa da her iki uyumsuzluk oranının (%11.3 ve %20.4) literatürdeki diğer çalışmalara göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Literatüre göre uyumsuzluk oranları %12-64 gibi oldukça geniş bir ranj aralığında yer almaktadır (Busby ve Sajatovic, 2010; Colom ve ark., 2000; Leclerc ve ark., 2013; Sajatovic ve ark., 2009). Buna göre mevcut çalışmada da kullanılan Tıbbi Tedavi Uyum Oranı ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda uyumsuzluk oranı %25-%42.3 (Belzeaux ve ark., 2013; Col ve ark., 2014), Morisky Uyum Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda %31.4-%55.3 (Aksoy, 2013, Kelleci ve Ata, 2011); Likert tipi ölçümlerin kullanıldığı çalışmalarda ise %19.3- %40.2 olarak saptanmıştır. (Gonzalez-Pinto, 2010; Karpov ve ark., 2018; Levin ve ark., 2015; Sajatovic ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2009; Savaş ve ark., 2011; Scott ve Pope, 2002). Kan düzeyine göre uyumsuzluğun değerlendirildiği çalışmalarda ise bu oran %14.4- %40 aralığındadır (Colom ve ark., 2000; Rosa ve ark., 2007). Uyumsuzluğun hastaların bakım sağlayıcılarından alınan bilgilere göre değerlendirildiği bir çalışmada bu oran %51 (Keck ve ark., 1996); çoklu ölçümlerin kullanıldığı çalışmalarda (belirli kategorilerden kaçının hasta tarafından sağlandığı) ise %32-%63.5 (Colom ve ark., 2000; Harkın, 2008; Murru ve ark., 2013) olarak belirtilmiştir. Tüm bu çalışmalardan elde edilen uyumsuzluk oranları incelendiğinde mevcut çalışmanın uyumsuzluk oranının diğerlerine göre düşük olduğu

görülmektedir. Lacro, Dunn, Dolder, Leckband ve Jeste (2002) oranlar arası farklılıkların uyum ölçümü (niteliksel/niceliksel, öz bildirim/uzman bildirimi, doğrudan/dolaylı ölçüm), gözlem periyotları (1 hafta/birçok ay), uyumsuzluk kriterleri (reçetede belirtilenlerin herhangi bir şekilde dışına çıkılması/kabul edilebilir aralık) ve dahil edilen hasta örneklemin özellikleri gibi araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklandığını belirtmektedir. Mevcut çalışma bağlamında ise bu farklılık pek çok şekilde açıklanabilir. Öncelikle katılımcı özellikleri incelendiğinde kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu gibi tanıların dışlanmış olması ve çoğunluğunun polikliniğe düzenli olarak devam eden hastalardan oluşması uyumsuzluk oranının çok daha düşük olmasında etkili olmuş olabilir. Ayrıca mevcut çalışmaya katılımcı yönlendiren uzman hekimlerin daha çok ilaca uyumlu hastaları seçme eğilimleri olmuş olabilir. Ölçüm şekli açısından da mevcut çalışma bazı farklılıklar içermektedir. Buna göre tüm hastalara çalışmaya dair açıklama yapıldıktan sonra üniversite mezunlarından formları kendilerinin doldurması istenmiş, diğerlerinden ise araştırmacı tarafından sorular sorularak bilgi edinilmiştir. Araştırmacıyla görüşme şeklinde geçen bu uygulama şekli hastanın daha uyumlu görünme eğilimine neden olmuş olabilir. Sonuç olarak sözü edilen faktörlerin mevcut çalışmanın daha düşük uyumsuzluk oranına sahip olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan literatürde görülen uyumsuzluk oranlarındaki farklılıkların, kültürel farklardan kaynaklanabileceği akla gelmekle birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda uyumsuzluk oranlarının literatürle paralel bir şekilde %26.5-%63.5 geniş bir ranj aralığında olduğunu görülmektedir (Col ve ark., 2014; Savaş ve ark., 2011; Harkın, 2008). Dolayısı ile yukarıda bu çalışmaya has yöntemsel özelliklerin bu farklılıkta rol oynama olasılığı akılda tutulmalıdır.

Uyumun nasıl ölçüldüğü kadar uyum kriteri de çalışmalar arasındaki uyum oranları farkını açıklayabilir. Uyum ölçeklerinin kullandığı pek çok çalışmada ölçeğin (örn. Morisky Uyum Anketi) kesme noktasına göre uyum iyi-orta-kötü olmak üzere 3 düzeye ayrılabilir (Kelleci ve Ata, 2011). TTÜÖ'nün ele alındığı çalışmalarda ise uyum kesme puanına göre zayıf uyum ve yüksek uyum olarak ikiye ayrılmaktadır (Koç, 2006). Likert tipi ölçümler arasında da uyum kriteri oldukça farklılık göstermektedir. Örneğin Karpov ve arkadaşlarının (2018)

çalışmasında uyum 4'lü likert ölçümle ("hiç kullanmadım", "düzensiz kullandım", "kısmen düzensiz kullandım", "düzenli kullandım") değerlendirilmiş ve ilaca uyumlu grup düzenli kullananlardan oluşmuştur. Likert ölçümlerin yanı sıra pek çok çalışmada ilaç uyumsuzluğu yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Örneğin Savaş ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında son bir ay içerisinde 14 günden fazla ilaçlarını almamak veya düzenli almamak uyumsuzluk kriteri olarak değerlendirirken Levin ve arkadaşları (2015) ilaç uyumsuzluğu olanları son bir haftada ilaçlarının en az %20'sini almayanlar olarak tanımlanmıştır. Yine yapılan bir çalışmada ilaçlarının %30 ve daha fazlasını almayanlar uyumsuz olarak tanımlanırken (Sajatovic ve ark., 2009), bir başka çalışmada aynı kriter kısmi uyumsuzluk olarak belirlenmiştir (Scott ve Pope, 2002). Bununla birlikte bazı araştırmacılar alınan ilaç veya ölçüm miktarının medyan veya ortalamasını temel alarak katılımcıları ikiye (uyumlu/uyumsuz) ayırmaktadır (Lacro ve ark., 2002; Rosa ve ark., 2007). Yine bazı yazarlar hastaların geçmiş ilaç alımlarına göre uyumlu ya da uyumsuz olarak vakaları kategorize ederken; bazı yazarlar ise kendi klinik izlenimlerine güvenmektedir (Lacro ve ark., 2002). Son olarak çoklu ölçümler toplu olarak değerlendirilerek tek bir uyum oranı bildiren çalışmalara da rastlanılmaktadır. Örneğin yapılan bir uyum çalışmasında ölçümlerden ("geçen hafta ilaçların ne kadarını almayı unuttuğu" nu değerlendiren klinik bir görüşme, aileyle görüşme ve lityum kan düzeyi) 3/3 yapanlar iyi; geriye kalanlar kötü uyum olarak ayrılmıştır (Murru ve ark., 2013). Görüldüğü üzere bir çalışmada uyum olarak tanımlanan ölçütün; bir başka çalışmada kısmi uyum veya uyumsuz olarak ele alınması uyum oranlarındaki geniş ranj aralığına yol açıyor olabilir.

Özetle mevcut çalışmada çoklu ölçümlerin her biri ayrı bir bağımlı değişken olarak ele alınıp, ayrı uyum oranları elde edilmiştir. Buna göre BDM ilaç uyum kriteri ilacının tamamını ve çoğunluğu kullananlar olarak tanımlanmış ve 5'li likert ölçümle değerlendirilmiştir. Kan düzeyine göre ise uyum kriteri belirtilen referanslar içinde ise uyumlu değilse uyumsuz olarak değerlendirilmiştir. Son olarak uyum ölçeklerinin (TTUO ve MARS-5) kategorik olarak değil sürekli değişken olarak ele alınmasının boyutsal değerlendirmeye imkan sağladığı düşünülmektedir. Çalışmanın örneklemini ise madde kullanım ve kişilik bozukluğu tanıları dışlanan ve büyük bir

çoğunluğu düzenli poliklinik takibi olan hastalardan oluşmuştur. Bu bağlamda mevcut çalışmadaki düşük uyumsuzluk oranı uyum kriteri ve katılımcı özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Ancak ilaç uyum kriteri ve ölçüm yöntemleri hala belirsizliğini korumaktadır ve konuyla ilgili bir uzlaşma söz konusu değildir (Crowe ve ark., 2011). Bununla birlikte bu çalışmada kullanılan BDM temelli ilaç uyum ölçümü ve buna göre belirlenen ilaç uyum kriterinin ayrıca geçerliğine dair analizler de bu çalışma kapsamında ele alınmıştır. Bu analizlerin bulguları ile birlikte kısaca bu oranın geçerliği ve yöntemin artı ve eksileri bataryada yer alan ölçümlerin geçerlik ve güvenilirliğine ayrılan bir sonraki bölümde yeniden ele alınacaktır.

4.2. Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryasının (BBİUB) Geçerlik ve Güvenirliğinin Tartışılması

Geçerlilik ve güvenilirlik yüksek nitelikli ölçeklerin iki özelliğidir. Geçerlilik, ölçüm aracının amacını, ölçme doğruluğunu değerlendirirken; güvenilirlik tutarlılığını değerlendirmektedir (Ercan ve Kan, 2004). BBİUB'nin ölçüm doğruluğunun değerlendirilmesi için bataryada yer alan ölçekler madde analizi, faktör analizi, yapılar arası korelasyonel analizler, yakınsak geçerlik, ayırt edici geçerlik, kriter geçerliği ve artımlı geçerlik analizlerine tabii tutulmuştur.

Yapı geçerliğini sınamak için yapılan madde analizine göre bataryada yer alan Subjektif Normlar (S.N.) *destek*'ten 5. madde (eşim/partnerim ilaç kullanmamı destekler); *S.N. karşı*'dan 5. madde (eşim/partnerim ilaç kullanmama karşı çıkar); *S.N. baskı*'dan 5. (eşim/partnerim ilaç kullanmam konusunda baskı yapar) ve 6. (iş yerindeki arkadaşlarım ilaç kullanmam konusunda baskı yapar) maddeler; *S.N. diğer*'den 6. (Eşim/partnerim kendisine reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanlarda kullanır) ve 7. (İş yerindeki arkadaşlarım kendilerine reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanlarda kullanır) maddeler; *Algılanan kontrol*'den 2. (İlaçlarımı ailem/eşim hatırlatırsa daha kolay kullanırım) 6. (İlaçlarımı sürekli yanımda taşırsam unutmam.), 7. (İlacım bitmeye yakın yeni bir kutu daha yazdırmam zordur), 8. (İlaçlarımı kullanmayı yemek zamanları hatırlamam kolay olur) ve 9. (Ailemdeki diğer bireyler ilaçlarını düzenli kullanırsa benim de ilaçlarımı kullanmam kolay olur) maddeler ve *Erişim*'den 6. (İlaçlarımı yazdıracığım yer evime yakın) ve

7. (İlaç yazdırmak için hastanede çok zaman harcarım) maddeler toplam puan korelasyon değerleri 0.20'nin altında olması nedeniyle ölçeklerden çıkartılmıştır.

Yine yapı geçerliği sınaması için bataryada yer alan her bir ölçek ayrı ayrı faktör analizine tabii tutulmuştur. Her ne kadar her bir ölçeğin faktör analizinde tek faktörlü bir yapı göstermesi beklenmiş olsa da bazı ölçekler tek faktörlü yapı beklentisini desteklememiştir. Örneğin deneyimsel ve araçsal tutum maddeleri beklenildiğinin aksine olumlu ve olumsuz tutum olarak ayrıldığı için tümü bir yapı olarak bir araya getirilmiştir. Bu çoklu yapılar teorik bir temeli tam olarak desteklemediği için (örneğin olumlu maddelerin bir faktöre yüklenmesi, olumsuzların başka bir faktöre yüklenmesi), modelin önerdiği yapıyı oluşturmak için sözü edilen bölümlerde faktör analizi tek faktöre zorlanarak yürütülmüştür. Buna karşın bataryada yer alan ölçeklerin açıkladığı varyansların %32 (bilgi ölçeği)-%55 (öz etkinlik) arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeklerin açıkladığı varyansların %15'in üstünde olması bu bakımdan yeterliliğini göstermektedir (Şimşek, 2007). Ölçeklerin Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax çözümlemesi sonucunda oluşan tek faktör yapıları incelendiğinde S.N. destek, Algılanan kontrol ve Erişim ölçeklerinin bazı maddeleri dışında diğer ölçeklerin maddelerinin o ölçekle ilgili değerleri ölçen maddeler olduğu ve faktör yüklerinin yeterli yüke sahip olduğu saptanmıştır. Faktör analizi sonrası elenen maddelerin ise S.N. destek'ten 6. (İş yerindeki arkadaşlarım ilaç kullanmamı destekler), Erişim'den 1. (İlaçlarımı hastane ya da eczaneden satın almak sorun oluşturmaz) ve Algılanan kontrol'den 4 (Yan etki yaşarsam ilaçlarımı kullanmam çok zor olur) ve 5 (Ailem sürekli karışırsa ilaçlarımı kullanmam çok zor olur) maddeler olduğu görülmüştür. Elenen maddelere dair tartışmalar BDM ilaç uyum davranışına dair geçerlik analizlerine geçilmeden yapılacaktır.

Madde ve faktör analizi sonrasında ölçeklerin iç tutarlılık analizi için Cronbach alfa güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Bataryada yer alan ölçeklerin güvenirlik katsayıları 0.92 (öz etkinlik) ile 0.45 (erişim) arasında değişmektedir. Bir testin güvenilir kabul edilebilmesi için güvenirlik katsayılarının en az .80'ler düzeyinde olması gerektiği öne sürülmekle birlikte (Öner, 1996), Field (2000) bu limitin 0.70 olabileceği önermektedir (Akt. Saal ve Kagee, 2012). Bataryaya

bakıldığında S.N. ölçeklerinin (S.N. destek, S.N. karşı) güvenilirlik katsayılarının çok da yüksek olmadığı, bu durumun özellikle erişim başta olmak üzere bilgi ve engel bölümlerinde daha fazla söz konusu olduğu göze çarpmaktadır. Bu nedenle sözü edilen bu bölümlerin güvenilirlikleri tereddütle karşılanmalıdır. Öte yandan Nunnally'nin (1978) de belirttiği gibi soru sayısının az olduğu alt boyutlarda ve yeni ölçeklerde Cronbach alfa değeri 0.60'lara kadar kabul edilebilmektedir (Akt.Alemdar ve Köker, 2013). Altuntaş ve Baykal'ın (2010) aktardığında göre Cronbach alfa katsayısı şu şekilde de ifade edilebilmektedir: $0 \leq \alpha < 0.40$ güvenilir değil, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ düşük güvenilirlikte, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ arasında oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ arasında ise yüksek derecede güvenilirdir (Erefe, 2002; Kalaycı, 2005; Özdamar, 2004). Buna göre mevcut çalışmada tutum, kontrol algısı, öz etkinlik yüksek derecede güvenilir, S.N. destek, S.N. baskı, S.N. diğer ve engel oldukça güvenilir, S.N. karşı, bilgi ve erişim bölümlerinin ise düşük güvenilirlikte olduğu görülmektedir. Düşük alfa güvenilirliği az sayıda maddelerden oluşan ölçümlerde nadir bir durum değildir. Örneğin Planlı Davranış Teorisi (TPB) çerçevesinde hipertansiyon ve diyabet hastalarında uyumun araştırıldığı bir çalışmada da kontrol inancı ölçümünün Cronbach alfa değeri 0.57; subjektif normların ise 0.63 olduğu bildirilmiştir (Kagee ve Van der Merwe, 2006).

Bataryada yer alan bölümlerin kendi aralarındaki korelasyon değerlerine bakıldığında değerlerin 0.18-0.75 aralığında olduğu ve korelasyonların çoğunluğunun $p < 0.01$; geri kalanlarının ise $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bataryanın en düşük güvenilirlik katsayısına sahip erişim bölümünün hiçbir batarya bölümüyle anlamlı düzeyde ilişki göstermediği dikkati çekmiştir. Ayrıca erişim ve S.N. karşı alt boyutlarının ilaç uyum ölçümleri olan bağımlı değişkenlerle de anlamlı düzeyde ilişki göstermediği görülmüştür. Sağlık modellerinin (SIM, TPB, IBM) ele alındığı çalışmalarda genellikle niyet ile niyetin yordayıcıları ve davranış ile davranışın yordayıcıları arasındaki korelasyon değerleri bildirilmektedir. Model değişkenlerinin birbirleriyle olan bağıntıların sunulduğu az sayıdaki çalışmalardan birinde anlamlılık düzeyinde korelasyon değerlerinin 0.16-0.42 aralığında olduğu görülmüştür (Kagee ve Van der Merwe, 2006). Saal ve Kagee'in (2012) çalışmasında ise niyetin ve tutumun normatif

inançlarla anlamlılık düzeyinde ilişki göstermediği geri kalan TPB yapılarının (tutum, subjektif norm ve kontrol algısının) birbirleriyle olan korelasyon değerlerinin 0.21-0.35 aralığında olduğu görülmüştür. Her iki çalışmada niyet ve yordayıcıları arasında belirtilen korelasyon değerleri mevcut çalışmanın yapılar arası değer aralıklarıyla benzerlik göstermektedir.

Bataryada yer alan ölçümlerin geçerliğine dair birbirileri ile korelasyonlarının yanı sıra yakınsak geçerlik kapsamında Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin tüm alt testleri ile olan bağıntılarını tespit etmek üzere Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre bataryanın engel ve erişim bölümleri haricinde tüm bölümlerin Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi alt testleri ile anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Erişim bölümünün batarya içindeki en düşük güvenilirlik katsayısına sahip olmasının diğer ölçeklerle anlamlı bir ilişki gösterememesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber S.N. karşı ve S.N. baskı alt bölümleri Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişki düzeyinde olmasına karşın öngörülenin aksine doğru orantılıdır. Bu durum S.N. alt bölümlerinin görece düşük güvenilirlik katsayısı ve ilişkinin zayıf güçte olmasıyla ilişkili olabileceği gibi, bu durumda özellikle geçerlik için kullanılan sosyal destek ölçeğinde neyin ölçüldüğünün (ya da ölçülmediğinin) etkisi olabileceği öne sürülebilir. Bir başka deyişle, söz konusu ölçek desteğin niteliğinden ziyade varlığını sorgulamaktadır. Öte yandan karşı ve baskı ölçümleri ise aslında ilaç uyumu açısından değerlendirildiğinde çok da istendik davranışlar olarak yorumlanmayabilir. Macneil ve arkadaşlarının (2011) ifade ettiği gibi diğerlerinden gelen ilacı bırakma baskısı uyumu zorlaştırmaktadır. Benzer şekilde özellikle remisyon dönemlerinde hastada herhangi bir semptom görülmediğinde aile hastanın ilaç almasına karşı çıkabilmektedir (Çakır, 2010).

BBIUB'nin ayırt edici geçerliği kapsamında ise hastalık şiddeti farklı olan gruplar (ayaktan uyumsuz ve yatan uyumsuz hastalar) BDM yapıları ve BDM ilaç uyum ölçümü açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre yatan uyumsuz hastaların ayaktan uyumsuz hastalara göre tutum, normatif inançlar (destek, diğer), algılanan

kontrol, öz etkinlik, bilgi, engel, alışkanlık ve niyet puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç BBIUB'nin “yatış gerektirecek” ve “henüz gerektirmeyecek” uyumsuz hastaları, bir diğer değişle hastalık şiddeti farklı olan iki grubu ayırt edebildiğine işaret etmektedir. Buna göre ayaktan uyumsuz grubun yatan uyumsuz gruba göre ilaca yönelik daha olumlu tutumda olması, ilaç kullanımının daha fazla desteklenmesi, ilaç kullanımı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olduğuna inanması, ilaç kullanma davranışını gerçekleştirmede kendinden daha emin olması, ilaç kullanımıyla ilişkili çevresel engellerin daha az olması, geçmişte ilaç kullanma alışkanlığının daha iyi olması ve nihayetinde ilaç kullanma niyetinin daha yüksek olması iki grup arasındaki hastalık şiddeti farkını belirliyor görünmektedir. Buradan yola çıkarak sözü edilen BDM yapılarının özellikle yatan hasta grubunda taburculuk gerçekleşmeden önce dikkate alınması ve değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünüldükçe, iki grup açısından fark yaratan her bir BDM yapısı ayrıntılı olarak tartışılması uygun görülmüştür.

Tutum ayaktan uyumsuz ve yatan uyumsuz hasta grubunda anlamlı fark oluşturan ilk BDM yapısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre yatan grubun ilaca yönelik olumlu tutumlarının ayaktan gruba göre anlamlı düzeyde oldukça düşük olduğu dikkati çekmektedir (Sırasıyla $\bar{x}=95.71$, $\bar{x}=140.28$). Sözü edilen tutumların içeriği mevcut çalışma kapsamında incelenmemekle birlikte literatürde konuyla ilgili pek çok çalışmaya rastlanılmaktadır. BPB tanılı hastaların büyük bir çoğunluğu ilaca yönelik rasyonel olmayan korkular yaşamaktadırlar (Morselli, 2003). Uyumsuz hastalar ilacı “kölelik” olarak görmeye, bağımlılıktan korkmaya, psikofarmakolojik ilaçlar almaktan utanç duymaya, ilaç almayı sağlıksız veya doğal olmayan bir şey olarak düşünmeye, duygu durumlarının ilaçlar tarafından kontrol altında tutulmasına yönelik olumsuz duygular hissetmeye daha yatkındırlar (Clatworth ve ark, 2009). Ayrıca mani ve hipomanideki “yükselme” duygusunu özleme de uyumsuzluğu yol açan tutumlardan bir diğeridir (Colom ve ark., 2000). Uyumsuzluğa dair bu tutumların herhangi biri hasta tarafından ifade edildiğinde hastanın uyumsuzluk için risk altında olduğu göz ardı edilmemelidir (Colom ve ark., 2005). Mevcut çalışmada sözü edilen olumsuz tutumların yatan hasta grubunda daha fazla olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar kan düzeyine göre ayaktan ve yatan hastalar aynı

uyum düzeyinde görünse de mevcut çalışmanın bu bulgusu aslında uyumun yalnızca kan düzeyine göre değil ilaç kullanmaya ilişkin tutumsal bileşenlere göre de ele alınabileceğini düşündürmektedir. Bu durumda BDM ilaç uyumuna göre yatan hastaların ayaktan hastalara göre tutumsal bileşenler de dikkate alındığında daha uyumsuz oldukları önerilebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde ayaktan uyumsuz grubun tamamen uyumsuz olmadığı anlaşılmakta ve buna etki eden ve yatan hastalardan farklı olarak ayaktan hasta tutumunun ambivalan bir yapısı olabileceği düşünülmektedir. Clatworthy ve arkadaşlarının (2009) ifade ettiği gibi BPB tanıılı hastaların belirli bir kısmı ilacın gerekliliği ve ilaca yönelik endişe noktasında ambivalan bir tutum içindedirler. Böyle bir grupta sıklıkla ilaçlarının bir kısmını alma şeklinde gözlenen düşük uyum veya seçici/aralıklı uyumsuzluk dilemmaya verilen bir yanıt olarak değerlendirilmektedir. Mevcut çalışmada ayaktan grup ilaca yönelik gereklilik endişe ikileminde kalırken yatan grup daha keskin/uç tutumlara sahip olabilir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmaya göre yatan psikiyatrik hastaların %12'sinin ilaçların gerekli olmadığını ve %19.6'sının bağımlılık yapacağını düşündüğü belirtilmiştir. Ayrıca hastaların %40.2'sinin hastalık tanısını bilmediği, %17.4'ünün ilaçlarının adlarını, %23.9'unun ilaçlarının dozunu, %64.1'inin ilaçların ne kadar süre kullanılması gerektiğini bilmediği ve %17.4'ünün taburcu olduktan sonra ilaç kullanmayı düşünmediği tespit edilmiştir (Kelleci ve Ata, 2011). Sözü edilen çalışma örnekleminin hastalık süre ortalamasının 7 yıl olduğu göz önüne alındığında bu süre zarfında hastaların ilaç kullanma amacını öğrenmemiş olması konuyla ilgili ciddi bir açığı ortaya koymaktadır. Bu bağlamda yatan hasta grubunda özellikle ilaca yönelik bilgilendirmenin bireyin gereksinimine uygun, bireyin ilaca yönelik tutumunu değiştirecek şekilde yapılması önerilmektedir (Kelleci ve ark., 2011). Benzer bir açıklama mevcut bulgu için de geçerli olabilir. Buna göre ilaca yönelik bilgi düzeyi yatan hasta grubunda ayaktan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bilgi düzeyinin çok daha düşük olması ilacın kullanımında yapılan pek çok hataya yol açarak (örn lityum zehirlenmesi) ilacın etkinliğinin ortaya çıkmasını engelleyebilir. Dolayısıyla “ilaçlar yarardan çok zarar veriyor” gibi bir tutuma yol açabilir.

Sonuç olarak kan düzeyine göre tek grupta toplanan hastaların ilaca yönelik tutum puanlarının yatan ve ayakta hasta olarak farklılaştığı, yatan hastaların daha olumsuz tutum puanları aldıkları görülmüştür. Bununla ilişkili olası bir açıklama yatan hastaların ilaca yönelik daha keskin (ya hep ya hiç) tutumlar gösterirken, ayakta hastaların ambivalan bir tutum içinde olabilecekleri yönündedir. Son olarak hastanın ilaçlarına ve kullanım şekillerine yönelik bilgi eksikliği veya hataları da ilacın potansiyel etkinliğinin ortaya çıkmamasına veya toksisite riski yaşamasına dolayısıyla hastalık şiddetinin artmasına yol açıyor olabilir. Hastalık şiddetinin artması ilaca yönelik olumsuz tutumları daha da güçlendirerek bir döngü oluşturuyor olabilir.

S.N. destek ve S.N. diğer'in de uyumsuz hastaları hastalık şiddeti farklı iki gruba ayırabildiği saptanmıştır. Buna göre yatan BPB tanılı hastaların S.N. destek ve S.N. diğer puanları ayakta gruba göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Diğer bir deyişle yatan grubun ilaca yönelik destek algısı ve diğer insanların ilaca uyum davranışı gösterdiğine dair inancı daha düşüktür. Literatürde yer alan pek çok çalışma hastanın yakınları veya ailesinin ilaç tedavisine yönelik tutumunun öneminden bahsetmektedir (Çakır ve ark., 2010; Olfson ve ark., 2000; Sajatovic ve ark., 2007). Buna göre sosyal destek iyileşmeyi sağlamada önemli iken düşük sosyal destek hastalığın oluşma riskini arttırmakta ve iyileşme şansını azaltmaktadır (Pevalin ve Goldberg, 2003). Sosyal desteğin iyileşme üzerindeki etkisinin ise yardım arama davranışıyla ilgili olabileceği belirtilmektedir. Carpenter, Morrow, Del Gaudio ve Ritzler'in (1981) çalışmasında önemli kişilerden (aile, arkadaş, aile hekimi) alınan desteğin tedaviye yönelik yardım arama davranışı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre sözü edilen önemli kişilerden destek alan hastaların tedaviye kendi kendine gelen, psikiyatrik acilin veya kriz anındaki telefon görüşmeleri ile yönlendirilen hastalardan daha iyi yardım arama davranışını sergilediği görülmüştür. Mevcut çalışmada da yatan hastaların büyük bir çoğunluğunun psikiyatrik acilden yönlendirilmiş olması ve ataklarıyla başa çıkmada etkili bir yardım arama davranışı gösterememiş olabilir ancak çalışmada bu hususla ilgili bir veri mevcut değildir. İleriki çalışmalarda bu hususlar da ele alınabilir.

Li ve arkadaşlarının da (2014) ifade ettiği gibi aile desteğinden yoksun olma veya iş hayatına dönmeme bipolar hastalarda atakların yinelenmesi (recurrence) açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Bununla birlikte sosyal destek yoksunluğunun sadece bakım verenlerin ilgisinin azalması ve tedaviye katılımlarıyla ilgili değil aynı zamanda özellikle bakım verenin anne baba olduğu olgularda fiziksel sağlıklarının elverişsizliği veya ölmeleri gibi durumlarla da ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır (Çakır, 2009). Mevcut çalışmada da atak geçirip yatışı olan hastaların kayıp yaşantıları ayaktan gruba göre daha fazla olabilir. Ancak mevcut çalışmada yatan hastaların sosyal destek kaynaklarına dair detaylı bilgi bulunmadığından bu olasılığın ne denli geçerli olduğu kesin değildir. Yatan hastaların daha az sosyal destek algısına yönelik bir diğer olası açıklama Olfson ve arkadaşlarının (2000) ifade ettiği gibi pek çok psikiyatrik hastaların ailelerinin, hastalarının yatarak tedavi edilmesine sıcak bakmaması olabilir. Bu bağlamda yatan hasta grubu, ailesinin yatışa istekli olmayıp mecbur kalındığı için (hekimler tarafından ikna edildiği) yatarak tedavi görüyor olduğuuna dair bir düşünce sosyal destek algısını azaltmış olabilir.

Sonuç olarak yukarıda söz edilen pek çok olası durumun etkisiyle yatan grubun destek algısının çok daha düşük olması hastalığın şiddetlenmesine yol açmış olabilirken ayaktan hastaların görece daha yüksek destek algısı olası bir atak riski için tampon görevi görüyor olabilir. Bu noktada ayaktan grubu hastalık şiddetinden koruyan bir diğer özellik önemli diğerlerine olan bağımlılık düzeyi olabilir. Adams ve Scott'un (2000) ifade ettiği gibi diğer insanlara (örn doktor) ve şeylere (örn ilaç) olan bağımlılık düzeyi, doktorların veya diğer önemli insanların onayını alma arzusuyla ilişkilidir. Buna göre mevcut çalışmada ayaktan grubun diğerlerine olan bağımlılık düzeyi ve dolayısıyla diğerlerinden onay alma arzusu yatan gruptan daha fazla olabilir.

Ayaktan ve yatan uyumsuz hastaların sosyal destek açısından farklılaşmasına yönelik bir diğer açıklama hastalıkla başa çıkma tarzları olabilir. BPB tanıılı hastaların hastalıkla başa çıkma tarzlarının uyum üzerindeki olası etkileri mevcut çalışma kapsamına girmemekle birlikte literatürde uyuma yönelik etkilerine kısaca değinmek gerekmektedir. İlaç uyumu olmayan bipolar hastaların bir başa çıkma

stratejisi olarak aile desteğini kullanma olasılıklarının daha az olduğu belirtilmektedir (Darling ve ark., 2008). Buna göre uyumsuz hastalar sağlık stresi yaşadıklarında başkalarından destek almak yerine kendi içlerine dönerek başa çıkmayı tercih ediyor olabilirler. İlaç uyumsuzluğu olan bipolar hastalar ya destek ihtiyacını tanımıyor ya da sağlık sorunlarında kendi üzerine düşeni yapmadıkları için dış desteği hak etmiyormuş gibi hissediyor olabilirler. Bu davranış kendi çaresizliğinin kısır döngüsüne girerek izolasyonu da artırıyor olabilir (Darling ve ark., 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de duygu odaklı pasif baş etme tarzının kullanımı arttıkça ilaç uyumsuzluğunun da arttığı görülmüştür (Aksoy ve Kelleci, 2016). Yapılan başka bir çalışma da ilaç uyumsuzluğu olan hastaların %68'inin psikotik olmayan depresyon yaşadıklarında, sağlıkları ve ailelerinin iyilik haliyle ilgili büyük bir endişe duyduklarını belirtmektedir. Buna karşın ilaç uyumu olan grubun sadece %36'sı depresyona maruz kalmakta ve bu bireyler de benzer bir endişe yaşamaktadırlar. Ancak bu bireylerin ilaç uyumu olmasına karşın yaşadıkları ataklar kullandıkları ilaçların yeterli olmamasıyla ilişkilendirilmektedir (Darling ve ark., 2008). Bu bilgiler mevcut çalışmada kanda ölçülen ilaç uyum düzeyi ayaktan hastalarla aynı olan yatan hastalarda hastalığın neden daha şiddetli seyrediyor olabileceğine dair bir açıklama sunabilir; bir başka deyişle yatan hastalarda S.N. desteğinin nasıl yaşandığı hastalık şiddeti üzerinde önemli bir role sahip olabilir. Söz gelimi yatarak tedavi gören grup bir atak yaşadığında muhtemel bir suçluluk duygusu ile çevresinden daha da uzaklaşarak algılanan desteğin azalmasına yol açıyor olabilir. Tüm bunların yanı sıra psikiyatrik hastaların psikiyatrik olmayan diğer tıbbi hastalığa sahip olanlarla kıyaslandığında algılanan destek düzeyinin daha düşük olduğu ve bu eksikliğin depresif bozukluklarda psikotik bozukluklara kıyasla daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kelleci ve Ata, 2011). Bu açıdan bakıldığında özellikle hastalık şiddeti daha ağır olan yatarak tedavi gören BPB tanılı hastaların diğer hastalıklara nazaran düşük destek algısı açısından bir risk grubu oluşturduğu söylenebilir.

Sonuç olarak hastalığın prognozunda önemli diğerlerinin etkisi oldukça güçlü olabilmektedir. Mevcut çalışmada bu etki daha belirgin olarak “destek” şeklinde ortaya çıkmış ve ilaca yönelik destek algısı (S.N. destek) ile diğerlerinin davranışlarına yönelik algı (S.N. diğer) hastalık şiddeti farklı iki grupta ayırt edici

güce ulaşmıştır. Bir başka deyişle BDM'nin bu yapıları her ikisi de ilaca benzer düzeyde uyumsuz olan fakat hastalık şiddeti farklı olan grupları ayırt edebiliyor görülmektedir. Bu bağlamda ileride yapılacak müdahale programları için subjektif normlara göre hastalık şiddeti daha ağır olanlar ayırt edilerek riskli grupların tespit edilebileceği düşünülmektedir.

Kontrol algısı da ayaktan uyumsuz ve yatan uyumsuz grup arasında anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Buna göre yatan uyumsuz grubun kontrol algısının daha düşük olduğu saptanmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi kontrol algısı bireyin davranışı gerçekleştirmede hem içsel hem dışsal olabilen faktörleri kontrol etme inancını ifade etmektedir (Ajzen, 1991). Literatüre bakıldığında BPB tanılı uyumsuz pek çok hastanın hastalıkları üzerinde kontrol algısına sahip olmadığı belirtilmektedir (Darling ve ark., 2008). Bu bakımdan mevcut çalışmada da ilaç uyumunu zorlaştıran içsel (örn. ilaç yan etkilerini yaşamak ve hastalık belirtilerini deneyimlemek) ve dışsal faktörler (örn her gün birden fazla ilaç içmek, sosyal ortamlarda ilaç içmek) hastalık şiddeti farklı her iki grup için de söz konusu olabilir. Ancak iki uyumsuz grup hastalık şiddeti açısından değerlendirildiğinde ilaç kullanımı üzerinde tam kontrolü olduğuna yönelik inancın yatan grupta ayaktan gruba göre daha düşük olduğu görülmüştür. Literatürde BPB tanılı ayaktan ve yatan uyumsuz hastaların kontrol algılarının hastalık şiddeti açısından karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmaması bulgunun tartışılmasını kısıtlamakla birlikte olası açıklamalar şu şekilde sıralanabilir:

Mevcut çalışmada algılanan kontrolün engel algısı ile yüksek düzeye yakın ($r=0.43$) bir ilişki göstermesi ve yine engel algısının yatan grupta daha fazla olması dikkati çeken bir bulgudur. Buna göre yatan grup ilaç uyumunu zorlaştıran çevresel etkileri kontrol etmekte zorlanmakta ve ilaca uyumuna yönelik daha fazla engel olduğunu düşünmektedir. Şahin ve arkadaşlarının (2016) ifade ettiği gibi bireyin kontrol algısı davranışı kolaylaştıran veya baskı altına alan faktörlere bağlı olarak şekillenir. Bu bağlamda bir hasta için ilaca uyum davranışıyla ilgili içsel ve dışsal faktörlerin etkisi altında kalmamak kolay ise kontrol algısı yüksek; zor ise algılanan kontrol algısı düşük olacaktır. Bununla birlikte ilaca uyum davranışına yönelik engel

algısı da BDM yapısı olarak ele alınmıştır. Her ikisi de farklı yapılar olmakla birlikte birlikte uyumsuzluğa yol açabilecek dışsal faktörlerin değerlendirmesi bakımından benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda ilaç uyumuna yönelik daha fazla engel algısına sahip hastaların ilaç uyumuna yönelik kontrol algısının da düşük olması birbirini destekler nitelikteki bulgular olarak düşünülebilir. İkinci bir açıklama düşük kontrol algısına sahip bireyin ilaç uyumunu sekteye uğratarak hastalık belirtilerinin şiddetlenmesine dolayısıyla algılanan zorluğun daha da artmasına yol açarak bir kısır döngüye dönüşmüş olabileceği yönündedir. Diğer açıdan da belirtmek gerekirse bireyin ilaç uyumsuzluğu göstermesi hastalık belirtilerinin artmasına ve kontrol algısının zayıflamasına yol açmış olabilir. Dolayısıyla tamamen uyumsuzlardan oluşan yatan hastaların ayaktan uyumsuzlara göre hastalık semptomlarını daha ağır deneyimleyip işlevselliği daha çok bozuluyor olabilir. Bireyin işlevselliği bozuldukça ilaç kullanımına dair olası durumları kontrol edemiyor olup benzer bir kısır döngüye yol açıyor olabilir. Son bir açıklama yatan hastanın ilaca yönelik kontrol algısının yatış süresince kendisine bağlı olmaması yönündedir. Daha açık ifade etmek gerekirse yatarak tedavi gören hastanın ilaçlarının tedavi ekibi tarafından veriliyor ve içip içmediğinin denetleniyor olması, tüm bunların hasta ilacı reddetse bile enjeksiyon ya da ikna yoluyla veriliyor olması, ilaç kullanımına yönelik kontrol algısının hastanın kendisine değil, tedavi ekibine bağlı olduğunu göstermekte ve kontrol algısının ayaktan gruba göre daha düşük olmasıyla sonuçlanmakta olabilir.

Öz etkinlik ayaktan uyumsuz ve yatan uyumsuz grupta da anlamlı bir farklılık oluşturan bir diğer yapıdır. Buna göre yatan uyumsuz grubun öz etkinlik puanının ayaktan uyumsuzlara göre oldukça düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $\bar{x} = 71.50$, $\bar{x} = 50.78$). Uyumsuzluk düzeyleri aynı olduğu halde bu iki grubun öz etkinlik puanları açısından birbirinden farklılaşıyor olması birkaç şekilde açıklanabilir: Kronik hastalıkların bireylerde ortaya çıkardığı belirtiler nedeniyle öz etkinlik algısının olumsuz etkelediği bilinmektedir. Özellikle belirtiler arasındaki farklılıklar bireylerin öz etkinlik algılarının farklılaşmasına neden olmaktadır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Bu bağlamda BPB tanılı uyumsuz olan iki grubun öz etkinlik puanlarındaki farklılık, yaşadıkları semptom şiddetindeki farklılıkla ilişkili olabilir. Diğer bir deyişle yatış gerektirecek grubun (yatan uyumsuz) semptomları henüz yatış gerektirmeyecek

gruba (ayaktan uyumsuz) göre daha ağır olması yatan grubun öz etkinlik puanlarının daha düşük olmasına yol açmış olabilir.

Daha önce de belirtildiği gibi bipolar bozuklukta hastane yatış nedenlerinin çoğunluğu relapslarla ilişkilidir ve hastanın duygu durum atağı yaşaması çoğu zaman bir yatış endikasyonudur (Öztürk, 1997). Böyle bir durumu bireyin kendi çabasıyla yönetmesi mümkün değildir. Bu bağlamda mevcut çalışmada yatarak tedavi görülmesi, ayaktan tedaviye kıyasla hastalığın yeterince iyi yönetilmediğinin, atağı durdurmak adına uygun şekilde ilaca uyum göstermeyi “başaramadığının” da bir kanıtı olarak değerlendirilebilir. Daha önce yatış öyküsü olan ayaktan bir hastanın yatan hastaya göre “yatış gerektirmeden idare etmeyi başarıyor” şeklinde olası bir algısı, hastalığa/ilaca yönelik öz etkinlik algısının görece artmasıyla ilişkili olabilir.

Üçüncü bir açıklama ise öz etkinlik kaynaklarının hastalık şiddeti ile olası ilişkisidir. Öz etkinlik birikiminin en önemli kaynağı, bireyin istenen/gerekli davranışı göstermedeki önceki başarılı deneyimleridir. Ayrıca başkalarının deneyimi ve bireyin davranışı gerçekleştirme yeteneği olduğu konusunda ikna olması öz etkinlikle ilişkili diğer kaynaklardır (Aksayan ve Gözüm, 1998). Mevcut çalışma bağlamında ele alırsak öz etkinliğin alışkanlık, S.N. destek ve S.N. diğer ile anlamlı ilişkiler göstermesi bu açıklamayı destekler niteliktedir. Dahası öz etkinliğin yanı sıra, alışkanlık, S.N. destek ve S.N. diğerin de uyumsuz grupları hastalık şiddetine göre ayırt ediyor olması sözü geçen dört BDM yapısının hastalık şiddetini ayırt etmede ortak katkıları söz konusu olabilir. Kan düzeyine göre iki grup uyumsuz olarak belirlenmiş olsa da ayaktan grubun alışkanlık puanlarının daha yüksek olması diğer bir ifadeyle ilaca uyumlarının geçmişte daha iyi olması görece bir başarı deneyimi şeklinde algılanmasına ve mevcut öz etkinlik algısının yatan gruba göre yüksek olmasına yol açmış olabilir. Yine S.N. desteğin ayaktan grupta, yatan gruba göre daha fazla olması diğer bir deyişle ilaca uyum davranışına yönelik destek algısının daha iyi oluşu hastanın ilaca yönelik öz etkinliğinin oluşmasında ve sürdürülmesinde rol oynamış olabilir. S.N. diğer ise öz etkinliğin gelişmesine katkı sağlayan rol modeller olarak düşünülebilir. Daha önce ifade edildiği gibi “S.N. diğer” bireyin diğer insanların ne yaptığına yönelik algısıdır. Ayaktan uyumsuz

grubun S.N. diğer puanının yatan gruba göre daha yüksek olması diğer bir ifadeyle diğer insanların ilaca uyum davranışı gösterdiklerine ilişkin algısının görece daha olumlu olması ayaktan grup için rol model oluşturuyor ve ilaca yönelik öz etkinliğin artmasına katkı sağlıyor olabilir. Son olarak Ajzen'e (1991) göre Bandura'nın öz-etkinlik kavramı algılanan kontrol ile oldukça örtüşmektedir. Buna göre algılanan kontrol bireyin çeşitli çevresel faktörlerin davranışı kolaylaştırma ve zorlaştırma algısı iken öz etkinlik sözü edilen zorluk algısına rağmen bireyin davranışı gerçekleştirmede kendinden ne kadar emin olduğuyla ilişkilidir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Bu bağlamda kontrol algısında olduğu gibi yine yatan grubun ilaçlarını kendilerinin değil sağlık ekibinin takip ediyor olması öz etkinlik inançlarının ayaktan gruba göre daha düşük olmasında da bir rol oynuyor olabilir. Aslında bu olasılık yatış sırasında tedavi ekibinin olası rolüne dair de fikirler sunuyor görülmektedir. Söz gelimi hastanın ilaçlarını kendisinin takip edebilmesini sağlayacak yöntemler geliştirmek konusunda müdahaleler tasarlanabilir.

Özetle uyumsuz gruplar arasında görülen öz etkinlik farklılığı yatan grubun semptom şiddetinin çok daha ağır olmasına ve hastalığın yönetiminde başarısızlık hissi yaşamasına dolayısıyla öz etkinlik inancının ayaktan gruba göre daha düşük olmasına yol açıyor olabilir. Ayrıca literatürde öz etkinlikle yakından ilişkili olduğu belirtilen kavramlar BDM yapılarıyla da benzer bir örüntü göstermiştir. Kan düzeyine göre aynı gruba atanan hastaların öz etkinliğe göre hastalık şiddeti açısından ayrıştırılması dahası bu ayırt ediciliğin diğer BDM yapılarıyla ilişki göstermesi BDM yapılarının ayırt edici gücü açısından kritik bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Bilgi düzeyinin ilaç uyumunu yordamamasına karşın ayaktan ve yatan uyumsuz hasta grubunda farklılaşmaya yol açtığı; yatan grupta bilgi düzeyinin ayaktan uyumsuz gruba göre daha düşük olduğu anlaşılmıştır (sırasıyla $\bar{x}=13.07$, $\bar{x}=11.92$). Literatürde mevcut bulguyu destekler nitelikte çalışmalara rastlanılmaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmaya göre yatan psikiyatrik hastaların yarısından fazlası tedavi gördükleri hastalığı, reçete edilen ilaçların adlarını veya ilaçların hastalık üzerindeki rolünü bilmemektedir (Clary, Dever ve Schweizer,

1992). Sajatovic ve arkadaşlarının (2011) BPB tanılı uyumsuz hastalarla yaptıkları bir çalışmada hastaların üçte birinin bipolar bozukluk ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Hastalığın ve tedavi gereksinimlerinin yetersiz veya yanlış anlaşılması ciddi psikiyatrik hastalıklarda nadir bir durum değildir (Claxton, Cramer ve Pierce, 2001). Özellikle BPB tanılı hastalarda ilaca yönelik bilgi eksikliği beraberinde toksisite riskini getirmesi açısından da kritiktir (Scott ve Pope, 2002).

Öte yandan ayaktan grubun bilgi düzeyinin yatan gruba göre daha yüksek olması önceki tedavi deneyimleriyle ilişkili olabilir. Daha önce de belirtildiği gibi uyum düzeyi fark etmeksizin mevcut çalışma örnekleminin büyük bir çoğunluğunun daha öncesinde hastane yatış deneyimleri olmuştur. Colom ve arkadaşlarına (2000) göre hastaların geçirdikleri relaps deneyimleri bazı öğrenmeler sağlamaktadır. Örneğin duygu durumlarında herhangi bir değişime çok daha duyarlı olup böyle durumlarda psikiyatristleriyle iletişime geçme eğilimi gösterebilmektedirler. Bu bağlamda ayaktan uyumsuz grubun yatan uyumsuz gruba kıyasla atak sinyallerini daha iyi okuyup hekimiyle daha hızlı iletişime geçiyor olması hastalık şiddetinin önlenmesine katkı sağlıyor olabilir.

Literatürde hastaların bilgi düzeyinin ilaç uyumu üzerindeki yordayıcı etkisine yönelik çalışmaların yanı sıra hastaya yapılan bilgilendirmelere dair bulgulara da rastlanılmaktadır. Mevcut çalışma kapsamında hastaların ilaç konusunda nasıl bilgilendirildikleri incelenmemekle birlikte konuyla ilgili literatüre kısaca değinilmesi uygun görülmüştür. Literatüre bakıldığında ilaca yönelik bilgilendirmenin özellikle yan etkiler söz konusu olduğunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Bipolar hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların ilaca bağlı olası problemler açısından bilgilendirilmelerine dair memnuniyetleri incelenmiştir. Buna göre hastaların %60'ından fazlasının yan etki riskleri ve ilacın cinsel yaşamlarına etki edip etmeyeceğine dair bilgilendirilmede memnuniyetsizlik yaşadıkları bulgulanmıştır (Bowskill, Clatworthy, Parham, Rank ve Horne, 2007). Dolayısıyla bilgilendirmenin hastaların ilacın etkisi ve yan etkisine yönelik gerçekçi beklentilere girmeleri sağlanarak ve ilacın potansiyel faydalarını göz ardı etmeyerek eksiksiz ve

doğru bir şekilde yapılması önerilmektedir (Crowe ve ark., 2011). Böylelikle hastalığın ve koruma tedavinin kabulünün kolaylaşacağı dolayısıyla hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyeceği ileri sürülmektedir (Rosa ve ark., 2007).

Bilgi düzeyine yönelik müdahaleler beraberinde bilginin edinildiği kaynak olan hekimle olan ilişkinin de önemini ortaya çıkarmaktadır. Örneğin yatan hastalarda yoğun bilgi müdahalesinin yapıldığı bir çalışmada uyumun daha iyi görüldüğü fakat sağlık çalışanı ile geçirilen zamanın kontrol edilmemesinin ise bir kısıtlılık olduğu bildirilmektedir (Seltzer, Roncari ve Garfinkel, 1980). Bu noktada lityum uyumunun daha olumlu hasta doktor ilişkisiyle ilişkili olabileceği ve bu etkinin hastanın lityuma yönelik olumlu tutum kazanmasında aracı bir rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (Lee ve ark., 1992). Görüldüğü üzere bilgilendirmenin yapıyor olması her zaman uyumu beraberinde getirmemekle birlikte bilgilendirme ve uyum arasındaki ilişkide olası pek çok aracı değişkenlerin ele alınması gerekmektedir. BDM'nin ve diğer sağlık modellerinin öngördüğü gibi bir sağlık davranışı olarak ilaca uyum davranışı tek bir değişkene göre açıklanamayacak kadar karmaşık bir yapıdır.

Özellikle bipolar hastalığın başlangıcında hastaların tedaviyle ilgili daha az bilgi sahibi olması uyumsuzluk ve dolayısıyla hastalık şiddeti için önemli risklerden biridir (Scott ve Pope, 2002; Claxton ve ark., 2001). Ancak hastalara bilgi sağlanması, hastaların bilgilendirmeye dair memnuniyetini veya uyumunu arttırmayabilir; nihayetinde bilgi ihtiyacı kişilerarası farklılık göstermektedir (Bowskill ve ark., 2007). Örneğin yapılan bir çalışmada en düşük bilgi düzeyinin daha yaşlı ve uzun süre lityum kullanımı olan kişilere ait olduğu görülmüştür (Dharmendra ve Eagles, 2003). Bunun da ötesinde aynı reçeteye sahip hastaların farklı seviyelerde bilgi ihtiyacı olabilir; çünkü her hasta hastalıklarıyla farklı şekillerde başa çıkmaktadır. Örneğin kimi tedavi sürecine aktif bir biçimde dahil olup ayrıntılı bilgi arayışına girerken kimisi daha kopuk bir başa çıkma tarzı gösterebilir (başkalarının sorumluluk almasını isteyebilir, yardımcı olmayan veya sıkıntı verici ek bilgiler bulabilir). Bireysel bilgi düzeyi farklılıkları ve bilgi ihtiyacının hastalığın farklı evrelerinde ve bireyin farklı gelişim dönemlerinde

değişebileceği göz önüne alınarak klinisyenin reçete ettiği her ilaca yönelik yeterli bilgilendirme yapmasının önemi yadsınamaz. Bu nedenle ilaca yönelik bilgilendirmede önemli olan bireylerin ilaca yönelik spesifik inanç ve kaygıları belirlendikten sonra bireysel ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlanan bilgilerden memnun olmalarıdır (Bowskill ve ark., 2007). Bu bağlamda mevcut çalışmada BPB tanılı yatan uyumsuz hastaların bilgi düzeyi açısından riskli olduğu anlaşılmıştır. Her ne kadar literatür konuyla ilgili kısıtlı bulgular sunsa da hastalığın şiddetlenmesinde bilgi edinmenin önemi küçümsenmemelidir. Bu nedenle yatan uyumsuz grupların bilgi düzeylerinin artırılması için hastalığın öz-yönetiminin artırılması olarak bilinen psikoeğitlimlere (Sajatovic ve ark., 2011) olan ihtiyacın oldukça kritik olduğu düşünülmektedir.

Hastalık şiddetini ayırtıran bir diğer BDM yapısı *engel algısıdır*. Buna göre ayaktan uyumsuz hastaların ilaca yönelik çevresel engel algısı ayaktan uyumsuz gruba göre daha düşüktür. Daha sonraki bölümlerde de değinileceği gibi literatürde engel algısı olumsuz tutumlar, damgalanma kaygısı, bilgi eksikliği, erişim, hasta hekim ilişkisi ve ilaç yan etkileri gibi pek çok faktörü kapsayabilmektedir. Oysa mevcut çalışmada sözü edilen faktörlerin çoğu BBIUB’de ayrı ölçümler olarak ele alınmıştır. O yüzden bulguyu literatürle kıyaslamadan önce, mevcut çalışmada çevresel engel yapısının günlük rutinin bozulması, tedavi rejimi ve hasta/hekim iletişimine yönelik maddelerle ölçüldüğü göz önüne alınmalıdır. Zeber ve arkadaşlarına (2008) göre BPB tanılı hastaların yarıya yakını ilaç alımına yönelik önemli engellerden söz etmektedir. Yaptıkları niteliksel çalışmaya göre bipolar hasta grubunda ilaç uyumsuzluğuna yönelik en önemli amaç daha iyi bir klinik ilişkinin geliştirilmesidir. Olumlu bir klinik ilişki daha iyi hasta memnuniyeti ve sağlık sonuçlarına katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda ayaktan grubun hekimle olan ilişkisinin yatan gruba göre daha iyi düzeyde olduğu düşünülebilir. Mevcut çalışmada yatan uyumsuz hastaların polikliniğe gidiş sıklığının oldukça düşük olduğu göz önüne alındığında bu grubun belirli bir hekimle herhangi bir klinik ilişkinin gelişmesini sağlayacak zamansal ve mekânsal yatırımların olmaması muhtemeldir. Dolayısıyla hastalık şiddeti daha yüksek olan grup ilişkisel açıdan daha çok tatminsizlik yaşayıp bu durumu ilaç uyumunu engelleyen bir faktör olarak

değerlendiriyor olabilir. Diğer açıdan bakıldığında da bireyin yüksek engel algısı hekimle olan ilişkinin gelişmesine fırsat vermeyebilir (hekime gitme, hastalığına ve ilaç tedavisine yönelik bilgi edinme şansının olmaması gibi). Bu durum ise hastalık şiddetinin artmasıyla sonuçlanabilir.

Mevcut çalışmada bir diğer olası engel faktörü ilaç rejiminin karmaşıklığı olarak ele alınmıştır. Hastalık şiddetinin artması çoklu ilaç kullanımına ve ilaç rejiminin karmaşıklığına yol açabilmektedir (Claxton ve ark., 2001). Dolayısıyla yatan grupta daha şiddetli olan hastalık belirtilerinin yatışması için gerekli ilaç sayısı hem daha fazla hem de ilaçların kullanımı daha karmaşık olabilir. Sonuç olarak sözü edilen engellerin uyumsuz ve hastalık şiddeti daha ağır olan gruplar kıyaslandığında önemli bir belirleyici olduğunu görülmektedir. Bu bağlamda özellikle yatan uyumsuz hastaların prognozu değerlendirilirken engel algılarının sorgulanması ve ele alınmasının kritik olduğu düşünülmektedir.

Pek çok BDM yapısı gibi *alışkanlık* da ayaktan ve yatan uyumsuz olmak üzere iki farklı hastalık şiddeti kategorisindeki katılımcıları birbirinden ayırt etmiştir. Buna göre ayaktan uyumsuz hastaların ilaç kullanım alışkanlıkları yatan gruba göre daha iyi düzeydedir. Lacro ve arkadaşlarının (2002) kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında daha önceki ilaç uyumsuzluğunun sonraki ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili önemli bir unsur olduğu bildirilmektedir. Konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada yatış dosyasında ilaç uyumu nasılsa taburculuk sonrasında da uyumun aynı şekilde devam ettiği bildirilmektedir (Çakır, 2009). Benzer bir şekilde hastaneden taburcu edilen şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmaya göre önceki ilaç uyumsuzluğunun sonraki bir yılda görülen ilaç uyumsuzluğunu yordadığı saptanmıştır. Bu yordayıcı ilişkinin ayaktan takiple başlayıp sonraki iki yıl içinde de devam ettiği görülmüştür (Buchanan, 1992). Ayrıca yakın geçmişte var olan ilaç uyumsuzluğu ayaktan tedaviye geçişte uyumsuzlukla ilişkilendirmekte ve yatan hastalardan dikkatlice alınan ilaç uyumsuzluğu öyküsünün ilaç bırakma riski olan hastaların belirlenmesinde önemli olacağı bildirilmektedir (Olfson ve ark., 2000). Benzer şekilde Scott ve Pope (2002) da uzun süreli tedavilerde ilaç uyumsuzluğu öyküsü olan bipolar hastaların gelecekte de uyum gösterememe oranlarının yüksek olacağını

ve bu nedenle “yüksek risk” grubu olarak sınıflandırılmasını önermektedir. Tüm bu araştırma sonuçları ışığında mevcut bulgu yatan hasta grubunun ilaç kullanma alışkanlığının çok daha kötü olmasının hastalığın şiddetlenmesinde ve dolayısıyla yatarak tedavi gerektirmesinde etkisi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca geçmişte ilaç uyumu olarak da tanımlanabilecek ilaç kullanma alışkanlığının ölçülmesinde bu BDM yapısının işlevsel olabileceği de vurgulanmalıdır.

Son olarak *niyet* de hastalık şiddeti farklı iki grupta anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Buna göre ayaktan uyumsuz hastaların ilaca uyum niyetleri yatan uyumsuz hastalardan daha yüksektir. Arvilommi ve arkadaşlarının (2014) belirttiği gibi düşük motivasyon kötü uyumla ilişkilidir. İlaç kullanmak istememe tanı ve sosyodemografik bilgilerden bağımsız olarak ilaç uyumsuzluğunun temel nedenlerindendir (Jonsdottir ve ark., 2008). Darling ve arkadaşlarının (2008) çalışmasına göre uyumsuz grubun yarısından fazlası ilaç almayı istemedikleri için ilaç almamaktadırlar. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de ilaç uyumsuzluğu nedeniyle hastaneye yatırılan BPB tanılı hastaların uyumsuzluk nedenlerinden biri ilaç kullanmayı istememe olarak belirlenmiştir (Mert ve ark., 2015). Bu bağlamda ayaktan uyumsuz grupta yatan gruba göre ilaç alma niyetinin daha yüksek olması şeklindeki mevcut bulgu hastalık şiddetinin ağırlaşmasını önüyor ve hastane yatışını gerektirmiyor şeklinde yorumlanabilir.

Özetlemek gerekirse ayırt edici geçerlik analizi sonuçları BDM yapılarının kan düzeyine göre uyumsuz grupta yer alan hastaları hastalık şiddetine (ayaktan/yatan) göre ayırtılabildiğini göstermektedir. Bu bulgu kan düzeyinin hastalık şiddetini ayırt edemezken BBIUB’nin bu yöndeki gücünü göstermesi bakımından oldukça önemlidir. Kan düzeyinin ayırt edici geçerlik noktasındaki yetersizliğinin başarısızlığı varyansın kısıtlılığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar mevcut çalışmada kan düzeyine göre ilaç uyumu analiz aşamasında iki kategori şeklinde ele alınsa da uyumun dolayısıyla uyumsuzluğun da bir skalası vardır. Crowe ve arkadaşlarına (2011) göre ilaç uyumsuzluğu genel olarak reçetelenenden farklı bir şekilde ilaç kullanımı olarak tanımlanmakla birlikte pek çok farklı şekilde (doz ve sıklığı azaltmak, profilaktik kullanım yerine semptomatik

kullanım, kısa süreli ve uzun süreli ilacı kesme) görülebilmektedir. Colom ve arkadaşları (2005) uyumsuzluğu şu şekilde sınıflandırmaktadır: *Tamamen uyumsuzluk* (ilaçların tamamen reddi), *seçici uyumsuzluk* (sadece bazı ilaçlara uyum gösterme), *aralıklı (intermittent) uyum* (hastalar ne tedaviden tamamen çekilir ne de ilaç rejiminin hekimin belirttiği şekilde izler), *geç uyum* (hastalığın kabulüne ve ilacın gerekliliğine dair direnç tekrarlayan relapslardan sonra kırılır ve tamamen veya kısmi uyuma geçilir), *geç uyumsuzluk* (2-3 yıl tamamen uyum gösteren bazı hastaların tedaviyi bırakmaya başlamasıdır), *kötüye kullanım* (özellikle madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan hastalarda reçetelenenden daha fazla ilaç kullanılması), *davranışsal uyumsuzluk* (ilaç uyumu göstermekle birlikte randevulara katılma ve yaşam tarzında düzenlemeler gibi diğer uyum davranışlarını yerine getirmeme). Mevcut çalışmada tamamen uyumsuz grup olarak adlandırabileceğimiz yatan grup BDM ilaç uyum ölçümüne göre tüm örneklemin %8'ini oluşturmaktadır. Bu oranın ötimik bipolar hastalarla yapılan bir başka çalışmada %10 olarak saptanması (Colom ve ark., 2005) bu anlamda benzerlik göstermektedir. Öte yandan kan düzeyine göre ölçüm sözü edilen tüm uyumsuzluk türlerini tek bir uyumsuzluk başlığında toplayıp her hastada uyumsuzluğa etki eden faktörlerin aynı olduğunu varsaymaktadır. Oysa BBIUB her bir hastanın uyumsuzluğunu pek çok BDM yapısına göre değerlendirip hastalık şiddetine göre farklılıkları ortaya koyabilmektedir. Bu bağlamda BBIUB'nin her uyumsuz hastaya yönelik yapılan tek tip yaklaşımı/müdahaleyi engelleyerek klinisyene hastalık şiddeti düzeyi hakkında bilgi sağlayarak hastanın prognozu ve tedavisine yönelik kapsamlı bir kılavuz olması umulmaktadır. Dolayısıyla tüm bu ayırteci geçerliğe yönelik bulgulardan şu çıkarımlara varmak da mümkün olabilir:

1. BDM ilaç uyumu ölçümü ile ölçtüğümüzde kana göre ikisi de aynı uyumsuzluk düzeyinde olan iki grup bir başka ölçüme göre (bdm ilaç uyumu ölçümüne göre) birbirinden farklıdır. O halde sadece kanda uyum düzeyine göre hastalar uyumsuz olarak sınıflandırılmamalıdır.
2. İki grup da kanda uyuma göre aynı uyumsuzluk düzeyinde olmasına rağmen hastalık şiddetleri aynı değildir. Dolayısıyla hastalık şiddetinin en temel yordayıcısı kanda tespit edilen ilaç uyumsuzluğu olmayabilir. İki grup

arasında BDM yapıları açısından elde edilmiş farklar aslında hastalık şiddetinin kestiriminde BDM yapılarının kanda uyum düzeyinden daha geçerli bir yöntem olabileceğini akla getirmektedir.

Ayırt edici geçerlik analiz sonuçlarına göre pek çok BDM yapısı hastalık şiddeti farklı iki grubu ayırabilirken S.N. baskı ve S.N. karşı ve erişim yapılarının bu farklı grupları ayırt etmediği dikkati çekmektedir. Tam da bu noktada hem güvenilirlik hem de pek çok geçerlilik analizlerinde beklenen değerlerin altında sonuçlar vermesi nedeniyle S.N. yapıları ve erişim ölçümlerinin ayrıntılı bir şekilde ele alınmasına gerek duyulmaktadır. Ardından geri kalan BDM yapılarının güvenilirlik ve geçerlik analiz bulguları genel olarak değerlendirilecektir.

Erişim ölçeği madde ve faktör analizi sonucu 3 maddesinin elenmesi, en düşük güvenilirlik katsayısına sahip olması, diğer BDM ölçekleriyle ve yakınsak geçerlik kapsamında ele alındıktan diğer ölçeklerle de (Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi) anlamlı ilişki göstermemesi, ilaç uyum düzeyini ve hastalık şiddetini ayırt edememesi nedeniyle bataryada geçerlik ve güvenilirliği en zayıf olan ölçüm olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada *erişim* bölümü randevu için telefon veya internet imkanı, evin hastaneye olan mesafesi, ilaç yazdırmak için zaman ayırma, refakat edecek birinin varlığı, sigortalı olma ve ilaçların eczaneden sorunsuz temini şeklinde 7 maddeden oluşmaktadır. Analizler öncesi yapılan faktör analizine göre ilaçların eczaneden sorunsuz temini (1. madde), evin hastaneye olan mesafesi (6. madde) ve ilaç yazdırmak için zaman ayırma (7. madde) maddeleri elenmiş ve geriye kalan 4 maddenin Cronbach Alfa değerinin 0.45 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğinin gerek güvenilirlik katsayısının bataryadaki en düşük değere sahip olması gerek diğer yapılarla anlamlı ilişki göstermemesi (sadece engel ile zayıf düzeyde bir anlamlı ilişki) ölçeği oluşturan maddelerin yapıyla yeterince ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Öte yandan, mevcut çalışma örnekleminin sadece %3'ünün sigortasının olmaması bu yapıyı etkisiz kılıyor olabilir. Ayrıca literatürde sigorta durumunun uyumsuzlukla ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da (Compton, Rudisch, Craw, Thompson ve Owens, 2006) bulunmaktadır. Mevcut çalışmada benzer şekilde randevu almak için telefon ve internet imkanlarına rahatlıkla sahip

olunması örneklem içinde farklılık yaratmamış olabilir. Ayrıca psikiyatrik hasta yakınları tedavi merkezine ulaşım konusunda hastaya refakat etmede daha hassas davranıyor olabilirler. Col ve arkadaşlarının (2014) belirttiği gibi kültürümüzde tedavi genellikle hastanın tüm ailesine aittir. İlaç saatleri, doktor randevuları ve ilaç temini gibi tedavi gereksinimleri tüm aileyle gerçekleştirilir. Ayrıca pek çok hasta randevularına yakınlarıyla birlikte gelmektedir. Bir diğer olası açıklama da ölçekte istatistiki önemi ortaya çıkarmak için yeterli maddenin bulunmaması olabilir. Her ne kadar pilot çalışmada 4 madde olan bölüm asıl çalışma için 7 maddeye yükseltirse de maddeler söz konusu örnekleme uygun düşmemiş olabilir. Nitekim örneklem özelliklerine bakıldığında erişim alt boyutundan en az 14 en yüksek 28 puan alınırken tüm hastaların erişim puan ortalamasının 26.59 olduğu görülmüştür. Örneklemin en azından mevcut çalışmada ele alınan erişim içeriği açısından sorun yaşamıyor olması, grupta varyans çeşitliliğini kısıtlayarak ilişki ve açıklama gücünü engellemiş olabilir. Bu bağlamda bipolar hastaların ilaca uyum davranışında erişim açısından olası sorunların incelenmesi için niteliksel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde S.N. destek ve S.N. karşının güvenilirlik katsayısının .70'in altında olması, S.N. karşı ve S.N. baskının diğer batarya ölçekleriyle az sayıda anlamlı ilişki göstermesi, S.N. karşının diğer ölçeklerle (sosyal destek ve yaşam kalitesi) anlamlı ilişki göstermemesi, S.N. karşı ve S.N. baskının hastalık şiddeti ve ilaç uyumu ayırt ediciliğinin olmaması S.N. ölçümlerinin de ayrıntılı olarak tartışılmasını gerektirmiştir. Çalışmada önleyici normatif inançlar destek, karşı ve baskı olmak üzere 3 ayrı ölçümle, tanımlayıcı inançlar ise tek ölçümle ele alınarak subjektif normlar bölümünde toplam 4 ölçüm elde edilmiştir. Literatüre bakıldığında normatif inançların çoğunlukla tek bir ölçümle ele alındığı görülmektedir. Oysa ilaç uyum literatüründe hasta yakınlarının ilaç kullanımına destek gösterdiği (Çakır ve ark., 2010), karşı çıktığı (Aker ve ark., 1994) ve baskı yaptığı (Macneil ve ark., 2011) şeklinde 3 ayrı tutumdan söz edilmektedir. Subjektif normların ilaç uyumuna etkisinin daha net anlaşılması için her bir tutum ayrı bir ölçümle fakat aynı referanslarla (maddelerde yer alan diğerleri) değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı inançlarda da aynı referanslar kullanılmıştır. Mevcut çalışmada önemli

diğerleri olarak söz edilenler eş, aile, yakın arkadaş, önemli insanların çoğu, iş arkadaşları, komşu, akraba ve benzer hastalığa sahip kişileri kapsamaktadır. Kimi çalışmalarda ise normatif inançlar sadece aile ve arkadaş olmak üzere iki ayrı referans ile değerlendirilmektedir (Kagee ve Van der Merwe, 2006). Bu bağlamda mevcut çalışmada subjektif normlar bölümünün hem subjektif norm tutumlarının çeşitliliği hem de referansların genişliği açısından oldukça kapsamlı bir şekilde ele alınmış olduğu görülmekte ve ölçümün güçlü yanı olarak değerlendirilmektedir.

Buna karşın subjektif norm ölçümlerin güvenilirliğinin diğer niyet yordayıcılarının (tutum, kontrol, öz etkinlik) güvenilirlik katsayısından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna dair açıklamalardan biri subjektif normların daha güvenilir olan çok maddeli ölçümler yerine tek madde ile ölçülmesidir (Armitage ve Conner, 2001). Ayrıca literatürde pek çok yazarın da sözü edilen yapıyı tek madde ile ölçtüğü belirtilmektedir (Armitage ve Conner, 2001). Bu bağlamda ölçümü iyileştirmek için yapılan önerilerden biri önemli referansların katılımcılar tarafından listelenmesi ve ardından bu referanslara dayanarak (kimin görüşünün dikkate alındığı) soruların yanıtlanmasıdır (Cooke ve ark., 2007). Aslında mevcut çalışmada S.N. alt testlerinin yukarıda bahsedildiği gibi 6-7 maddeden oluşmasının ve diğer seçeneği ile olası başka bir referansın eklenmesine fırsat tanınmış olmasının bu anlamda ölçümü sekteye uğratmadığı söylenebilir. Bununla birlikte açık uçlu bırakılan diğer seçeneğine katılımcıların yeni bir referans eklemedikleri gözlenmiştir.

Yine de başka nedenlerle ölçümle ilişkili sorunlar olmuş olabilir. Öncelikle katılımcılar ifadeleri olduğundan daha yüksek derecelendirmiş olabilirler. Ayrıca subjektif norm yapısını oluşturan maddeler örneklemin çoğunluğu için yetersiz veya ilişkisiz olabilir. Özellikle madde analizinde S.N. ölçeklerinde “eş” ve “iş arkadaşları” ile ilgili maddelerin elendiği görülmüştür. Örneklemin %45’inin bekar veya boşanmış, %68’inin ise bir işte çalışmaması maddelerin çoğunlukla boş bırakılarak ölçeklerde tutunamamasına yol açmış olabilir. Uygulama esnasında katılımcıların “eşim veya partnerim yok”, “eşim öldü ama hayattayken ilaç kullanmamı desteklerdi”, “komşularım/arkadaşlarım/iş arkadaşlarım ilaç kullandığımı bilmiyor”, “akrabalarla yılda bir kez görüşürüz”, “çalışmıyorum, iş

arkadaşlarımla ilgili kısmı nasıl işaretlemeliyim” gibi sorular yöneltmiş olması subjektif normlar bölümünün en çok kafa karışıklığı yaşanan bölüm olduğunu düşündürmektedir. Mevcut çalışma yazarı yukarıda söz edilen her bir durum için ifadelerin boş bırakılmasını belirtmiş ve yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı en çok boş bırakılan bölüm subjektif norm bölümleri olmuştur. Analiz aşamasında ise tüm boş bırakılan maddeler sıfır olarak kodlanmıştır. Bu kodlama sistemi de analiz aşamasında ölçümlerin güvenilirliğini olumsuz etkilemiş olabilir. Bu durum boş bırakılan ya da geçerli olmayan referansların puanlaması ile ilgili farklı bir ölçüm modeli geliştirilmesi olasılığını düşündürmektedir.

Tüm bu açıklamalar bir yandan metodolojik problemlere gönderme yaparken bir yandan da bipolar hastaların hastalıklarını ve ilaç kullanımlarını diğerleriyle paylaşmamaları bağlamında dikkati çekmekte ve bu durum çalışmada ölçülmemekle birlikte muhtemel bir damgalanma kaygısını akla getirmektedir. Algılanan ve içselleştirilen damgalanmanın bazı hastalar için ilaç uyumsuzluğunun önemli bir nedeni olduğu bilinmektedir (Colom ve ark., 2000; Colom ve ark., 2005; Scott ve Pope, 2002). Bir diğer açıklama Darling ve arkadaşlarının (2008) belirttiği gibi uyumsuz hastaların sağlık stresi yaşadıklarında başkalarından destek almak yerine kendi içlerine dönerek başa çıkmaları olabilir. Hastaların olası damgalanma kaygısı ve/veya başa çıkma tarzları nedeniyle diğerlerinden uzak durmasının yanı sıra hastanın ilaç uyumsuzluğu nedeniyle çevresi ile uyumunun bozulması, hasta yakınlarının hastalıkla ilgili olumsuz fikir ve tutumların gelişmesine neden olarak sosyal izolasyonun çift yönlü işlemesine neden oluyor olabilir (Aker, Üstünsoy, Kuğu ve Yazıcı, 2000). Öte yandan çevreden algılanan destekle ilişkili olarak araştırmada kullanılan “çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği” referans alındığında (min puan 12, max puan 84) ölçeğin tüm örnekleme ortalamasının 54 olması algılanan desteğin çok yetersiz olmadığını ya da sosyal destek ölçeğinin sosyal arzulanırlık eğilimiyle olduğundan daha fazla puanlanmış olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte subjektif norm ölçümlerinde sosyal destek ölçeğinden farklı olarak sadece ilaç kullanımına yönelik desteğin, karşı çıkışın ve baskının değerlendirildiği akılda tutulmalıdır. Ayrıca subjektif norm ölçümleri ile sosyal destek ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasındaki korelasyonun (0.15-0.38

aralığı) düşük ve orta düzeyde olması da sosyal desteğin niteliğiyle ilişkili olabilir. Subjektif norm ölçümlerinde çevrenin yokluğu (çevreye ilaç kullanımının bildirilmemesi) gibi görünen fakat bir yandan algılanan sosyal destek ölçümünün ortalama değerine istinaden çevrenin varlığına da işaret eden iki çelişkili bulgu bipolar hastaların çevre ile ilişki biçimlerinin daha yüzeysel olabileceğini düşündürmektedir. Armitage ve Conner'ın (2001) belirttiği gibi TPB çerçevesi içinde normların kavramsallaştırılma şekli sosyal etkinin önemli yönlerinin göz ardı edilmesini engelleyememektedir.

Özetle TPB'nin en çok deneysel dikkat ve en fazla ileri çalışma gerektiren yapısının subjektif normlar olduğu (Armitage ve Conner, 2001) mevcut çalışmada da gözlenmiştir. Mevcut bulgular ışığında sonraki ilaç uyumu çalışmalarında subjektif normların ölçümüyle ilişkili bazı öneriler ortaya konabilir. Öncelikle önemli referanslarının katılımcı tarafından belirlenmesi istenebilir, ardından bu referansların katılımcının sağlık durumundan (örn. ilaç kullanma davranışından) ne kadar haberdar olduklarının tespiti yapılabilir. Sonrasında subjektif normların hem ilaca uyum niyetine hem de genel sosyal destek algısına etkisi araştırılabilir. Son olarak damgalanma kaygısının sözü edilen ilişkiler üzerindeki etkisi incelenerek daha kesin sonuçlar elde edilebilir.

Tüm bunların yanı sıra, bataryadaki en düşük güvenilirlik katsayısı subjektif normların bazı alt bölümlerine ve erişim bölümüne aitken *tutum* ve *öz etkinlik* bölümleri bataryadaki en yüksek güvenilirlik katsayılarına (sırasıyla $\alpha=.90, .92$) sahiptir. Her iki ölçeğin de güvenilirlik ve geçerlik analizlerinde hiçbir maddesi elenmemiştir. Bu bağlamda her iki ölçümün geçerlik ve güvenilirlik bulgularının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Buna karşın bataryadaki üçüncü en yüksek güvenilirlik katsayısına sahip olan *kontrol algısının* geçerlik analizinde 7 maddesinin elendiği dikkati çekmektedir. Elenen 7 maddeyle ilişkili ilk göze çarpan detay cümle yapılarının benzer oluşudur. Bu maddelerin iki eylemi birden içeren koşul-şart cümle yapısına sahip olması maddelerin hastalar tarafından anlaşılmasını zorlaştırmış olabilir (örn. Ailem sürekli karışırsa ilaçlarımı kullanmam çok zor olur). Hastalar hipotetik bir soruyu (diyelim ki aileniz sürekli karışıyor, bu durum sizi ne kadar

zorlar?) kendi mevcut durumuna göre (-se sa kipini taşıyan eyleme göre?) (örn. soruyu ailesinin sürekli karışıp karışmadığı şeklinde algılayıp) yanıtlamış olabilir. Dikkat çeken bir diğer nokta ise elenen maddelerden ikisinin subjektif normlarla, diğer ikisinin ise erişimle ilişkili kontrol inançları olmasıdır. Genel olarak örneklemin niyetinin diğerlerinin inancı veya yaptıkları ile belirlenmiyor oluşu, bununla ilgili bir kontrol algısına ihtiyaç duyulmayacağı noktasında anlaşılabilir bir bulgudur. Benzer şekilde erişim sorunu olmayan örnekleimde erişime dair kontrol algısını sınavan maddelerin fark yaratmaması maddelerin elenmesiyle sonuçlanmış olabilir.

Öte yandan kontrol inancının incelendiği çoğu çalışmalara kıyasla mevcut çalışmada algılanan kontrolün ölçümünde “algılanan kontrol” yerine “algılanan zorluk/kolaylık” kullanımının daha anlaşılır olması ölçüme dair güçlü bir yan olarak düşünülmektedir. Literatürde kontrol inancı dışsal (örn. “Erişim”) ve içsel (örn. “Güven”) faktörler arasındaki farkı ortaya koymaması bakımından eleştirilmektedir (Armitage ve Conner, 2001). Mevcut çalışmada dışsal faktörlerin erişim ve engel yapılarıyla ele alınırken içsel faktörlerin niyet ve bilgi gibi yapılarla değerlendirilmesi ölçümün bir diğer güçlü yanı olarak görülmektedir.

Şimdiye kadar ölçümleri incelenen subjektif norm, öz etkinlik, tutum ve kontrol algısı yapıları niyetin yordayıcılarıdır. Tam da bu noktada bataryada yer alan ve tek madde ile ölçüldüğü için ne faktör analizi ne de güvenirlik analizi gerçekleştirilmemiş olan niyet yapısının bataryada yer alan diğer yapılar ve diğer geçerlik ölçekleri ile olan korelasyonları açısından sınavan geçerlik bulgularını tartışmak faydalı olacaktır. Buna göre S.N. baskı ve erişim dışındaki tüm BDM yapılarının niyet ile 0.18-0.75 aralığında anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gözlenmiştir. Buna göre niyet değişkeni tutum, öz etkinlik ve alışkanlık ile anlamlı düzeyde yüksek; S.N. destek, algılanan kontrol ve engel ile anlamlı düzeyde orta; S.N. karşı ve S.N. diğer ile anlamlı düzeyde düşük güçtedir. BDM yapıları ile niyet arasında çoğunluğu orta-yüksek güçte korelasyonların gözlenmiş olmasının niyet değişkeninin geçerliğini destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Niyetin ölçüm şekli ile başlamak gerekirse öngörü (self predicition) ölçümünün (x davranışını gerçekleştirme olasılığınız nedir?), davranışsal niyet ölçümüne (x davranışını gerçekleştirme niyetindeyim) kıyasla davranışın daha iyi bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Armitage ve Conner, 2001). Bir meta analiz çalışmasına göre öngörü ve davranış arasındaki ilişki ($r = .57$), niyet ve davranış arasındaki ilişkiden ($r = .49$) daha güçlüdür (Sheppard ve ark., 1988). Öngörünün daha iyi bir yordayıcı olması davranışın gerçekleşmesini kolaylaştıran ve engelleyen durumların ve diğer olası davranışların muhtemel seçimini göz önünde bulundurmasından kaynaklanmaktadır (Armitage ve Conner, 2001). Bu bağlamda mevcut çalışmada niyet yapısının öngörü şeklinde “Önümüzdeki 3 ay ilaçlarımı almam gerektiği şekilde alma olasılığım yüksek” ele alınmış olması ölçüme yönelik artı bir yan olarak değerlendirilebilir.

Öte yandan niyet gözlenen (objektif) davranıştan ziyade öz bildirime dayalı davranışın daha iyi bir yordayıcısıdır (Armitage ve Conner, 2001). Bu durum sadece sağlık modellerine özgü bir problem olmamakla birlikte sosyal psikoloji içinde de geniş bir tartışma alanına sahiptir (Armitage ve Conner, 2001). Mevcut çalışmada da öz bildirimle değerlendirilen davranışın niyet ile arasındaki ilişki 0.76 iken kan düzeyi ile ölçülen davranışın niyet ile ilişkisi 0.49 düzeyindedir. Öte yandan davranışın subjektif ölçümünün niyetle daha iyi bir ilişki göstermesi niyetin de subjektif ölçüm ile ele alınmasıyla ilişkili olabilir. Örneğin düşük yağ diyet tüketimi ile ilgili bir çalışmada öz bildirime dayalı davranış (düşük yağ diyet uyguluyorum) ve daha objektif ölçülen davranış (yağ kaynaklı kalori yüzdesinin geçerli ölçümü) arasında tutarsızlık bildirilmektedir. İkisi arasındaki fark öznel-nesnel ayrımı temsil etmekle birlikte, davranışın öznel ölçümünün önceki niyetin ölçümü ile doğrudan eşleşmesini ve objektif ölçümle eşleşememesini yansıtmaktadır. Bu nedenle öz bildirimlerin sorunlarının ve avantajlarının farkında olunması ve mümkün olduğu kadar gerçek davranışa yönelik çoklu ölçümler alınması önerilmektedir (Armitage ve Conner, 2001). Bu bağlamda mevcut çalışmanın güçlü yanlarından biri ilaca uyum davranışının likert tipi derecelendirme, 2 ayrı ölçek ve kan serum düzeyi olmak üzere hem objektif hem subjektif yöntemlerle 4 ayrı koldan ölçülmüş olmasıdır. Niyetin diğer yapılarla olan ilişkileri model testinde daha kapsamlı bir şekilde ele alınacaktır.

Niyetin yanı sıra davranışın doğrudan yordayıcıları olan *bilgi* ve *engel* ölçeklerinin güvenirlik ve geçerlik analizleri sonucu hiçbir maddesi elenmemiş ve güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.58 ve 0.69 olarak bulunmuştur. Her iki bölümün ortalama puanlarının alınacak en yüksek puana oldukça yakın olması dikkati çekmektedir. Güvenirlik katsayılarında, aracın olduğu kadar, örneklemin de bir fonksiyonu olduğu (Bademci, 2004) göz önüne alınırsa örneklemin bağdaşık olması ölçüm güvenirliğini azaltmasına neden olmuş olabilir. Davranışın bir diğer doğrudan yordayıcısı olan *alışkanlık* ise 7 dereceli likert tipi tek bir ölçümle ele alınmıştır. Bu ölçüm ve beraberinde bağımlı değişkenlerden biri olan ve ilaç kullanım tarzını sorgulayan “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” (MARS-5) sadece son zamanlardaki ilaç kullanımını değil, geçmişten bu yana kullanım alışkanlıklarının göz önüne alınarak cevaplandırılması istenmiştir. Bu durumda likert ölçüm ile değerlendirilen alışkanlık MARS-5 toplam puan ile de kontrol edilmiştir. Alışkanlığın en yüksek ve güçlü sayılabilecek bir korelasyon değerini ($r=0.57$) MARS-5 ile göstermesi kavramsal benzerliği ortaya koymakta ve ölçüt bağımlı geçerliğin yeterli olduğunu göstermektedir.

Son olarak *BDM ilaç uyum davranışının* ölçümü 5’li likert tipi ölçümle ele alınmış olup geçerlik analizleri kapsamında kriter ve artımlı geçerlik analizleri uygulanmıştır. Kriter geçerliği ölçekten elde edilen puan ile başka bir dış ölçüt arasındaki ilişkiyi inceleyerek hem geçerliliğe hem de güvenirliğe bu anlamda katkı sağlamaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Mevcut çalışmada batarya kapsamında BDM ilaca uyum davranışı değerlendirilirken eş zamanlı olarak “kan düzeyi” ölçülmüş ve iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının 0.60 olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde BDM ilaç uyumunun TTUO ve MARS-5 ile korelasyon değerlerinin 0.50’lerde olması BDM ilaç uyumunun kriter geçerliğini sağladığını göstermektedir. Yine kriter geçerlik kapsamında bataryanın “alışkanlık” bölümü ile “MARS-5” ölçeğinin korelasyon katsayısının 0.57, “tutum” bölümü ile “TTUOÖ” ölçeğinin ise 0.68 olduğu görülmüş ve her iki bölümün de kriter geçerliği açısından uygun olduğu anlaşılmıştır. Kriter geçerliğini sağlayan BDM ilaç uyum ölçümünün ayrıca artımlı geçerlik kapsamında hastalık şiddetini yordama gücü de incelenmiştir. Buna göre diğer ilaç uyum ölçümleri kontrol edildikten sonra dahi BDM ilaç uyumunun hastalık

şiddetindeki varyansın yaklaşık 17'sini anlamlı derecede açıklamaya devam ettiği görülmüştür.

Sonuç olarak BDM ilaç uyumunun diğer ilaç uyum ölçekleri ile ilişkili ve yine diğer uyum ölçekleri gibi hastalık şiddetini iyi bir oranda yordama gücüne sahip olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte dikkat çeken bir diğer bulgu yine kriter geçerliği kapsamında yapılan BDM ve kan düzeyine göre uyum kategorilerinin dağılım sonuçları olmuştur. Buna göre kan düzeyine göre uyumlu olan 133 katılımcının, 130'u BDM'ye göre de uyumlu iken kan düzeyine göre uyumsuz olan 34 kişinin 16'sının BDM'ye göre uyumsuz olduğu saptanmış ve bu iki ölçümde görülen fark ki kare analizine göre anlamlı bulunmuştur. Bu fark ilk etapta kan düzeyine göre ilaç uyumu objektif bir ölçüm şekli olduğu için, BDM ilaç uyumunun ilaç uyum davranışını tam yansıtmadığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak aksi de iddia edilebilir mi? Bir diğer deyişle uyum davranışının tıbbi bir yöntem olan kandaki ilaç düzeyine göre ölçülmüş olması söz konusu ölçümün objektif ve doğru olduğunun bir kanıtı mıdır? Öncelikle mevcut çalışmada lityum için önerilen terapötik aralık literatür bulgularından yola çıkarak 0.50-1.00 olarak ele alınmış ve kan düzeyi bu referans aralığında ise uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Oysa bireylerin ilaçları farklı oranlarda metabolize ettiği bilinmektedir (Crowe ve ark., 2012; Levin ve ark., 2016). Dolayısıyla kimi hasta önerilen lityum tedavisine harfiyen uyduğunda elde edilen kan düzeyi 0.60 olabilirken kimi hastada bu 0.40 seviyesi olabilir. Ayrıca hekimin klinik gözlemine göre 0.40 seviyesi hastanın remisyonda kalması için yeterli olabilir. Yanı sıra hastanın ölçüme gelmeden önce ekstra doz olarak serum düzeyini manipüle etme olasılığı ve dolayısıyla kan düzeyinin, kan alınmadan önceki son birkaç günü temsil etmesi (Busby ve Sajatovic, 2010) kan düzeyinin ilaç uyumunu ne kadar objektif olarak ölçebildiği sorusunu akla getirmektedir. Ayrıca kan düzeyi uyumu 2 kategoride ele alırken BDM'nin uyumu 5'li likert ölçümle değerlendirmesi BDM ölçümü lehine varyansın daha yüksek ve dolayısıyla ölçümün daha güçlü olmasını sağlamaktadır. Son olarak mevcut çalışmada verilerin vakalarla yüz yüze çalışmanın amacı anlatılarak elde edilmiş olması, BDM ölçümü ile aktarılan bilgilerin doğru olma olasılığını da yükseltmiş olabilir. O halde BDM ilaç uyum ölçümünün de ne kadar sübjektif olduğu yeniden değerlendirilebilir. Dolayısıyla tıbbi

yöntemlerin kusursuz, öz bildirime dayalı yöntemlerin ise güçsüz olduğuna dair yanlılığın yerine daha bütünsel bir bakış açısı getirilmesi gerekliliğinin mevcut bulguyla yeniden altı çizilmektedir.

Sonuç olarak BBİUB'nin psikometrik özelliklerine dair genel bulgulara bakıldığında bataryanın BPB tanılı hastaların ilaç uyumunu değerlendirmek için geçerli ve güvenilir olarak uygulanabileceğine dair kanıtlar sunduğu düşünülebilir. Tartışmanın son bölümü BBİUB'sının Bütünleşik Davranış Modelinin öngörülerini ne denli karşıladığına dair model sınamasına ilişkin analizlerin değerlendirilmesine ayrılacaktır.

4.3. Bütünleşik Davranış Modelin Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmanın temel amacı Bütünleşik Davranış Modelin (BDM) bipolar hastaların ilaca uyum davranışını açıklamadaki gücünün test edilmesidir. BDM, herhangi bir davranışın yapılması veya yapılmamasının altındaki faktörlerin tanınması için geliştirilen bir sağlık modelidir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Görece daha yeni bir model olan BDM'nin hem TRA/TPB gibi sağlık modellerinin temel yapılarını hem de araştırmalar sonucu elde edilen diğer ampirik yapıları içermesi bakımından sağlık davranışlarının öncüllerinin belirlenmesinde diğer modellerden daha kapsamlı ve dolayısıyla uygun olduğu görülmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008). BDM doğrultusunda ilaca uyum davranışı niyet, bilgi, engel, erişim ve alışkanlık yapılarıyla; davranışın en güçlü yordayıcısı olan niyet de tutum, subjektif norm, algılanan kontrol ve öz etkinlik yapılarıyla değerlendirilmiştir.

Model istatistiksel olarak sınanmadan önce, modelde tanımlanacak değişkenlerin tümünün ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi ile ele alınmıştır. Analiz sonucunda BDM yapılarının çoğunluğunun birbirleriyle korele olduğu görülmüştür. Öncelikle modelin sonuç değişkeni olan ilaca uyum davranışının niyet ve alışkanlık ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü yüksek (Sırasıyla $r=0.76$, $r=0.52$), engel ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü orta ($r=0.33$) ve bilgi ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=0.26$) ilişkili olduğu görülmüştür. Öte yandan ilaca uyum davranışı erişim ile anlamlı düzeyde ilişki göstermemiştir. Niyet ve olası yordayıcıları

(belirleyicileri) arasındaki ilişkiye bakıldığında ise niyetin tutum ve öz etkinlik ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü yüksek düzeyde (sırasıyla $r= 0.62$, $r= 0.75$); algılanan kontrol ve S.N. destek ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla $r= 0.44$, $r=0.30$); S.N. diğer ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü düşük ($r= 0.22$), S.N karşı ile anlamlı düzeyde negatif yönlü düşük ($r= -0.18$) düzeyde ilişkisi görülürken, S.N. baskı ile anlamlı bir ilişki göstermediği saptanmıştır. Konuyla ilgili meta analizlere bakıldığında niyet ve tutum (0.45-0.60), niyet ve subjektif norm (0.34-0.42), niyet ve öz etkinlik (0.35-0.46) ve niyet ve davranış (0.44-0.62) arasındaki değerler mevcut bulgularla paralellik göstermektedir (Armitage ve Conner, 2001).

Bu korelasyonel ilişkiler detaylıca incelendiğinde niyetin tutum ve öz etkinlik ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Buna göre bireyin ilaç kullanımına yönelik olumlu tutumu ve ilaç kullanımını gerçekleştirebileceğine yönelik inancı arttıkça ilaç kullanma niyeti de artmaktadır. Bu bulgu literatürdeki pek çok çalışma ile tutarlık göstermektedir (Armitage ve ark., 1999; Armitage ve Conner, 2001; Braun, 2012; Cooke ve ark., 2007; Dharmendra ve Eagles, 2003; Lacro ve ark., 2002; Rosa ve ark., 2007). Benzer şekilde niyetin algılanan kontrol ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü orta düzeyde ilişkili olduğu yine pek çok çalışmada doğrulanmaktadır (Kagee ve Van der Merwe; Mccauley ve ark., 1993; McMillan ve Conner, 2003; Norman ve Conner, 2006). Norman ve Hoyle'nin (2004) belirttiği gibi bireyin ilaç kullanımıyla ilgili hem içsel hem dışsal olabilen faktörleri kontrol etme inancı arttıkça ilaca uyum niyeti de artmaktadır. Ayrıca mevcut çalışmada kontrol algısı ve niyet arasındaki korelasyon değerinin ($r=0.44$) Armitage ve Conner'in (2001) çalışmasındaki değere ($r= 0.43$) oldukça yakın olduğu dikkati çekmektedir.

Öte yandan niyetin S.N. destek ile orta düzeyde bir ilişki gösterirken, S.N karşı ve S.N. diğer ile düşük düzeyde ilişki göstermesi ve S.N. baskı ile anlamlı bir ilişki göstermemesi dikkati çeken bir diğer bulgudur. Buna göre bireyin diğerleri tarafından ilaca uyum davranışının desteklendiğine (S.N. destek) ve diğerlerinin ilaca uyum davranışları gösterdiklerine (S.N. diğer) dair algısı arttıkça ilaca uyum niyeti de artmaktadır. Buna karşın bireyin ilaç kullanımına diğerlerinin karşı çıktığı algısı

arttıkça ilaca uyum niyeti azalmaktadır. Bireyin ilaç kullanıma dair diğerlerinin baskı yaptığı inancı ise ilaca uyum niyetini etkilememektedir.

Mevcut çalışmada S.N. karşı ve S.N. diğer niyet ile zayıf düzeyde ilişkidir. Literatürde de TPB veya BDM çerçevesiyle ele alınan pek çok çalışmada subjektif normların diğer BDM yapılarına kıyasla niyet ile en zayıf anlamlılık düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Armitage ve Conner, 2001; Norman ve Conner, 2006). Kagee ve Van der Merwe'nin (2006) çalışmasında da niyet S.N. arkadaş ile anlamlılık düzeyinde 0.16 bağıntı değeri gösterirken; S.N. aile niyet ile anlamlı bir ilişki göstermemektedir. Mevcut çalışmada S.N. baskı niyet ile anlamlı bir ilişki göstermemektedir. Literatüre bakıldığında da kimi çalışmalarda subjektif normlar ile niyet arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadığı görülmektedir (Cooke ve ark., 2007; Gutema ve ark., 2018). Hatta bazı araştırmacılar TPB'nin subjektif norm bileşeninin yetersiz olduğunu ve nadiren niyeti yordadığını ve dolayısıyla analizden çıkartılmasını önermektedir (Sparks, Shepherd ve Frewer, 1995). Konuyla ilgili kimi araştırmacılar subjektif norm yapısındaki zayıflığı insanların davranışlarının çoğunu sosyal baskıdan etkilenmeyerek yapmasına; davranışları sosyal baskı tarafından yönlendirilen grubun azınlıkta olmasına bağlamaktadır (Trafimow ve Finlay, 1996). Bu literatür bilgisine istinaden ilaç uyumu davranışı özelinde önemli diğerlerine yönelik algının bireyin niyetini yeterince etkilemediği düşünülebilir. Bununla birlikte literatürde ilaç uyumu olan hastaların uyumsuzlara kıyasla ötekine daha bağımlı olduğu veya öteki tarafından daha kolay kontrol/etki altına girdiği de bildirilmektedir (Sajatovic ve ark., 2009). Mevcut çalışmada da diğerlerinden alınan desteğe yönelik inancın ilaca uyum niyetini arttırdığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında Kelleci ve Ata'nın (2011) ilaç uyumu çalışmasında arkadaş desteği ve ilaç uyumu arasında pozitif yönde bir ilişki bulgusu, yine Fenton, Blyler ve Heinssen (1997) eş, akraba veya arkadaş desteğindeki artışın psikiyatrik hastaların tedavi uyumlarında daha iyiye gitme olasılığını arttırdığına yönelik bilgi mevcut bulguyla tutarlılık göstermektedir. Benzer şekilde özellikle duygusal destek yokluğunun daha kötü lityum uyumuyla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalara da rastlanılmaktadır (Cohen, Hammen, Henry ve Daley, 2004; Col ve ark., 2014). Bu bağlamda ilaca uyum niyeti

söz konusu olduğunda S.N. ölçümlerinden özellikle S.N. destek algısının çok daha belirleyici olduğu söylenebilir.

S.N. destek algısının artması ilaca uyum niyetini arttırırken ilaç kullanımına karşı çıkıldığı algısının artması da ilaç kullanma niyetini azaltmaktadır. Bu bulguyla paralel bir şekilde Sajatovic ve arkadaşları (2009) ailenin ve destek gruplarının ilacı hem gereksiz hem de istenmeyen olarak algılamasının kötü uyumla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca hastaya bakım verenlerin hastanın iyilik dönemlerinde ilaca gerek kalmadığı yönündeki inancının uyumun kötüleşmesinde önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir (Vieta ve ark.,2012).

Öte yandan mevcut çalışmada ilaç uyum niyeti ve subjektif normlar arasındaki düşük ilişkinin ve S.N. baskı için anlamlı ilişkinin olmamasının pek çok nedeni olabilir. Öncelikle BDM’de belirtildiği gibi davranışsal niyeti tanımlayan dört teorik yapının (tutum, subjektif norm, algılanan kontrol, öz etkinlik) önemi farklı davranışlarda ve farklı popülasyonlarda değişiklik gösterebilir. Ayrıntılandırmak gerekirse aslında BDM’yi geliştirenlerin de her yapının her davranış için her örnekleme tutarlı olarak benzer ve anlamlı ilişkiler göstereceğine dair bir öngörüsü bulunmamaktadır. Bilakis model yapılar arası ilişkilerin gücünün, yönünün ve anlamlı olup olmayacağının çalışılan sağlık davranışına ve örneklem özelliklerine göre farklılıklar gösterebileceğini de öne sürmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Bu sebeple çalışılan her davranış ve her örneklem için tek bir ölçekten faydalanmak yerine o davranış ve örneklemin temsil ettiği grubu derinlemesine anlamayı sağlayacak niteliksel yöntemlerden temel alan yeni ölçüm çalışmalarının bir gereklilik olduğunu savunmaktadır. Ayrıca herhangi bir davranışa yönelik en etkili müdahale stratejilerinin de ancak bu şekilde davranışa ve örnekleme spesifik yordayıcılar belirlendikten sonra planlanabileceğini ileri sürmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Dolayısı ile mevcut çalışmada söz konusu ilişki örüntülerini ölçümün geçerliğinin olmadığı şeklinde yorumlamak yerine hangi faktörlerin ilaç uyumunu artırıcı müdahaleler açısından daha ön plana alınması gerektiğine dair bir bilgi niteliğinde yorumlamak BDM’nin hedefleri doğrultusundadır.

Bu bağlamda subjektif normların niyetle olan zayıf ilişkisi ilaca uyum davranışına veya bipolar hasta popülasyonuna özgü bir durum olabilir. Davranış özelinde ilaç uyum davranışının başka bir sağlık davranışı gibi (örn kondom kullanma, çok içme) sosyal bir davranış olmaması normatif inançların niyetle düşük düzeyde ilişki göstermesinde etkili olmuş olabilir. Öznel bir yaşantı olan ilaca uyum niyeti diğerlerinin tutumlarından ve davranışlarından bağımsız olarak oluşuyor olabilir. Mevcut örneklem özellikleri yakından incelendiğinde ise karşı ve baskı alt testlerinin ortalamasının (ortalamalar birbirine oldukça yakındır) destek ve diğer alt testlerinden (yine ortalamalar birbirine oldukça yakındır) çok daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre örnekleme oluşturan hastaların çoğunluğunda diğerleri tarafından ilaç kullanımına karşı çıkma ve/veya baskı görme algısı söz konusu olmayabilir.

Buraya kadar BDM perspektifinde niyet ile tutum, subjektif normlar, algılanan kontrol ve öz etkinlik arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Bundan sonraki kısımda ilaca uyum davranışı ile davranışın doğrudan yordayıcıları (bilgi, engel, erişim ve niyet) arasındaki ilişkiye yer verilecektir.

Yapılan analizlere göre ilaç uyum davranışının niyet ve alışkanlık ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü yüksek (sırasıyla $r=0.76$, $r=0.52$), engel ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü orta ($r=0.33$) ve bilgi ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü düşük ($r=0.26$) düzeyde ilişkili olduğu görülürken erişim ile anlamlı bir ilişki göstermediği anlaşılmıştır. Mevcut çalışmada erişim yapısı ilaç uyumu ile anlamlı düzeyde ilişki göstermezken literatürde yer alan bazı çalışmalar tedaviye erişimin uyumla ilişkili olduğunu (Sajatovic ve ark., 2009) ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri zayıf olan hastaların daha düşük uyum oranına sahip olduğunu bildirmektedir (Zeber ve ark., 2008). Mevcut bulguyu destekler nitelikte çalışmalar (Carpenter ve ark., 1981) olmakla birlikte daha önce de belirtildiği gibi (bataryanın geçerlik ve güvenilirlik bölümünde) erişim boyutunun ölçümüyle ilişkili bazı sorunlar davranış ile erişimin ilişkili çıkmasını engellemiş olabilir. Öte yandan engel algısının ilaç uyum davranışı ile anlamlılık düzeyinde ilişki göstermesi, diğer bir deyişle kişinin engel algısının azaldıkça (mevcut çalışmada engel ölçümünden yüksek puan alınması engelin

aşılabilirliğini göstermektedir) ilaca uyum davranışının arttığı bulgusu pek çok çalışma ile tutarlıdır (Claxton ve ark., 2001; Crowe ve ark., 2011; Perkins, 2002; Zeber ve ark., 2008). Ancak çalışmalarda engel yapısının mevcut çalışmanın erişim yapısını da kapsayıcı bir şekilde ele alınmış olması dikkat çekmekle birlikte konuyla ilgili ayrıntılı açıklama BDM yapılarının yordayıcı gücünün ele alındığı kısımda yapılacaktır.

Davranışın bir diğer doğrudan yordayıcısı olan bilgi ile ilaca uyum davranışı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kişinin ilaca yönelik bilgisi arttıkça ilaca uyum davranışı da artmaktadır. Mevcut bulgu literatürde yer alan pek çok çalışma ile desteklenmektedir (Col ve ark., 2014; Dharmendra ve Eagles, 2003; Scott ve Pope, 2002). Ayrıca Rosa ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında bu ilişkinin pozitif yönlü düşük düzeyde (0.23) olması ilişkinin gücü açısından da mevcut bulgu (0.26) ile paralellik göstermektedir. Alışkanlığın da ilaca uyum davranışıyla anlamlı düzeyde pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bireyin daha önceki ilaç kullanım alışkanlık düzeyi ne kadar iyiye sonraki ilaç kullanma davranışı da o kadar iyi olmaktadır. Literatürde mevcut bulguyu destekleyen pek çok çalışmaya rastlanılmaktadır (Buchanan, 1992; Conner ve Armitage, 1998; Scott ve Pope, 2002). Son olarak ilaç uyumunun en güçlü ilişkinin niyet ile olması, diğer bir ifadeyle bireyin niyeti arttıkça ilaca uyum davranışının arttığı bulgusu literatürle uyumlu olmakla birlikte (Armitage ve Conner, 2001; Cooke ve ark., 2007; McMillian ve Conner, 2003; Norman ve Conner, 2006; Rosa ve ark., 2007) modelin doğrulanması adına ayrı bir önem taşımaktadır.

İlaca uyum davranışı BDM'nin de varsaydığı üzere bilgi, engel, alışkanlık ve niyet ile anlamlılık düzeyinde bir ilişki göstermiştir. İlaca uyum davranışı ile güçlü bir ilişki gösteren niyet ise tutum, S.N. destek, S.N. karşı, S.N. diğer, algılanan kontrol ve öz etkinlik ile ilişkili bulunmuştur. BDM'nin ilaca uyum davranışını yordama gücünü değerlendirmek için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde BDM'nin ilaca uyum niyetinin %63'ünü ve ilaca uyum davranışının da % 48'ini açıkladığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında niyetin açıklanma oranının %30-%70; davranışın ise %20-%55 olduğu görülmüştür. Örneğin Armitage ve Conner'in

(2001) meta-analitik çalışmasına göre TPB niyetteki varyansın %39'unu; davranışın ise %27'sini açıklamaktadır. Diyabet ve hipertansiyonu olan bireylerde TPB kapsamında ilaç uyumunun araştırıldığı bir çalışmada ise model niyetin %47'sini, davranışın ise %23'ünü açıklamaktadır (Kagee ve Van der Merwe, 2006). Kendi kendine testis muayenesinin TPB çerçevesinde ele alındığı bir çalışmada da model değişkenlerinin niyetin %50'sini, davranışın ise %22'sini açıkladığı görülmüştür (Mcclenahan ve ark, 2006). Norman ve Conner (2006) çalışmasında da TPB'nin niyetin tutum, algılanan kontrol ve öz etkinlik ile %66'sını açıkladığı görülmektedir. BDM çerçevesinde testis muayenesinin yordayıcılarının araştırıldığı bir çalışmada da niyetin yordayıcıları tutum, algılanan kontrol ve öz etkinlik ile belirlenmiş ve model niyetin %45'ini açıklamıştır (Gutema ve ark., 2018). Yine BDM ile ele alınan başka bir çalışmada tutum, önleyici norm ve öz etkinlik niyetin %44'ünü yordamaktadır (Braun, 2012). Literatür bulguları ışığında mevcut çalışma modelinde niyet ve davranışın açıklanan oranlarının pek çok çalışmadan daha yüksek olduğu, Johnston ve White'ın (2003) niyetin %69'unun tutum, subjektif norm ve öz etkinlik tarafından yordandığı ve davranıştaki varyansın %51'inin açıklandığı çalışması ile ise benzerlik gösterdiği anlaşılmıştır.

Mevcut çalışmada BDM'nin ilaca uyum niyetini ve davranışını açıklama gücünün literatürde yer alan pek çok çalışmaya göre yüksek oranda olduğu görülmüş ve modelin bipolar hastalarda ilaç uyum davranışı için geçerliliğini ortaya konmuştur. Metnin ilerleyen bölümlerinde her bir BDM yapısının niyeti ve/veya davranışı açıklama gücü ve niyetin ve BDM ilaca uyum davranışının aracılık etkileri ele alınacaktır.

Yapılan analizler sonucu niyetin en güçlü yordayıcısının öz etkinlik olduğu (beta= 0.70) ve öz etkinlik ve davranış arasındaki ilişkide niyetin kısmi bir aracı etki gösterdiği anlaşılmıştır. Bu bulgular ilaç uyumunu geliştirmenin bir yolunun öz etkinliğin artırılması olabileceğini öngörmesi açısından oldukça önemlidir.

Öz etkinlik bireyin belirli bir bağlam içerisindeki belirli bir davranışı sergileme gücüne olan inancıdır (Bandura, 1982). Bireylerin davranışı gerçekleştireceklerinden emin olmaları davranışa yönelik niyetlerini oluşturmaktadır.

Çünkü öz etkinlik duygusu yüksek olan bireyler zor hedeflere yönelir, hedeflerine güçlü bir şekilde bağlı kalır, hedefine odaklanmayı sürdürür, başarısızlıkla yüzleşmeye sebat eder ve başarısızlığı çaba eksikliğine bağlar. Bu nedenle bireyin davranışı gerçekleştirme becerisine olan inancının davranışsal performansı artırması oldukça muhtemeldir (Norman ve Hoyle, 2004). Bandura'ya (1982) göre öz etkinlik motivasyonun (niyetin) ana belirleyicisidir. Bireyler davranışı gerçekleştirme becerilerine güvenmediklerinde o davranışı gerçekleştirme konusunda motive olmaları da olası değildir. Buna göre bipolar hastaların ilaç kullanımına dair zorluklara rağmen ilaç alma davranışını gerçekleştirmede kendilerinden emin olmaları gelecekte ilaç alma niyetinin göstergesini oluşturmaktadır. Literatürde yer alan pek çok çalışma öz etkinliğin niyetin anlamlı bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir (Armitage ve Conner, 1999; Garcia ve Mann, 2003; Gutema ve ark. 2018; Norman ve Hoyle, 2004; Povey et al., 2000). Ayrıca mevcut bulguyla paralel bir şekilde yapılan bir meta-analitik çalışmada öz etkinliğin niyetteki en fazla varyansı oluşturduğu bildirilmektedir (Armitage ve Conner, 2001). TPB çerçevesinin yanı sıra öz etkinlik değişkeninin de ele alındığı bir çalışmada niyetin en önemli yordayıcılarının kontrol algısı ve öz etkinlik olduğu belirlenmiştir (Mcclenahan ve ark, 2006). İlaç uyumunun sosyal öğrenme modeli çerçevesinde ele alındığı bir çalışmada ise niyetin tek yordayıcısının öz etkinlik olduğu belirtilmiş fakat yazarlar bu durumu örneklemin küçüklüğüyle açıklamışlardır (Brus, van de Laar, Taal, Rasker ve Wiegman, 1999). Farklı bir sağlık davranışının (kendi kendine meme muayenesi) ele alındığı bir çalışmada ise niyetin %72'sini açıklayan yordayıcıların öz etkinlik ve tutum olduğu görülmüştür (Norman ve Holye, 2004). Özetlemek gerekirse literatürde yer alan pek çok çalışma da niyetin en önemli yordayıcısının ve niyetteki varyansı en çok açıklayan değişkenin öz etkinliklik olduğunu bildirmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi Bandura'ya (1977) göre öz etkinlik niyetin temel belirleyicisidir ve bu nedenle davranış ile olan ilişkisinde niyetin tam aracı etki göstermesi beklenmektedir. Ancak mevcut çalışma bulgularına göre öz etkinlik ile ilaca uyum davranışı arasındaki ilişkide niyetin kısmi aracı etki gösterdiği saptanmıştır. Buna göre öz etkinlikte 1 birimlik artış ilaca uyum davranışında .50

birimlik artışa neden olurken, niyetin eklenmesiyle bu artışın .20 seviyelerine düştüğü ancak hala anlamlı düzeyde kaldığı görülmüştür. Bu sonuç BDM'ye göre öz etkinlik ve davranış arasında niyetin tam aracılık etki yapacağı yönündeki hipotezi desteklememektedir. Bununla birlikte öz etkinliğin doğrudan davranışı yordadığı çalışmalar da bulunmaktadır (Armitage ve ark.,1991; Manstead ve van Eekelen, 1998; Povey ve ark., 2000). Bu çalışmalarda vurgulanan nokta verilen bir göreve yönelik öz etkinlik inancı yüksek bireylerin verilen görevi tamamlamak için daha fazla çaba ve istikrar sağlıyor olmalarıdır (Rickles, 2010). Özellikle ilaç uyumunu da içeren pek çok sağlık davranışı açısından da özetkinlik kritik bir yordayıcı olarak tanımlanmaktadır (Sarkar ve ark., 2006; Scherer ve Bruce, 2001). Yapılan çalışmalar yüksek öz etkinliğin daha iyi ilaç uyumu ve daha az ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili olduğunu bildirmektedir (Cameron ve ark., 2010). Başka bir deyişle ilaç uyumuna yönelik algılanan özetkinlik ilaç uyumunun devamına veya gelişmesine katkı sağlarken, düşük öz etkinlik ilaç uyum düzeyinin azalmasına yol açmaktadır. İlaç kullanımında yüksek öz etkinliğin anlamı bireylerin ilaçları doğru bir şekilde kullanacaklarına dair bilgi ve becerilerinin olduğuna inanmalarıdır (Rickles, 2010). Rosenbaun ve Smira'nın (1986) çalışmalarına göre yüksek özetkinlik inancına sahip hastalar ilaç uyumlarına dair geçmiş başarılarını kendi çabalarına bağlamaktadırlar. Dolayısıyla öz etkinlik hem geçmiş hem de gelecek uyum düzeyi ile pozitif korelasyon içindedir. Yine mevcut çalışmada geçmiş davranışı temsil eden alışkanlık yapısının en yüksek korelasyon değerini ($r=0.56$) öz etkinlik ile göstermesi yapılan açıklamayı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada öz etkinliğin, niyetten sonra davranış ile en yüksek korelasyon değerini ($r=0.68$) göstermesi, (öz etkinliğin) belli bir kısmının davranış üzerinde doğrudan yordayıcı etkisini de açıklamaktadır. Bu nedenle ilaca uyum niyeti olan ama uyum sağlamayan hastalar için öz etkinliğin artırılması ilaca uyum davranışının gerçekleşme olasılığını arttıracaktır. Öte yandan günde en az iki kez kullanım gerektiren ilaca uyum davranışını sürdürmenin davranışsal niyet olmadan oldukça zor olacağı da açıktır. Öz etkinliğin niyeti yordama gücü göz önüne alındığında uyuma yönelik öz etkinlikteki artışın uyum niyetinin oluşmasında da ciddi katkı sağlayacağı ortadadır (Hagger, Chatzisarantis ve Biddle, 2001). Sonuç olarak öz

etkinlik, uzun vadeli sürdürülen davranış değişikliğini sağlamak için zorunludur (İsa, Ueda, Nakamura, Misu ve Ono, 2018). Öz etkinliğin hem ilaca uyum niyeti hem de doğrudan ilaca uyum davranışı üzerindeki güçlü etkisi uyumu arttırmaya yönelik müdahale programlarında oldukça kritik bir değişken olarak ele alınmasını gerektirmektedir.

Mevcut çalışmada *tutum* öz etkinlikten sonra niyeti yordayan ikinci güçlü değişkendir. İlaç alma niyetinin önemli bir belirleyicisi olan tutum ile ilaca uyum davranışı arasındaki ilişkide niyetin tam aracı etki sağladığı da görülmektedir. Literatürde yer alan pek çok çalışma tutumun niyet üzerindeki etkisinden söz etmektedir (Braun, 2012; Gutema ve ark., 2018; McCaul ve ark., 1993; Norman ve Conner, 2006). Her ne kadar herhangi bir teori çerçevesine sahip olmayan çalışmalarda da tutumun ilaç uyumu üzerindeki yordayıcı gücü vurgulansa da (Buchanan, 1992; Dharmendra ve Eagles, 2003; Johnston ve White, 2003; Lacro ve ark., 2002; Rosa ve ark., 2007) niyetin tutum ve davranış arasındaki tam aracı etkisi BDM'nin aracılık hipotezini desteklemektedir.

Literatür ilaç uyumunun önemli bir belirleyicisi olan tutumları ilaca yönelik olumsuz tutum (Arvilommive ve ark., 2014; Sajatovic ve ark., 2009), hastalığa karşı tutumlar (Colom ve ark., 2005; Scoot ve Pope, 2002) ve belirli bir ilaç tedavisine karşı olumsuz tutumlar (Zeber ve ark., 2008) olarak sıralamaktadır. Tedavinin işe yaradığı, geleceğe yönelik iyimser bir bakış açısı iyi uyumla ilişkili tutumlarken (Buchanan, 1992); ilaçların zararlı, kimyasal (doğal olmayan) olduğu, ilaç kullanmamanın daha iyi olduğu ve doktorların ilaç yazmaya çok istekli olduğu şeklindeki olumsuz tutumlar zayıf uyumla ilişkilidir (Horne ve Weinman, 1999). Kimi çalışmalar ilaca uyumlu ve uyumsuz grup arasındaki en temel farklılığın tutumdan kaynaklandığı bildirmektedir (Scott ve Pope, 2002; Rosa ve ark., 2007).Mevcut çalışmada niyetin yordayıcısı olan ve hastalık şiddetini ayıran tutumların olumlu tutumlar olduğu bilinmekle birlikte tutum içerikleri ayrıca analiz edilmemiştir. Ancak literatürde konuyla ilgili açıklamalar geniş bir yer tutmaktadır. Örneğin Darling ve arkadaşları (2008) uyumlu grup için ilaç uyumunu kolaylaştıran öncelikli nedenlerin işlevselliğin devamlılığı ve daha iyi hissetmek olduğunu

bildirilmektedir. Öte yandan uyumsuz hastaların sıklıkla belirttiği tutumların lityum etkinliğinin kabul edilmemesi, tedaviye karşı çıkma, hastalığın inkarı ve yan etki korkusu olduğu bildirilmektedir (Scott ve Pope, 2002; Rosa ve ark., 2007). Benzer şekilde yatan şizofreni hastalarının ilaç uyumsuzluk nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada da ilacın yararlı olduğuna inanma, ilaç kullanmak istememe ve yan etki gibi sebepler ön plana çıkmaktadır (Çakır, 2009). Ayrıca uyumsuz bipolar hastaların uyumlu olmak için daha az nedenleri olduğu da aktarılmaktadır (Sajatovic ve ark., 2009). Örneğin uyumsuz hastalar “kişisel stresten kurtulmak, ilaç almaktan daha önemlidir” veya “duygu durum düzenleyiciler stabil kalmanın yapay bir yoludur” şeklinde ilaca yönelik olumsuz tutumlara sahiptir (Sajatovic ve ark., 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de bipolar hastaların düzenli ilaç kullanmalarını engelleyen durumların ilaçların etkisine inanmama, iyileşemeyeceğini düşünme, iyilik dönemlerinde ilaca gerek duymama gibi tedaviye karşı olumsuz tutumlar olduğu dikkati çekmektedir (Aksoy, 2013). Tutum hem niyeti yordayıcı gücü hem hastalık şiddeti farklı grupları ayırıştırıcı gücü hem de doğrudan niyet üzerinden davranışa etki etmesi açısından ilaca uyum müdahale programlarında dikkate alınması gereken bir değişkendir. Hastaların ilaca yönelik olumsuz tutumlarının belirlenip olumlu tutumların geliştirilmesine çalışılmasının ilaca uyum niyetinin güçlenmesini sağlayarak ilaca uyum davranışını arttıracığı düşünülmektedir.

Niyeti anlamlı düzeyde yordayan son değişken olan *kontrol algısıdır*. Kontrol algısının niyeti yordayıcı etkisi literatürdeki diğer bulgularla uyumludur (Fincham ve Moosa, 2008; Mccaul ve ark., 1993; Mcclenahan ve ark, 2006; Kagee ve Van der Merwe, 2006; McMillian ve Conner, 2003; Norman ve Conner, 2006). Daha önce belirtildiği gibi kontrol algısı bireyin davranışı gerçekleştirmede hem içsel hem dışsal olabilen faktörleri kontrol etme inancını ifade etmektedir (Ajzen 1991). Bireyin sağlık durumu üzerindeki kontrol algısı ilaca uyum niyetinin belirlenmesinde önemli bir faktör olarak görünmektedir (Darling ve ark., 2008; Norman ve Hoyle, 2004). Abraham ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında kontrol algısının niyet üzerindeki güçlü bir etkisinden söz edilmektedir. Benzer şekilde kendi kendine

meme muayene niyetinin önemli bir yordayıcının algılanan kontrol olduğu saptanmıştır (McCaul ve ark.,1993).

Bipolar hastaların ilaç alma niyetinde kontrol algısının önemli bir yeri olmakla birlikte mevcut çalışmada regresyon analizi sonucuna göre kontrol algısı ve niyet arasında ters bir ilişki söz konusudur. Buna göre kontrol algısı arttıkça niyet azalmakta ya da kontrol algısı azaldıkça niyet artmaktadır. Mevcut çalışmada kontrol algısı ve niyet arasındaki ilişkinin korelasyon analizinde pozitif, regresyon analizinde negatif yönlü bulunması, negatif ilişkinin istatistiksel artefact le ilişkili olabileceğini (suppressor effect) düşündürmekte ve pek çok çalışmada ortaya çıkan negatif ilişki benzer şekilde açıklanmaktadır (Armitage ve Conner, 1999; Povey ve ark., 2000; Norman ve Hoyle, 2004). Bu sebeple mevcut çalışmada söz konusu negatif ilişkinin açıklanması için ortak etki analizleri yapılmıştır. Ancak bu analizlerin tartışılmasına geçmeden önce literatürde kontrol algısıyla çoğu zaman örtüşen ve/veya karıştırılan kontrol odağı kavramına ilaç uyumu perspektifinden değinilmesi uygun olacaktır.

BDM'nin kontrol algısı yapısı içsel ve dışsal kontrol odağına yönelik bir ayrım gözetmemektedir. Ancak literatürde ilaç uyumuyla ilişkili kontrol algısının daha çok Rotter'ın kontrol odağı kavramıyla ilişkilendirildiği görülmektedir (Darling ve ark., 2008; Norman ve Conner, 2006; Sajatovic ve ark., 2009). Kontrol odağı bireyin kendi davranışlarının sonucu olarak bireysel sorumluluğunu kabul etme derecesidir. Bireyin başına gelen olayların sorumlusu olarak kendini görmesi içsel kontrolü; bu olayların sorumluluğunu kendileri dışında kader, şans, Tanrı, diğer insanlar gibi sebeplere bağlaması ise dışsal kontrolü ifade etmektedir (Dağ, 1991). Konuyla ilişkili olarak Norman ve Conner (2006) daha fazla dışsal kontrol odağın söz konusu olduğu sağlık davranışlarında algılanan kontrol ile niyet arasında negatif ilişki olduğunu belirtmektedir. Kontrol algısı perspektifinden bakıldığında çevresel kısıtlamalara tabi davranışların gerçekleştirilmesi daha zordur ve bu kavramsallaştırma bireyin çevre üzerindeki kontrol algısına odaklanan Rotter'in (1966) kontrol odağıyla daha fazla ortak noktaya sahiptir (Akt. Norman ve Hoyle, 2004). Mevcut bulguyla paralel bir şekilde ilaç uyumu olan bipolar hastalar, uyumsuz olanlara göre hastalıklarını daha kontrol edilebilir olarak algılamaktadır

(Darling ve ark., 2008). Ancak ilaç uyumu olan bireylerin içsel mi yoksa dışsal bir kontrol odağına sahip olduğu bu çalışma kapsamında bilinmemektedir. Yapılan bir açıklama içsel kontrol odağı ve ilaç uyumu arasındaki ilişkide ilacın nörolojik etkilerinin söz konusu olabileceği yönündedir. Buna göre duygu durumunu stabilize eden ilaçlar bireyin uyumluluk hissini arttırmaya ve günlük aktivitelere katılımı kolaylaştırmaya yardımcı olarak içsel kontrol odağını arttırmaktadır (Darling ve ark., 2008). Benzer şekilde uyumsuz bipolar hastaların da çok güçlü dışsal kontrol odağı (kader) sahip olduğu belirtilmektedir (Sajatovic ve ark., 2009). Buna karşın Adams ve Scott (2000) yaptıkları bir çalışmada yüksek uyum gösteren hastaların sağlıklarının kontrolünü içsel faktörler yerine dışsal faktörlere dayandırdıklarını bulgulamıştır. Buna göre iç kontrol odağı olan hastalar psikolojik tedavileri tercih ederken; dış kontrol odağı olanların ilacı tercih ettikleri görülmektedir. Ayrıca yüksek uyum gösteren hastaların sağlıklarının şans eseri kontrol altına alındığı düşüncesi oldukça güçlü bulunmuştur. Bu tür inançlar hastaların atak geçirmelerine neden olabilecek herhangi bir olası risk durumunu azaltmaya yöneltmektedir. Bu noktada ilaç uyumu hastaların tam da arayış içinde olduğu bir tür “sigorta poliçesine” denk gelmektedir (Adams ve Scott, 2000). Tüm bu bulgular niyet ile kontrol algısı arasındaki ilişkinin pozitif veya negatif olmasının hastalığın ve kontrolün nasıl algılandığıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Eğer birey hastalığını dışsal bir faktöre (örn. kadere) bağlar ve buna yönelik kontrol algısı düşük olursa niyeti de düşük olacaktır. Ancak yine hastalığını dışsal bir faktöre bağlayıp (örn şans) ancak buna yönelik kontrol algısını ilaç kullanarak arttıran bireyin ilaç alma niyeti yüksek olacaktır. İçsel kontrol odağı yüksek olan bir bireyin ise (hayatımdaki stresleri azaltırsam bu hastalıktan kurtulabilirim) ilaca uyum niyeti düşük olabilir. Ancak bir başka içsel kontrol odağı yüksek bir birey hastalığı kontrol etmenin kendi sorumluluğunda olduğuna inanabilir ve bu inanç da ilaç alma niyeti artabilir. Görüldüğü gibi kontrol odağı ile ilgili literatür ilaca uyum niyetini doğrudan içsel veya dışsal kontrol odağına bağlayamamakta ve yüksek bir kontrol algısının ilaç uyum niyetine yol açmayabileceğini belirtmektedir. Burada dikkat edilecek nokta sözü edilen çalışmalarda kontrol algısının ilaç uyumundan ziyade hastalığa yönelik olmasıdır. Ancak mevcut çalışmada hastalığa değil, ilaç kullanımına yönelik kontrol algısı ölçülmüştür. Dolayısıyla BDM'nin de öngördüğü gibi kontrol algısı ve niyet

arasındaki ilişki pozitif olmalıdır çünkü bireyin davranışı kontrol edebileceği algısı niyetin oluşmasına olumlu bir katkı sağlamaktadır (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Mevcut çalışmada bu negatif ilişkiyi açıklayabilmek için kontrol algısının diğer BDM değişkenleriyle (tutum, subjektif normlar, öz etkinlik) olan ortak etkisi incelenmiş ve kontrol algısının tutum değişkeni ile birlikte niyet üzerinde anlamlı bir ortak etkisi olduğu görülmüştür. Buna göre kontrol algısı düşük olan bipolar hastaların ilaç alma niyetlerini arttırmak için ilaca yönelik daha olumlu tutuma sahip olmaları; ilaca yönelik tutumu olumsuz olan hastaların niyetini arttırmak için ise ilaç alma davranışı üzerine kontrol algısının artırılması gerekmektedir. Diğer bir deyişle kişi ilaç alma davranışının zorluğundan şikayet etse de (algılanan kontrolün düşük olması) eğer ilaca yönelik olumlu bir tutum içerisindeyse ilaç alma niyeti yüksek olacaktır. Diğer açıdan bakıldığında da kişinin ilaca yönelik olumsuz bir tutumu olsa bile eğer ilaç alma davranışı üzerinde kontrol algısı artarsa ilaç alma niyeti yine artmış olacaktır. Literatürde kimi çalışmalar da algılanan kontrolün niyet üzerindeki etkisini tutumların modere ettiğini öne sürmektedir. Örneğin McMillian ve Conner (2003) uyuşturucu kullanım niyeti üzerinde tutum ve algılanan kontrolün anlamlı bir etkileşim içinde olduğunu belirtmektedir. Buna göre tüm uyuşturucu türleri için tutumlar daha olumlu olduğunda algılanan kontrol niyet ile daha güçlü bir ilişki göstermektedir. Esrar ve amfetamin durumunda algılanan kontrol her tutum seviyesinde niyet ile anlamlı bir ilişki göstermektedir. Ancak LSD ve ecstasy için tutumların olumsuz olduğu durumlarda algılanan kontrolün niyetle ilişkisi yoktur. Eagly ve Chaiken'in (1993) belirttiği gibi davranışa yönelik tutum daha olumsuz hale geldikçe algılanan kontrolün niyet oluşturma önemi giderek azalmaktadır (Akt. Norman ve Conner, 2006). Oysa mevcut çalışmaya göre tutumu olumlu olanlarda kontrol algısı ile niyet arasında ilişki gözükmemektedir. Tutum ve kontrol algısının niyet üzerindeki ortak etkisi literatürde görülmekle birlikte ortak etki içeriği mevcut çalışma ile farklılaşmaktadır.

TPB'de ortak etkilerin ele alındığı kapsamlı bir çalışmada algılanan kontrol ve tutumun ortak etkisi incelendiğinde kontrolün niyetle olan ilişkisinin tutumun işlevine göre değişeceği belirtilmektedir. Buna göre davranışın olumlu olarak

değerlendirildiği durumlarda algılanan kontrolün niyetle pozitif bir ilişkisinin; davranışın olumsuz olarak değerlendirildiği (sarhoş olmak, madde kullanımı) durumlarda ise kontrol ve niyet arasındaki ilişkinin negatif olması beklenmektedir. Benzer şekilde nötr olarak değerlendirilen davranışlar için de kontrolün niyetle ilişkisiz olması beklenmektedir. Bu nedenle algılanan kontrolün niyet üzerindeki ana etkisi çalışmalardaki katılımcıların davranışı ortalamada nasıl değerlendirdiğine bağlıdır. Bununla birlikte sosyal olarak arzu edilen bir davranış (örn. kondom kullanımı) olumsuz olarak değerlendiren kişilerin niyetlerinin kontrol algısı ile ilişkisiz olacağı da öne sürülmektedir (Conner ve McMillan, 1999). Ancak mevcut çalışmada tutum olumlu olduğunda her türlü kontrol seviyesinde niyet ile anlamlı bir ilişki görülmektedir. Bununla birlikte mevcut çalışmada tutumlar olumsuz olduğunda ancak algılanan kontrol algısı arttırılırsa niyet ile anlamlı bir ilişki söz konusu olabilmektedir. Bagozzi'nin (1992) belirttiği gibi tutumlar önce arzulara (x davranışını yapmak istiyorum) sonrasında davranışın gerçekleşmesine dair niyete dönüşmektedir. Bu açıdan bakıldığında arzular davranışsal ön görüye (self-prediction) bağlı olarak niyeti açıklayabilir. Söz konusu arzular davranışın kolaylaştırıcı/zorlaştırıcı faktörlerini göz önüne almaz. Mevcut çalışma bulgusuna paralel bir şekilde kontrol seviyesi fark etmeksizin tutum olumlu olduğunda niyet güçlenmektedir. Bu noktada kontrol algısı davranışın açıklanmasında daha özgün (unique) bir varyans sağlamaktadır. Diğer bir deyişle kontrol algısı arzularla kıyaslandığında niyet ile (ön görü ile) daha yakından ilişkilidir. Mevcut bulgu açısından bakıldığında ilaç almaya karşı olumsuz tutumu olan bireylerin, davranışla daha yakın ilişkili olan kontrol algısını arttırarak niyetleri de arttırılabilir. Olası bir diğer açıklama Armitage ve Conner'in (2001) da belirttiği gibi bireyler sosyal baskı algılarını ve kontrol algılarını dikkate alarak tutumlarını arzuya dönüştürüyor olabilir. Bununla birlikte bu arzular doğrudan davranışın belirleyicisi olarak oldukça zayıf bir ilişki gösterirken, niyetle aracılık edebilir veya algılanan kontrol ile birlikte niyeti ve/veya davranış belirleyebilir. Bu bağlamda mevcut çalışmada ilaç alma davranışına karşı kontrol algısı düşük olan bireylerin, davranışa yönelik olumlu tutum gerçekleştiğinde niyetin artıyor olması literatürde öncesinde yapılmış olan bu açıklamaya uyumlu bir bulgu ortaya koymaktadır.

Mevcut çalışmada tutum ve algılanan kontrolün niyet üzerindeki ortak etkisine benzer pek çok ortak etkiye sağlık davranış modellerinde rastlanabilir. Örneğin BDM'nin ele alındığı mevcut çalışmada da niyetin tüm yordayıcılarının bağımsız olarak ve/veya yordayıcıların birbiriyle oluşturduğu ortak etkiler niyetin açıklanmasında olası sonuçlar arasındadır. Bagozzi'nin (1992) belirttiği gibi sağlık modelleri sözü edilen olası sonuçlardan her birinin ne zaman gerçekleşmesi gerektiğini öngörmemekte; aksine ampirik belirleme için belirli bir sıralamadan ayrılmaktadır. Bu durum teorinin esnekliğini ortaya koyan ve bu anlamda araştırmacılar tarafından da modelin arzulanan bir yönüdür. Mevcut çalışma bulgusu üzerinden gidilecek olursa tutum ve algılanan kontrol etkileri dengeleyicidir. Tutumların ve algılanan kontrolün etkileri örtüşebileceği gibi, pozitif tutumlar düşük kontrol algısını etkisizleştirebilir veya algılanan kontrolün yüksek oluşu olumsuz tutumların etkisini önleyebilir. Bagozzi'ye (1992) göre bu noktayı ampirik bir analizle aydınlatmanın dışında bir araştırmacı olası sonuçlardan herhangi birinin neden sonuçlandığını açıklayamaz; çünkü TRA/TPB gibi sağlık modelleri niyet üzerindeki yordayıcıların etkileri arasındaki dengeyi düzenleyen teorik koşulları ele almamaktadır. Dolayısıyla teori belirsizlik unsuru içerir. Benzer yorumlar BDM'de davranışı açıklamayan diğer belirleyiciler (yordayıcılar) için de yapılabilir.

BDM'ye göre niyetin bir diğer belirleyicisi subjektif normlardır. Ancak niyet ile anlamlılık düzeyinde ilişki gösteren S.N. destek, S.N. karşı ve S.N. diğerin niyetin açıklanmasında yeterli güce ulaşamamıştır. Bu durum önceki bölümlerde tartışıldığı gibi ölçüm gücüyle ilişkili olabilir. Bunun dışında subjektif normların ilaca yönelik uyumu yordamaması, batı ülkelerine kıyasla aile toplumu ve sosyal iyi oluş algılarıyla bireysel iyilik halinin daha az yaşandığı toplumumuz açısından şaşırtıcı bir bulgudur (Kagee ve Van der Merwe, 2006).

Daha önce de belirtildiği gibi sağlık modelleri çerçevesi içinde normların kavramsallaştırılma şekli sosyal etkinin önemli yönlerinin göz ardı edilmesini engelleyememektedir (Armitage ve Conner, 2001). Bu nedenle sonraki çalışmalarda normatif inançların uyum üzerindeki etkileri araştırılırken hastalıkla başa çıkma stratejileri, atak geçirmeye dair kaygı/suçluluk duyguları, bakım verenin sağlık

durumu, diğer insanlara olan bağımlılık düzeyleri gibi değişkenlerin olası aracı veya biçimlendirici rolünün araştırılmasının ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Buraya kadar BDM'ye göre ilaca uyum niyetinin yordayıcıları literatür bulguları eşliğinde tartışılmıştır. Tartışmanın bundan sonraki bölümünde BDM perspektifinde ilaca uyum davranışının doğrudan yordayıcıları ele alınacaktır. Model testi için yapılan regresyon analizine göre niyet ve alışkanlık ilaca uyum davranışını açıklarken bilgi, engel ve erişimin ilaca uyum davranışı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı anlaşılmıştır. Ayrıca ilaç niyetinin hastalık şiddeti üzerindeki etkisinde ilaç uyumu davranışının kısmi aracı etki gösterdiği saptanmıştır.

TRA/TPB'nin merkezi yapısını oluşturan *niyet* davranışı etkileyen motivasyonel faktörleri kapsamakta ve insanların davranışı denemeye ne kadar istekli oldukları veya davranışı gerçekleştirmede ne kadar çaba harcayacaklarını göstermektedir (Ajzen, 1991). Mevcut bulguya göre niyet, ilaca uyum davranışını açıklama düzeyi en yüksek olan değişkendir. Buna göre niyet değişkeninde 1 birimlik artış ilaç uyum davranışında 0.62 birimlik artış sağlamaktadır. Niyetin davranış üzerindeki gücü pek çok çalışmada bildirilmiştir (Armitage ve Conner, 1999; Cooke ve ark., 2007; Gutema ve ark. 2018; McMillian ve Conner, 2003; Norman ve Conner, 2006; Norman ve Hoyle, 2004; Rosa ve ark., 2007). TPB'nin ve BDM'nin ele alındığı pek çok çalışmada niyetin açıklama oranı %40-%55 arası değişebilmektedir (Conner ve Sherlock, 1993; Mcclenahan ve ark, 2006; Sutton, 1998). Çalışmalar arasında TPB modeline göre diyabet ve hipertansiyon hastalarında uyumun ele alındığı bir çalışmada niyetin davranışın %47'sinin açıklandığı görülmüştür (Kagee ve Van der Merwe, 2006). Mevcut çalışmada niyetin yordama gücünün literatür bulgularına kıyasla daha yüksek olması niyet ve davranış arasındaki yüksek korelasyonla ($r=0.76$) ilişkili olabilir.

Literatürde niyetin davranışı açıklama gücünün görece düşük olduğu çalışmalara bakıldığında davranışın karmaşıklığından, farklı durumlarda farklı niyetlerin oluşabileceğinden ve niyet ve davranış arasında geçen sürenin uzunluğundan söz edilmektedir (Braun, 2012). İlaç içme davranışı neredeyse tüm

hastaların önceden pek çok kez deneyimlediği ve tekrarladığı bir davranıştır. Çalışmada serviste yatan uyumsuz hastalar dahi serviste oldukları sürece ilaç kullanmaktadırlar. Örnekleme yer alan hastaların günde en az 2 doz ilaç alması gerektiği göz önüne alındığında kişinin niyetlenmesinden bir günden az bir süre sonra davranışın gerçekleşmesi niyet ve davranış arasındaki ilişkiyi güçlendiriyor olabilir. Tüm bunlar uzun bir süre günde birden çok tekrarlanan ve gayet anlaşılır ve kolay bir davranışın niyet tarafından yüksek düzeyde yordanmasının bir diğer açıklaması olabilir.

Literatüre bakıldığında pek çok çalışmada davranışın tek yordayıcısının niyet olduğu görülmekle birlikte (McCaul ve ark., 1993; Norman ve Hoyle, 2004) mevcut çalışmada niyetin yanı sıra alışkanlığın da ilaç alma davranışını anlamlı düzeyde ve doğrudan açıkladığı bulgulanmıştır. Mevcut çalışmada *alışkanlığın* davranış üzerindeki yordayıcı gücü küçük olmasına karşın anlamlıdır ve literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur (Ajzen, 1991; Buchanan, 1992; Gaebel ve Pietzcker, 1985; Lacro ve ark., 2002; Norman ve Conner, 2006; Olfson ve ark. 2000; Scott ve Pope, 2002). Bununla birlikte kimi araştırmacıların alışkanlıktan ziyade “kronikliği” gelecekteki uyumun güçlü bir yordayıcı olarak gördüğü bilinmektedir (Akt. Gaebel ve Pietzcker, 1985). Poliklinik randevularının ve ilaç kullanımının aksaması, hastalığın kronikleşmesine neden olabilmektedir (Çakır, 2009). Ancak Gaebel ve Pietzcker’in (1985) işaret ettiği gibi geçmişteki davranışların öngörü niteliği, hastalığın kroniklik boyutunu azaltmakta böylece örnekleme uzun dönemde ortaya çıkan farklılıklar sadece “kroniklik” ile açıklanamamaktadır. Bu bağlamda mevcut çalışmada uyumla ilişkili vurgunun “hastalığın kronikliğine” (hastalıkla ilişki bir değişkenden) değil, “bireyin alışkanlığına”(bireye özgü bir değişkene) yapılıyor olması güçlü bir yan oluşturmaktadır.

Pek çok hastanın sağlık davranışı önceki deneyimlerinden temellenmektedir. Geçmiş davranış özellikle sıklıkla tekrarlayan davranışların açıklanmasında etkili bir yordayıcıdır (Cooke ve ark., 2007). İlaç kullanımının sıklıkla tekrarlanabilen bir davranış olduğu göz önüne alınırsa önceki ilaç kullanma sıklığı gelecekteki ilaç kullanma davranışının iyi bir yordayıcısı olabilir. Bir davranışın tekrarlanması

alışkanlığa dönüşebilir; böylece davranış ipuçlarının (cues) kontrolü altına girer ve çok az bir çaba ve farkındalıkla otomatik olarak gerçekleştirilir. Bu şartlar altında niyet (ve diğer sosyo bilişsel değişkenler) yordayıcı geçerliliğini kaybedebilir. Bu nedenle geçmiş davranışların sosyal bilişsel değişkenlerin ötesinde doğrudan davranış üzerinde bir etkiye sahip olduğu tespit edildiğinde, bu davranışın alışkanlıkla (habitual control) yapılabileceği akla getirilmelidir (Norman ve Conner, 2006). Mevcut çalışmada niyetin açıklama gücünün alışkanlığa göre oldukça güçlü olması çalışmaya katılan bipolar hastaların ilaçlarını “alışkanlıkla” almadıklarını fakat ilaç alma alışkanlıklarının yeniden ilaç almalarına küçük de olsa açıklayıcı bir katkısının olduğunu göstermektedir.

Her ne kadar Ajzen (1991) geçmiş davranışların mevcut davranış üzerinde açıklayıcı bir etkisi olmadığını savunsa da geçmiş davranışların sağlık davranış modellerine (TPB’ye) bağımsız bir yordayıcı olarak dahil edilmesi önerilmektedir (Norman ve Holye, 2004). Bununla birlikte alışkanlıkla açıklanan ek varyansın bir kısmının, geçmiş ve gelecekteki davranış ölçümleri arasındaki ortak yöntem varyansından kaynaklanması da muhtemeldir (Ajzen, 2002). Sonuç olarak niyetin yanı sıra alışkanlığın da ilaca uyum davranışını açıklaması TPB’yi oluşturan sosyobilişsel değişkenlerin yetersiz olabileceğini, farklı yapıların da dahil edildiği BDM gibi modellerin avantajını göstermektedir. Bu bulgular bir anlamda ilaç uyumu niyeti ve davranışının yordayıcılarının belirlenmesinde BDM’nin teorik bir çerçeve olarak kullanılmasının faydasını da doğrulamaktadır.

BDM’nin davranışı doğrudan yordayan değişkenleri olan bilgi, engel ve erişimin ilaca uyum davranışını yordamadığı görülmüştür. Mevcut çalışmada bipolar hastaların ilaç kullanımına yönelik *bilgi* düzeyi ilaca uyum davranışını yordamamıştır. Literatüre bakıldığında pek çok çalışmada bilgi düzeyi ve ilaca uyum davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı için (Dharmendra ve Eagles, 2003; Horne, 2006; Lee ve ark., 1992) bilgi düzeyinin yordayıcı gücüne dair çalışma sayısı da oldukça kısıtlıdır (Rosa ve ark., 2007). Mevcut çalışmada bilgi düzeyinin ilaca uyum davranışını yordama gücünün olmaması iki şekilde açıklanabilir. İlki daha önce bahsedildiği gibi bu iki değişken arasındaki ilişkinin güçsüzlüğü ($r=0.26$),

ikincisi ise örneklem özellikleri olabilir. Buna göre bilgi bölümünden en az 8 en fazla 14 puan alınırken tüm hastaların bilgi puan ortalamasının 13 olduğu görülmüştür. Örneklem büyük bir bölümünün bilgi düzeyinin yüksek olması grupta varyans çeşitliliğini kısıtlayarak açıklama gücünü engellemiş olabilir. Benzer şekilde Kessing ve arkadaşlarının (2006) bipolar hastaların duyu durum düzenleyicilerin dozları ve etkilerine yönelik yaptıkları bir çalışmada hastaların oldukça küçük bir bölümünün yanlış bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Sonraki çalışmalarda ilaca uyum davranışı bilgi düzeyi açısından farklılık gösteren örneklerle ya da bilgi düzeyini ölçen farklı maddelerle ele alınabilir.

Daha önce belirtildiği gibi mevcut çalışmada *çevresel engeller* ilaca uyum davranışını yordamamıştır. Literatürde ilaca uyum davranışını etkileyen çevresel faktörler hekim/sağlık sisteminden kaynaklanan iletişim ve tedaviye ulaşım da görülen yetersizlikler (Blixen ve ark., 2016; Crowe ve ark., 2011; Rosa ve ark., 2007), tedavi rejiminin karmaşık olması (Claxton ve ark., 2001; Sajatovic ve ark., 2009; Perkins, 2002), günlük rutinin bozulması (Sajatovic ve ark., 2009), ilaç almanın unutulması, ilaç alacak maddi imkanın olmaması ve ulaşım zorluğu (Perkins, 2002) şeklinde sıralanmaktadır. Mevcut çalışmada çevresel engeller ölçeği literatürde sıralanan pek çok faktörü kapsamaması açısından güçlü bir yan oluşturmaktadır.

BDM'ye göre çevresel engeller davranışsal performanstaki değişimi açıklamaktadır. Ancak mevcut çalışmada engel algısının ilaca uyumu yordamamasıyla ilişkili dört açıklama yapılabilir. Birincisi engel yapısının ilaca uyum davranışıyla ilişkisinin zayıf olması ($r=0.33$) yordama gücünü etkilemiş olabilir. İkincisi çalışmanın örnekleme için engel yapısını oluşturan maddelerin aşırı uç örnekler olmuş olması olabilir. Buna göre engel yapısını ölçen beş maddenin üçü doktorların yeterli zaman ayırmaması, sık değişmesi ve doktora sormak istenen soruların sorulamaması gibi doktor-hasta iletişiminin ele alındığı maddelerden oluşmaktadır. Diğer maddeler ise tedavi rejiminin karmaşıklığı ve günlük rutinin bozulmasıyla ilişkilidir. Bu maddelerin ilaca uyum davranışıyla yüksek bir ilişki ve yordama gücü göstermemesi örneklem özellikleriyle de ilişkili olabilir. Örneğin

örnekleme oluşturan grupta kullanılan tedavi rejimleri genel olarak daha basit olup hastalar için bir engel teşkil etmiyor olabilir. Buchanan'ın (1992) da belirttiği gibi tedavi rejiminin karmaşıklığı yalnızca hasta tarafından bir sorun olarak görülüyorsa uyumu etkileyeceğini varsaymak makul görünmektedir. Bunun dikkate alındığı ve buna göre tedavi rejiminin planlandığı yerlerde, rejimin karmaşıklığı ve uyum arasındaki bağlantının ortadan kalkması beklenebilir. Benzer şekilde örnekleme oluşturan bipolar hastalar hekimleri ile olan ilişkilerinden genel olarak memnun olabilirler. Engel bölümünden en az 5 en fazla 35 puan alınırken (yüksek puan daha az engel algısını ifade etmektedir) tüm hastaların engel puan ortalamasının 30 olduğu görülmüştür. Örneklemin büyük bir bölümünün engel algısının oldukça düşük olması yordayıcılığı etkileyen bir diğer açıklama olabilir. Üçüncü bir açıklama bağlamında ise engel, bilgi ve erişim kavramları literatürde birbirinin yerine kullanılabilirken mevcut çalışmada her biri ayrı bir şekilde ölçülmeye çalışılmıştır. Örneğin erişim pek çok çalışmada engel yapısının altında bir madde olabilirken (Zeber ve ark., 2008) mevcut çalışmada ayrı bir bölüm olarak ele alınmaya çalışılmıştır. Yine kimi çalışmalar algılanan stigmatı engel yapısının altında ele alabilmektedir (Saal ve Kagee, 2012). Tıpkı uyumun tanımında olduğu gibi ilaca uyum davranışında engel olarak hangi faktörlerin ele alındığı çalışmalara göre değişmektedir. Mevcut çalışmada tüm bölümlerde olduğu gibi engel bölümünde de hangi maddelerin ele alınacağı BDM'nin kavramsal tanımına göre karar verilmiştir. Sonuç olarak örneklem özelliklerinin yanı sıra engel bölümünün ölçümdeki yetersizliğinden dolayı kavram karmaşası giderilememiş, yapay bir ayırım oluşturarak ilaca uyum davranışı üzerinde yüksek ilişkisel güce ve yordayıcı etkiye ulaşamamış da olabilir. Ancak ayırt edici geçerlik bölümünde de tartışıldığı üzere örneklem hastalık şiddeti farklı uyumsuz gruplardan oluştuğunda engel algısının ayırt edici gücü ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle özellikle ilaç uyumsuzluğu araştırmalarında uyumsuzluğu da kendi içinde sınıflandırıp (bu mevcut çalışmada ayaktan/yatan olarak yapılmıştır) olası tüm engel faktörlerinin sınındığı niteliksel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Son bir açıklama sağlık modellerinin özellikle sosyal ve kültürel faktörlerin değerlendirilmesindeki kısıtlılığı olabilir. Bazı teorisyenler uyumun rasyonel sosyal-bilişsel karar alma süreçlerinden kaynaklandığı varsaymaktadır. Sağlık İnanç Modeli,

TPB ve BDM gibi rasyonel karar alma modelleri sıklıkla kişiliği, bilinçdışı süreçleri, zihinsel durumu (mental status) ve sosyo-politik bağlamın rolünü dikkate almaz. Oysa bu faktörler uyum anlayışını ilerletmede potansiyel olarak önemli bir rol oynayabilir (Saal ve Kagee, 2012). Ayrıca sosyobilişsel teorik modeller bireysel düzlemdeki odağı ve geniş ölçekli uygulanabilirliğinin sınırlı olması nedeniyle de eleştirilmektedir. Örneğin HIV hastalarında uyumu ele alan sağlık davranışlarının toplumsal sağlığın gelişmesi için bireysel ve ruhsal faktörlerin yetersiz kaldığı; sosyo-kültürel karmaşıklığın da göz önüne alınması gerektiği vurgulanmaktadır. HIV hastalarında uyum niyetinin açıklanamayan varyansı hastaların yetersiz erişim, kliniklerde uzun süre bekleme, sağlık personeli ile zayıf kişilerarası etkileşim ve damgalanma gibi kısıtlı ortamlar TPB'nin açıklayamadığı uyum niyetini belki açıklayabilecek ekstra-bireysel engeller olabilir. Diğer bir deyişle halk sağlığı sisteminin doğası ve diğer kısıtlı kaynaklar gibi bağlamsal faktörler de uyuma olan niyetin tanımlanmasında önemli bir rol oynuyor olabilir. Bu bağlamda bilişsel süreçler ve bağlamsal faktörler arasında uyum niyetini ve davranışını anlamak için daha fazla teorik, kavramsal ve deneysel araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Marks'ın (2008) belirttiği gibi sağlık psikolojisi teorileri sosyopolitik ve toplum bağlamında uygulanmadığında teorinin faydasının kısıtlı olması muhtemeldir.

Mevcut çalışmada son olarak ilaca uyum davranışının sonuç değişkeni olarak *hastalık şiddeti* ile niyet arasındaki ilişkide BDM ilaç uyumunun aracı etkisi sınanmıştır. Yapılan regresyon analizine göre tüm değişkenler hastalık şiddetini %80 oranında açıklamıştır. Buna göre niyet değişkeninde 1 birimlik artışın 0.31 birimlik azalmaya, BDM ilaç uyumunda 1 birimlik artışın ise hastalık şiddeti değişkeninde 0.54 birimlik azalmaya yol açtığı saptanmıştır. Ayrıca yaş ve poliklinik sıklığı değişkenlerinin son blokta hala anlamlılığını koruduğu görülmüştür.

Demografik değişkenlerden başlamak gerekirse ilk bulgu yaş değişkeninde görülen azalmanın hastalık şiddetinde artışa yol açtığı yönündedir. Bununla birlikte yaş değişkeni uyum düzeyine göre farklılık göstermezken, hastalık şiddeti açısından farklılaşması ve yordayıcı güce sahip olması dikkati çekmektedir. Mevcut çalışmada hastalık şiddeti daha ağır grubun (yatan uyumsuz) yaş ortalamasının 30, hastalık

şiddetinin daha az olduğu grubun (ayaktan uyumsuz) yaş ortalamasının ise 40 olduğu görülmüş ve bu fark anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu yaşça daha büyük olan bipolar hastalarda hastane yatış risklerinin daha düşük olduğu bulgusuyla (Lang ve ark., 2011) paralellik göstermektedir. Yaşça büyük olmanın uyum ve dolayısıyla hastalık şiddeti ile ilişkisi önceki psikiyatrik tedavide deneyimlediği pozitif terapötik ilişki ve tedavi sistemi hakkında edindiği bilgiye dayanmaktadır (Carpenter ve ark., 1981). Psikiyatrik hasta grubunda genç olmanın uyumsuzluk için bir risk faktörü oluşturduğu pek çok çalışmada bildirilmektedir (Carpenter ve ark., 1981; Nicholson, 1994; Kruse, Rohland ve Wu, 2002). Özellikle 25 yaş altı grubun 35 yaş ve üstü gruba kıyasla ilk takip randevularına gelme olasılığının daha düşük olduğunun bildirilmesi (Kruse ve ark., 2002) mevcut çalışmada yaş ortalamaları 30 ve 40 olan grupların ilaca uyum noktasında farklılaşmalarıyla benzeşmektedir. Sonuç olarak literatüre ve mevcut bulguya dayanarak genç hastaların hiç ilaç kullanmama gibi ağır uyumsuzluk ve dolayısıyla daha ağır hastalık şiddeti açısından bir risk altında olabileceği akılda tutulmalıdır.

Hastalık şiddetinde anlamlı bir değişim yaratan bir diğer klinik değişken poliklinik sıklığı olarak tespit edilmiştir. Buna göre poliklinik sıklığında azalma hastalık şiddetinde .08 birim artışa yol açmaktadır. Hatırlanacağı gibi poliklinik sıklığının uyum düzeyinde de farklılık oluşturduğu tartışmanın ilk bölümde belirtilmiştir. Buna göre polikliniğe düzenli olarak gelmeyen BPB tanılı hastaların ilaç uyumu azaltmakta ve hastalık şiddeti (yatarak tedavi olmak riski) artmaktadır. Literatüre bakıldığında mevcut bulguyla paralellik gösterecek şekilde takip muayenelerine gelmeyen hastaların gelenlere oranla 4 kez daha fazla hastane yatışları olduğu bildirilmektedir (Nelson, Maruish ve Axler, 2000). Bipolar hastaların özellikle hastane taburculuğundan sonra yapılan takip çalışmalarında durumun pek iç açıcı olmadığı; yüksek yinelenme (recurrence) ve ilaç uyumsuzluk oranları ve düşük iyileşme oranları görüldüğü bildirilmektedir (Li ve ark., 2014). Hastaların yarısı genellikle 2 yıl sonrasında takip muayeneleri bırakmaktadır (Percudani, Belloni, Contini ve Barbui, 2002). Buradan yola çıkarak polikliniğe geliş sıklık aralığını oldukça açan hastaların ilaç kullanımlarını da azaltmış olabileceği ve bu durumun hastalık şiddetinin ağırlaşması açısından bir risk oluşturacağı akılda tutulmalıdır.

Polikliniğe geliş sıklığı tıpkı ilaç uyumu gibi tedaviye uyum göstergelerinden biri olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda poliklinik/takip muayenelerine geliş sıklığı bireyin ilaç uyum davranışına ve dolayısıyla hastalık şiddetine dair fikir verebilen klinik bir bulgu olarak ele alınabilir.

Bu çalışmanın son hipotezi ilaç niyetinin hastalık şiddeti üzerindeki etkisinde ilaç uyumu davranışının tam aracı etki göstermesidir. Ancak yapılan aracı etki analizi bu etkinin kısmi olduğunu göstermiştir. Buna göre ilaca uyum niyeti hastalık şiddeti üzerinde ilaca uyum davranışından bağımsız olarak da bir etki göstermektedir. Bu etki başka bir tedavi uyum davranışı olan poliklinik takibi üzerinden görülüyor ve hastalık şiddetini azaltıyor olabilir. Daha açık ifade etmek gerekirse ilaç kullanma niyetine sahip bir hasta hastalığını etkin bir şekilde yönetmek için gereken pek çok diğer uyum davranışlarını (takip randevularına devamlılık, psikososyal tedaviye katılım) uygulayarak da hastalık şiddetinin azalmasına katkıda bulunuyor olabilir. Örneğin ilaç uyumuna niyeti olan bir hasta yaşam tarzını da düzenleyerek alkol veya madde kullanımını azaltabilir/bırakabilir ya da uyku düzenine dikkat edebilir. Böylelikle hastalığın şiddetlenmesini önleyebilir. Mevcut çalışmada ilaç uyumu dışında başka bir uyum değişkeninin ölçülmemesi bu noktanın tartışılmasını kısıtlamakla birlikte sonraki çalışmalarda ilaç uyum davranışının bir sonucu olan hastalık şiddeti ele alınırken sadece ilaç uyumunun değil tedavi uyumunun (tedaviye karışan bütün faktörlere olan uyum) değerlendirilmesi ve olası başka aracı etkilerin araştırılması önerilmektedir.

Sonuç olarak mevcut çalışmada BDM'nin bipolar bozuklukta ilaç uyumunun yordayıcılarının anlaşılması için bir çerçeve olarak ele alınması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda BDM'nin tüm yapılarının ölçümünü bir arada ele alan bir batarya geliştirilmiş ve yapılan analizler bataryanın geçerli ve güvenilir olarak uygulanabileceğine dair kanıtlar sunmuştur. Mevcut çalışmanın bulguları aynı zamanda BPB tanılı hastalarda ilaca uyumu arttırmayı hedefleyen müdahalelerde hastaların ilaç kullanımına yönelik alışkanlık düzeyleri gözetilerek ilaca uyum niyetlerine odaklanmalarının önemli olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan ilaç uyumuna yönelik niyetin artırılmasında başta öz etkinlik olmak üzere bireyin ilaca

yönelik tutum ve kontrol algısının ele alınmasının uygun olacağı da öngörülebilir. Ayrıca uyum düzeyleri benzer hastaların hastalık şiddetine göre farklılaşıp farklılaşmadığının da yine BBİUB'ye göre değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Böylece müdahale programları riskli grup ve yüksek riskli grup ayrımının farkında olarak uyumun geliştirilmesine odaklanabilirler.

4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Mevcut çalışmada bazı kısıtlılıklar söz konusudur. Öncelikle kullanılan araştırma deseninin ilişkisel nitelikte olması, değişkenler arasındaki ilişkinin yalnızca ele alınan yönü hakkında bilgi edinilmesine imkan tanımaktadır. Yapılacak boylamsal çalışmalar ile değişkenler arasındaki nedenselliğin kurgulanmasına ve BDM yapılarının zamansal stabilitesini (test-tekrar test) ölçmeye daha fazla olanak sağlanabilir. Çünkü BDM'ye göre niyet, davranış ve BDM'nin diğer yapıları eş zamanlı olarak değişmediğinden (Gutema ve ark., 2018) niyetin ve davranışın ölçümünün iki farklı zamanda yapıldığı boylamsal bir çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bilgilendirilmiş onam formuna dayalı ilaç uyum çalışmalarındaki genel kısıtlılık tüm tedaviyi reddeden hastalara ulaşılamaması, ulaşılsa bile bu hastaların çalışmaya katılmaya rıza göstermemesidir. Bu nedenle mevcut çalışmada da olduğu gibi hasta seçimi çoğunlukla tedaviye düzenli olarak katılan hastalardan oluşmaktadır. Ayrıca çalışmaya yönlendiren klinisyenlerin çalışma için daha uygun adaylar seçmiş olabileceğini de ekarte edemeyiz. Bu çalışmaya katılmak kendi başına bir müdahale olarak görülebilir ve uyumu arttırabilir. Hastaların kan örneklerinin alınacağını farkında olmaları çalışma sırasında daha uyumlu olmalarına neden olmuş olabilir. Daha önce de belirtildiği gibi örneklemin genelinin poliklinik randevularına düzenli olarak gelen hastalardan oluşması uyumsuzluk ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi açısından yanlı bir grup oluşturmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da uyumsuz hasta sayısının az olması bazı önemli farklılıkların kaçırılmasını engelleyememiş olabilir. Bununla birlikte çalışmaya hastalık şiddetinin ve bu bağlamda ilaç uyumsuzluğunun da bir göstergesi olan yatarak tedavi edilmekte olan bir hasta grubunun dahil edilmiş olmasının örneklem seçiminden

kaynaklanabilecek söz konusu yanlışlıkların bir nebze de olsa kontrolüne olanak sağlamış olabileceği de vurgulanmalıdır.

Öte yandan araştırmada öz bildirim ölçeklerinin kullanılması da çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Çalışmaya katılım gösteren hastaların büyük bir çoğunluğunun ölçekleri çok uzun bulmaları ve okuma kusurları nedeniyle üniversite mezunu olanlar hariç tüm maddeler araştırmacı tarafından okunmuş ve yanıtlar sözlü beyan üzerinden alınmıştır. Bu bir tarafla katılımcıların ölçekleri doldurmaya yönelik motivasyonlarını arttırırken bir tarafla da herhangi bir yönergeye “uyuma” niyeti gibi bir değişken kendi içinde sosyal arzulanırlığın belli bir ögesini gizlediği için katılımcıların yanlı cevaplarına neden olmuş olabilir. Bunun tipik bir öz bildirim ölçeği sorunu olduğu düşünülerek bu sorunu aşmak adına objektif bir yöntem olarak duygu durum düzenleyicilere yönelik kan düzeyi tespiti yapılmıştır. Ancak bireylerin ilaçları farklı oranlarda metabolize ettiği göz önüne alındığında aslında kimyasal analizlerin de kesinliği şüphe uyandırmaktadır (Crowe ve ark., 2012; Levin ve ark., 2016). Tüm bunların yanı sıra kan düzeyinin, kan alınmadan önceki son birkaç günü temsil etmesi ve daha uzun dönemi nasıl temsil edeceği de tartışmalı bir konudur (Busby ve Sajatovic, 2010; Goldstein ve ark., 2016). Yine de hem subjektif hem objektif ölçümler kullanılarak her iki ölçümün hata paylarının dengelendiği düşünülmektedir.

Ölçümlere ilişkin bir diğer kısıtlılık da BDM yapılarının modelin belirtildiği gibi tek faktör beklendiği için pek çok yapının tek faktöre zorlanmasıdır. Açıklayıcı analizde çıkan faktör yapısı ile tek faktör yapısının yapısal eşitlik modelinde doğrulayıcı faktör analizi yapılması gerekmektedir. Ancak hem örneklem küçük olduğu hem de aynı örneklemde yapılması doğru olmadığı için bu sınama bu tez çalışmasında yapılamamıştır. İleriki çalışmalarda ölçümlerin geçerliğine yönelik doğrulayıcı analizlerin yapılabileceği bir çalışma deseninin oluşturulması önerilmektedir. Bataryada yer alan bazı bölümlerin güvenilirlik katsayısının (S.N. karşı, bilgi, erişim) kabul edilebilir limit içinde olmaması da ölçümle ilgili bir diğer kısıtlılıktır.

Araştırmada ayaktan ve yatan uyumsuz hastalar BDM yapılarının yanı sıra demografik ve klinik değişkenler açısından da karşılaştırılmıştır. Ancak servis hastalarının duygudurum düzenleyicileri haricinde daha önceden kullandıkları ilaç dökümlerinin kayıtlı olmaması ve hastalardan alınan ilaç bilgilerinin güvenli olmaması yatan ve ayaktan grup açısından ilaç dozlarının karşılaştırılmasını engellemiştir. Bu durum da ayrı bir kısıtlılık olarak vurgulanmalıdır.

Ayrıca ayaktan ve yatan uyumsuz hastaların demografik ve klinik değişkenler açısından ayrıntılı bir şekilde ele alınmamış olması hastalık şiddeti ölçümüne dair yorumları oldukça kısıtlamaktadır. Söz konusu gruplar arası fark “hastalık şiddetini” ele alırken kavramsal ve yöntemsel farklılıklara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Bu iki grubun ayrıntılı hasta özelliklerinin takip edildiği boylamsal çalışmaların hastalık şiddetinin geçerliliğine dair daha geniş kanıtlar sunabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte yatan ve ayaktan grup arasında yeti yitimi açısından fark olabileceği oldukça açıktır. Dolayısıyla hastalık şiddeti ölçümünün “yeti yitimi düzeyi” şeklinde değerlendirilmesi söz konusu kısıtlılığı önleyebilir. Ayrıca yeti yitimi düzeyi BPB tanılı hastalara yapılacak müdahale içeriğini de değiştirebilir. Örneğin yeti yitimi görece daha düşük olan ayaktan uyumsuz grup için uyum (adherence) temelli müdahaleler tasarlanabilirken yeti yitimi daha ağır olan yatan grup için itaat (compliance) temelli müdahaleler daha uygun olabilir. Dolayısıyla her ne kadar mevcut çalışmada sadece BPB 1 tanılı hastalar yer alsa da söz konusu grubun klinik özellikler (poliklinik/acil başvuru sayıları, hastalık seyri, iç görü düzeyi gibi) bakımından heterojen olduğu akılda tutulmalıdır.

İlaç uyumsuzluğunun bir sonucu olarak hastalık şiddetine dair daha ileri yorumlar yapabilmek için ayaktan uyumlu ve ayaktan uyumsuz grupların BDM yapıları açısından da boylamsal takiplerinin yapılmasının oldukça kritik olabileceği düşünülmektedir. Daha önce de değinildiği üzere BDM, yapılarının birbiriyle olan ilişkilerinin daha iyi anlaşılması üzerine boylamsal çalışmaları önermektedir. Dolayısıyla ayaktan uyumlu ve uyumsuz grup arasında süreç içinde farklılık yaratan BDM yapıları uyumun olduğu kadar uyumsuzluğun açıklanmasına da katkı sağlayabilir.

Sağlık psikoloji teorileri ilaca uyum davranışını yordamada yararlı olmakla birlikte ölçümlerdeki belirleyiciler ve varyasyonlar herhangi bir teori veya modelin tek başına uyum davranışındaki değişkenliğin sınırlı bir miktarından daha fazlasını açıklayamayacak kadar karmaşıktır (Holmes ve ark., 2014). Detaylandırmak gerekirse örneğin BPB tanılı hastaların yaşadığı sağlık hizmeti deneyimi (örn. hasta-hekim ilişkisi), tedavi planı (örn. hastanın takip aralığı, koruyucu tedavinin planlanması ve takibi) ve hizmet sunumu (örn. toplum ruh sağlığına yönlendirilme ve takibi) gibi değişkenlerin de ilaç uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca damgalanma kaygısı ile birlikte kültürel farklılıkların psikiyatrik ilaç kullanımını da olumsuz etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır. Kültürün sağlığı bozucu bir yönü varsa (örn. ilaç kullanımı yerine hacı hocaya gitmek), bireyin güvenini kazanarak, bireyin anlayacağı düzeyde bilgi verilmesi ve yine bireyin kültürüne uygun müdahalenin yapılması gerekmektedir. Bu durum genel olarak sağlık psikoloji teorilerinin sosyo-politik bağlamdaki kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Tüm bu kısıtlılıklara rağmen, özellikle yordayıcılık ilişkilerine dair bulgular kapsamında sonuç değişkenleri ile anlamlı ilişki gösteren klinik ve sosyodemografik değişkenler kontrol edildikten sonra da BDM değişkenlerinin ilaç uyumu ve hastalık şiddeti değişkenlerindeki varyansı anlamlı olarak açıklamaya devam ettiği vurgulanmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasının bazı sınırlılıklar barındırmasının yanında kimi güçlü yönler ve bulgular ışığında klinik sağlık psikolojisi alanına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bipolar bozukluğu olan bir kişinin uzun dönem duygudurum düzenleyicilere uyma sürelerinin ortalama 5 ay olduğu belirtilmektedir (Otto, Reilly-Harrington ve Sachs, 2003). Tedaviye uyumsuzluk uzun süreli ilaç alması gereken hastalarda yaygın olmakla birlikte sürekli ve uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren bipolar bozuklukta bu durum daha da şiddetlenebilmektedir (Lang ve ark., 2011). İlaç

uyumsuzluğunun özellikle mani gibi tekrarlayan epizodlar ve intihar davranışıyla ilişkili olması, bireyin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkilemesinin yanı sıra hastaneye yatış riskleri ve maliyetleri arttırması göz önüne alındığında bipolar hastaların ilaç alma kararını etkileyen faktörlerin anlaşılması oldukça önem kazanmaktadır. (Clatworthy ve ark., 2007; Crowe ve ark., 2011; Hassan ve Lage, 2009; Lacro ve ark., 2002).

Bipolar hastalarda görülen yüksek uyumsuzluk oranı, bu gruptaki ilaç uyum davranışının dünyada ve ülkemizde artan halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ilaç uyum müdahalelerine yönelik çağırısı bu gerekliliğin önemini ortaya koymaktadır: “İlaç uyum müdahalelerin etkinliğinin arttırılması, halk sağlığı üzerinde spesifik tıbbi tedavilerdeki herhangi bir iyileşmeden çok daha büyük bir etkiye sahiptir” (WHO, 2003). Elbette uyumsuzlukla başa çıkmada sadece tek bir yöntem yoktur. İlaç uyumunu geliştirmek dinamik ve devamlı bir süreç olması nedeniyle tekyönlü yaklaşımlar yerine bütüncül yaklaşımlar çok daha etkilidir. (Haddad ve ark., 2014). Hastayı sahip olduğu hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal neden ve sonuçlarıyla bütüncül olarak değerlendiren biyopsikososyal model bireyin özgün bütünselliğini vurgulamaktadır. Buna göre akıl ile beden, insan ve çevresi arasında bir etkileşim ve ilişki vardır. Bu görüş hastalığın kendisiyle birlikte bireyin hastalığa karşı tepkisini de kapsamaktadır (Demirsoy, Değirmen ve Kırımlıoğlu., 2011). Bu noktada bir hastalık tepkisi olarak ilaca uyum davranışının ele alınması diğer sağlık davranışlarında da olduğu gibi disiplinler arası birçok sağlık çalışanından oluşan bir ekip çalışmasını gerektirmektedir (Zengin, 2011). Bu bütüncül bakış açısının bir ürünü olan klinik sağlık psikologları sağlık sisteminin örgüt yapısı içinde hastaneler ve sağlık merkezleri gibi klinik alanlarda verilmekte olan hizmetlere yönelik çalışmalar ve uygulamalar yapmaktadır (Usubütün, 2003). Bu doğrultuda mevcut çalışmada bazı bireylerin neden tıbbi önerileri izlemediklerini ve/veya izledikleri sorusunun cevabı aranmış ve çalışmanın uygulamalar için rehberlik sağlayabilmesi umut edilmiştir.

Bu çalışmada bipolar hastaların ilaç uyumunun BDM'ye göre sınanması hedeflenmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi kötü uyum yaygın ve önemli bir

konudur ve ciddi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Dharmendra ve Eagles, 2003; Kulhara, Basu, Mattoo, Sharan ve Chopra, 1999; Schumaan ve ark., 1999). Bununla ilgili etkili bir müdahale yöntemi geliştirmek için ilk basamak risk faktörlerin belirlenmesidir (Lacro ve ark., 2002). Biyomedikal literatürde hasta ve hastalık özelliklerinin uyumun yordayıcıları olarak incelendiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu tür araştırmaların değişken seçiminin genellikle teorik temellerden ziyade hali hazırda bulunan denek değişkenlerine (demografik ve klinik özelliklere) dayanması hatalı bir kavramsal modele neden olmaktadır. Oysa mevcut davranış modellerinin sağlamlaştırılması (birleştirilmesi) uyum artırıcı müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi için etkili bir teorik temel sağlayabilir (Holmes ve ark., 2014). Bu tez çalışmasında da ilaç uyumunun SIM, TRA/TPB gibi sağlık modellerini birleştiren BDM perspektifinde ele alınmış olması bu anlamda güçlü bir yan ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada bipolar hastalarda ilaç uyumu yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte öz bildirim sonuçlarına göre bipolar hastaların %31'i ilaçlarını aksatmaktadır. Yine araştırma sonuçlarına göre ilaç uyum kararını ciddi oranda ilaç alma niyeti belirlemekte, buna ilaç kullanma alışkanlığı ve ilaca yönelik özetkinlik de bir katkı sağlamaktadır. İlaça uyum niyetinde yine öz etkinliğin, tutumun ve kontrol algısının anlamlı ve önemli bir etkisi olduğu görülmüştür. Bu bulgular ilaç uyum davranışının performansını arttırmak için teoriye dayalı müdahalelerin geliştirilmesinde bir takım öneriler sunmaktadır. Niyet davranışın en güçlü yordayıcısı; niyetin de en güçlü yordayıcıları sırasıyla öz etkinlik, tutum ve kontrol algısıdır. Bu nedenle ilaç uyum niyetini ve sonrasında davranışı arttırmak için tasarlanacak müdahale programlarında hastaların alışkanlık düzeyleri göz önüne alınarak olumlu tutumları desteklenmeli ve öz etkinlik ve kontrol duyguları güçlendirilmelidir.

Kagee ve Van der Merwe'in (2006) ifade ettiği gibi teoriye ve kanıta dayalı modellerce planlanan müdahalelerin, temel olarak sezgiye veya klinik deneyime dayananlardan daha başarılı bir şekilde karşılanması muhtemeldir. Bununla birlikte bu teorilerin faydasının ancak şuanda sınırlı olan mevcut ampirik kanıtların niteliği

ile değerlendirilebileceğine dikkat edilmelidir. Bu noktada ilaca uyumun kanıta dayalı modellerin geliştirilmesiyle ilgili deneysel sağlık psikolojisinde daha fazla araştırma yapılması teşvik edilmeli ve diğer disiplinlerden gelen teorilerin (örn. davranışsal ekonomi) potansiyeli araştırılmalıdır. Benzer şekilde davranış değişikliği müdahalesi ile değişim için teorik mekanizmalar arasındaki bağlantı, söz konusu davranışın net bir şekilde tanımlanmasını gerektirmektedir (Michie ve Johnston, 2012). Bu nedenle yanlılığı en aza indirgeyen teknikler kullanılarak ve ilaca uyum konusunda önemli ölçüde uzlaşma sağlanan bir taksonomi ortaya konarak çok daha güçlü ilaç uyum ölçümlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırmanın klinik açıdan önemli doğurguları olabilecek önemli bulgularından biri de ayırt edici geçerlik kapsamında ikisi de kandaki ilaç uyumuna göre uyumsuz olan fakat biri ayaktan ikincisi yatarak takip edilen iki farklı hastalık şiddeti grubunda BDM ile ölçülen yapıların iki grubu ayırt edebildiğidir. Bir başka deyişle BDM ilaç uyumu bataryası yalnızca bir müdahale programı tasarlanırken hangi ilaç uyum yordayıcılarının önceleneceğine dair fikir sunmakla kalmayacak gibi görünmektedir. Bunun yanı sıra henüz klinik değerlendirmenin başında hangi vakaların hastalık şiddeti açısından daha riskli olduğuna dair de öngörüle bulunulmasına katkı sunabilir ve hastalık şiddeti açısından riskli grupların belirlenmesinde kullanılabilir. Bilhassa kanda ölçülen ilaç uyumu düzeyi açısından benzer olduğu tespit edilen yatan ve ayaktan takipli grupların BDM kapsamında ele alınan ve üstelik tek bir soru ile değerlendirilen ilaç uyumu açısından farklılaşmış olması ise bu ölçümün klinikte de kandaki düzeye göre ilaç uyumu düşük grupları hastalık şiddeti açısından ayırt etmekte önemli bir yol gösterici olabilir.

Tüm bu önerilerin yanında ilaç uyumuna yönelik, uyumun kendi dinamik süreci içinde farklı aşamalarda hedeflenen müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi de önemlidir. Yordayıcıların zamanla değiştiği ilkesi (Vrijens ve ark., 2012) uyumun çeşitli aşamaları (başlama, sürdürme ve bırakma) arasındaki farklılıkları açıklamaya yardımcı olabilir. Örneğin ilaca yönelik inançlar başlangıç dönemini etkileyebilirken daha yüksek öz yeterlilik ilaca uyum davranışının sürdürülmesi aşamasında geliştirebilir. Holmes ve arkadaşlarının (2014) ifade ettiği

gibi ilaç uyumuyla ilgili tanımların tutarlı kullanımı, farklı aşamalardaki uyum davranışlarını açıklamak için kavramsal teorilerin gücünü arttırabilir.



KAYNAKÇA

- AALTONEN, K., NÄÄTÄNEN, P., "Differences and Similarities of Risk
HEIKKINEN, M., KOIVISTO, M., Factors for Suicidal Ideation and Attempts
BARYSHNIK, I., KARPOV, B, ... Among Patients with Depressive or
ISOMETSÄ, E.: 2016 Bipolar Disorders". **J Affect Disord**, 193,
318-330.
- ABBAK, Ö., ALBAYRAK, Y.: 2019 "Bipolar Bozukluk Hastalarında Tedavi
Uyumu ile Mizaç ve Karakter Özellikleri
Arasındaki İlişki", **Yeni Symposium**,
56(1), 3-7.
- ABRAHAM, C., CLIFT, S., "Cognitive Predictors of Adherence to
GRABOWSKI, P.: 1999 Malaria Prophylaxis Regimens on Return
From a Malarious Region: a Prospective
Study", **Social Science & Medicine**,
48(11), 1641-1654.
- ADAMS, J., SCOTT, J.: 2000 "Predicting Medication Adherence in
Severe Mental Disorders", **Acta Psychiatr
Scand**, 101(2), 119-124.
- AJZEN, I.: 1991 "The theory of planned behavior",
**Organizational Behavior and Human
Decision Processes**, 50, 179-211.
- AJZEN, I., FISHBEIN, M.: 2005 "The Influence of Attitudes on Behavior",
The handbook of attitudes, D.
Albarracín, B. T. Johnson, M. P. Zanna
(Ed.), Mahwah, NJ, US: Lawrence
Erlbaum Associates Publishers, p.173-221.

AJZEN, I.: 2002

“Residual Effects of Past on Later Behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives”, **Personality and Social Psychology Review**, 6(2), 107-122.

AKDEMİR, A., ORSEL, S., DAĞ, İ., TÜRKCAPAR, H., İSCAN, N., ÖZBAY, H.:1996

“Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDO)’Nin Geçerliliği, Güvenilirliği Ve Klinikte Kullanımı”, **Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi**, 4(4), 251-259.

AKDENİZ, F.: 2018

“Bipolar Bozukluk”, **Temel ve Klinik Psikiyatri**, K.O. Karamustafahoğlu (Ed.), Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s. 283-291.

AKER, T., ÇITAK, S., CEYHANLI, A., SARILGAN C., TAŞTAN, U., ÖGEL, K., ÖZMEN, E.: 1994

“Hasta Yakınlarının İlaç Tedavisine Karşı Tutumu”, **30. Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde sunulmuş poster bildirisi**, 9-14 Eylül 1994, Nevşehir Türkiye.

AKER, T., ÜSTÜNŞOY, S., KUĞU, N., YAZICI, A.: 2000

“Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği”, **36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı**, Antalya Türkiye.

AKISKAL, H.S.: 2007

“Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel Gelişimi ve Kavramın Tanıtımı”, **Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**, H. Aydın, A. Bozkurt (Ed.), 8.bs., Ankara: Güneş Kitabevi, s.1559-1565.

- AKSAYAN, S., GÖZÜM, S.: 1998 “Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi”, **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2(1), 35-42.
- AKSOY, A.: 2013 “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- ALEMDAR, M., KÖKER, N, E.: 2013 “Öğrencilerin Okul Kültürü Algısı Üzerine Ampirik Bir Araştırma: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Örneği”, **Global Media Journal**, 3(6), 230-261.
- ALTAMURA, A.C., DELL’OSSO, B., BERLIN, H. A., BUOLI, M., BASSETTI, R., MUNDO, E.: 2010 “Duration of Untreated Illness and Suicide in Bipolar Disorder: a Naturalistic Study”, **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 260, 385-391.
- ALTUNTAŞ, S., BAYKAL, Ü.: 2010 “Örgütsel Vatandaşlık Düzeyi Ölçeğinin Hemşirelikte Geçerlik Güvenirliği”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 13(3), 7-16.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ: 2013 **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) Tanı Ölçütleri El Kitabı**, Çev.,E.Köroğlu, 5.bs., Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ANDREASEN, N.C., PRESSLER, M., NOPOULOS, P., MILLER, D., HO, “Antipsychotic Dose Equivalents and Dose-Years: A Standardized Method for

- B.C.: 2010 Comparing Exposure to Different Drugs”, **Biol Psychiatry**, 67(3), 255-262.
- ANGST, J.: 2007 “The Bipolar Spectrum”, **British Journal of Psychiatry**, 190, 189-191.
- ARMITAGE, C. J., CONNER, M., “Different Perceptions of Control: Applying an Extended Theory of Planned Behavior to Legal and Illegal Drug Use”, **Basic and Applied Social Psychology**, 21(4), 301-316.
- LOACH, J., WILLETTS, D.:1999
- ARMITAGE, C. J., CONNER, M.: “The Theory of Planned Behaviour: Assessment of Predictive Validity and Perceived Control”, **British Journal of Social Psychology**, 38(1), 35-54.
- 1999
- ARMITAGE, C.J., CONNER, M.: “Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a Meta-Analytic Review”, **British Journal of Social Psychology**, 40(4), 471-499.
- 2001
- ARVILOMMI, P., SUOMINEN, K., “Predictors of Adherence to Psychopharmacological and Psychosocial Treatment in Bipolar I or II Disorders - an 18-Month Prospective Study”, **Journal of Affective Disorders**, 155, 110–117.
- MANTERE, O., LEPPAMAKI, S.,
- VALTONEN, H., ISOMETSA, E.: 2014
- ARONSON, J.K.: 2007 “Compliance, Concordance, Adherence”, **British Journal of Clinical Pharmacology**, 63(4), 383-384.
- ASHOK, A.H., MARGUES, T.R., “The Dopamine Hypothesis of Bipolar Affective Disorder: The State of the Art
- JAUHAR, S., NOUR, M.M.,

- GOODWIN, G.M., YOUNG, A.H., and Implications for Treatment”, **Mol Psychiatry**, 22(5), 666-679.
- HOWES, O.D.: 2017
- BADEMCI, V.: 2004 “"Testin Güvenirliği" veya "Test Güvenilirdir" Diye İfade Etmek Doğru Değildir”, **Türk Eğitim Bilimleri Dergisi**, 2(3), 367-373.
- BAGOZZI, R.P.: 1992 “The Self- Regulation of Attitudes, Intentions and Behavior”, **Social Psychology Quarterly**, 55(2), 178-204.
- BALDESSARINI, R.J., PERRY, R., “Factors Associated with Treatment Nonadherence Among US Bipolar Disorder Patients”, **Hum Psychopharmacol**, 23(2), 95-105.
- PIKE, J.: 2008
- BANDURA, A.: 1977 “Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change”, **Psychological Review**, 84, 191-215.
- BANDURA, A.: 1982 “Self-Efficacy Mechanism in Human Agency”, **American Psychologist**, 37(2), 122-147.
- BATMAZ, S.: 2015 “Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları”, **Bipolar Bozukluk Tip-II Tanı ve Tedavi El Kitabı**, A.Bozkurt, E.T. Oral (Ed.), Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.78-91.
- BECKER, M.H., MAIMAN, L.A.: 1975 “Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations”, **Medical Care**, 13(1),

10-24.

BELZEAUX, R., CORREARD, N., BOYER, L., ETAIN, B., LOFTUS, J., BELLIVIER, F., ... (FACE-BD) COLLABORATORS.: 2013

“Depressive Residual Symptoms are Associated with Lower Adherence to Medication in Bipolar Patients Without Substance Use Disorder: Results from the FACE-BD Cohort”, **Journal of Affective Disorders**, 151(3), 1009-1015.

BERK, M., BERK, L., CASTLE, D.: 2004

“A Collaborative Approach to the Treatment Alliance in Bipolar Disorder”, **Bipolar Disorders**, 6(6), 504-518.

BERK, L., HALLAM, K.T., COLOM, F., VIETA, E., HASTY, M., MACNEIL, C., BERK, M.: 2010

“Enhancing Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder”, **Human Psychopharmacology**, 25(1), 1-16.

BEZ, Y., GÜNEŞ, M., DEMİR, S.: 2014

“Bipolar Bozuklukta Erken Tanıdan Remisyona: Relapsı Önleme”, **Türkiye Klinikleri J Psychiatry**, 7(2), 25-36.

BİNBAY, T., KÖKSAL A., ELBİ, H., ZAĞLI, N., DRUKKER, M., TANIK, F.A., ÖZKINAY, F., ONAY, H., VAN OS, J.: 2012

“İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 23(3), 149-160.

BLIXEN, C., PERZYNSKI, A.T., BUKACH, A., HOWLAND, M., SAJATOVIC, M.:2016

“Patients' Perceptions of Barriers to Self-Managing Bipolar Disorder: A Qualitative Study”, **Int J Soc Psychiatry**, 62(7), 635-644.

BONNER, J.E., ESSERMAN, D.A., “Self-Efficacy and Adherence to Antiviral

- GOLIN, C.E., EVON, D.M.: 2015 "Treatment for Chronic Hepatitis C", **J Clin Gastroenterol**, 49(1), 76-83.
- BOWSKILL, R., CLATWORTHY, J, PARHAM, R., RANK, T., HORNE, R.: 2007 "Patients' Perceptions of Information Received About Medication Prescribed for Bipolar Disorder: Implications for Informed Choice", **J Affect Disord**, 100(1-3), 253–257.
- BRAUN R.E.: 2012 "Using The Integrated Behavioral Model to Predict Binge Drinking Among College Students", **Unpublished Doctor of Philosophy Thesis**, The University of Toledo, Ohio.
- BROWN,T.,M., BUSSELL, K.J.:2011 "Medication Adherence: WHO Cares?", **Mayo Clin Proc**, 86 (4), 304-314.
- BRUS, H., VAN DE LAAR, M., TAAL, E., RASKER, J., WIEGMAN, O.: 1999 "Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations", **Patient Educ Couns**, 36(1), 57-64.
- BUCHANAN, A.: 1992 "A Two-Year Prospective Study of Treatment Compliance in Patients with Schizophrenia", **Psychol Med**, 22(3), 787-797.
- BUDD, R.J., HUGHES, I.C., SMITH, J.A.: 1996 "Health Beliefs and Compliance with Antipsychotic Medication", **British Journal of Clinical Psychology**, 35(3), 393-397.

- BUSBY, K.K., SAJATOVIC, M.: 2010 “Patient, Treatment, and Systems-Level Factors in Bipolar Disorder Nonadherence: A Summary of the Literature”, **CNS Neuroscience & Therapeutics**, 16(5), 308-315.
- CAMERON, K.A., ROSS, E.L., CLAYMAN, M.L., BERGERON, A.R., FEDERMAN, A.D., BAILEY, S.C., ... WOLF, M.S.: 2010 “Measuring Patients’ Self-Efficacy in Understanding and Using Prescription Medication”, **Patient Education and Counseling**, 80(3), 372-376.
- CARPENTER, P.J., MORROW, G.R., DEL GAUDIO, A.C., RITZLER, B.A.: 1981 “Who Keeps the First Outpatient Appointment?”, **Am J Psychiatry**, 138(1), 102-105.
- CASALETTO, K.B., KWAN, S., MONTOYA, J.L., OBERMEIT, L.C., GOUAUX, B., POQUETTE, A., ... THE HNRP GROUP. : 2016 “Predictors of Psychotropic Medication Adherence Among HIV + Individuals Living with Bipolar Disorder”, **Int J Psychiatry Med**, 51(1), 69–83.
- CAVANAGH, J., SMYTH, R., GOODWIN, G.M.: 2004 “Relapse Into Mania or Depression Following Lithium Discontinuation: A 7-Year Follow-Up”, **Acta Psychiatr Scand**, 109(2), 91-95.
- CEYHAN, Y.Ş., ÜNSAL, A.: 2018 “Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması”, **DEUHFED**, 11(4), 263-273.
- CHAKRABARTI, S.: 2014 “What’s in a Name? Compliance, Adherence and Concordance in Chronic Psychiatric Disorders”, **World Journal of**

- Psychiatry**, 4(2), 30-36.
- CHAKRABARTI, S.: 2016 "Treatment-Adherence in Bipolar Disorder: A Patient- Centred Approach", **World Journal of Psychiatry**, 6(4), 399-409.
- CHAMPION, V.L., SUGG SKINNER, C.: 2008 "Health Belief Model", In **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**, K. Glanz, B. K. Rimer, K. Viswanath (Ed.) San Francisco: Jossey-Bass, 2008, p. 45–65.
- CLARY, C., DEVER, A., SCHWEIZER, E.: 1992 "Psychiatric Inpatients' Knowledge of Medication at Hospital Discharge", **Hospital and Community Psychiatry**, 43(20), 140-144.
- CLATWORTHY, J., BOWSKILL, T., PARHAM, R., HORNE, R.: 2007 "Adherence to Medication in Bipolar Disorder: A Qualitative Study Exploring the Role of Patients Beliefs About the Condition and Its Treatment", **Bipolar Disorders**, 9(6), 656-664.
- CLATWORTHY, J., BOWSKILL, T., PARHAM, R., RANK, T., SCOTT, J., HORNE, R.: 2009 "Understanding Medication Non-Adherence in Bipolar Disorders Using a Necessity-Concerns Framework", **Journal of Affective Disorders**, 116(1-2), 51-55.
- CLAXTON, A.J., CRAMER, J., PIERCE, C.: 2001 "A Systematic Review of the Associations Between Dose Regimens and Medication Compliance", **Clin Ther**, 23(8), 1296-

1310.

CLOUTIER, M., GREENE, M., “The Economic Burden of Bipolar I
GUERIN, A., TOUYA, M. WU, E.: Disorder in the United States in 2015”,
2018 **Journal of Affective Disorders**, 226, 45-
51.

COCHRAN, S. D., GITLIN, M. J.: “Attitudinal Correlates of Lithium
1988 Compliance in Bipolar Affective
Disorders”, **Journal of Nervous Mental
Disorder**, 176 (8), 457-464.

COHEN, A.N., HAMMEN, C., “Effects of Stress and Social Support on
HENRY, R.M., DALEY, S.E.: 2004 Recurrence in Bipolar Disorder”, **J Affect
Disord**, 82(1), 143-147.

COL, S.E., CAYKOYLU, A., “Factors Affecting Treatment Compliance
UGURLU, G.K., UGURLU, M.: 2014 in Patients with Bipolar I Disorder During
Prophylaxis: A Study From Turkey”,
General Hospital Psychiatry, 36(2), 208-
213.

COLLEN, M.: 2015 “Operationalizing Pain Treatment in the
Biopsychosocial Model: Take a Daily
“SWEM”—Socialize, Work, Exercise,
Meditate”, **J Pain Palliat Care
Pharmacother**, 29(3), 290-299.

COLOM, F., VIETA, E., MARTINEZ- “Clinical Factors Associated with
ARAN, A., REINARES, M., Treatment Noncompliance in Euthymic
BENABARRE, A., GASTO, C.: 2000 Bipolar Patients”, **J Clin Psychiatry**,
61(8), 549-555.

COLOM, F., VIETA, E., TACCHI, “Identifying and Improving Non-

- M.J., SANCHEZ-MORENO, J., Adherence in Bipolar Disorders”, **Bipolar Disorders**, 7(5), 24-31.
SCOTT, J.: 2005
- COLOM, F., VIETA, E.: 2002 “Clinical Approaches in Bipolar Disorders”, **Treatment Adherence in Bipolar Patients**, 1, 49–56.
- COLOM, F., VIETA, E.: 2012 **Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı**, Çev. L. Tamam, E. Özalp, Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- COMPTON , M.T., RUDISCH, B.E., “Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psychiatric Hospitalization”, **Psychiatr Serv**, 57(4), 531-537.
CRAW, J., THOMPSON, T., OWENS, D.A.: 2006
- CONNELLY, C.E., DAVENPORT, “Adherence To Treatment Regimen in a Lithium Carbonate Clinic”, **Arch Gen Psychiatry**, 39(5), 585-588.
Y.B., NURNBERGER, J.I.: 1982
- CONNER, M., ARMITAGE, C. J.: “Extending The Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research”, **Journal of Applied Social Psychology**, 28, 1429–1464.
1998
- CONNER, M., MCMILLAN, B.: “Interaction Effects in the Theory of Planned Behaviour: Studying Cannabis Use”, **Br J Soc Psychol**, 38(2), 195-222.
1999
- CONNER, M., SHERLOCK, K. :1993 “Attitudes and Ecstasy Use”, **15th.-20th. The European Association of Experimental Social Psychology meeting**, September 1993, Lisbon Portugal.

- COOKE, R., SNIEHOTTA, F., SCHÜZ, B.: 2007 "Predicting Binge-Drinking Behaviour Using an Extended TPB: Examining the Impact of Anticipated Regret and Descriptive Norms", **Alcohol Alcohol**, 42(2), 84-91.
- CROWE, M., WILSON, L., INDER, M.: 2011 "Patients' Reports of the Factors Influencing Medication Adherence In Bipolar Disorder - An Integrative Review of the Literature", **International Journal of Nursing Studies**, 48(7), 894-903.
- CROWE, M., PORTER, R., INDER, M., LACEY, C., CARLYLE, D., WILSON, L.: 2012 "Effectiveness of Interventions to Improve Medication Adherence in Bipolar Disorder", **Aust N Z J Psychiatry**, 46(4), 317-326.
- ÇAKIR, F.: 2009 "Yatarak Tedavi Gören Kronik Psikiyatrik Hastalardan Ayaktan Tedaviye Gelmeyenlerin Özellikleri", **Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**, Bakırkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- ÇAKIR, F., İLNEM, C., YENER, F.: 2010 "Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum", **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, 23(1), 50-59.
- ÇAKIR, S., ÖZDERDEM, A.: 2010 "İki Uçlu Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Sağaltımlar: Sistemantik Bir Gözden Geçirme", **Türk Psikiyatri**

- Dergisi**, 21(2), 143-154.
- DAĞ, İ.: 1991 “Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)'Nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği”, **Psikoloji Dergisi**, 7 (26), 10-16.
- DARLING, C.A., OLMSTEAD, S.B., LUND, V.E., FAIRCLOUGH, J.F.: 2008 “Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentment”, **Archives of Psychiatric Nursing**, 22(3), 113-126.
- DELL'AGLIO, J.C., BASSO, L.A., ARGIMON, I.I.D.L., ARTECHE, A.: 2013 “Systematic Review of the Prevalence of Bipolar Disorder and Bipolar Spectrum Disorders in Population-Based Studies”, **Trends Psychiatry Psychother**, 35(2), 99-105.
- DEMİRSOY, N., DEĞİRMEN, N., KIRIMLIOĞLU, N.: 2011 “Holism Kavramının Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, 19(3),164-174.
- DHARMENDRA, M.S., EAGLES, J.M.: 2003 “Factors Associated with Patients' Knowledge of and Attitudes towards Treatment with Lithium”, **J Affect Disord**, 75(1), 29-33.
- DIAZ, E., NEUSE, E., SULLIVAN, M.C., PEARSALL, H.R., WOODS, S.W.: 2004 “Adherence to Conventional and Atypical Antipsychotics After Hospital Discharge”, **J Clin Psychiatry**, 65(3), 354-360.
- DİLBAZ, N.: 2014 “Bipolar Depresyon Tedavisinde Akılcı İlaç Kullanımı”, **Türkiye Klinikleri J**

Psychiatry, 7(2), 56-66.

DOLDER, C.R., LACRO, J.P., DUNN, L.B., JESTE, D.V.: 2002 “Antipsychotic Medication Adherence: is There a Difference Between Typical and Atypical Agents?”, **Am J Psychiatry**, 159(1), 103-108.

DOLDER, C.R., LACRO, J.P., WARREN, K.A., GOLSHAN, S., PERSKINS, D.O., JESTE, D.V.: 2004 “Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs: Development and Testing of a Brief Scale for Medication Adherence”, **J Clin Psychopharmacol**, 24(4), 404-409.

DURRENBERG, S., ROGERS, T., WALKER, R., DE LEON, J.: 1999 “Economic Grand Rounds: The High Costs of Care for Four Patients with Mania Who Were Not Compliant with Treatment”, **Psychiatr Serv**, 50(12), 1539-1542.

EKER, D., ARKAR, H.: 1995 “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 10(34), 45–53.

EKER, D., ARKAR, H., YILDIZ, H.: 2001 “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12(1), 17-25.

ENGEL, G. L.: 1977 “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, **Science**, 196(4286), 129-136.

ERCAN, İ., KAN, İ.: 2004 “Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik”,

**Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dergisi**, 30(3), 211-216.

EROĞLU, M.Z., ÖZPOYRAZ, N.: “Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi”,
2010 **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2(2),
206-236.

ESER, E., FİDANER, H., FİDANER, C., ESER, S., ELBİ, H.: 1999 “WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in
psikometrik özellikleri”, **3P Dergisi**, 7,
23-41.

ESAN, O., ESAN, A.: 2016 “Epidemiology and Burden of Bipolar
Disorder in Africa: A Systematic Review
of Data From Africa”, **Soc Psychiatry
Psychiatr Epidemiol**, 51(1), 93-100.

FENTON, W.S., BLYLER, C.R., HEINSEN, R.K.: 1997 “Determinants of Medication Compliance
in Schizophrenia: Empirical and Clinical
Findings”, **Schizophr Bull**, 23(4), 637-
651.

FINCHAM, M.A., KAGEE, A., MOOSAA, M.R.: 2008 “Dietary and Fluid Adherence Among
Haemodialysis Patients Attending Public
Sector Hospitals in the Western Cape”, **S
Afr J Clin Nutr**, 21(2), 7-12.

FISHBEIN, M., YZER, M.C.: 2003 “Using Theory to Design Effective Health
Behavior Interventions”, **Communication
Theory**, 13(2), 164-183.

GAEBEL, W., PIETZCKER, A.: 1985 “One-Year Outcome of Schizophrenic
Patients--The Interaction of Chronicity
and Neuroleptic Treatment”,
Pharmacopsychiatry, 18(3), 235-239.

- GARCIA, K., MANN, T.: 2003 "From 'I Wish' to 'I Will': Social-Cognitive Predictors of Behavioral Intentions", **J Health Psychol**, 8(3), 347-360.
- GAUDIANO, B.A., WEINSTOCK, L.M., MILLER, I.W.: 2011 "Improving Treatment Adherence in Patients with Bipolar Disorder and Substance Abuse: Rationale and Initial Development of a Novel Psychosocial Approach", **J Psychiatr Pract**, 17(1), 5-20.
- GIANFRANCESCO, F.D., SAJATOVIC, RAJAGOPALAN, K., WANG, R.H.: 2008 "Antipsychotic Treatment Adherence and Associated Mental Health Care Use Among Individuals with Bipolar Disorder", **Clinical Therapeutics**, 30(7), 1358-1374.
- GIANFRANCESCO, F.D., RAJAGOPALAN, K., SAJATOVIC, M. WANG, R.H.: 2006 "Treatment Adherence Among Patients with Bipolar or Manic Disorder Taking Atypical and Typical Antipsychotics", **J Clin Psychiatry**, 67(2), 222-232.
- GOLDSTEIN, T.R., KRANTZ, M., MERRANKO, J., GARCIA, M., SOBEL, L., RODRIGUEZ, C., ... BIRHAMER, B.:2016 "Medication Adherence Among Adolescents with Bipolar Disorder", **J Child Adolesc Psychopharmacol**, 26(10), 864-872.
- GODIN, G., KOK, G.: 1996 "The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-Related Behaviors", **Am J Health Promot**, 11(2), 87-98.
- GONZALES-PINTO, A., REED, C., NOVICK, D., BERTSCH, J. HARO,. "Assessment of Medication Adherence in a Cohort of Patients with Bipolar

- J.M.: 2010 Disorder”, **Pharmacopsychiatry**, 43(7), 263-270.
- GÖZÜM, S., HACIHASANOĞLU, R.: 2009 “Reliability and Validity of the Turkish Adaptation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive Patients”, **Eur J Cardiovasc Nurs**, 8(2), 129-136.
- GROVER, S., CHAKRABARTI, S., SHARMA, A., TYAGI, S.: 2014 “Attitudes Toward Psychotropic Medications Among Patients with Chronic Psychiatric Disorders and Their Family Caregivers”, **J Neurosci Rural Pract**, 5(4), 374-383.
- GUTEMA, H., DEBELA, Y., WALLE, B., REBA, K., WONDIYE, H.: 2018 “Testicular Self Examination Among Bahir Dar University Students: Application of Integrated Behavioral Model”, **BMC Cancer**, 18(21), 1-8.
- GUSCOTT, R., TAYLOR, L.: 1994 “Lithium Prophylaxis in Recurrent Affective Illness. Efficacy, Effectiveness and Efficiency”, **Br J Psychiatry**, 164(4), 741-746.
- GÜLCÜ, Z.G.: 2018 “Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telepsikiyatrik İzlemin İlaç Uyumuna Etkisi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- GÜLTEKİN, B.K., KESEBİR, S., TAMAM, L.: 2014 “Türkiye’de Bipolar Bozukluk”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 6(2),

- 199-209.
- GÜNDOĞAR, D.: 2015 “Eşitlik Sorunu”, **Bipolar Bozukluk Tip-II Tanı ve Tedavi El Kitabı**, A.Bozkurt, E.T. Oral (Ed), Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.35-44.
- HADDAD,P.M., BRAIN, C., SCOTT, J.: 2014 “Nonadherence with Antipsychotic Medication in Schizophrenia: Challenges and Management Strategies”, **Patient Relat Outcome Meas**, 5, 43–62.
- HAGGER, M.S., CHATZISARANTIS, N, BIDDLE S.J.H.: 2001 “The Influence of Self-Efficacy and Past Behaviour on the Physical Activity Intentions of Young People”, **J. Sport Sci**, 19(9), 711-725.
- HAHN, S.R, PARK, J., SKINNER, E.P., YU-ISENBERG, K.S., WEAVER, M.B., CRAWFORD, B., FLOWERS, P.W.: 2008 “Development of the ASK-20 Adherence Barrier Survey”, **Curr Med Res Opin**, 24(7), 2127-2138.
- HARKIN, Ş.: 2008 “Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
- HARVEY, N.S.: 1991 “The Development and Descriptive Use of The Lithium Attitudes Questionnaire”, **J Affect Disord**, 22(4), 211-219.
- HAUSER, M., PFENNIG, A., “Early Recognition of Bipolar Disorder”,

- ÖZGÜRDAL, S., HEINZ, A., BAUER, M., JUCKEL, G.: 2007 **European Psychiatry**, 22, 92-98.
- HASSAN, M., LAGE, M.J.: 2009 “Risk of rehospitalization among bipolar disorder patients who are nonadherent to antipsychotic therapy after hospital discharge”, **Am J Health Syst Pharm**, 66(4), 358-365.
- HATALA, A.R.: 2012 “The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions”, **Open Journal of Medical Psychology**, 1, 51-62.
- HOCAOĞLU, Ç.: 2018 “İntihar”, **Temel ve Klinik Psikiyatri**, K.O. Karamustafalıoğlu (Ed.), Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s. 909-925.
- HOGAN, T.P., AWAD, A.G., EASTWOOD, R.: 1983 “A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity”, **Psychological Medicine**, 13, 177–183.
- HOLMES, E.A., HUGHES, D.A., MORRISON, V.L.: 2014 “Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research”, **Value in Health**, 17(8), 863-876.
- HOLST, A., IVERSEN, J.M.: 2011 An Application of a Revised Theory of Planned Behavior: Predicting the Intention to Use Personal Care Products without Endocrine Disrupting

Chemicals”, **Unpublished Master’s Thesis**, Copenhagen Business School, Denmark.

HONG, J., REED, C., NOVICK, D., HARO, J.M., AQUADO, J.: 2011 “Clinical and Economic Consequences of Medication Non-Adherence in the Treatment of Patients with a Manic/Mixed Episode of Bipolar Disorder: Results From The European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study”, **Psychiatry Res**, 190(1), 110-114.

HORNE, R.: 2006 “Compliance, Adherence, and Concordance: Implications For Asthma Treatment”, **Chest**, 130(1), 65-72.

HORNE, R., WEINMAN, J.: 1999 “Patients’ Beliefs About Prescribed Medicines and Their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness”, **J Psychosom Res**, 47(6), 555-567.

HORNE, H., WEINMAN, J., HANKINS, M.: 1999 “The Beliefs About Medicines Questionnaire: The Development and Evaluation of a New Method for Assessing the Cognitive Representation of Medication”, **Psychology and Health**, 14, 1-24.

HOWLAND, M., LEVIN, J., BLIXEN, C., TATSUOKA, C., “Mixed-Methods Analysis of Internalized Stigma Correlates in Poorly Adherent Individuals with Bipolar Disorder”,

- SAJATOVIC, M.: 2016 **Compr Psychiatry**, 70, 174-180.
- ISA, T., UEDA, Y., NAKAMURA, R., MISU, S., ONO, R.: 2019 "Relationship Between the intention-Behavior Gap and Self-Efficacy for Physical Activity During Childhood", **J Child Health Care**, 23(1), 79-86.
- JAWAD, I., WATSON, S. HADAD, P.M., TALBOT, P.S., MCALLISTER-WILLIAMS, R.H.: 2018 "Medication Nonadherence in Bipolar Disorder: A Narrative Review", **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, 8(12), 349-363.
- JOHNSON, S.L.: 2005 "Life Events in Bipolar Disorder: Towards More Specific Models", **Clin Psychol Rev**, 25(8), 1008-1027.
- JOHNSON, S.L., FULFORD, D.: 2008 "Development of the Treatment Attitudes Questionnaire in Bipolar Disorder", **J Clin Psychol**, 64(4), 466-481.
- JOHNSTON, K.L., WHITE, K.M.: 2003 "Binge-Drinking: A Test of the Role of Group Norms in the Theory of Planned Behaviour", **Psychology & Health**, 18(1), 63-77.
- JONSDOTTIR, H., OPJORDSMOEN, S., BIRKENAES, A.B., ENGH, J.A., RINGEN, P.A., VASKINN, A., ... ANDREASSEN, O.A.: 2010 "Medication Adherence in Outpatients with Severe Mental Disorders: Relation Between Self-Reports and Serum Level", **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 30(2), 169-175.
- JONSDOTTIR, H., OPJORDSMOEN, S., BIRKENAES, A.B., SIMONSEN, C., ENGH, J.A., RINGEN, P.A., ... "Predictors of Medication Adherence in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder", **Acta Psychiatrica**

- ANDREASSEN, O.A.: 2012 **Scandinavica**, 127(1), 23-33.
- JUDD, L.L., AKISKAL, H.S., "The Long-term Natural History of the SCHETTLER, P.J., ENDICOTT, J., Weekly Symptomatic Status of Bipolar I MASER, J., SOLOMON, D.A., LEON, Disorder", **Arch Gen Psychiatry**, 59(6), A.C., RICE, J.A., KELLER, M.B.: 530-537.
2002
- JUDD, L.L., AKISKAL, H.S., "A Prospective Investigation of the SCHETTLER, P.J., CORYELL, W., Natural History of the Long-Term Weekly ENDICOTT, J., MASER, J., Symptomatic Status of Bipolar II SOLOMON, D.A., LEON, A.C., Disorder", **Arch Gen Psychiatry**, 60(3), KELLER, M.B.: 2003 261-269.
- KAGEE, A., VAN DER MERWE, M.: "Predicting Treatment Adherence Among Patients Attending Primary Health Care Clinics: The Utility Of The Theory Of Planned Behaviour", **South African Journal of Psychology**, 36(4), 699-714.
2006
- KARADAĞ, F., ORAL, E.T., ARAN "Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin YALÇIN, F., ERTEN, E.: 2001 Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13(2), 107-114.
- KARAYTUĞ, M.O., KESKİN, N., "Improving Treatment Adherence in TAMAM, L., ÖZPOYRAZ, N., Patients with Bipolar Disorder and DEMİRKOL, M.E., GÜRBÜZ, M.: Substance Abuse: Rationale and Initial Development of a Novel Psychosocial Approach”, **Journal of Mood Disorders**, 2017 7(4), 185-190.
- KARAYTUĞ, M.O., KESKİN, N., "Assessment of Treatment Adherence in ÖZPOYRAZ, N.: 2017 Patients with Bipolar Disorder”, **Journal**

of Mood Disorders, 7(4), 185-90.

KARPOV, B., JOFFE, G., "Self-Reported Treatment Adherence
AALTONEN, K., OKSANEN, J., Among Psychiatric in- and Outpatients",
SUOMINEN, K., ISOMETSÄ, E.T. **Nord J Psychiatry**, 72(7), 526-533.
:2018

KELLY, G.R., MAMON, J.A., "Utility of the Health Belief Model in
SCOTT, J.E.: 1987 Examining Medication Compliance
Among Psychiatric Outpatients", **Soc Sci
Med**, 25(11), 1205-1211.

KECK, P.E., MCELROY, S.L., "Factors Associated with Pharmacologic
STRAKOWSKI, S.M., STANTON, Noncompliance in Patients with Mania", **J
S.P., KIZER, D.L., BALISTRERI, Clin Psychiatry**, 57, 292-297.
T.M., BENNETT, J.A., TUGRUL,
K.C., WEST, S.A.: 1996

KELLEÇİ, M., ATA, E.E.: 2011 "Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların
İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi",
Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(3), 105-
110.

KELSOE, J.R.: 2007 "Duygudurum Bozuklukları: Genetik
Özellikler", **Kaplan and Sadock's
Comprehensive Textbook of Psychiatry**,
H.Aydın, A.Bozkurt (Ed.),8.bs., Ankara:
Güneş Kitabevi, s.1582-1586.

KERNER, B.: 2014 "Genetics of Bipolar Disorder", **The
Application of Clinical Genetics**, 7, 33-
42

KESEBİR, S.: 2015 "Klinik Gidiş", **Bipolar Bozukluk Tip-II**

Tanı ve Tedavi El Kitabı, A.Bozkurt, E.T. Oral (Ed), Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.10-22.

KESSING, L.V., HANSEN, H.V., BECH, P.: 2006

“Attitudes and Beliefs Among Patients Treated with Mood Stabilizers”, **Clin Pract Epidemiol Ment Health**, 2(8), 1-7.

KEVIN, D., MCCAUL, A.K., SANDGREN, H., O'NEILL, H. K., HINSZ, V.B.: 1993

“The Value of the Theory of Planned Behavior, Perceived Control, and Self-Efficacy Expectations for Predicting Health-Protective Behaviors”, **Basic and Applied Social Psychology**, 14(2), 231-252.

KLEINDIENST N., GREIL W.: 2004

“Are Illness Concepts a Powerful Predictor of Adherence to Prophylactic Treatment in Bipolar Disorder?”, **J Clin Psychiatry**, 65(7), 966-974.

KOÇ, A.: 2006

“Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile ilişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi”, **Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

KOCABIYIK, A., BEŞTEPE, E., KARŞIDAĞ, Ç., KÜKÜRT, R., ALPAY, N.: 2005

“Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumunun Relaps Üzerine Etkisi”, **Düşünen Adam**, 18(1), 4-12.

KOPELOWICZ, A., ZARATE, R., WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P., LOPEZ, S.R., MINTZ, J.: 2015

“Using the Theory of Planned Behavior to Improve Treatment Adherence in Mexican Americans with Schizophrenia”, **J**

Consult Clin Psychol, 83(5), 985-993.

KONDO, K., LOW, A., JINDAI, K., MENDELSON, A., MOTU'APUAKA, M., MANSOOR, D., JUDGE, M., KANSAGARA, D., FREEMAN, M., HARTUNG, D.: 2015
“Interventions to Improve Pharmacological Adherence among Adults with Psychotic Spectrum Disorders, Bipolar Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder”, VA ESP Project #05-225.

KRUSE, G.R., ROHLAND, B.M., WU, X.: 2002
“Factors Associated with Missed First Appointments at a Psychiatric Clinic”, **Psychiatr Serv**, 53(9),1173-1176.

KULHARA, P., BASU, D., MATTOO, S.K., SHARAN, P., CHOPRA, R.: 1999
“Lithium Prophylaxis of Recurrent Bipolar Affective Disorder: Long-Term Outcome and Its Psychosocial Correlates”, **J Affect Disord**, 54(1-2),87-96.

LACRO, J.P., DUNN, L.B., DOLDER, C.R., LECKBAN, S.G., JESTE, D.V. : 2002
“Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients with Schizophrenia: A Comprehensive Review of Recent Literature”, **J Clin Psychiatry**, 63(10), 892-909.

LANG, K., KORN, J., MUSER, E., CHOI, J.C., ABOUZOID, S., MENZIN, J.: 2011
“Predictors of Medication Nonadherence and Hospitalization in Medicaid Patients with Bipolar I Disorder Given Long-Acting or Oral Antipsychotics”, **J Med Econ**, 14(2), 217-226.

LATALOVA, K., PRASKO, J., GRAMBAL, A., HAVLIKOVA, P., JELENOVA, D., MAINEROVA, B., KAMARADOVA, D., OCISKOVA, M., SEDLACKOVA, Z., SANDOVAL, 744.
Neuroendocrinology Letters, 34(8), 738-

A.: 2013

LECLERC, E., MANSU, R.B., "Determinants of Adherence to Treatment
BRIETZKE, E.: 2013 in Bipolar Disorder: A Comprehensive
Review", **Journal of Affective Disorders**,
149(1-3), 247-252.

LEE, S., NG, K.L., TSANG, A.: 2009 "A Community Survey of the Twelve-
Month Prevalence and Correlates of
Bipolar Spectrum Disorder in Hong
Kong", **J Affect Disord**, 117(1-2), 79-86.

LEE, S., WING, Y.K., WONG, K.C.: "Knowledge and Compliance towards
1992 Lithium Therapy Among Chinese
Psychiatric Patients in Hong Kong", **Aust
N Z J Psychiatry**, 26(3), 444-449.

LEVIN, J.B., KRIVENKO, A., "Medication Adherence in Patients with
HOWLAND, M., SCHLACHET, R., Bipolar Disorder: A Comprehensive
SAJATOVIC, M.: 2016 Review", **CNS Drugs**, 30(9), 819-835.

LEVIN, J.B., TATSUOKA, C., "Trajectories of Medication Attitudes and
CASSIDY, K.A., AEBI, M.E., Adherence Behavior Change in Non-
SAJATOVIC, M.: 2015 Adherent Bipolar Patients", **Compr
Psychiatry**, 58, 29-36.

LI, C., CHEN, C., QIU, B., YANG, G.: "A 2-Year Follow-Up Study of
2014 Discharged Psychiatric Patients with
Bipolar Disorder", **Psychiatry Res**, 218(1-
2), 75-78.

MACDONALD, L., CHAPMAN, S., "Improving Medication Adherence in
SYRETT, M., BOWSKILL, R., Bipolar Disorder: A Systematic Review
HORNE, R.: 2016 and Meta-Analysis of 30 Years of

- Intervention Trials”, **Journal of Affective Disorders**, 194, 202-221.
- MACNEIL, C.A., HASTY, M.K., BERK, M., HENRY, L., EVANS, M., REDLICH, C., DAGLAS, R., MCGORRY, P.D., CONUS, P.: 2011 “Psychological Needs of Adolescents in the Early Phase of Bipolar Disorder: Implications For Early Intervention”, **Early Intervention in Psychiatry**, 5, 100-107.
- MAÇKALI, Z.: 2014 “Bipolar Bozuklukta Bilişsel Yatkınlık-Stres Kuramları”, **Türk Psikoloji Yazıları**, 17(33), 15-28.
- MAGO, R., BORRA, D., MAHAJAN, R.: 2014 “Role of Adverse Effects in Medication Nonadherence in Bipolar Disorder”, **Harv Rev Psychiatry**, 22(6), 363-366.
- MALHI, G.S., TANIOUS, M.: 2011 “Optimal Frequency of Lithium Administration in The Treatment of Bipolar Disorder: Clinical and Dosing Considerations”, **CNS Drugs**, 25(4), 289-298.
- MANSTEAD, A. S. R., VAN, EEKELEN, S. A. M.: 1998 “Distinguishing Between Perceived Behavioral Control and Self-Efficacy in the Domain of Academic Achievement Intentions and Behavior”, **Journal of Applied Social Psychology**, 28, 1375–1392.
- MARKS, D.F.: 2008 “The Quest for Meaningful Theory in Health Psychology”, **J Health Psychol**, 13(8), 977-981.

- MATARAZZO, J. D.: 1980 "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology", **Am Psychol**, 35(9), 807-817.
- MCCAUL, K.D., SANDGREN, A.K., O'NEILL, H.K., HINSZ, V.B.: 1993 "The Value of the Theory of Planned Behavior, Perceived Control, and Self-Efficacy Expectations for Predicting Health-Protective Behaviors", **Basic and Applied Social Psychology**, 14(2), 231-252.
- MCCLENAHAN, C., SHEVLIN, M., ADAMSON, G., BENNETT, C., O'NEILL, B.: 2006 "Testicular Self-Examination: A Test of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour", **Health Education Research**, 22(2), 272-284.
- MCGUFFIN, P., RIJSDIJK, F., ANDREW, M., SHAM, P., KATZ, R., CARDNO, A.: 2003 "The Heritability of Bipolar Affective Disorder and The Genetic Relationship to Unipolar Depression", **Arch Gen Psychiatry**, 60(5), 497-502.
- MCMILLAN, B., CONNER, M.T.: 2003 "Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Illicit Drug Use Among Students" **Journal of Applied Social Psychology**, 33(8), 1662-1683.
- MCMORRIS, B.J., DOWNS, K.E., PANISH, J.M., DIRANI, R.: 2010 "Workplace Productivity, Employment Issues, and Resource Utilization in Patients with Bipolar I Disorder", **J Med Econ**, 13(1), 23-32.
- MEDINA, E., SALVA, J., AMPUDIA, R., MAURINO, J., LARUMBE, J.: "Short-Term Clinical Stability and Lack of Insight are Associated with a Negative

- 2012 Attitude Towards Antipsychotic Treatment at Discharge in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder”, **Patient Prefer Adherence**, 6, 623-629.
- MERIKANGAS, K.R., AKISKAL, H.S., ANGST, J., GREENBERG, P.E., HIRSCHFELD, R.M.A., PETUKHOVA, M., KESSLER, R.C.: “Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication”, **Arch Gen Psychiatry**, 64(5), 543-552.
- 2007
- MERIKANGAS, K.R., LAMERS, F.: “The 'True' Prevalence of Bipolar II Disorder”, **Curr Opin Psychiatry**, 25(1), 19-23.
- 2012
- MERT, D.G., TURGUT, N.H., KELLECI, M., SEMIZ, M.: 2015 “Perspectives on Reasons of Medication Nonadherence in Psychiatric Patients”, **Patient Prefer Adherence**, 9, 87-93.
- MICHIE, S., JOHNSTON, M.: 2012 “Theories and Techniques of Behaviour Change: Developing a Cumulative Science of Behaviour Change”, **Health Psychology Review**, 6(1), 1-6.
- MILLER, S., DELL'OSSO, B., KETTER, T.A.: 2014 “The Prevalence and Burden of Bipolar Depression”, **Journal of Affective Disorders**, 169, 3-11.
- MIURA, T., NOMA, H., FURUKAWA, T.A., MITSUYASU, H., TANAKA, S., STOCKTON, S., ... KANBA, S.: 2014 “Comparative Efficacy and Tolerability of Pharmacological Treatments in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis”, **Lancet**

Psychiatry, 1(5), 351-359.

MONTANO, D.E., KASPRZYK, D.,: 2008

Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior and the Integrated Behavioral Model, **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**, C.T. (Ed.), San Francisco, A Wiley. p.68-96

MONTES, J.M., MAURINO, J., DE DIOS, C., MEDINA, E.: 2013

“Suboptimal Treatment Adherence in Bipolar Disorder: Impact on Clinical Outcomes and Functioning”, **Patient Prefer Adher**, 7, 89-94.

MORSELLI, P.L., ELGIE, R.; GAMIAN-EUROPE: 2003

“GAMIAN-Europe/BEAM survey I--global Analysis of a Patient Questionnaire Circulated to 3450 Members of 12 European Advocacy Groups Operating in the Field of Mood Disorders”, **Bipolar Disorders**, 5(4), 265-278.

MORSELLI, P.L., ELGIE, R., CESANA, B.M.: 2004

“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**, 6(6), 487–497.

MOUSAVI, M.E., SAMIEI, M., KHANI, POURSHAHBAZ, A., ABBASI, I., ANSARI, N., AMINOROAYA, S.: 2018

“Effective Factors of Non-Adherence and Admission in Bipolar Disorder”, **Psychology and Behavioral Sciences**, 7(6), 97-103.

MURRU, A., PACCHIAROTTI, I. “Treatment Adherence in Bipolar I and

- AMANN, B.L., NIVOLI, A.M., VIETA, E., COLOM, F.: 2013 "Schizoaffective Disorder, Bipolar Type", **J Affect Disord**, 151(3), 1003-1008.
- NAGEOTTE, C., SULLIVIAN, G., DUAN, N., CAMP, P.L.: 1997 "Medication Compliance Among the Seriously Mentally Ill in a Public Mental Health System", **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 32(2), 49-56.
- NANTHA, Y., HAQUE, S., NANTHA, H.S.: 2018 "The Development of an Integrated Behavioural Model of Patient Compliance with Diabetes Medication: A Mixed-Method Study Protocol", **Fam Pract**, 1-6.
- NELSON, E.A., MARUISH, M.E., AXLER, J.L.: 2000 "Effects of Discharge Planning and Compliance with Outpatient Appointments on Readmission Rates", **Psychiatr Serv**, 51(7), 885-889.
- NICHOLSON, I.R.: 1994 "Factors Involved in Failure to Keep Initial Appointments with Mental Health Professionals", **Hosp Community Psychiatry**, 45(3), 276-278.
- NIVOLI, A.M.A., PACCHIAROTTI, I., ROSA, A.R., POPOVIC, D., MURRU, A., VALENTI, M., BONNIN, C.M., GRANDE, I., SANCHEZ-MORENO, J., VIETA, E., COLOM, F.: 2011 "Gender Differences in a Cohort Study of 604 Bipolar Patients: The Role of Predominant Polarity", **Journal of Affective Disorders**, 133(3), 443-449.
- NORMAN, P., CONNER, M.: 2006 "The Theory of Planned Behaviour and Binge Drinking: Assessing the Moderating Role of Past Behaviour Within the Theory of Planned Behaviour", **Br J Health**

- Psychol**, 11(1), 55-70.
- NORMAN, P., HOYLE, S.: 2004 "The Theory of Planned Behavior and Breast Self-Examination: Distinguishing Between Perceived Control and Self-Efficacy", **Journal of Applied Social Psychology**, 34(4), 694-708.
- OGDEN, J.: 2007 **Health Psychology**, 4. bs., England: Open University Press.
- OGEDEBGE, G., MANCUSE, C.A., ALLEGRANTE, J.P., CHARLSON, M.E.: 2003 "Development and Evaluation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive African-American Patients", **J Clin Epidemiol**, 56(6), 520–529.
- OLDIS, M., MURRAY, G., MACNEIL, C.A., HASTY, M.K., DAGLAS, R., BERK, M., CONUS, P., COTTON, S.M.: 2016 "Trajectory and Predictors of Quality of Life in First Episode Psychotic Mania", **Journal of Affective Disorders**, 195, 148-155.
- OLFSON, M., MECHANIC, D., HANSELL, S., BOYER, C.A., WALKUP, J., WEIDEN, P.J.: 2000 "Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients with Schizophrenia", **Psychiatr Serv**, 51(2), 216-222.
- O'ROURKE, N., HEISEL, M.J., CANHAM, S.L., SIXSMITH, A., BADAS STUDY TEAM: 2017 "Predictors of Suicide Ideation Among Older Adults with Bipolar Disorder", **PLoS One**, 12(11), 1-13.
- OTTO, M.W., REILLY-HARRINGTON, N., SACHS, G.S.: 2003 "Psyhoeducational and Cognitive-Behavioral Strategies in The Management of Bipolar Disorder", **J Affect Disord**,

73(1-2), 171-81.

ÖNER, N.: 1996

Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, 2. bs., İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.

ÖZTÜRK, M.O.: 1997

“Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, 7.bs., Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

PACCHIAROTTI, I., BOND, D.J., BALDESSARINI, R.J., NOLEN, W.A., GRUNZE, H., LICH, R.W., ... VIETA, E.: 2013

“The International Society For Bipolar Disorders (ISBD) Task Force Report on Antidepressant Use in Bipolar Disorders”, **Am J Psychiatry**, 170(11), 1249-1262.

PERCUDANI, M., BELLONI, G., CONTINI, A., BARBUI, C.: 2002

“Monitoring Community Psychiatric Services in Italy: Differences Between Patients Who Leave Care and Those Who Stay in Treatment”, **Br J Psychiatry**, 180, 254-259.

PERKINS, D.O.: 2002

“Predictors of Noncompliance in Patients with Schizophrenia”. **J Clin Psychiatry**, 63(12), 1121-1128.

PERLIC, D.A., ROSENHECK, R.A., CLARKIN, J.F., MACIEJEWSKI, P.K., SIREY, J., STRUENING, E., LINK, B.G.: 2004

“Impact of Family Burden and Affective Response on Clinical Outcome Among Patients with Bipolar Disorder”, **Psychiatr Serv**, 55(9), 1029-1035.

PERLIS, R.H., OSTACHER, M.J., MIKLOWITZ, D.J., HAY, A., NIRENBERG, A.A., THASE, M.E., SACHS, G.S.: 2010

“Clinical Features Associated with Poor Pharmacologic Adherence in Bipolar Disorder: Results From the STEP-BD Study”, **J Clin Psychiatry**, 71(3), 296-303.

- PETERSON, A.L., GOODIE, J. L., ANDRASIK, F.: 2015 "Introduction to Biopsychosocial Assessment in Clinical Health Psychology", **Biopsychosocial Assessment in Clinical Health Psychology**, F. Andrasik, J. L. Goodie, A.L.Peterson (Ed.), New York: Guilford Press, p. 3-7.
- PEVALIN, D.J., GOLDBERG D.P.:2003 "Social Precursors to Onset and Recovery from Episodes of Common Mental Illness", **Psychol Med**, 33(2), 299-306.
- POST, R.M., ALTSHULER, L.L.: 2007 "Duygudurum Bozuklukları: İki Uçlu Bozukluğun Tedavisi", **Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**, H.Aydın, A.Bozkurt (Ed.),8. bs., Ankara: Güneş Kitabevi, s.1661-1707.
- POVEY, R., CONNER, M., SPARKS, P., JAMES, R., & SHEPHERD, R.: 2000 "Applications of the Theory of Planned Behaviour to Two Dietary Behaviours: Roles of Perceived Control and Self-Efficacy", **British Journal of Health Psychology**, 5, 121-139.
- RAMSEY, C.M., SPIRA, A.P., MOJTABAI, R., EATON, W.W., ROTH, K., LEE, H.B.: 2013 "Lifetime Manic Spectrum Episodes and All-Cause Mortality: 26-Year Follow-Up of the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study", **J Affect Disord**, 151(1), 337-342.
- REID, L. D., CHRISTENSEN, D. B.: 1988 "A Psychological Perspective in the Explanation of Patients' Drug-Taking Behaviour", **Social Science Medicine**, 27

(3), 277-85.

REINARES, M., BONNÍN, C.M., “The Role of Family Interventions In
HIDALGO-MAZZEI, D., SÁNCHEZ- Bipolar Disorder: A Systematic Review”,
MORENO, J., COLOM, F., VIETA, **Clin Psychol Rev**, 43, 47-57.
E.: 2016

RICKLES, N.M.: 2010 “A Multi-Theoretical Approach to Linking
Medication Adherence Levels and the
Comparison of Outcomes”, **Research in
Social and Administrative Pharmacy**,
6(1), 49-62.

RILEY, W.T., VELLIGAN, D.I., “Adherence to psychiatric treatments”,
SAJATOVIC, M., VALENSTEIN, M., **CML-Psychiatry**, 20(4), 89-96.
SAFREN, S., LEWIS-FERNAÍDEZ,
R., ... OGEDEGBE, O.:2009

ROSA, A.R., MARCO, M., FACHEL, “Correlation Between Drug Treatment
J.M., KAPCZINSKI, F., STEIN, A.T., Adherence and Lithium Treatment
BARROS, H.M.: 2007 Attitudes and Knowledge by Bipolar
Patients”, **Progress in Neuro-
Psychopharmacology & Biological
Psychiatry**, 31(1), 217-224.

ROSENBAUM, M., BEN-ARI “Cognitive and Personality Factors in the
SMIRA, K.: 1986 Delay of Gratification of Hemodialysis
Patients”, **J Pers Soc Psychol**, 51(2),
357-364.

ROSENSTOCK, I.M.: 1974 “The Health Belief Model and Preventive
Health Behavior”, **Health Education
Monographs**, 2(4), 354-386

- RYAN, R.M, PATRICK, H., DECI, E.L., WILLIAMS, G.C.: 2008 "Facilitating Health Behaviour Change and Its Maintenance: Interventions Based on Self-Determination Theory", **The European Health Psychologist**, 10, 2-5.
- SAAL, W., KAGEE, A.: 2012 "The Applicability of the Theory of Planned Behaviour in Predicting Adherence to ART Among a South African Sample", **J Health Psychol**, 17(3), 362-370.
- SACHS, G.S., THASE, M.E.: 200 "Bipolar Disorder Therapeutics: Maintenance Treatment", **Biol Psychiatry**, 48(6), 573-581.
- SAJATOVIC, M., BAUER, M.S., KILBOURNE, A.M., VERTREES, J.E., WILLIFORD, W.: 2006 "Self-Reported Medication Treatment Adherence Among Veterans with Bipolar Disorder", **Psychiatr Serv**, 57(1), 56-62.
- SAJATOVIC, M., BISWAS, K., KILBOURNE, A.K., FENN, H., WILLIFORD, W., BAUER, M.S.: 2008 "Factors Associated with Prospective Long-Term Treatment Adherence Among Individuals with Bipolar Disorder", **Psychiatr Serv**, 59(7), 743-759.
- SAJATOVIC, M., ELHAJ, O., YOUNGSTROM, E.A., BILALI, S.R., RAPPORT, D.J., GANOCY, S.J., CALABRESE, J.R.: 2007 "Treatment Adherence in Individuals with Rapid Cycling Bipolar Disorder: Results From a Clinical-Trial Setting", **J Clin Psychopharmacol**, 27(4), 412-414.
- SAJATOVIC, M., IGNACIO, R.V., WEST, J.A., CASSIDY, K.A., SAFAVI, R., KILBOURNE, A.M., BLOW, F.C.: 2009 "Predictors of Nonadherence Among Individuals with Bipolar Disorder Receiving Treatment in a Community Mental Health Clinic", **Comprehensive**

Psychiatry, 50(2), 100-107.

SAJATOVIC, M., LEVIN, J., "Illness Experience and Reasons for
FUENTES-CASIANO, E., CASSIDY, Nonadherence Among Individuals with
K.A., TATSUOKA, C., JENKINS, Bipolar Disorder Who are Poorly
J.H.: 2010 Adherent with Medication", **Compr**

Psychiatry, 52(3), 280-287.

SAJATOVIC, M.A, LEVIN, J., "Illness Experience and Reasons for
FUENTES-CASIANO, E., CASSIDY, Nonadherence Among Individuals with
K.A., TATSUOKA, C., JENKINS, Bipolar Disorder Who are Poorly
J.H.: 2011 Adherent with Medication", **Compr**

Psychiatry, 52(3), 280-287.

SAJATOVIC, M., ROSCH, D.S., "Insight into Illness and Attitudes toward
SIVEC H.J., SULTANA D., SMITH Medications Among Inpatients with
D.A., ALAMIR, S, BUCKLEY P, Schizophrenia", **Psychiatr Serv**, 53(10),
BINGHAM CR.: 2002 1319-1321.

SAJATOVIC, M. VELLIGAN, D. "Measurement of Psychiatric Treatment
WEIDEN, P.J., VALESTEIN, M., Adherence", **Journal of Psychosomatic**
OGEDEGBE, G.: 2010 **Research**, 69(6), 591-599.

SAKA, M.C., ÖZER, S., ULUŞAHİN, "Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem
A.: 2001 Çalışması", **Türk Psikiyatri Dergisi**,
12(4), 283-292.

SARKAR, U., FISHER, L., "Is Self-Efficacy Associated with Diabetes
Selfmanagement Across Race/Ethnicity

SCHILLINGER, D.: 2006

and Health Literacy?”, **Diabetes Care**, 29, 823-829.

SAVAŞ, H.A., ÜNAL, A., VIRIT, O.: 2011 “Treatment Adherence in Bipolar Disorder”, **Journal of Mood Disorders**, 1(3), 95-102.

SCHERER, Y.K., BRUCE, S.: 2001

“Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy and Compliance with Medical Regimen, Number of Emergency Department Visits, and Hospitalizations in Adults with Asthma”, **Heart Lung**, 30, 250–257.

SCHAFFER, A., ISOMETSA, E.T., AZORIN, J.M., CASSIDY, F., GOLDSTEIN, T., RIHMER, Z., ...YATLAM, L.: 2015

“A Review of Factors Associated with Greater Likelihood of Suicide Attempts and Suicide Deaths in Bipolar Disorder: Part II of a Report of the International Society For Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder”, **Aust N Z J Psychiatry**, 49(11), 1006-1020.

SCHOU, M.: 1997

“The Combat of Non-Compliance During Prophylactic Lithium Treatment”, **Acta Psychiatr Scand**, 95(5), 361-363.

SCHUMANN, C., LENZ, G., “Non-Adherence with Long-Term
BERGHOFER, A., MULLER- Prophylaxis: A 6-Year Naturalistic
OERLINGHAUSEN, B.: 1999 Follow-Up Study of Affectively Ill
Patients”, **Psychiatry Res**, 89(3), 247–
257.

SCHWARTZ, G., WEISS, S.:1978 “Yale Conference on Behavioral
Medicine: A Proposed Definition and
Statement of Goals”, **Journal of
Behavioral Medicine**, 1, 3–12.

SCOTT, J.:2002 “Using Health Belief Models to
Understand the Efficacy-Effectiveness
Gap for Mood Stabilizer Treatments”,
Neuropsychobiology, 46, 13-15.

SCOTT, J., POPE, M.: 2002 “Self-Reported Adherence to Treatment
with Mood Stabilizers, Plasma Levels, and
Psychiatric Hospitalization”, **Am J
Psychiatry**, 159(11), 1927-1929.

SCOTT, J., POPE, M.: 2002 “Nonadherence with Mood Stabilizers:
Prevalence and Predictors” **J Clin
Psychiatry**, 63(5), 384-390.

SCOTT, J., TACCHI, M.J.: 2002 “A Pilot Study of Concordance Therapy
for Individuals with Bipolar Disorders

Who are Non-Adherent with Lithium Prophylaxis”, **Bipolar Disorders**, 4(6), 386-392.

SELTZER, A., RONCARI, I., “Effect of Patient Education on Medication Compliance”, **Can. J. Psychiatry**, 25, 638-645.

SHEPPARD, B. H., HARTWICK, J. “The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research”, **Journal of Consumer Research**, 15(3), 325-343.

SHI, J., BADNER, J.A., HATTORI, E., “Neurotransmission and Bipolar Disorder: A Systematic Familybased Association Study”, **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, 147(7), 1270-1277.

SIMON, G.E.: 2003 “Social and Economic Burden of Mood Disorders”, **Biol Psychiatry**, 54(3), 208-215.

SPARKS, P., SHEPHERD, R., “Assessing and Structuring Attitudes Toward the Use of Gene Technology in

Food Production: The Role of Perceived Ethical Obligation”, **Basic and Applied Social Psychology**, 16(3), 267-285.

STAHL, S.M.: 2012

“Duygu Durumu Bozuklukları”, **Stahl’in Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar**, 1.bs., Çev.,E.Sağlam, E.N. Özdamar, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, s.453-511.

STRAUSS, J.L., JOHNSON, S.L.: 2006

“Role of Treatment Alliance in the Clinical Management of Bipolar Disorder: Stronger Alliances Prospectively Predict Fewer Manic Symptoms”, **Psychiatry Res**, 145(2-3), 215-223.

STUBBS, B., VANCAMPFORT, D., SOLMI, M., VERONESE, N., FORNARO, M.: 2016

“How Common is Bipolar Disorder in General Primary Care Attendees? a Systematic Review and Meta-Analysis Investigating Prevalence Determined According to Structured Clinical Assessments”, **Aust N Z J Psychiatry**, 50(7), 631-639.

SUTTON, S.: 1998

“Predicting and Explaining Intentions And Behavior: How Well are We Doing?”, **Journal of Applied Social Psychology**, 28(15), 1317-1338.

SVARSTAD, B.L., SHIREMAN, T.I., SWEENEY, J.K.: 2001 “Using Drug Claims Data to Assess the Relationship of Medication Adherence with Hospitalization and Costs”, **Psychiatr Serv**, 52(6), 805-811.

SYLVIA, L.G., HAY, A., OSTACHER, M.J., MIKLOWITZ, D.J., NIERENBERG, A.A., THASE M.E., ... , PERLIS, R.H.: 2013 “Association Between Therapeutic Alliance, Care Satisfaction, and Pharmacological Adherence in Bipolar Disorder”, **J Clin Psychopharmacol**, 33(3), 343-350.

SYLVIA, L.G., REILLY-HARRINGTON, N.A., LEON, A.C., KANSKY, C.I., CALABRESE, J.R., ... NIERENBERG, A.A.: 2014 “Medication Adherence in a Comparative Effectiveness Trial for Bipolar Disorder”, **Acta Psychiatr Scand**, 129(5), 359-365.

ŞAHİN, M.D., SÖYLEMEZ YILDIRIM, E., KOÇ, Y.D.: 2016 “Planlanmış Davranış Teorisi Çerçevesinde Aile İşletmelerinde Kurumsallaşma Sürecinin İrdelenmesi”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Afro-Avrasya Özel Sayısı, 451-457.

ŞİMŞEK, Ö.F.: 2007 **Yapısal Eşitlik Modellenesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları**, İstanbul: Ekinoks Yayınları.

TEMELOĞLU-ŞEN, E., SERTEL- “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve

- BERK, Ö., SINDEL, D.: 2019 "güvenirlik çalışması", **İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi**, 82(1), 52-61.
- THOMPSON, K., KULKARNI, J., "Reliability and Validity of a New Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the Psychoses", **Schizophr Res**, 42(3), 241-247.
- SERGEJEV, A.A.:2000
- TONDO, L., POMPILI, M., FORTE, "Suicide Attempts in Bipolar Disorders: Comprehensive Review of 101 Reports", **Acta Psychiatr Scand**, 133(3), 174-186.
- A. BALDESSARINI, R.J.: 2016
- TRAFIMOW, D., FINLAY, K.A.: "The Importance of Subjective Norms for a Minority of People: Between Subjects and Within-Subjects Analyses", **Personality and Social Psychology Bulletin**, 22(8), 820-828.
- 1996
- TUCHILA, C., BACONI, D.L. PIRVU, "Therapeutic Drug Monitoring and Methods of Quantitation for Carbamazepine", **J Mind Med Sci**, 4(2), 100-114.
- C.D., BALALAU, D.O.,
- VLASCEANU, A. M., STAN, M.,
- BALALAU, C.: 2017
- UEBELACKER, L.A., BEEVERS, "Family Functioning in Bipolar I Disorder", **J Fam Psychol**, 20(4), 701-704.
- C.G., BATTLE C.L., STRONG, D.,
- KEITNER, G.I., RYAN, C.E., ... ,
- MILLER I.W.: 2006
- USUBÜTÜN, S.: 2003 "Sağlık Psikolojisi ve Koruyucu Sağlık Çalışmaları" **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), 58-61.

- VAHİP, S., AYDEMİR, Ö.: 2010 “Depresif Dönemin Sağaltımı”, **İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu**, Ö. Aydemir, A. Uluşahin, F. Akdeniz (Ed.), Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.41-63.
- VAN DULMEN, S., SLUIJS, E., VAN DİJK, L., DE RIDDER, D., HEERDINK, R., BENSING J.: 2007 “Patient Adherence to Medical Treatment: A Review of Reviews”, **BMC Health Serv Res**, 7(55), 1-13.
- VAN METER, A.R., BURKE, C., YOUNGSTROM, E.A., FAEDDA, G.L., CORREL, C.U.: 2016 “The Bipolar Prodrome: Meta-Analysis of Symptom Prevalence Prior to Initial or Recurrent Mood Episodes”, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 55(7), 543-555.
- VELLIGAN, D.I., WEIDEN, P.J., SAJATOVIC, M., SCOTT, J., CARPENTER, D., ROSS, R., DOCHERTY, J.P.: 2010 “Assessment of Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines”, **Journal of Psychiatric Practice**, 16(1), 34-45.
- VELLIGAN, D.I., LAM, Y.W.F., GLAHN, D.C., BARRET, J.A., MAPLES, N.J., ERESHEFSKY, L., MILLER, A.L.: 2006 “Defining and Assessing Adherence to Oral Antipsychotics: A Review of the Literature”, **Schizophr Bull**, 32(4), 724-742.
- VELLIGAN, D.I., WEIDEN, P.J., SAJATOVIC, M., SCOTT, J., CARPENTER, D., ROSS, R., DOCHERTY, J.P.: 2009 “The Expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness”, **J Clin Psychiatry**, 70(4), 1-46.
- VERMEIRE, E., HEARNshaw, H., “Patient Adherence to Treatment: Three

- VAN ROYEN, P., DENEKENS, J.: Decades of Research. A Comprehensive Review”, **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, 26(5), 331-342. 2001
- VIETA, E., AZORIN, J.M., BAUER, M., FRANGOU, S., PERUGI, G., MARTINEZ, G., SCHREINER, A.: “Psychiatrists' Perceptions of Potential Reasons for Non- and Partial Adherence to Medication: Results of a Survey In Bipolar Disorder from Eight European Countries”, **J Affect Disord**, 143(1-3), 125-130. 2012
- VIETA, E., SUPPES, T.: 2008 “Bipolar II Disorder: Arguments for and Against a Distinct Diagnostic Entity”, **Bipolar Disorders**, 10, 163-178.
- VIETA, E., BERK, M., SCHULZE, T.G., CARVALHO, A.F., SUPPES, T., CALABRESE, J.R., ... , GRANDE, I.: 2018 “Bipolar Disorders”, **Nat Rev Dis Primers**, 8(4), 1-16.
- VIGO, D., THORNICROFT, G., ATUN, R.: 2016 “Estimating the True Global Burden of Mental Illness”, **Lancet Psychiatry**, 3(2), 171-178.
- VRIJENS, B., DE GEEST, S., HUGHES, D.A., PRZEMYSŁAW, K., DEMONCEAU, J., RUPPAR, T., ...ABC PROJECT TEAM: 2012 “A New Taxonomy for Describing and Defining Adherence to Medications”, **Br J Clin Pharmacol**, 73(5), 691–705.
- WHITEFORD, H.A., DEGENHARDT, L., REHM, J., BAXTER, A.J., FERRARI, A.J., ERSKINE, H.E., ... VOS, T.: 2013 “Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings From the Global Burden of Disease Study 2010”, **Lancet**, 382(9904), 1575-1586.

- WIJERATNE, C., DRAPER, B.: 2011 “Reformulation of Current Recommendations for Target Serum Lithium Concentration According to Clinical Indication, Age and Physical Comorbidity”, **The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists**, 45(12), 1026-1032.
- WILLIAMS, J.B.: 1988 “A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale”, **Arch Gen Psychiatry**, 45(8), 742-747.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION “Mental health: a state of well-being”,(Çevrimiçi)https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/, 2014
- WORLD HEALTH ORGANIZATION “Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action”, 2003.
- WOUTERS, H., BOUVY, M.L., VAN GEFFEN, E.C., GARDARSDOTTIR, H., STIGGELBOUT, A.M., VAN, DIJK, L.: 2014 “Antidepressants in Primary Care: Patients' Experiences, Perceptions, Self-Efficacy Beliefs, and Nonadherence”, **Patient Preference and Adherence**, 8, 179-190.
- YAZICI, O., ORAL, E.T.: 2010 “Koruyucu Sağaltım”, **İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu**, Ö. Aydemir, A. Uluşahin, F. Akdeniz (Ed.), Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.63-83.
- YELOĞLU, Ç.H., HOCAOĞLU, Ç.: 2017 “Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk”, **Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi**, 8(30), 41-54.

- YEREVANIAN, B.I., KOEK, R.J., MINTZ, J.: 2007 “Bipolar Pharmacotherapy and Suicidal Behavior. Part I: Lithium, Divalproex and Carbamazepine”, **Journal of Affective Disorders**, 103(1-3), 5-11.
- YÜNCÜ, Z., KESEBİR, S., AKDENİZ, F., VAHİP, S.: 2008 “Anticipation in Bipolar Disorder: A Comparison Between Two Generations”, **Türk Psikiyatri Derg**, 19(4), 349-357.
- ZEBER, J.E., COPELAND, L.A., GOOD, C.B., FINE, M.J., BAUER, M.S., KILBOURNE, A.M.: 2008 “Therapeutic Alliance Perceptions and Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder”, **J Affect Disord**, 107(1-3), 53-62.
- ZENGİN, O.: 2011 “Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü”, **Konuralp Tıp Dergisi**, 3(3), 29-34.

EKLER

EK 1: SOSYODEMOGAFİK VE TIBBİ BİLGİ FORMU

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Yaş:

Eğitim düzeyi:

İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ()

Medeni durum: Evli () Bekar () Boşanmış ()
Beraber yaşıyor ()

Meslek: Memur () İşçi () Emekli () Malulen Emekli ()
Çalışmıyor ()

Sağlık güvencesi: Var () Yok ()

İlaçları maddi açıdan karşılayabilme gücü: Yeterli () Ucu Ucuna ()
Yetersiz ()

Tanı ve tanı süresi:

Şuan kullanılan ilaçlar ve dozu:

Bipolar hastalığınızla ilişkili kaç adet ilaç kullanıyorsunuz:

Bipolar hastalığınız dışında hangi sağlık sorunu için ve kaç adet ilaç kullanıyorsunuz:

Poliklinik/ hastaneye muayene (kontroller, reçetelendirme v.s) için ne sıklıkta gidiyorsunuz:

Haftada bir () 15 günde bir () Ayda bir () 3 ayda bir () 6 ayda bir ()

Komorbidite: Eksen 2 var () Eksen 2 yok ()

Eğer lityum kullanıyorsanız, ne kadar sıklıkta kan testi yaptırıyor musunuz:

Alkol kullanım sıklığı: Hiçbir zaman () Ayda bir veya daha az () Haftada bir veya daha az () Haftada 2-4 gün () Haftada 5 kez veya daha fazla ()

Daha önce kaç kez intihar düşüncesi oldu? Evet () Hayır ()

Daha önce kaç kez intihar girişimi oldu? Evet () Hayır ()

Daha önce kaç kez hastanede yatışı oldu?

Aşağıdaki yan etkilerden hangisini/hangilerini yaşıyorsunuz: kilo alımı ()
baş ağrısı () rehavet hali () uyuşukluk hali () titreme () baş dönmesi () mide barsak
rahatsızlıkları () ağız kuruluğu () Diğer:

İlaç alma zamanını hatırlamak için kullandığınız yardımcı uygulamalar var mı?

Kullanmıyor () alarm kurma(saat, telefon) görünen yerlere notlar yapıştırma ()
takvim tutma () Bir başkası hatırlatıyor () Diğer ()

Lityum/ Valproik asit/ Karbamazepin kan düzeyi:

EK 2

“ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU” İÇİN ÖRNEK MADDELER

Yönerge: 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 daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Aile Boyutu
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
KESİNLİKLE HAYIR 1 2 3 4 5 6 7 KESİNLİKLE EVET.
Arkadaş Boyutu
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
KESİNLİKLE HAYIR 1 2 3 4 5 6 7 KESİNLİKLE EVET.
Özel Kişi/Diğer Önemli Kişi Boyutu
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
KESİNLİKLE HAYIR 1 2 3 4 5 6 7 KESİNLİKLE EVET.

EK 3

“DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU TÜRKÇE VERSİYONU” İÇİN ÖRNEK MADDELER

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **SON İKİ HAFTASINI** dikkate almanızı istiyoruz. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

Fiziksel Alan Boyutu

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derece
--	-----	--------	-------------	-------	--------------

Psikolojik Alan Boyutu

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derece
--	-----	--------	-------------	-------	--------------

Sosyal İlişkiler Boyutu

20. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derece
--	-----	--------	-------------	-------	--------------

Çevre Boyutu

12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derece
---	-----	--------	-------------	-------	--------------

EK 4

“TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK

MADDELER

Lütfen bu bölümde yer alan soruları aşağıdaki yönergeyi okuduktan sonra cevaplayınız.

Yönerge: Lütfen aşağıdaki soruları GEÇEN HAFTA içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız.

	EVET	HAYIR
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		

EK 5

“İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER

Lütfen bu bölümde yer alan soruları aşağıdaki yönergeyi okuduktan sonra cevaplayınız.

Yönerge:

- Çoğu insan, ilaçlarını kullanmanın kendilerine uyan bir yolunu bulur.
- Bu yol, prospektüsteki talimatlardan ya da doktorlarının söylediklerinden farklılık gösterebilmektedir.
- Size ilaçlarınızı nasıl kullandığınız hakkında birkaç soru sormak istiyoruz.

Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var. Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz.

	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla
2)	Dozunu değiştiririm.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					

EK 6

BİPOLAR BOZUKLUK İLAÇ UYUMU BATARYASI

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı düzenli ilaç kullanma davranışınızı etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesidir. Dünya Sağlık Örgütüne göre düzenli ilaç kullanımı (ilaç uyumu) bireyin reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanlarda belirtilen süre boyunca kullanılmasıdır. Ancak düzenli ilaç kullanımı ile ilişkili çeşitli faktörler olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada 10 bölümden oluşan anket soruları düzenlenmiştir. Her bir bölümün yönergesini okuyunuz ve düşüncenizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Soruları cevaplandırırken lütfen duygu düzenleyici ilaç (litiril, depakin, lamictal, tegretol, depalex vb.) kullanımınızı düşünün ve size reçete edilen duygu durum düzenleyici ilaç/ilaçlarınızı uygun doz ve zamanlarda önümüzdeki 3 ay boyunca kullanımınızı göz önüne alın. Bazı sorular size tekrarlayıcı görünebilir; fakat aslında her bir soru farklı bilgiler sağlamaktadır. Lütfen sabırlı olun ve her bir maddeyi dikkatlice ve dürüstçe cevaplayın. Bu anket sizin kişisel inançlarınızla ilgilidir; bu sebeple doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. BÖLÜM- TUTUM: “İLACA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER

Lütfen bu bölümde yer alan soruları aşağıdaki yönergeyi okuduktan sonra cevaplayınız.

Yönerge: Aşağıda ilaç kullanımına yönelik çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerin her birine ne ölçüde katıldığınızı lütfen belirtiniz. Her bir ifade için “Kesinlikle katılmıyorum (1)” ile “Kesinlikle katılıyorum (7)” arasında değişen bir derecelendirme vardır:

Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	2	3	4	5	6	7

Sizden her bir madde için, o ifadeye ne kadar katıldığınızı temsil eden sayıyı daire içine almanızı istiyoruz. Bir ifadeye ne kadar çok katılıyorsanız işaretleyeceğiniz sayı da o kadar yüksek olacaktır. Bir ifadeye ne kadar çok katılmıyorsanız, daire içine alacağınız sayı o kadar düşük olacaktır. Lütfen bütün maddeleri cevapladığınızdan ve her bir madde için sadece bir sayıyı daire içine aldığınızdan emin olun.

6. İlaçların uzun dönem etkileri bazen beni endişelendirir.						
Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	2	3	4	5	6	7
15. İlaçlar depresyon ve/veya manik dönemlerimi ortadan kaldırır.						

Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
------------------------------	------------------------------	-------------------------	-----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**2. BÖLÜM- NORMATİF İNANÇLAR (SUBJEKTİF NORMLAR):
“İLACA YÖNELİK NORMATİF İNANÇLAR ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK
MADDELER**

SUBJEKTİF NORM- DESTEK ALT ÖLÇEĞİ						
1. Ailem ilaç kullanmamı destekler.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
SUBJEKTİF NORM KARŞI ÇIKAN ALT ÖLÇEĞİ						
2. Yakın arkadaşlarım ilaç kullanmama karşı çıkar.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
SUBJEKTİF NORM- BASKI YAPAN ALT ÖLÇEĞİ						
3. Benim için önemli insanların çoğu ilaç kullanmam konusunda baskı yapar.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
SUBJEKTİF NORM-DİĞER ALT ÖLÇEĞİ						
9. Komşum kendisine reçete edilen ilaç/ilaçları uygun doz ve zamanlarda kullanır						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7

**3. BÖLÜM- KONTROL ALGISI: “İLACA YÖNELİK KONTROL
ALGISI ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER**

1. İlaçlarımı günlük rutinimde (düzenimde) kullanmak oldukça kolaydır.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
10. İlaçlarımı seyahatlerde kullanmam çok zor.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7

**4. BÖLÜM- ÖZETKİNLİK: “İLACA YÖNELİK ÖZETKİNLİK
ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER**

5. İlacım bitmeye yakın yeni bir kutu daha yazdırabilirim.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
7. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunsam da ilaçlarımı kullanabilirim.						

Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
------------------------------	------------------------------	-------------------------	-----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------------

5. BÖLÜM- BİLGİ: “İLACA YÖNELİK BİLGİ ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER

2. Daha iyi hissettiğiniz günlerde önerilen dozdan daha az sayıda ilaç alabilirsiniz.

DOĞRU (1)	YANLIŞ (2)	BİLMİYORUM (3)
--------------	---------------	-------------------

4. İlaçları kullandıkça vücuda olan yararı azalır.

DOĞRU (1)	YANLIŞ (2)	BİLMİYORUM (3)
--------------	---------------	-------------------

6. BÖLÜM- ENGEL ALGISI: “İLACA YÖNELİK ENGEL ALGISI ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER

2. Beni muayene eden doktorların sık sık değişmesi ilaç kullanmamı engeller.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
3. İlaçların kullanım şeklinin karmaşık olması ilaç kullanmamı engeller.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7

7. BÖLÜM- ERİŞİM: “İLACA YÖNELİK ERİŞİM ÖLÇEĞİ” İÇİN ÖRNEK MADDELER

2. İlaçlarımı sağlık sigortam yoluyla rahatlıkla alırım.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7
5. Hastaneye gitmek için gerektiğinde refakat edecek (eşlik edecek) yakınlarım var.						
Kesinlikle katılmıyorum 1	Çoğunlukla katılmıyorum 2	Biraz katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz katılıyorum 5	Çoğunlukla katılıyorum 6	Kesinlikle katılıyorum 7

EK 7

ETİK ONAM



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozuklukta İlaça Uyum Davranışının Yordayıcılarının Bütünleşik Davranış Model Çerçevesinde İncelenmesi				
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	02.11.2017-36459-55887580				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Psikolog Buket ÜNVER				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikoloji				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SAUM				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: Kesitsel Araştırma				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe x	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe x	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU		X	Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		X	Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-				
	DİĞER:	-				
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 07.11.2017	Karar No: 94				
	Bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI ADI- SOYADI:	Doç. Dr. Murat ERKİRAN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişkisi	İmza			
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E ☐ H ☒				
Doç. Dr. Ali Ender OFLUOĞLU	Beyin ve Sinir Cerrahisi	E ☐ H ☒				
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI	Nöroloji	E ☐ H ☒				
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E ☐ H ☒				

EK 8: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Klinik Psikolog Buket Ünver tarafından yürütülen “Bipolar Bozuklukta İlaça Uyum Davranışının Yordayıcılarının Bütünleşik Davranış Model Çerçevesinde İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu davranışının altında yatan faktörlerin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 30 dk-45 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 150 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya buketaltuk@gmail.com e-posta adresi ve 0541 831 63 47 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Adı-Soyadı: KLİNİK PSİKOLOG BUKET ÜNVER

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Buket Ünver

Doğum tarihi: 12.01.1986

Doğum yeri: Kırşehir

Ünvanı: Klinik Psikolog

Eğitim Bilgileri

2000-2004 İzmir Atatürk Lisesi (Anadolu Lisesi)

2004- 2008 Ankara Üniversitesi- Psikoloji Bölümü

2008-2011 Ankara Üniversitesi- Uygulamalı Psikoloji

2014-2019 İstanbul Üniversitesi- Psikoloji Doktora

İş Tecrübesi

2013- : Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH., Klinik Psikolog

2011-2013: Dr Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH,
Klinik Psk

2010-2011: Beypazarı Devlet Hastanesi, Klinik Psikolog

2008-2010: Varlı ve Minik Düşler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri,
Psikolog

Yabancı Diller

İngilizce

Yayınlar ve Sunumlar

Ünver, B. Öner, Ö. ve Yurtbaşı, P. (2015). Şizotipal Kişilik Bozukluğu ile Otizm Spektrum Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu Türk Psikiyatri Dergisi, 26(1), 65-70.

Altuk, B. (2011). Yaşlılıkta Bilişsel İşlevler, Empatik Eğilimler ve Depresyon Belirtileri, Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu, 13-16 Ekim 2011-İstanbul (3. en iyi poster ödülü).

Altuk, B., Özgür, P. (2009). İlköğretim Çağı Çocuklarının Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi, III. Psikoloji Lisansüstü Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş sözel bildiri, Koç Üniversitesi, İstanbul.

Altuk, B. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Stres Oluşturucu Faktörler: Kişilerarası İletişim Tarzları ve Psikolojik Belirtiler Açısından Bir İnceleme, II. Psikoloji Lisansüstü Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş poster bildirisi, Ilgaz, Türkiye.

