

Buket Ünver*, Özlem Sertel Berk**, Nesrin Karamustafalıoğlu***

Bipolar Bozuklukta Çalışma Statüsü ve İlaç Uyumu: “Kuram Temelli Bir Değerlendirme”**** *Employment Status and Medicine Adherence in Bipolar Disorder: “A Theory-Based Evaluation”*

Öz

Bu çalışmanın amacı ilaç uyumunun farklı çalışma statüsüne sahip bipolar bozukluk tanılı hastalarda nasıl farklılaştığını sağlık davranış modellerinden biri olan Bütünleşik Davranış Modeli (BDM) perspektifinden incelemek ve çalışma statüsünün hastalık şiddeti ve sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisini değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda 167 bipolar bozukluk tanılı hastaya ulaşılmıştır. Veri toplama araçları olarak BDM Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, kanda ölçülen ilaç düzeyi açısından ilaç uyumu kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda memurların diğer çalışma statüsüne sahip gruplara göre hem hastalık şiddetinin hem de ilaç uyumsuzluğunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle bipolar bozukluk tanılı memur gruplarında ilaç uyumuna yönelik müdahale programlarına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

441

Abstract

The aim of this study is to examine how medication adherence differs in patients diagnosed with bipolar disorder who have different employment status and also to examine the relationship of employment status with disorder severity and sociodemographic variables from the perspective of Integrated Behavioural Model (IBM), one of the health behaviour models. To that end, 167 patients diagnosed with bipolar disorder were reached. IBM Bipolar Disorder Medication Adherence Inventory, Medication Adherence Scale, and medication adherence in terms of measured medication level in blood were used. At the end of the analyses conducted, it was found that both the severity of disorder and the medication nonadherence of civil servants were higher than other groups with different employment status. It is concluded that there is a need for intervention programs for medication adherence, especially for civil servant groups with bipolar disorder.

Anahtar kelimeler

Bipolar bozukluk, çalışma statüsü, ilaç uyumu, sağlık davranışı, bütünleşik davranış modeli

Keywords

Bipolar disorder, employment status, medication adherence, health behaviour, integrated behavioural model

* FVM Işık Üniversitesi, buket.unver@isikun.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7339-2832.

** İstanbul Üniversitesi, osberk@istanbul.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3045-3903.

*** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, nesrindr@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2825-3240.

**** Bu çalışma Buket Ünver'in yayınlanmamış doktora tezinden üretilmiştir. Bkz. Ünver, B. (2019). Bipolar Bozuklukta İlaç Uyum Davranışının Yordayıcılarının Bütünleşik Davranış Modeli Çerçevesinde İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BPB) kronik, ciddi, tekrarlayan, bireyin işlevselliğine ve yaşam kalitesine ciddi zararlar verebilen, ölüm (mortalitesi) ve hastalık oranı (morbiditesi) yüksek psikiyatrik bir hastalıktır (Colom ve Vieta, 2012; Kerner, 2014). BPB tanısı alan hastalar klinik olarak ötmik olsalar da hastalığın yaşam boyu süren ve tekrarlanabilir doğası hastaların sosyal, mesleki ve genel işlevselliğini bozabilmektedir (Oldis ve ark., 2016; Saka ve ark., 2001). İşlevsellikte bozulmalar hem hastanın hem de ailesinin çalışma hayatını ve gelir seviyesini olumsuz yönde etkilemektedir (Cloutier ve ark., 2018). BPB'nin çalışma hayatı içerisinde işlevselliğin yanı sıra iş ilişkileri ve işe devamlılık üzerinde de zorlayıcı bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (Laxman ve ark., 2008; McMorris ve ark., 2010). İş yerinde yaşanan zamansal kayıplar duygudurum atakları nedeniyle işten ayrılma, hastane yatışları veya çalışma saatlerinin veya günlerinin azalması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Michalak ve ark., 2007). Özellikle bir önceki yıl en az bir kez depresif atak geçiren bipolar hastalarda çalışır görünme (presenteeism) ve toplam iş günü kaybı oldukça belirgindir (Kessler ve ark., 2006). En az bir majör depresif dönemi olan çalışan bipolar hastaların, depresif belirtileri olmayanlara göre ayda dört gün iş kayıpları olmaktadır (Simon ve ark., 2008). Özellikle Bipolar I bozukluk, iş verimliliğinde önemli kayıplar ve istihdam sorunları ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca BPB I hastalarının üstlerle olan kişilerarası ilişkilerinde de zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (McMorris ve ark., 2010).

442

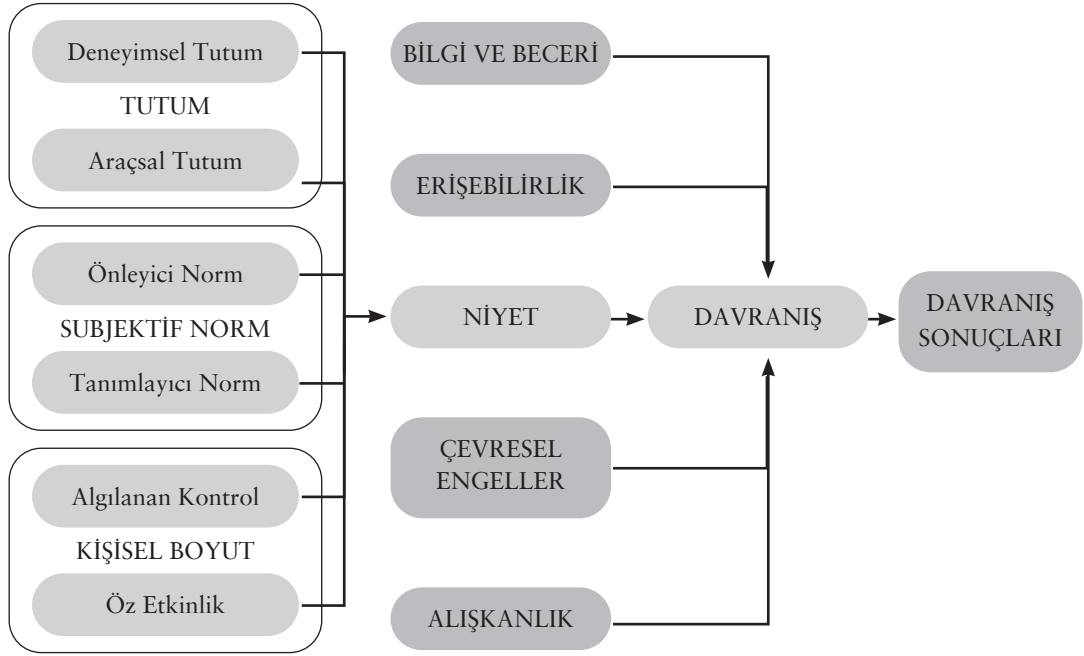
Yapılan bir çalışmada 219 BPB I hastası ciddi psikiyatrik hastalığı olmayan (bipolar I, bipolar II, unipolar depresyon, şizofreni, şizoaffektif bozukluk tanısı almayan) 198 hastayla karşılaştırıldığında, BPB I hastalarının tıbbi nedenden dolayı işten çıkarılma veya kısa veya uzun vadeli yeti kaybına uğrama olasılığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (McMorris ve ark., 2010). O'Donnell ve arkadaşlarının (2017) çalışmasına göre ise mevcut depresif semptomlar çalışma hayatındaki bozulmayla ilişkili varyansın yarısını açıklamaktadır. Bunun yanı sıra depresif ve manik belirti şiddeti arttıkça çalışma alanındaki işlevsellik kaybı da artmaktadır. Özellikle depresyon genelde düşük mesleki işlevsellikle ilişkiliyken, manik belirtiler işsizliği yordamaktadır (Bauer ve ark., 2001).

Tüm bu bulgular bipolar hastalarda hastalık şiddetinin çalışma hayatını etkileyen önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Hastalığın süresi, hastalık yaşantısına eşlik eden intihar düşüncesi ve girişimi ve hastalığın nüksü ile beraber hastanede yatış sıklığı hastalık şiddetinin değerlendirilmesi açısından önemli göstergeler olup (Colom ve ark., 2000; Shim ve ark., 2017) diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da hastalık şiddetinin en önemli yordayıcılarından biri de ilaç uyumudur (Sajatovic ve ark., 2009). İlaç uyumu ise hastanın reçete edilen ilaç/ilaçlarını uygun doz ve zamanlarda belirtilen süre boyunca kullanması anlamına gelmektedir (Crowe ve ark., 2012). BPB tanılı hastalarda ilaç uyumunun önemi, bu grubun söz konusu semptomları azaltabilen ve çalışanın çalışma becerisine olumlu katkılarda bulunabilecek etkili psikofarmakolojik tedavilere sahip olmasından kaynaklıdır (Laxman ve ark., 2008). Bu tedavilere yönelik uyum, çalışma alanındaki işlevselliğin sürdürülmesi için

gerekli olan kognitif işlevselliği arttırırken, semptomatik remisyona da olanak sağlamaktadır (Fuentes ve ark., 2016; Martinez-Camarillo ve ark., 2019). Ayrıca tedavi uyumu sadece çalışma becerisi değil aynı zamanda iş arkadaşlarıyla daha iyi ilişkiler kurmak için sosyal işlevselliğin gelişmesi açısından da önemlidir (Laxman ve ark., 2008).

Özellikle hastalık nüksünün kontrol edilmesi açısından da büyük önem taşıyan ilaç uyumu (Velligan ve ark., 2010) hastanın pasif alıcı konumundan ziyade aktif karar veren konumda olduğu ve iş birliği içeren bir süreçtir. Ancak, bipolar bozuklukta birincil tedavi stratejisi ilaç tedavisi olduğu halde (Sachs ve Thase, 2000) ilaç uyumsuzluğunun temel belirleyicileri konusunda bir belirsizlik olduğu göze çarpmaktadır. Konuyla ilgili ilk yapılan çalışmalar çoğunlukla demografik, klinik ve ilaçla ilgili faktörlerin uyum üzerindeki etkisini incelemiş; fakat demografik ve hastalıkla ilişkili faktörler tek başına bipolar bozuklukta ilaç uyumsuzluğunu açıklayamamış ya da yordayamamıştır (Chakrabarti, 2016). Üstelik hastalık şiddetinin mesleki işlevsellik açısından olumsuz sonuçları irdelenmiş olmasına ve bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin mesleki işlevselliklerinin artırılması yönünde çok çeşitli müdahale önerilerine rağmen (örn., Hergenrather ve ark., 2011; Tse ve Walsh, 2001), alandaki araştırmaların çalışma ortamındaki faktörler veya mesleki statü ile ilaç uyumsuzluğu arasındaki ilişkilere yeterince odaklanmadığı gözlenmektedir. Bu ilişkiye odaklanan az sayıdaki araştırmalarda ise çalışma durumu “çalışan” ve “çalışmayan” şeklinde iki kategorili bir değişken olarak ele alınmış, ilaç tedavisini yarıda bırakma açısından bu gruplar arasında fark olmadığı bildirilmiştir (Hajda ve ark., 2015). Oysa çalışıyor olma durumunun da kendi içinde, yapılan işin doğası ve söz konusu işlerin bağlamsal özellikleri açısından da değerlendirilmek sureti ile ilaç uyumu ve dolayısıyla hastalık şiddeti ile olan ilişkisine dair daha kapsamlı bilgi edinmek bu alanda planlanacak örgütsel müdahalelere ışık tutabilir. Öte yandan ilaç uyumunun da hasta, hastalık ve çevresel faktörlere duyarlı dinamik bir süreç olarak ele alınması gerektiği öne sürülmektedir (Crowe ve ark., 2012). Bu bağlamda müdahale planlarına dair detaylı bilgi edinebilmek ve müdahalelerin etkisini de sınavabilmek amacıyla çok boyutlu bir kavram olan ilaç uyumunun yalnızca varlığı ve yokluğu ile değil hem klinik sonuçları hem de psikososyal öncülleri ile beraber, hastanın bakış açısına da öncelik veren mevcut teorik model ve yaklaşımlarla ele alınması önerilmektedir (Berk ve ark., 2010; Chakrabarti, 2016).

Söz konusu model ve yaklaşımlar değerlendirildiğinde Sağlık İnanç Modeli (SİM), Gerekelendirilmiş Eylem Modeli (TRA) ve Planlanmış Davranış Modeli (TPB) gibi belli başlı sağlık davranış modellerini de bünyesinde kapsayan ve 1990 li yıllarda Montano ve Kasprzyk tarafından önerilmiş olan Bütünleşik Davranış Modeli (BDM)’nin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu modelin bileşenleri **Şekil 1**’de sunulmuştur.



Şekil 1

Bütünleşik Davranış Modeli (BDM)(Montano ve Kasprzyk, 2008)

Şekil 1’de görüldüğü gibi değiştirilmesi hedeflenen sağlık davranışının en temel yordayıcılarından biri niyettir. Niyet kişinin ilgili sağlık davranışını gerçekleştirme olasılığı ile ilgili değerlendirilmeleri olarak da tanımlanabilir. Bir başka deyişle davranışı değiştirme motivasyonu olarak da ifade edilebilir. Modelde niyetin de yordayıcıları vardır. Bunların üç temel grupta toplandığı göze çarpmaktadır: davranışla ilgili tutum, subjektif normlar ve kişisel boyuttur. Davranışla ilgili tutumlar kişinin davranışın sonuçlarına dair inançları ve davranışa dair duygularını kapsamaktadır. Subjektif norm bileşeni ise kişinin başkalarının ilgili davranışa dair düşüncelerine ait algısı (önleyici norm) ve başkalarının davranışı gerçekleşip gerçekleşmediğine dair gözlemlerini (tanımlayıcı norm) kapsar. Son olarak kişisel boyut ise kişinin davranışın ne denli kontrolü altında olduğunu (kontrol algısı) ve engeller olsa dahi davranışı gösterip gösteremeyeceğine dair inançları (öz etkinlik) şeklinde iki bileşeni içerir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Ancak modelde davranışın tek doğrudan yordayıcısı niyet değildir. Davranışa erişebilirlik, bilgi ve beceri, çevresel engeller ve alışkanlığın da davranış üzerinde niyet kadar önemli rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Özetle 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) be-

lirli bir davranışın ortaya konma olasılığını oldukça arttırmaktadır (Fishbein ve Yzer, 2003). Ancak modelde yer alan tüm bu bileşenlerin söz konusu sağlık davranışı üzerindeki yordayıcı etkilerinin davranıştan davranışa, davranışın incelendiği grupların sosyodemografik ve diğer özelliklerine ve zamana göre farklılıklar gösterebileceğinin de altı çizilmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Bu sebeple herhangi bir sağlık davranış değişim müdahalesine girişmeden önce modeldeki hangi bileşenlerin yordayıcı gücünün daha yüksek olduğunun belirlenmesi önerilmektedir. Bu sayede müdahale aşamasında hangi yapıların hedef alınacağına karar vermek mümkün olmaktadır. Kurama dayalı müdahale geliştirme önerisinden kastedilen de tam olarak budur (Peterson ve ark., 2015). Modeli geliştiren araştırmacılar modelde yer alan bileşenlerin ölçümüne dair de çok kapsamlı öneriler sunmuşlardır (bu önerilere dair daha detaylı bilgi için Ünver, 2019).

Yukarıda sunulan bilgiler ışığında bu yazıda başta SİM ve TPB olmak üzere sağlık davranışlarının öncüllerini açıklamaya çalışan belli başlı sağlık davranış kuramlarını bünyesinde barındıran BDM (Fishbein ve Yzer, 2003) temel alınarak yazarlar tarafından geliştirilmiş olan Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası (Ünver, 2019) kullanılarak ölçülen çok boyutlu ilaç uyumu bileşenlerinin kamu çalışanı memurlar ve işçiler ile emekli, malulen emekli ve çalışmayan olmak üzere beş farklı çalışma statüsüne sahip bipolar bozukluk tanısı almış bir grup vakada nasıl farklılaştığı incelenmiş; çalışma statüsünün hastalık şiddeti ve sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisi de ayrıca değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Katılımcılar

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 14'ü yatarak, 153'ü ayaktan tedavi alan 167 bipolar bozukluk tanısı almış vaka çalışmada yer almıştır. Katılımcıların 16'sı kamu çalışanı memur (%9,6), 37'si işçi (%22,2), 14'ü emekli (%8,4), 3'ü malulen emekli (%1,8) olup 97'si (%58,1) çalışmamaktadır.

Araçlar

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

Çalışma kapsamında her bir BDM bileşeninin ilaç uyum davranışı açısından değerlendirilmesi için 7'li Likert tipi ölçekler geliştirilmiştir. Buna göre "Tutum" (26 madde), Önleyici normlar 3 grup şeklinde: İlaç Kullanımını "Destekleyen" (6 madde) "Karşı çıkan" (6 madde), "Baskı yapan" (6 madde) ve "Tanımlayıcı (Öznel Norm-Diğer)" (7 madde) olmak üzere dört alt ölçekten oluşan Öznel Norm (Ö.N.) ölçekleri, "Algılanan kontrol" (9 madde), "Özetkinlik" (12 madde), "Bilgi" (7 madde), "Engel" (5 madde), "Erişim" (4 madde) son olarak "Alışkanlık (tek madde)" ve "Niyet (tek madde)" ölçekleri ile değerlendirme yapılmıştır.

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)

Thompson ve arkadaşları (2000) tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (*Drug Attitude Inventory-DAI*) birleştirilerek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışlarını ve tutumunu değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte Evet/Hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınan düşük puan (1-7 arasında) tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar (8-10 arasında) ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış MARS'ın test tekrar-test güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur (Koç, 2006).

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)

Orijinal formu *Medication Adherence Report Scale* (MARS-5) ismi ile Horne ve Weinman (2002) tarafından ilaç uyumsuzluğu olan hastaların belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiş, beş 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 İUBÖ'nün varyansın %54'ünü açıklayan tek faktörlü bir yapı gösterdiği görülmüştür. Türkçe formun Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek aynı yapıyı ölçen Morisky Uyum Ölçeği ile de anlamlı ve güçlü korelasyon göstermiştir (Temeloğlu Şen ve ark., 2019).

Tablo 1'de araştırmada kullanılan ve yukarıda bahsedilen araçlara dair tanımsal bilgiler özetlenmiştir.

Kanda Ölçülen İlaç Düzeyi Açısından İlaç Uyumu

İlaç uyumu bu çalışmada yalnızca batarya kapsamında yer alan öz bildirim yöntemiyle değil aynı gün içerisinde, kullanılan duygu durum düzenleyicilerine göre lityum, valproik asit veya karbamazepin kan düzeyleri ölçülerek de tespit edilmiştir. Elde edilen kan düzeyi referans aralığında ise “uyumlu”, referans aralığı dışında ise “uyumsuz” olarak kategorileştirilip bu ölçüm objektif ilaç ölçümü olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1

BDM İlaç Uyum Bataryası ve araştırmada kullanılan diğer ölçeklere ait tanımsal bilgiler

BDM Bölümleri ve Diğer Ölçekler	Cronbach alfa	\bar{X}	ss	Min	Max
BDM Tutum (madde sayısı=26) Örnek madde: - İlaçlarım kendimi daha iyi hissetmemi sağlar.	,90	138,40	21,63	78	182
BDM Öznel Normlar-Destek (madde sayısı=6) Örnek madde: - Benim için önemli insanların çoğu ilaç kullanmamı destekler.	,67	34,49	6,04	12	42
BDM Öznel Normlar-Karşı (madde sayısı=6) Örnek madde: - Akrabalarım ilaç kullanmama karşı çıkar.	,58	8,71	4,46	3	30
BDM Öznel Normlar-Baskı (madde sayısı=6) Örnek madde: - Psikiyatristim ilaç kullanmam konusunda baskı yapar.	,73	8,94	6,16	3	39
BDM Öznel Normlar-Diğer (madde sayısı=7) Örnek madde: - Benim hastalığım gibi hastalığa sahip pek çok kişi kendilerine reçete edilen ilaçları uygun doz ve zamanlarda kullanır.	,77	34,64	7,27	12	49
BDM Kontrol (madde sayısı=9) Örnek madde: -Birden fazla ilaç kullanmak zordur.	,84	47,12	9,83	11	63
BDM Öz Etkinlik (madde sayısı=12) Örnek madde: - İlaçlarımı kullanmayı günlük bir alışkanlık haline getirebilirim.	,92	71,66	9,57	28	84
BDM Bilgi (madde sayısı=7) Örnek madde: - Daha iyi hissettiğiniz günlerde önerilen dozdan daha az sayıda ilaç alabilirsiniz.	,60	12,95	1,22	8	14
BDM Engel (madde sayısı=5) Örnek madde: -Doktorların yeterli zamanlarının olmaması ilaç kullanmamı engeller.	,69	30,25	4,24	5	35
BDM Erişim (madde sayısı=4) Örnek madde: -Randevu alabilmek için internet imkânım var.	,45	26,59	2,40	14	28
BDM Alışkanlık (madde sayısı=1)	-	5,51	1,37	1	7
BDM Niyet (madde sayısı=1)	-	6,43	0,99	2	7
BDM İlaç Uyumu Davranışı (madde sayısı=1)	-	4,42	1,10	1	5
Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (madde sayısı=10)	,67	17,39	2,10	10	20
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (madde sayısı=5)	,83	20,62	3,66	5	25

İşlemler

Bu çalışmanın uygulama kısmına geçilmeden önce Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 2017/94 numaralı etik onayı alınmıştır. Öncesinde hekimin yönlendirmesiyle kan verme işlemi gerçekleşen hastalar bilgilendirilmiş onam doğrultusunda çalışma hakkında hem sözlü hem yazılı olarak bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar onam formunu imzalamalarının ardından BDM ilaç uyum bataryası bireysel görüşme formatında tek tek sorularak değerlendirilmeye alınmıştır. Onun dışındaki bütün ölçek ve formların sessiz bir ortamda araştırmacının eşliğinde müdahale edilmeden doldurulması sağlanmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmada grupların sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından dağılımları için ham ve yüzde frekanslar hesaplanmıştır. Grupların bataryada yer alan ölçeklerden elde edilen puanlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Her bir grup için BDM bileşenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla ise Pearson korelasyon analizine başvurulmuştur. Anlamlılık düzeyi için $p < .05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların farklı çalışma statülerine göre cinsiyet, eğitim, medeni durum ve yaş kategorilerindeki sıklık dağılımlarına ilişkin tanımsal bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre, çalışan (memur ve işçi) ve emekli (emekli ve malulen emekli) grubunda kadın ve erkek oranları birbirine yakın iken, çalışmayanlarda kadınların oranı daha yüksektir. Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, memurların büyük çoğunluğu üniversite mezunuyken, diğer çalışma gruplarının büyük çoğunluğu ilkökul ve ortaokul mezunudur. Çalışmayan grupta ise düşük eğitimliler daha fazladır. Medeni durum açısından incelendiğinde ise emekli grubunun büyük çoğunluğu, memurların yarıya yakını ve işçilerin yarısı evli iken, en yüksek bekar oranı çalışmayan grubuna aittir. Bununla birlikte memurlar en yüksek boşanma oranına sahiptir. Memur grubunun büyük bir çoğunluğu, işçilerin yarıya yakını, çalışmayan grubun ise %40'ı 28-40 yaş aralığındadır. Emekliler hariç vakaların büyük bir çoğunluğu 28-40 yaş arasında iken, emekli grubunun yaklaşık %80'e yakını 52-75 yaş aralığında yer almaktadır.

Tablo 2

Katılımcıların çalışma statülerine göre farklı sosyodemografik değişkenlerin kategorilerindeki sıklık dağılımları

		Memur (N=16)	İşçi (N=37)	Emekli (N=14)	Malulen emekli (N=3)	Çalışmayan (N=97)
Cinsiyet	Kadın	7 (%43,8)	15 (%40,5)	6 (%42,9)	1 (%33,3)	78 (%80,4)
	Erkek	9 (56,3)	22 (59,5)	8 (%57,1)	2 (%66,7)	19 (%19,6)
Eğitim düzeyi	İlkokul	0	14 (%37,8)	9 (%64,3)	2 (%66,7)	41 (%42,3)
	Ortaokul	0	12 (%32,4)	1 (%7,1)	0	24 (%24,7)
	Lise	4 (%25)	9 (%24,3)	3 (%21,4)	1 (%33,3)	23 (%23,7)
	Üniversite	12 (%75)	2 (%5,4)	1 (%7,1)	0	9 (%9,3)
Medeni durum	Evli	7 (%43,8)	19 (%51,4)	11 (%78,6)	1 (%33,3)	54 (%55,1)
	Bekar	5 (%31,3)	14 (%37,8)	3 (%21,4)	1 (%33,3)	35 (%36,1)
	Boşanmış	4 (%25)	4 (%10,8)	0	1 (%33,3)	8 (%8,2)
Yaş	18-28	1 (%6,3)	7 (%18,9)	0	0	17 (%17,5)
	28-40	11 (%68,8)	16 (%43,2)	0	1 (%33,3)	38 (%39,2)
	40-52	4 (%25)	12 (%32,4)	3 (%21,4)	0	29 (%29,9)
	52-75	0	2 (%5,4)	11 (%78,6)	2 (%66,7)	13 (%13,4)

Klinik Özellikler

Farklı çalışma statülerindeki katılımcıların klinik özelliklerine ait tanımsal bilgiler ise Tablo 3'de özetlenmiştir. Çalışma gruplarına ait klinik özelliklere bakıldığında, diğer çalışma gruplarına kıyasla en az tanı süresi ortalamasının memur grubunda olduğu dikkat çekmektedir. Tanı süresi açısından gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olduğu ($F[4,166]= 2.91, p<.05$) ve post-hoc Scheffe teste göre de yalnızca memurlar ve emekliler arasında hastalık süresi bakımından marjinal düzeyde anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.074$). Bu noktada tanı süresindeki bu farklılaşmanın çalışmanın sonuç değişkeni olan hastalık şiddeti ile anlamlı bir ilişki gösterip göstermediği de ileri analizlerde tanı süresinin kontrol edilip edilmeyeceği kararı açısından incelenmiştir. Yapılan Pearson korelasyon analizi tanı süresi ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur ($r=-0.056, p >0.05$). Bu sebeple tanı süresi ileriki analizlerde kontrol edilmemiştir. BPB vakalarının polikliniğe gelme sıklığı incelendiğinde ise, hemen hemen tüm çalışma statülerinde en sık geliş oranının ayda bir olduğu görülmektedir. Geçmişte intihar düşüncesinin olup olmadığı sorgulandığında ise çalışanlar içinde memur grubunun en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Benzer şekilde geçmişte intihar girişiminin varlığı da bu defa diğer tüm çalışma gruplarına kıyasla memurlarda daha fazladır. Bununla birlikte memurların yaklaşık %20'si, yatan hasta grubunda yer almaktadır. Bu oran diğer dört çalış-

ma grubunda gözlenen oranlardan daha yüksektir. İntihar düşüncesi, intihar girişimi ve yatış oranının memurlarda daha fazla olması, hastalık şiddetinin memurlarda daha ağır seyrettiğini düşündürmektedir.

Tablo 3

Katılımcıların her bir çalışma statüsüne ait bazı klinik özelliklere (tanı süresi, polikliniğe geliş sıklığı, intihar düşüncesi, intihar girişim öyküsü, hastalık şiddeti kategorilerine) göre sıklık dağılımları

		Memur (N=16)	İşçi (N=37)	Emekli (N=14)	Malulen emekli (N=3)	Çalışmayan (N=97)
Polikliniğe Geliş Sıklığı	Haftada bir	0	1 (%2,7)	0	0	1 (%1)
	15 günde bir	2 (%12,5)	2 (%5,4)	0	0	8 (%8,2)
	Ayda bir	7 (%43,8)	16 (%43,2)	9 (%64,3)	1 (%33,3)	55 (%56,7)
	3 ayda bir	5 (%31,3)	12 (%32,4)	3 (%21,4)	2 (%66,7)	20 (%20,6)
	6 ayda bir	2 (%12,5)	6 (%16,2)	2 (%14,3)	0	10 (%10,3)
	1-2 yılda bir	0	0	0	0	3 (%3,1)
İntihar Düşüncesi Öyküsü	Var	9 (%56,3)	15 (%40,5)	2 (%14,3)	2 (%66,7)	46 (%47,4)
	Yok	7 (%43,8)	22 (%59,5)	12 (%85,7)	1 (%33,3)	51 (%52,6)
İntihar Girişim Öyküsü	Var	6 (%37,5)	7 (%18,9)	0	1 (%33,3)	41 (%24,6)
	Yok	10 (%62,5)	30 (%81,1)	14 (%100)	2 (%66,7)	126 (%75,4)
Hastalık Şiddeti	Ayaktan tedavi	13 (%81,3)	34 (%91,8)	14 (%100)	3 (%100)	89 (%91,8)
	Yatarak tedavi	3 (%18,8)	3 (%8,1)	0	0	8 (%8,2)
Tanı Süresi	Ortalama	8,56	10,46	18,50	18,00	11,47
	Standart Sapma	5,02	7,89	12,85	7,21	9,59
	Minimum	1	1	2	12	1
	Maksimum	17	27	38	26	40

Tablo 2 ve Tablo 3’de görüldüğü gibi emekli ve malulen emekli gruplarının sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından sıklık dağılımlarının benzer olması nedeniyle her iki grubun birleştirilerek tek bir “emekli grubu” olarak ileriki analizlere dahil edilmesi kararlaştırılmıştır.

Kanda İlaç Uyumu ve BDM Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryasına İlişkin Betimsel Bulgular

Bu bağlamda öncelikle ilaç uyum davranışı için hem kandaki serum düzeyiyle ölçülen objektif, hem de BDM İlaç Uyum Davranışı ölçümü, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖ) ve

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) ile değerlendirilen subjektif (özbildirim) olmak üzere dört farklı ilaç uyumu ölçümünden elde edilen ortalamalar hesaplanmıştır (Bkz. **Tablo 4**). Bu değerlerin çalışma statüsüne göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Tablo 4

İlaç uyum davranışının tüm ölçümlerinin çalışma statüsüne göre ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ve test istatistiği değerleri

		Memur (N=16)	İşçi (N=37)	Emekli (N=14)	Çalışmayan (N=97)	İstatiksel Test
Kan Düzeyi	Ort	0,312	0,243	0,058	0,196	F= 1,252†
	SS	0,478	0,434	0,242	0,399	
	Min	0*	0	0	0	
	Max	1*	1	1	1	
BDM	Ort	0,187	0,108	0,058	0,113	F= 0,454
	SS	0,403	0,314	0,242	0,319	
	Min	0*	0	0	0	
	Max	1*	1	1	0	
İUBÖ	Ort	18,812	20,405	21,88	20,773	F= 2,122
	SS	5,394	3,570	2,11	3,487	
	Min	5	13	17	6	
	Max	24	25	25	25	
TTUOÖ	Ort	16,187	17,594	17,82	17,443	F= 2,186
	SS	2,713	1,964	1,77	2,04	
	Min	11	12	14	11	
	Max	19	20	20	20	

†Vaka sayısı düşük olmasına rağmen Kruskal-Wallis testi ile tek yönlü ANOVA sonuçları benzer yönlü olduğundan tek yönlü ANOVA sonuçları rapor edilmiştir.

*Kan düzeyine ve BDM'ye göre uyum 0, uyumsuzluk ise 1 ile temsil edilmektedir.

Bununla birlikte katılımcıların kanda ölçülen ilaç düzeylerine göre ilaç uyum oranları ile BDM İlaç Uyum Bataryası kapsamında tek madde ile değerlendirilen ilaç uyumu öz bildirimine göre ilaç uyum oranları da ayrıca hesaplanmıştır (Bkz. **Tablo 5**). Genel olarak, tüm çalışma gruplarında ilaç uyumunun objektif ölçümünde (serum kan düzeyi), subjektif ölçüme (bütünleşik davranış modeli öz bildirimi) kıyasla daha fazla uyumsuzluk oranı elde edildiği görülmektedir. Öte yandan, çalışan gruplar içinde subjektif ölçümlere göre en yüksek (%19), objektif (%30) ölçümlere göre ise emeklilerden sonra en yüksek ilaç uyumsuzluğu oranı memur grubuna aittir.

Tablo 5

Kanda serum düzeyine ve BDM ilaç Uyumu Bataryası İlaç Uyum Davranışı özbildirim ölçümüne göre farklı çalışma statülerindeki ilaç uyum oranları

	Kan Serum Düzeyine Göre Uyum Oranları		BDM İlaç Uyumuna Göre Uyum Oranları	
	N	%	N	%
Memur	11	68,8	13	81,3
İşçi	28	75,7	33	89,2
Emekli	16	94,1	16	94,1
Çalışmayan	78	80,4	86	88,7

Farklı çalışma statüsündeki katılımcılar aynı zamanda BDM Bipolar Bozukluk İlaç Uyumu Bataryası'nın tüm bileşenleri açısından da karşılaştırılmıştır. **Tablo 6'** da görülebileceği gibi, çalışma grupları arasında yalnızca ilaç uyumuna yönelik normatif inançlarda farklılık söz konusu olmuştur. Buna göre ilaç içilmesi yönünde baskı yapıldığı algısı memurlarda diğer tüm gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 6

Farklı çalışma statüsündeki katılımcıların BDM İlaç Uyumu Bataryasında yer alan ölçeklerden almış oldukları puanlar arasındaki farklılara dair tanımsal istatistikler.

		Memur (N=16)	İşçi (N=37)	Emekli (N=4)	Çalışmayan (N=97)	İstatiksel Test
Tutum	Ort	125,68	138,13	143,76	139,65	F= 2,35
	SS	26,73	21,27	16,07	21,24	
	Min-Max	78-159	89-182	104-168	80-182	
Ö.N. Destek	Ort	35,12	36,13	32,11	34,16	F= 1,97
	SS	6,45	4,75	7,01	6,13	
	Min-Max	16-42	24-42	15-42	12-42	
Ö.N. Karşı	Ort	8,37	8,18	7,82	9,11	F= 0,68
	SS	3,48	3,45	3,82	5,02	
	Min-Max	3-15	4-18	3-15	3-30	
Ö.N. Baskı	Ort	17,50	7,70	7,76	8,20	F=14,17*†
	SS	12,45	3,29	3,57	4,65	
	Min-Max	5-39	4-20	4-15	3-39	
Ö.N. Diğer	Ort	35,56	35,64	32,64	34,45	F= 0,76
	SS	5,73	6,78	7,76	7,59	
	Min-Max	25-48	21-48	18-44	12-49	
Kontrol	Ort	46,37	46,21	50,29	47,03	F= 0,72
	SS	11,89	9,84	5,32	10,08	
	Min-Max	27-63	19-62	40-63	11-63	

Özetkinlik	Ort	68,00	72,05	72,70	71,93	F= 0,89
	SS	15,65	8,50	6,02	9,17	
	Min-Max	28-84	44-84	61-84	41-84	
Bilgi	Ort	13,12	13,00	12,88	12,91	F= 0,16
	SS	1,36	1,08	1,36	1,23	
	Min-Max	10-14	10-14	9-14	8-14	
Engel	Ort	28,06	29,89	30,82	30,64	F= 1,93
	SS	5,48	3,92	4,26	4,059	
	Min-Max	19-35	18-35	19-35	5-35	
Erişim	Ort	27,56	26,75	27,00	26,30	F= 1,54
	SS	1,03	2,82	1,58	2,48	
	Min-Max	24-28	14-28	24-28	16-28	
Alışkanlık	Ort	5,06	5,72	5,35	5,52	F= 0,97
	SS	1,73	1,21	1,45	1,33	
	Min-Max	1-7	2-7	2-7	2-7	
Niyet	Ort	5,93	6,54	6,64	6,43	F= 1,76
	SS	1,48	1,01	0,60	0,92	
	Min-Max	2-7	3-7	5-7	2-7	

* $P < .001$; †Vaka sayısı düşük olmasına rağmen Kruskal-Wallis testi ile tek yönlü ANOVA sonuçları benzer yönlü olduğundan ikili karşılaştırmalar amacıyla tek yönlü ANOVA sonuçları rapor edilmiştir.

** Ö.N.: Özel Normlar

Çalışma Gruplarına Ait Korelasyonlar

Çalışmada ayrıca her bir çalışma statüsü içinde ayrı ayrı BDM İlaç Uyumu Bataryası'nda yer alan ilaç uyum davranışı öz bildirimi ile ölçülen BDM ilaç uyumu puanlarının yine BDM İlaç Uyumu Bataryası'nda yer alan diğer ölçümlerle olan korelasyonları da hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 7). Bu bulgulara bakıldığında, özellikle memurların diğer çalışma gruplarından farklılaştığı gözlenmiştir. İlaç uyumuna yönelik Özel Normlar-Destek (tanımlayıcı norm) alt testinde tüm grup içerisinde en yüksek korelasyon değeri memurlarda görülmüştür. Ayrıca BDM kapsamında yer alan ilaç uyumuna yönelik bilgi, engel ve erişim puanları çalışan grup içerisinde sadece memurlarda ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte Özel Normlar-Diğer (önleyici norm) puanları açısından tüm gruba kıyasla sadece işçilerde anlamlı bir ilişki olarak görülmüştür. Anlamlı korelasyonların sayısı ve gücü açısından incelendiğinde ise sayıca en fazla ve güç olarak da en yüksek anlamlı katsayıların yine memur grubunda olduğu dikkati çekmiştir.

Tablo 7

Her bir çalışma statüsünde yer alan katılımcılar için BDM ilaç uyum davranışı ile BDM İlaç Uyumu Bataryasında yer alan diğer ölçümler arasındaki korelasyonlar

	MEMUR	İŞÇİ	EMEKLİ	ÇALIŞMAYAN
Tutum	,78**	,43**	-,084	,605**
Ö.N. Destek	,57*	,10	-,106	,260*
Ö.N. Karşı	,14	-,21	,190	-,024
Ö.N. Baskı	-,06	-,08	,199	-,139
Ö.N. Diğer	,27	,39*	,22	,155
Kontrol	,68**	,33*	-,17	,342**
Öz etkinlik	,80**	,69**	,03	,664**
Bilgi	,89**	,245	-,21	,161
Engel	,730**	,103	,05	,347**
Erişim	,592*	-,155	-,16	,018
Alışkanlık	,782**	,719**	,41	,385**
Niyet	,872**	,882**	,15	,70**

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada bipolar bozukluk tanısı almış bir grup kişide çalışma statüsüne göre ilaç uyumu ve hastalık şiddetinin sağlık davranış modelleri içinde öne çıkan BDM perspektifinden ele alınması hedeflenmiştir. Çalışma söz konusu tanı grubunda mesleki statünün rolünün incelenmesi açısından önem taşımaktadır. Yanı sıra farklı mesleki statülerdeki tanı almış katılımcıların ilaç uyumu ile hastalık şiddetini belirleyen yordayıcı faktörleri kuramsal bir çerçeveden yola çıkarak değerlendirmesi açısından da alanda öncü bir niteliğe sahip olduğu söylenebilir. Bu sayede bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin ilaç uyumu ve dolayısıyla mesleki işlevselliklerini arttırıcı etkin müdahaleler geliştirmek mümkün olabilir.

Bu bağlamda araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, diğer çalışma statü gruplarına kıyasla memurların hem boşanma hem de hastaneye yatış, geçmişteki intihar düşüncesi ve intihar girişimi gibi klinik bulgularda en yüksek orana sahip olması hastalık şiddetinin memur grubunda daha fazla yaşandığını düşündürmektedir. Literatürde de aile parçalanması, boşanma veya ayrılma oranlarının BPB hastalarında oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Saka ve ark., 2001). Ancak literatürde bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde aile kurumsallığındaki olumsuz yaşantıları mesleki statüyle ilişkilendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Bu açıdan mevcut çalışmanın hastalık şiddetiyle ilişkili söz konusu bulguları mesleki statü açısından da değerlendiriyor olması ileriki çalışmalara ışık tutabilir.

Öte yandan özellikle vurgulanmayı hak eden bulgulardan biri hastalık süresinin mesleki statüye göre farklılaşması ve memur grubunda emeklilerden anlamlı derecede daha düşük çıkmış olmasıdır. Bir başka bakış açısıyla memur grubunda diğer gruplara kıyasla elde edilen diğer tüm anlamlı farklar hastalık süresine de atfedilebilir. Bu kişilerin doğru tanıyı alması uzun sürmüş ve bu kişiler hastalığın kabulünü yeterince içselleştirmemiş (Russell ve Browne, 2005) veya yeterince iç görü kazanmamış olabilirler (Yen ve ark., 2004). Hastalık süresi düşük olan grup psikiyatri başvuruları ve tanı almalarının ardından başlayan öz damgalama ve/veya damgalama kaygısı (Çam ve Çuhadar, 2013) yaşıyor da olabilirler. Tüm bunlarla birlikte, literatürde tanı süresinin kısa değil uzun olmasının bilişsel ve sosyal işlevsellikte bozulmalar, intihar riskinde artış gibi çeşitli psikososyal zorluklarla ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Altamura, 2015). Bu bilgilere rağmen mevcut çalışmada dikkat çeken bir başka unsur ise bulgularda da verildiği üzere tanı süresinin çalışmanın sonuç değişkeni olan hastalık şiddetiyle anlamlı ilişki göstermemiş olmasıdır. Dolayısıyla anlamsız çıkan bu ilişkiye dayanarak bu örnekleme tanı süresinin hastalık şiddeti üzerinde herhangi bir belirleyiciliğin olmadığı da söylenebilir. Bununla birlikte bu bir ön çalışmadır ve gruplar randomize kontrollü bir desende belirlenmemiştir. İleriki çalışmalarda hastalık süresi ile ilgili memur grubundaki bu fark, bütün burada tartışılan unsurlar açısından yeniden değerlendirilebilir. Ayrıca tanı süresinin, her ne kadar hastalık şiddeti ile doğrudan ilişkili çıkmamış olsa da, ileriki çalışmalarda hastaların işlevselliği ve ilaç uyumları üzerinden hastalık şiddeti ile ilişkilerinin de incelenmesi düşünülebilir.

Mevcut çalışmaya göre memurların gerek kan değeri gerek tutum ölçeğiyle ölçülen ilaç uyumunda en düşük orana sahip olması ilaç uyumsuzluğundan kaynaklı hastalık şiddetini de açıklıyor olabilir. Çalışmada dikkat çeken bir diğer bulgu ise memurların subjektif ölçüme kıyasla objektif ilaç uyumu ölçümünde daha “uyumsuz” çıkmasıdır. Bu bulgu memur grubunun sosyal istenirlik düzeyinin diğer çalışma statü gruplarından daha yüksek olabileceğini ve bu bağlamda damgalama kaygısını akla getirmektedir. Sadece memur grubunun öznel norm yapısında destek ve baskı bileşenlerinin ön plana çıkması da sözü edilen grupta sosyal etkinin önemini bir kez daha göstermekte ve öznel normlar ve ilaç uyumu arasındaki ilişkinin yine damgalama ekseninde ele alınabileceğini düşündürmektedir. Vahip ve Aydemir’in de (2010) belirttiği gibi, özellikle damgalama hastalığın gizlenmesine, çevreden ihtiyaç duyulan desteğin iletilmemesine ve toplumdan soyutlanmaya yol açabilmekte ve tüm bu süreç ilaç uyumunu sekteye uğratabilmektedir. Ayrıca mevcut çalışmada memur grubunda BDM yapılarının diğer çalışma statülerine göre daha fazla anlamlı ilişkiye sahip olması memurlarda ilaç uyumuna yönelik müdahale programlarında BDM temelli yaklaşımların önemini düşündürmektedir. Bununla birlikte bulgularda da görüldüğü üzere hastalık süresi en kısa olan grubun memurlar olduğu göze çarpmaktadır. Tüm bu bulguların hastalık süresi ile ilişkili olup olmadığının ayırt edilmesinin de önem taşıdığı düşünülmektedir. İleriki çalışmalarda hastalık süresinin kontrol edileceği daha büyük örneklemlerde söz konusu bulguların yeniden değerlendirilmesi yerinde olacaktır.

Öte yandan mevcut çalışmanın belli kısıtlılıklarının bulunduğu da bir kere daha vurgulanmalıdır. Her şeyden önce çalışma kategorilerindeki vaka sayıları açısından örneklemin temsil edici olmadığı akılda tutulmalı; genellemelere varılmamalıdır. İleriki çalışmalarda klinik örneklemelerde her ne kadar kolay olmasa da farklı mesleki statülerde daha fazla sayıda katılımcıya ulaşılması hedeflenebilir. Bu bağlamda bir diğer husus da grupların hastalık özellikleri açısından eşlenememiş olmasıdır. Söz gelimi yukarıda da bahsedildiği gibi memur grubunun hastalık süresinin daha kısa olduğu görülmektedir. Grupların hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç türü ve hatta bozukluk alt türleri gibi farklı değişkenler açısından olabildiğince benzer olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşikârdır. Araştırma bulguları elde edildikten sonra önemli bir rolü olabileceği yukarıda da tartışılan damgalama ile ilgili bir değerlendirme yapılmadığının da altı çizilmelidir. Bununla birlikte mevcut çalışma BDM gibi kuramsal bir çerçevede ilaç uyumuna yönelik normatif bileşenle ilgili ilişkilerin diğer çalışma statüsü gruplarına kıyasla memur grubunda daha yüksek olduğunu ortaya koyması açısından önemli bulunabilir. İleriki çalışmalarda damgalamanın normatif inançlar ve hastalık şiddeti ile ilişkilerinin de ele alınması müdahalelere ışık tutabilir. Tüm bunlarla birlikte iş yerlerinde BPB tanısı almış çalışanların belirlenmesi ve tedavisi için erken tarama programları hem bireyin ruhsal sağlığı hem de çalışma hayatındaki üretkenlik kayıplarını önlemek açısından önemli olabilir (Laxman ve ark., 2008). Konuyla ilgili yapılacak müdahale programlarında öncelikle BPB tanılı vakaların tedaviye uyumunun gözetilmesinin, bu uyumun nasıl arttırılabileceğine yönelik teorik arka planı olan çalışmaların bulgularının da bu müdahalelerde göz ardı edilmemesinin bu bireylerin çalışma hayatı için kritik öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Çalışma hayatının içerisinde yer alacak müdahale programları sadece BPB hastalarını değil aynı zamanda diğer çalışanların BPB ile ilgili farkındalıklarını arttırarak hastalığı anlayabilmelerini sağlayabilir ve olası damgalanmaların önüne geçebilir, bireyin tedavi uyumunun artmasına katkı sunabilir. Tüm bunların yanı sıra bu tarz müdahale programlarının iş yerlerinde BPB hastalarının yeterli sağlık hizmetlerine erişim imkânları açısından da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kaynakça

- Altamura, A.C., Serati, M. & Buoli, M. (2015) Is duration of illness really influencing outcome in major psychoses?, *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 1685-1699. DOI: 10.3109/08039488.2014.990919
- Bauer, M. S., Kirk, G. F., Gavin, C., & Williford, W. O. (2001). Determinants of functional outcome and healthcare costs in bipolar disorder: A high-intensity follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 65(3), 231-241. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00247-0](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00247-0)
- 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: Clinical and Experimental*, 25(1), 1-16. <https://doi.org/10.1002/hup.1081>

- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 399. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.399>
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gasto, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(8), 549-555. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0802>
- Colom, F. ve Vieta, E. (2012). Bipolar bozukluğun klinik, tanısal ve terapötik yönleri. L Tamam & E. Özalp (Ed.), *Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı* içinde (s. 1-20). Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti
- Cloutier, M., Greene, M., Guerin, A., Touya, M., & Wu, E. (2018). The economic burden of bipolar i disorder in the United states in 2015. *Journal of Affective Disorders*, 226, 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.011>
- Crowe, M., Porter, R., Inder, M., Lacey, C., Carlyle, D., & Wilson, L. (2012). Effectiveness of interventions to improve medication adherence in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 317-326. <https://doi.org/10.1177/0004867411428101>
- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2013). Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 230-246.
- Fishbein, M. ve Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13(2), 164-183. <https://doi.org/10.1093/ct/13.2.164>
- Fuentes, I., Rizo-Méndez, A., & Jarne-Esparcia, A. (2016). Low compliance to pharmacological treatment is linked to cognitive impairment in euthymic phase of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 195, 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.005>
- Hergenrather, K. C., & Rhodes, S. D. (2006). Consumers with a disability of substance abuse: Exploring beliefs impacting placement. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 37(3), 3-12. <https://doi.org/10.1891/0047-2220.37.3.3>
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology & Health*, 17(1), 17-32. <https://doi.org/10.1080/08870440290001502>
- Kamaradova, D., Prasko, J., Latalova, K., Mainerova, B., Ociskova, M., Cinculova, A., Vrbova, K., & Jelenova, D. (2015). Self-stigmatization, treatment adherence and discontinuation of medication: Cross-sectional study. *European Psychiatry*, 30, 1599. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)31235-9](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)31235-9)
- Kerner, B. (2014). Genetics of bipolar disorder. *The Application of Clinical Genetics*, 33. <https://doi.org/10.2147/tacg.s39297>
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., .A, R. M., Jin, R., Merikangas, K. R., Simon, G. E., & Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of u.s. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1561-1568. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1561>
- Koç, A. (2006). Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

- Laxman, K.E., Lovibond, K.S., Hassan, M.K. (2008). Impact of bipolar disorder in employed populations. *American Journal of Managed Care*, 14(11), 757-764.
- Martínez-Camarillo, S., Yoldi-Negrete, M., Fresán-Orellana, A., Ortega-Ortiz, H., & Becerra-Palars, C. (2019). Work motivation in patients with bipolar disorder: Associated factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(4), 300-304. <https://doi.org/10.1177/0020764019842270>
- McMorris, B. J., Downs, K. E., Panish, J. M., & Dirani, R. (2009). Workplace productivity, employment issues, and resource utilization in patients with bipolar disorder. *Journal of Medical Economics*, 13(1), 23-32. <https://doi.org/10.3111/13696990903475833>
- 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
- Saka, M.C., Özer, S. ve Uluşahin, A. (2001). Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 283-292.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.018>
- O'Donnell, L., Himle, J. A., Ryan, K., Grogan-Kaylor, A., McInnis, M. G., Weintraub, J., Kelly, M., & Deldin, P. (2017). Social aspects of the Workplace among individuals with bipolar disorder. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 8(3), 379-398. <https://doi.org/10.1086/693163>
- 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
- Russell, S.J. & Browne, J.L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 187-193. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01542.x.
- Sachs, G. S., & Thase, M. E. (2000). Bipolar disorder therapeutics: Maintenance treatment. *Biological Psychiatry*, 48(6), 573-581. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00991-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00991-4)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.06.008>
- Sertel Berk, Ö., Sindel, D., & Temeloğlu Şen, E. (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82(1), 52-61. <https://doi.org/10.26650/iuitfd.413637>
- Shim, I. H., Woo, Y. S., Wang, H.-R., & Bahk, W.-M. (2017). Predictors of a shorter time to hospitalization in patients with bipolar disorder: Medication during the acute and maintenance phases and other clinical factors. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 15(3), 248-255. <https://doi.org/10.9758/cpn.2017.15.3.248>
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Unützer, J., Operskalski, B. H., & Bauer, M. S. (2008). Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 10(6), 718-725. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00581.x>

- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new medication Adherence rating Scale (mars) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241-247. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9)
- Tse, S. S., & Walsh, A. E. (2001). How does work work for people with bipolar affective disorder? *Occupational Therapy International*, 8(3), 210-225. <https://doi.org/10.1002/oti.147>
- Ünver, B. (2019). Bipolar Bozuklukta İlaça Uyum Davranışının Yordayıcılarının Bütünleşik Davranış Model Çerçevesinde İncelenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Vahip, S. ve Aydemir, Ö. (2010). Depresif Dönemin Sağaltımı”, İki Uçlu Bozukluk Sağaltım *Kılavuzu*, Ö. Aydemir, A. Uluşahin, F. Akdeniz (Ed.), Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.41-63.
- 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. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000367776.96012.ca>
- Yen, C.F., Chen, C.S., Yeh, M.L., Ker, J.H., Yang, S.J. & Yen, J.Y. (2004). Correlates of insight amonf patients with bipolar I disorder in remission. *Journal of Affective Disorders*, 78, 57-60. doi:10.1016/S0165-0327(02)00213-6

