

Research Article / Araştırma Makalesi

Tip 1 Bipolar Bozuklukta Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler  
Factors Affecting The Treatment Compliance in Bipolar Disorder Type I

<sup>1</sup>Neşe Burcu Bal, <sup>2</sup>Hüseyin Hamdi Özsan

<sup>1</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye  
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi, Ankara, Türkiye

**Özet:** Medikal tedaviye uyumsuzluk, bipolar bozukluk (BB) hastalarında zorlanmanın ve yeti yitiminin yaygın nedenlerinden birisidir. Bu çalışmada, remisyonda olan BB hastalarında tedavi uyum düzeylerinin belirlenmesi, tedaviye uyum üzerine etkili olabilecek faktörlerin çok yönlü olarak tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya remisyonda BB tip 1 tanılı 50 hasta dahil edilmiş, sosyodemografik veri formu, Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MINI Plus 5.0.0), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (FAST), İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ) uygulanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında; TTUOÖ toplam puanları, cinsiyete ( $p<0,05$ ), çalışma durumuna ( $p<0,05$ ), medeni duruma ( $p<0,05$ ), yakınına göre tedavi uyumu ( $p<0,05$ ) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) eşlik edip etmemesine göre ( $p<0,05$ ) göre anlamlı fark saptanmıştır. TTUOÖ toplam puanı ile düzenli ilaç kullanım süresi ( $p<0,01$ ) ve içgörü toplam puanı ( $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, YMDÖ ( $p<0,01$ ) ve UKU yan psikolojik yan etkiler altölçeği (UKU1) ( $p<0,01$ ) ve tüm yan etkiler toplam puanı (UKU toplam) ( $p<0,05$ ) arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Yapılan Regresyon analizinde; çalışma durumu, eşlik eden YAB ve YMDÖ toplam puanlarının TTUOÖ toplam puanı üzerinde etkili faktörler olduğu bulunmuştur ( $R=0,64$ ). Araştırmanın bulgularına göre; erkek, evli, düzenli bir işte çalışıyor olmak ve yüksek içgörü düzeyi tedavi uyumunu olumlu yönde etkilerken, yan etkiler ve eşik altı manik belirtiler tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, BB hastalarının iş yaşamının ve sosyal hayatının desteklenmesi, hastalık ve tedavi konularında ayrıntılı bilgilendirilmesi amacıyla psikoöğitime ağırlık verilmesinin önemli olduğu sonuçlarına ulaşılabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar Bozukluk, Tedavi Uyumunu, İlaç Tedavisine Uyum, Eşik Altı Belirti

**Abstract:** Non-adherence to medical treatment is one of the common causes of difficulties and disability in bipolar disorder (BD) patients. In this study it is aimed to determine the level of treatment compliance and the factors that may affect the treatment compliance in many aspects. 50 patients followed up with BD type I in remission and they were evaluated with sociodemographic data form, The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus 5.0.0), Hamilton Depression Scale (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YMRS), Functioning Assessment Short Test (FAST), Schedule for Assessing the Three Components of Insight, UKU Side Effect Rating Scale, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Medication Adherence Rating Scale (MARS). The total score of treatment compliance differed statistically among patients depending on the gender ( $p<0,05$ ), employment status ( $p<0,05$ ), marital status ( $p<0,05$ ), treatment compliance according to a relative ( $p<0,05$ ) and presence of generalized anxiety disorder (GAD) ( $p<0,05$ ). The total score of MARS is statistically related with the duration of regular medication use ( $p<0,01$ ) and total score of insight scale ( $p<0,01$ ). On the other hand, it has statistically significant inverse relationships with YMRS total score, Psychological Side Effects Subscale of UKU (UKU1) ( $p<0,01$ ) and total UKU score (UKU total) ( $p<0,05$ ). In the regression analysis, employment status, accompanying GAD and YMRS total scores were found to be effective factors on the MARS total score ( $R=0,64$ ). In BD, being male and married, working in a regular job, having high insight affect treatment compliance positively, side effects and presence of subthreshold manic symptoms affect treatment compliance adversely. According to these results it can be inferred that supporting the working and social life of patients with BD, focusing on psychoeducation to inform patients about the disorder and treatment issues are important.

**Keywords:** Bipolar Disorder, Treatment Compliance, Medication Adherence, Subthreshold Symptoms

**ORCID ID of the authors:** NBB.0000-0002-6445-9393, HHO. 0009-0000-9582-7999.

Received 15.05.2023

Accepted 21.07.2023

Online published 15.08.2023

**Correspondence:** Neşe Burcu BAL- Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye  
e-mail: [nerveorhanakkus@gmail.com](mailto:nerveorhanakkus@gmail.com)

## 1. Giriş

Bipolar Bozukluk (BB); depresif, karma, manik ya da hipomanik belirtiler ile sağlıklı belirtisiz ara dönemlerle dönüşümlü seyreden, atak dönemlerinde hastalarda ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açan süregelen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1). Bipolar bozuklukta tedavi, bulguların kontrolü, tekrarların önlenmesi, bilişsel işlevlerin korunması, komorbid durumların gelişimini azaltma ve en önemlisi de işlevsellikte ve yaşam kalitesinin yükselmesinde pek çok hasta için önemli bir araçtır. Tedavinin olası pozitif etkilerinin ortaya çıkması ve bunların sürdürülmesi hastaya sunulan ilaç dahil tedavi programına uyulması ile mümkün olabilmektedir (2). İlaç tedavisi olmaksızın; manik epizodu takip eden 18 ay içinde %90'ın üzerinde, depresif epizodu takip eden 18 ay içinde ise %70'in üzerinde relaps görüldüğü, ilaç tedavisi gören hastalarda bile 5 yıllık relaps oranının %70'i aştığı bildirilmektedir (3). İlaç tedavisi semptomatik duygudurum epizodlarının tedavisinde, relaps ve rekürrensten korumada esas olmasına rağmen medikal tedaviye uyumsuzluk tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi BB hastalarında da zorlanmanın ve yeti yitiminin yaygın nedenlerinden birisidir (4–8). BB'de ilaç tedavisine uyumsuzluk oranları çalışmalara göre %20 ila %66 (ort. %41) arasında değişmektedir (6,9–11). Bu durumun; iyileşmede gecikme, daha sık relaps ve rekürrens (12,13), intihar girişiminde (13) ve intihar sonucu ölümden artış (14), daha fazla hastane yatışı (15,16), daha sık psikiyatrik acil başvurusu (17), hastalığın daha yüksek global maliyeti gibi birçok olumsuz sonucu tespit edilmiştir (13,18).

BB hastalarında ilaç tedavisini etkileyen hem klinik hem sosyodemografik birçok faktör tanımlanmıştır ve bunların belirli bir kısmı BB hastalarında yüksek tedavi uyumsuzluğu oranlarına tutarlı bir şekilde olumsuz katkıda bulunmaktadır (4,19). Bu faktörler; alkol ve madde kullanım bozukluğu (20,21), anksiyete bozuklukları (22) gibi komorbid psikiyatrik bozukluklar (21,23), genç olma, bekar olma ve yalnız yaşama gibi demografik özellikler (8,11), erken hastalık başlangıç yaşı, ilaç yan etkileri gibi faktörlerdir (4,22). Kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya

yetersiz olması da ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (24–27). Sosyal destek, aile desteği gibi çevresel faktörler tedavi uyumu üzerine etkili faktörler arasındadır. Sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler uyumsuzluk riskini artırır (25,26,28). Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (29). İlaçların istenmeyen yan etkileri de psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (30). Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçların (UEA), BB'de tedaviye uyumu artırmada ve nüksleri önlemede etkili oldukları bildirilmektedir (31). Epizodların sıklığı, oral ilaçlara uyumsuzluk, şiddeti yüksek olan epizodlar, rezidüel belirtiler ve hastanın tercihi gibi pek çok nedenle UEA ilaçlar BB hastalarının tedavisinde giderek daha sık tercih edilmeye başlanmıştır (31,32). Ancak tedavi uyumu; hastanın içgörüsünde yetersizlik, zayıf sosyal destek, ilaç yan etkileri gibi birçok etken tarafından bozulabilen kompleks bir durumdur ve hastalarda bu nedenlerle UEA ilaçlara dahi uyumsuzluk görülebilmektedir.

Araştırmamızda bu faktörler, remisyonda BB 1 hastalarında hem klinik hem sosyodemografik açıdan çok yönlü olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Böylece, BB hastalarının tedavi uyumunu artırabilmek için hastaların hangi özelliklerine odaklanılması gerektiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. Gereç ve Yöntem

### 2.1. Örneklem Seçimi

Örneklem, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Erişkin Psikiyatrisi Polikliniği'ne Ekim 2014 – Temmuz 2015 tarihleri arasında başvuran, Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı,

Dördüncü Baskı (DSM-IV) (33)'e göre BB 1 tanısı alan hastalardan oluşmaktadır (n=50). Dahil olma ölçütleri, 18-65 yaş arasında olmak, remisyonda olmak (HAM-D puanı<7, Y-MRS puanı<7 olması), çalışmaya katılmaya sözlü ve yazılı onam verilmiş olmasıdır. Örneklem için belirlenmiş dışlama ölçütleri; (i) ek nörolojik hastalık olması; (ii) mental retardasyon ek tanısının olmasıdır. Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Öğrenci Araştırmaları Etik Değerlendirme Kurulu tarafından incelenmiş ve 27.10.2014 tarih ve 17-733-14 karar numarası ile etik bakımdan onaylanmıştır.

## 2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik bilgileri ve bazı klinik özellikleri yarı yapılandırılmış bir anket ile toplanmıştır. Bu anket; hastaların yaşı, eğitimi, mesleği gibi kişisel bilgilerin yanında hastalıkla ilgili; hastalığın başlangıç yaşı, yatış sayısı gibi bilgileri de içermektedir. Hastalara tedavi uyumu ile ilgili; "Ne sıklıkta ayaktan kontrole geliyorsunuz?" sorusu yöneltilmiş, yanıtlar "altı aydan seyrek" ve "altı ay ve daha sık" şeklinde gruplandırılmıştır. Aynı zamanda, hastanın bir yakınına yöneltilen ve hastanın tedavi uyumu ile ilgili düşüncelerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Hasta yakınlarından kendilerine yöneltilen; "Yakınınızın tedaviye uyumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?", "İlacını kendiliğinden düzenli alıyor mu?", "Ayaktan kontrollerine düzenli geliyor mu?" sorularına "evet", "kısmen", "hayır" yanıtlarından birini seçmesi istenmiş, "hayır" yanıtı hasta yakınına göre tedaviye uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

### 2.2.1. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MINI Plus 5.0.0 – Mini International Neuropsychiatric Interview)

Sheehan ve Lecrubier (1998) tarafından geliştirilen DSM-IV Eksen I psikiyatrik rahatsızlıklar için düzenlenmiş yapılandırılmış bir görüşme aracıdır (34). Klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Yapılandırılmış tarama soruları sorulmakta, "evet" cevabı alınması halinde ayrıntılı değerlendirmeye geçilmektedir. Türkçe'ye uyarlanması Engeler

(2004) tarafından yapılmıştır (35). Bu çalışmada, çalışmaya katılan hastaların BB tanısını doğrulamak ve ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.

### 2.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), (Hamilton Depression Rating Scale)

Ölçek, Max Hamilton (1960) tarafından depresyon düzeyini derecelendirmek amacıyla geliştirilmiştir (36). Son bir hafta içinde yaşanan depresyon belirtilerini sorgulayan 17 maddeden oluşmaktadır. 0-7 puan hastada depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 puan arası orta ve 29 puan ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (37).

### 2.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), (Young Mania Rating Scale)

Young ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiş, beş şiddet derecesi içeren 11 maddeden oluşan, görüşmeci tarafından puanlanan bir ölçektir (38). 12 puan ve üzeri mani lehine değerlendirilmektedir. Bu araştırmada 7 puan altı remisyona lehine değerlendirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (39).

### 2.2.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), (Functioning Assessment Short Test)

Bipolar bozuklukta işlevselliğin seri bir biçimde değerlendirilmesini sağlamak üzere Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir (40). KİDÖ 24 maddeli, görüşmecinin uyguladığı dörtlü likert tipi bir ölçektir (0=hiç zorlanma yok, 3=aşırı derecede zorlanma). Altı boyuttan oluşmaktadır; otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve Uykur tarafından, 2012 yılında yapılmıştır (41).

### 2.2.5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), (Schedule for Assessing the Three Components of Insight)

David ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilen, sekiz sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (42). İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur ve bu sorunun sorulması görüşmeceye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Arslan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (43).

### 2.2.6. UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (Udvalg for Kliniske Undersegelser)

Terapötik dozlarda kullanılan psikotrop ilaçlara bağlı ortaya çıkan klinik yan etkilerin değerlendirilmesi amacıyla Lingjaerde ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (44). Psikolojik (UKU1), nörolojik (UKU2), otonomik (UKU3) ve diğer (UKU4) yan etkiler olmak üzere toplam 48 maddelik dört alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir madde dört seçeneğe sahip olup '0' yan etki olmadığını '3' ise yan etkinin şiddetli olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması şizofreni hastalarında yapılmıştır (45).

### 2.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001'de Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ÇBASDÖ toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir (46,47). Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır (diğer). Her alt ölçeğin puanı 0-28 arasında; toplam puansa 0-84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

### 2.2.8. Tıbbi Tedaviye Uyum Ooranı Ölçeği (TTUOÖ), (MARS-Medication Adherence Rating Scale)

Thompson tarafından 2000 yılında geliştirilen ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği 2006'da Koç tarafından yapılan tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği psikiyatrik hastalarda tedaviye katılımı ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (48,49). Ölçekte evet-hayır şeklinde cevap verilecek olan 10 soru yer almaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması uyum düzeyinin yüksek, düşük puanlar ise uyum düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

### 2.3. Verilerin analizi

Çalışmada sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde, kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri hasta sayısı (N) ve yüzde (%) şeklinde gösterilmiştir. Tedavi uyum toplam puanının gruplar arasında karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi kullanılmıştır. Ayrıca tedavi uyum toplam puanının diğer ölçek puanları ile ilişkisinin araştırılmasında Pearson Korelasyon Katsayısı'ndan yararlanılmıştır. Düşük düzeyde ilişki için  $R=0,2-0,4$ ; orta düzeyde ilişki için  $R=0,4-0,7$ ; güçlü ilişki için  $R>0,7$  kabul edilmiştir. Multivariate analiz için tedavi uyum toplam puanına etki eden faktörlerin araştırılmasında Stepwise Linear Regresyon Analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS Statistics 21.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Test sonuçlarında elde edilen p değerleri %95 güven düzeyinde ve  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### 3. Bulgular

Çalışmaya toplam 50 hasta alınmıştır. Örneklemin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların tedavi uyumuna yönelik yarı yapılandırılmış bir anket uygulanmıştır. Bu ankete verilen cevaplara göre hastaların 35'i (%70) 6 ay ve daha sık aralıklarla ayaktan kontrole geldiğini, 15'i (%30) ise 6 aydan seyrek ayaktan kontrole geldiğini belirtmiştir. Katılımcıların yakınlarına da hastaların tedavi uyumu hakkındaki düşüncelerine yönelik sorular yöneltilmiştir. Hasta yakınlarının 31'i (%62) hastanın tedaviye uyumlu olduğunu

ifade ederken, 19'u (%38) hastanın tedaviye uyumlu olmadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Örneklem sosyodemografik ve klinik özellikleri

		Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	18	36
	Kadın	32	64
Eğitim Durumu	8 Yıl ve Altı	15	30
	8 Yıl Üstü	35	70
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	22	44
	Çalışıyor	28	56
Medeni Durum	Evli Olmayan	22	44
	Evli	28	56
Sigara Kullanımı	Hayır	22	44
	Evet	28	56
Kontrol Sıklığı	6 Aydan Seyrek	15	30
	6 Ay ve Daha Sık	35	70
Yakınına Göre Tedaviye Uyumu	Tedaviye uyumsuz	19	38
	Tedaviye uyumlu	31	62
		<b>Ort ± SS (Min-Max)</b>	
Yaş (yıl)		40,5 ± 11,6 (21-64)	
Hastalık Başlangıç Yaşı (yıl)		26,1 ± 10,2 (13-53)	
Hastaneye yatış sayısı (n)		1,9 ± 2,3 (0-12)	

Hastalar, uygulanan TTUOÖ'ye göre; en az 2, en fazla 10 puan almışlardır. Ortalama TTUOÖ puanı  $7,02 \pm 2,20$  olarak hesaplanmıştır.

Grupların karşılaştırılmasında; erkeklerin kadınlara göre ( $p<0,05$ ), çalışanların çalışmayanlara göre ( $p<0,05$ ), evli olanların

evli olmayanlara göre ( $p<0,05$ ), yakınının ifadesine göre tedaviye uyumlu olanların uyumlu olmayanlara göre ( $p<0,05$ ) ve yaygın anksiyete bozukluğu tanı ölçütünü karşılamayanların ölçütü karşılayanlara göre ( $p<0,05$ ) TTUOÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hastaların TTUOÖ toplam puanlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması

Sosyodemografik veriler		Hasta Sayısı (n)	Ortalama ± Standart Sapma	p değeri
Cinsiyet	Erkek	18	7,9 ± 1,8	0,025*
	Kadın	32	6,5 ± 2,3	
Eğitim Durumu	8 Yıl ve Altı	15	7,1 ± 2,3	0,923
	8 Yıl Üstü	35	7,0 ± 2,2	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	22	6,1 ± 2,3	0,011*
	Çalışıyor	28	7,7 ± 1,9	
Medeni Durum	Evli Olmayan	22	6,2 ± 2,3	0,016*
	Evli	28	7,7 ± 2,0	
Sigara Kullanımı	Hayır	22	7,0 ± 2,3	0,943
	Evet	28	7,0 ± 2,2	
Kontrol Sıklığı	6 Aydan Seyrek	12	5,9 ± 2,5	0,077
	6 Ay ve Daha Sık	31	7,2 ± 1,9	
Yakınına Göre Tedaviye Uyumu	Tedaviye Uyumsuz	19	4,8 ± 1,8	<0,001*
	Tedaviye Uyumlu	31	8,4 ± 1,1	
Eşlik eden YAB (şimdi-geçen 6 ay)	Ölçütü Karşılamıyor	36	7,9 ± 1,6	<0,001*
	Ölçütü Karşılıyor	14	4,6 ± 1,7	

Sosyodemografik veriler	Hasta Sayısı (n)	Ortalama Standart Sapma	± p değeri
Psikotik Özellikli BB Ölçütü Karşılıyor	10	7,9 ± 1,4	0,065
(yaşamında) Ölçütü Karşılıyor	40	6,8 ± 2,3	

Açıklamalar: TTUOÖ; Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, YAB; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, BB; Bipolar Bozukluk

Yapılan Pearson Korelasyon analizlerinde; TTUOÖ toplam puanı ile düzenli ilaç kullanım süresi ( $p<0,01$ ;  $r= 0,417$ ) ve içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği toplam puanı ( $p<0,01$ ;  $r=0,422$ ) arasında istatistiksel olarak aynı yönlü ve orta düzeyli anlamlı bir ilişki saptanmıştır. TTUOÖ toplam puanı ile YMDÖ toplam puanı ( $p<0,01$ ;  $r=-0,37$ ) arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların YMRS toplam puanı düştükçe tedavi uyumu puanı artmaktadır.

Ayrıca tedavi uyum toplam puanı ile UKU yan etki değerlendirme ölçeği psikolojik yan etkiler alt ölçeği toplam puanı (UKU1) ( $p<0,01$ ;  $r=-0,374$ ) ve tüm yan etkiler toplam puanı (UKU toplam) ( $p<0,05$ ;  $r=-0,297$ ) ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Tedavi uyum toplam puanı ile UKU1 ve UKU toplam ölçek puanları arasında ters yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (Tablo 3).

**Tablo 3.** TTUOÖ toplam puanı ile örneklemin klinik özelliklerinin ve diğer ölçek puanlarının ilişkisi

	r	p
Yaş	0,180	0,210
Toplam Eğitim süresi	0,093	0,523
Hastalık Başlangıç Yaşı	-0,097	0,503
Düzenli İlaç Kullanım Süresi	0,417	0,003*
ÇBASDÖ toplam puanı	0,133	0,357
KİDÖ toplam puanı	-0,216	0,132
İÇGÖRÜ toplam puanı	0,422	0,002*
UKU1 toplam puanı	-0,374	0,007*
UKU2 toplam puanı	-0,100	0,492
UKU3 toplam puanı	-0,151	0,295
UKU4 toplam puanı	-0,129	0,371
UKU toplam puanı	-0,297	0,036*
YMDÖ toplam puanı	-0,37	0,009*

Açıklamalar: ÇBASDÖ; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, KİDÖ; Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, UKU; UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, YMDÖ; Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ile modelde; yaygın anksiyete bozukluğunun eşlik edip etmiyor olmasının ( $\beta=-3.12$ ,  $SE:0.44$ ,  $t=-7.17$ ,  $p<0.001$ ), hastaların çalışma durumunun ( $\beta=1.44$ ,  $SE:0.39$ ,  $T=3.67$ ,  $p=0.001$ ) ve YMDÖ toplam puanlarının ( $\beta = -0.30$ ,  $SE:0.12$ ,  $T=-2.57$ ,  $p=0.013$ ) TTUOÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili faktörler olduğu bulunmuştur ( $R^2=0,64$ ). Modelin ilk aşamasında; YAB komorbiditesinin etkisi değerlendirilmiş,  $-0,678$  standartlaştırılmış katsayısı ile eşlik eden YAB değişkeninin negatif yönde önemli etkisi olduğu, eşlik eden YAB tanısı arttıkça TTUOÖ toplam puanının azaldığı gösterilmiştir. İkinci aşamada; eşlik eden YAB ve çalışma durumu değişkenlerinin

etkisi değerlendirilmiş, eşlik eden YAB ile birlikte çalışma durumunun da modelde pozitif yönde etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışma düzeyi arttıkça TTUOÖ toplam puanları artmaktadır. Son aşamada ise eşlik eden YAB, çalışma durumu ve YMDÖ toplam puanının modeldeki etkisi değerlendirilmiş ve YMDÖ toplam puanının da pozitif yönde etkili olduğu gösterilmiştir. YMDÖ toplam puanı arttıkça TTUOÖ toplam puanı artmaktadır. Modelin  $R^2$  değeri  $0,64$  olarak belirlenmiştir. Buna göre; çalışma durumu, YAB komorbiditesi ve YMDÖ toplam puanının, tedavi uyumu dağılımının %  $64$ 'ünü açıkladığı saptanmıştır.

**Tablo 4.** TTUOÖ toplam puanı için çoklu doğrusal regresyon analizi

Model		Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Constant)	7,944	,273		29,065	,000
	Eşlik eden YAB	-3,302	,517	-,678	-6,392	,000
2	(Constant)	7,044	,330		21,360	,000
	Eşlik eden YAB	-3,327	,452	-,683	-7,363	,000
	Çalışma durumu	1,621	,409	,368	3,966	,000
3	(Constant)	7,411	,343		21,620	,000
	Eşlik eden YAB	-3,119	,435	-,641	-7,176	,000
	Çalışma durumu	1,442	,393	,327	3,673	,001
	YMDÖ toplam puan	-,301	,117	-,233	-2,571	,013

Bağımlı Değişken: TTUOÖ toplam puan,  $R^2=0,64$

Açıklamalar: YAB; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

## 2. Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda; sosyodemografik açıdan kadın cinsiyet, çalışmıyor olmak ve bekar olmak, ilaç tedavisine uyumsuzluk ile ilişkili faktörler olarak tespit edilmiştir. Klinik özellikler açısından ise; eşlik eden YAB olması, içgörü düzeyinin düşük olması, UKU psikolojik yan etkiler alt ölçek puanının yüksek olması, YMDÖ toplam puanının yüksek olması kötü ilaç uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca; hem hastanın kendisine göre düzenli ilaç kullanım süresi kısa olan hem de yakınına göre ilaç tedavisine uyumsuz olduğu tespit edilen hastaların kendisinin ve yakınının ifadesi ile tutarlı olarak TTUOÖ toplam puanları daha düşük tespit edilmiştir.

Daha önce yapılmış çalışmalara bakıldığında hastaların ilaç tedavisine uyumunun farklı şekillerde değerlendirildiği görülmektedir. Kimi çalışmalarda BB tanısı olan hastaların ilaç uyumları ilaçların kandaki konsantrasyonlarına bakılarak (5), kimisinde hastaların ilaç uyumlarını hastalardan ve hastaların bakım sağlayıcılarından aldıkları bilgi ile (11,50), kimisinde ise tedaviye uyum ölçekleri ile değerlendirilmiştir (8,18,20,22,51). Bu araştırmalara göre; BB hastalarında %20-%66 gibi geniş bir aralıkta tespit edilen ilaç tedavisine uyumsuzluk oranları, bizim hastalarımızda, kendi ifadesine göre %30, yakınına göre %38 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda uyguladığımız TTUOÖ puanlarına göre hastaların ortalama ölçek puanı on üzerinden yedi bulunmuştur. Daha önce TTUOÖ ile yapılan ve sekiz ve üstü puan alanların tıbbi

tedaviye uyumlu olarak değerlendirildiği araştırmalar göz önüne alındığında bizim örnekleminizin tedavi uyumunun literatüre göre yüksek olduğu söylenebilir (48,51,52). Literatürdeki bu farklı sonuçların nedeni; uyumu değerlendirme yöntemlerinin farklı olması, psikiyatrik komorbiditenin varlığı, örneklem büyüklüğü, hastaların uyum açısından takip süresi ve şekli, etnik olarak farklı grupların olması ve çalışılan ülkelerdeki sağlık politikalarındaki farklılıklara bağlı olabilir (53).

Literatürde; sosyodemografik özelliklerin tedavi uyumu üzerindeki etkisine dair çelişkili veriler yer almaktadır. Bazı çalışmalarda; genç yaş ve bekar olmanın (50,54-56), bazılarında kadın olmanın (57,58), bazılarında ise erkek olmanın (54,59) ilaç uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bu çalışmada ise erkek olmanın ve evli olmanın tedavi uyumunu olumlu yönde etkilediği ancak yaşın tedavi uyumu üzerinde etkili olmadığı gösterilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda ise yaş veya cinsiyetin ilaç uyumuna etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (50,60,61). Gonzalez-Pinto ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer şekilde düzenli bir işi olmayanların ilaç uyumlarının düzenli bir işte çalışanlara göre daha kötü olduğu bulunmuştur (54). Çalışmalarda çelişkili sonuçların bulunmasının nedeni; araştırma yapılan grubun özellikleri, kültürel faktörler ve kullanılan ölçüm araçları veya yöntemleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca, çalışmamızda

erkeklerin tedavi uyumunun kadınlardan yüksek çıkması, erkeklerin çalışma oranlarının kadınlardan daha yüksek olması ile açıklanabilir. Zira, yapılan regresyon analizinde, çalışma durumunun tedavi uyumu üzerinde etkili bir faktör olduğuna dair bulgular tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyinin hastaların tedavi uyumuna olumlu etkileri olduğu daha önce gösterilmişse de (3,52,62) bizim çalışmamızda eğitim düzeyinin tedavi uyumuna etkisi olduğuna yönelik anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır. Ayrıca; ilaç kullanım süresinin beklendiği (29) gibi tedavi uyumu ile aynı yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak; uzun süre ilaç kullanan hastaların hem ilaç yan etkisi hem de hastalığın nörodejeneratif etkileri nedeniyle ortaya çıkan bilişsel kayıpların ilaç uyumunu azaltabileceği ifade edilmektedir (63).

Yan etkiler nedeniyle ilaç kullanmama yaygın bir sorun gibi görünmektedir ve birçok araştırmada ilaçlara uyumsuzluğun en yaygın nedeninin yan etkiler olduğu bildirilmiştir (50,55,64–66). Johnson ve arkadaşları (2007) BB tedavisine uyumu hastalarda muhtemelen en çok kilo artışı ve ilaçların bilişsel yan etkilerinin etkilediğini belirtmişlerdir (67). Yan etkiler nedeniyle uyumsuz olan hastalara tedavi başlamadan önce yan etkiler, olası çözümler ve başa çıkma stratejileri hakkında bilgi verilmediği ve bu nedenle de uyumsuzluğun arttığı öne sürülmüştür (64). Bu çalışmada yapılan değerlendirmede tedavinin psikolojik, nörolojik, otonomik, diğer yan etkiler ve bütün yan etkilerin tedavi uyumu üzerine etkisi ayrı ayrı incelenmiştir. Sonuç olarak; tedavinin psikolojik yan etkilerinin ve toplam yan etki puanındaki yüksekliğin tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu yan etkilerin dikkat/konsantrasyon bozukluğu, unutkanlık, sedasyon, gerginlik, huzursuzluk, halsizlik gibi özellikle günlük işlevselliği olumsuz etkileyecek ve kişilerde subjektif rahatsızlığa sebep olacak belirtiler olması, psikolojik yan etkileri ilaç uyumunda daha ön plana çıkarmış olabilir (45). Olası yan etkiler konusunda hastaların bilgilendirilip baş etme becerilerinin geliştirilmesi, gerektiğinde ek tedavi desteğinin sağlanması, günlük yaşam

aktivitelerine yönlendirilip, işlevselliği artırmaya yönelik müdahalelerde bulunulması özellikle psikolojik yan etkilerin olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılarak tedavi uyumuna olumlu katkı sağlanabileceği söylenebilir.

İçgörü, kabaca kişinin sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir. Jaspers 1913 yılında, içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk araştırmacılarından biridir ve günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının ve hastalık belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır (42). İçgörünün, BB'de tedavi uyumu üzerine olumlu etkisi olduğuna dair yaygın bir görüş hakimdir (68–71) ve zayıf içgörü sonucunda tedaviyi reddetmenin tedavi uyumunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (72,73). Bu çalışmada da literatürle uyumlu şekilde hastaların içgörü düzeyi arttıkça tedavi uyumlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan bakıldığında; hastaların içgörüyü artırmaya yönelik psikoeğitimi, desteklenmeleri, hastalığın ve tedavinin olası etkileri ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmeleri tedavi uyumu açısından önem kazanmaktadır.

Bipolar bozuklukta tedavi uyumunu etkileyebilecek bir faktör de sosyal destek olarak değerlendirilmekte ve bu konuda yapılmış birçok çalışmada özellikle hastanın birlikte yaşadığı yakınlarının ya da ailesinin ilaç tedavisine karşı olan tutumunun önemine vurgu yapılmaktadır (24,27,74). Benzer şekilde; düşük sosyal desteğin hastalığın oluşma riskini artırdığını ve iyileşme şansını azalttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (75). Bir çalışmada; BB tanısı olan hastalarda, tedaviye uyum sağlayan hastaların sosyal çevrelerinde, uyum sağlayamayan hastalara göre anlamlı derecede fazla sayıda bireyin yer aldığı gösterilmiştir (76). Ancak bizim çalışmamızda sosyal desteğin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bulgular arasındaki bu farklılık bu çalışmanın örneklem sayısının düşük olması, uygulanan sosyal destek ölçeklerinin farklı olması veya kültürel yapılar arasındaki farklılıklar ile açıklanabilir. Rabinovitch ve arkadaşlarının (2013) psikotik hastalarda yaptıkları bir izlem çalışmasında tedaviye

uyum yüzdesi ile aile desteği düzeyi ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (77). Bipolar bozuklukta olduğu gibi tüm psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumunun sosyal destek ile aynı yönde bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (78,79).

Bipolar bozuklukta tip 1 hastalarında, yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %50-70 arasında değişmektedir (80). BB olan hasta grubunda genel popülasyona oranla anksiyete bozukluğu oranları daha yüksek bulunmuştur ve hastaların %55.8'inde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu, %31.8'inde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile komorbidite oranları gözlenmiştir (81). Benzer şekilde Boylan ve arkadaşları (2004) YAB'nin %31.2 oranı ile BB olan hastalarda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu belirlemişlerdir (82). Bipolar bozukluğa eşlik eden YAB olan hastalarda tedavi uyumunun da düşük olduğu belirtilmektedir (19). Bu çalışmada da bipolar bozukluğa eşlik eden YAB olan hastaların tedavi uyumu, YAB eşlik etmeyen hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinde ise eşlik eden YAB, tedavi uyumunu etkileyen faktörler arasında çalışma durumu ve eşik altı manik belirtilerle birlikte anlamlılığını korumaya devam etmiştir. BB hastalarında komorbidite oranının yüksekliği ve ilaç tedavisi üzerine olan etkileri göz önüne alındığında özellikle YAB olmak üzere tüm anksiyete bozukluklarının tespit edilip müdahale edilmesi, klinisyenlerin bu açıdan dikkatli olması gerektiği vurgulanabilir. Özellikle yaş ilerledikçe artan tedavi uyumunun, yaşla birlikte anksiyete belirtilerinin azalması ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (7). BB hastaları değerlendirilirken ve ilaç tedavisi seçilirken, hastanın subjektif yakınması olmasa dahi anksiyete belirtilerinin detaylı değerlendirilip gerekirse anksiyolitik etkinliği yüksek ilaç rejimlerinin tercih edilmesi hastaların ilaç tedavisine olan uyumuna olumlu katkı sağlayabilir. Ek olarak; çalışmamızda hastalar remisyonunda olmasına rağmen (YMDÖ<7), eşik altı manik belirtilerin ilaç tedavisine uyum üzerinde olumsuz etkisi olduğu regresyon analizinde de tespit edilmiştir. Daha önce yapılmış bir çalışmada özellikle eşik altı depresif belirtilerin BB'de tedavi uyumunu

bozduğu gösterilmiştir (22). Eşik altı manik belirtiler BB hastalarında sık görülmektedir (83) ve bu belirtiler ile ilaç tedavisine uyum arasında çift yönlü bir etkileşim olabilir. Eşik altı manik belirtiler arttıkça hasta kendini daha iyi hissediyor ve ilaçlarını aksatıyor olabilir, diğer taraftan ilaçlarını aksattıkça eşik altı manik belirtilerde de artış olabilir. Bu iki durumun birbirini yordadığını tespit edebilmek için daha geniş örneklemli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ancak remisyonunda dahi olsa hastaların değerlendirilmesinde eşik altı belirtilerin dikkatle araştırılıp takip edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması ilaç tedavisine uyum açısından önemli gibi görünmektedir.

Yukarıda anlatıldığı gibi, BB'de tedavi uyumu birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerin birçoğunun bir arada değerlendirilmesi ve çalışmada BB hastalarına ait birçok değişkenin ele alınmış olması bu çalışmanın esas güçlü yönünü oluşturmaktadır. Ayrıca hastalara uygulanan ölçekler tek değerlendirmeci tarafından uygulanmış, böylece değerlendirici arasında oluşabilecek yorum farklılıklarının önüne geçilebilmiştir. Bu çalışmanın başlıca kısıtlılığı örneklem sayısının az olması sayılabilir. Örneklemin cinsiyet açısından homojen dağılımda olmaması, cinsiyetin tedavi uyumu ile ilişkisine dair yanıltıcı bulgular elde etmemize neden olmuş olabilir. Hastaların ve hasta yakınlarının sözel bildirimlerine dayanan verilerin kullanılmış olması da kısıtlılıklar arasında kabul edilebilir. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle, geçmişe yönelik anamnez alınmasına rağmen, bazı bilgilerin hastalar tarafından eksik ya da yanlış hatırlanıyor olması muhtemeldir. Ancak çalışma kapsam olarak incelendiğinde genel olarak literatürle uyumlu olduğu izlenmektedir.

Sonuç olarak; BB olan hastaların düzenli bir işte çalışmalarının teşvik edilmesi, bu konuda hastaların ve yakınlarının yönlendirilmesi önem teşkil etmektedir. Hastaların evlilik hayatını düzenli bir şekilde sürdürebilmeleri açısından hem hastalara hem de eşlerine hastalık, tedavisi ve prognozu hakkında bilgilendirici eğitim programları düzenlenmesi fayda sağlayabilir. BB seyrinde

ve ilaç tedavisine uyumda, hastaların hekimler ile kurduğu terapötik alyansın güçlendirilmesinin, uygulanan tedaviler ve yan etkiler gibi tedavinin zorlukları hakkında ayrıntılı bilgiler verilmesinin hastaların tedavi uyumuna olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Tedavide, hastaya uygun yöntemlerin seçilmesi, medikal tedavinin mümkün olduğunca en düşük etkin dozlarda uygulanması yine yan etkiler açısından hastaların tedavi uyumunu artıracak gibi

görünmektedir. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin kullanımı, tedaviye uyumun zayıf olduğu hastalarda alternatif bir farmakolojik tedavi olabilir (84). Ayrıca hastalar değerlendirilirken; komorbid başta YAB olmak üzere anksiyete bozukluklarının ve eşik altı manik belirtilerin gözden kaçırılmaması, hastaların bu açılardan detaylı değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması, ilaç tedavisine uyumu artırmada önemli noktalar gibi görünmektedir.

## KAYNAKLAR

1. APA. Amerikan Psikiatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013. 91–112 p.
2. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *J Mood Disord.* 2013;3(5).
3. Savas HA, Unal A, Virit O. Treatment adherence in bipolar disorder. *Psychiatry Behav Sci.* 2011;1(3):95.
4. Levin JB, Krivenko A, Howland M, Schlachet R, Sajatovic M. Medication adherence in patients with bipolar disorder: a comprehensive review. *CNS Drugs.* 2016;30:819–35.
5. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(8):549–55.
6. Busby KK, Sajatovic M. Patient, treatment, and systems-level factors in bipolar disorder nonadherence: a summary of the literature. *CNS Neurosci Ther.* 2010;16(5):308–15.
7. Smilowitz S, Aftab A, Aebi M, Levin J, Tatsuoka C, Sajatovic M. Age-related differences in medication adherence, symptoms, and stigma in poorly adherent adults with bipolar disorder. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2020;33(5):250–5.
8. Uygun E, Kucukgoncu S. Treatment Adherence in Patients with Bipolar Disorder and Beliefs Related to Non-Adherence. *Psychiatry Behav Sci.* 2020;10(4):192.
9. Scott J. Predicting medication non-adherence in severe affective disorders. *Acta Neuropsychiatr.* 2000;12(3):128–30.
10. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105(3):164–72.
11. Manhas RS, Manhas GS, Manhas A, Sharma R, Thappa JR, Akhter R. Prevalence of non-adherence to treatment among patients of bipolar affective disorder. *J Med Sci Clin Res.* 2019;7(6):623–8.
12. Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Martínez-Ortega JM, Gurpegui M. Poor adherence to treatment associated with a high recurrence in a bipolar disorder outpatient sample. *J Affect Disord.* 2010;127(1–3):77–83.
13. Hong J, Reed C, Novick D, Haro JM, Aguado J. 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.* 2011;190(1):110–4.
14. Müller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251:72–5.
15. Tang C, Hsieh MH, Hung S, Lee IH, Lin Y, Yang YK. One-year post-hospital medical costs and relapse rates of bipolar disorder patients in Taiwan: a population-based study. *Bipolar Disord.* 2010;12(8):859–65.
16. Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry.* 2002;159(11):1927–9.
17. Johnson RE, McFarland BH. Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *Am J Psychiatry.* 1996;
18. Belzeaux R, Correard N, Boyer L, Etain B, Loftus J, Bellivier F, et al. Depressive residual symptoms are associated with lower adherence to medication in bipolar patients without substance use disorder: results from the FACE-BD cohort. *J Affect Disord.* 2013;151(3):1009–15.
19. Sylvia LG, Reilly-Harrington NA, Leon AC, Kansky CI, Calabrese JR, Bowden CL, et al. Medication adherence in a comparative effectiveness trial for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;129(5):359–65.
20. Sajatovic M, Ignacio R V, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, et al. Predictors of nonadherence among individuals with

- bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*. 2009;50(2):100–7.
21. Perlis RH, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, Hay A, Nierenberg AA, Thase ME, et al. Clinical features associated with poor pharmacologic adherence in bipolar disorder: results from the STEP-BD study. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(3):2763.
  22. Karadağ H, Kokurcan A, Güriz SO, Atmar M, Örsel S. Assessing the treatment adherence and clinical correlates of low adherence among bipolar disorder outpatients: A cross-sectional study. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2019;29(4):558–64.
  23. Jones SH, Sellwood W, McGovern J. Psychological therapies for bipolar disorder: the role of model-driven approaches to therapy integration. *Bipolar Disord*. 2005;7(1):22–32.
  24. Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi/Problems of compliance with antipsychotic drugs: In relation to their extrapyramidal side effects. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2000;1(2):100.
  25. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16:211–8.
  26. Çakır F, İlnem C, Yener F. Compliance in follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2010;23(1):50.
  27. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. 2006;
  28. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, Ganoczy D, Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2007;58(6):855–63.
  29. Aksoy A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü*. 2013;
  30. Ata EE, Bahadır-Yılmaz E, Bayrak NG. The impact of side effects on schizophrenia and bipolar disorder patients' adherence to prescribed medical therapy. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(3):691–6.
  31. Yıldızhan E, Uzun E, Tomruk NB. Effect of long acting injectable antipsychotics on course and hospitalizations in bipolar disorder—a naturalistic mirror image study. *Nord J Psychiatry*. 2022;76(1):37–43.
  32. Chou YH, Chu P-C, Wu S-W, Lee J-C, Lee Y-H, Sun I-W, et al. A systemic review and experts' consensus for long-acting injectable antipsychotics in bipolar disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2015;13(2):121.
  33. American Psychiatric Association AP, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Vol. 4. American psychiatric association Washington, DC; 1994.
  34. Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(20):22–33.
  35. Engeler A. MİNİ Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Türkçe Uyarlama 5.0. 0 Yazarlar: Sheehan DV, Lecrubier Y. 2004;
  36. Hamilton M. A rating scale for depression *J Neurol Neurosurg Psychiatry View Artic*. 1960; 23: 56–62.
  37. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Validity, reliability and clinical use of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *J Psychiatry Psychol Psychopharmacol*. 1996;4(4):251–9.
  38. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J psychiatry*. 1978;133(5):429–35.
  39. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Reliability and Validity of Turkish Translation of Young Mania Rating Scale. *Turkish J Psychiatry*. 2001;13(2):107–14.
  40. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2007;3(1):1–8.
  41. Aydemir Ö, Uykur B. Reliability and Validity Study of The Turkish Version of Functioning Assessment Short Test in Bipolar Disorder. *Turk Psikiyatr Derg*. 2012;23(3).
  42. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*. 1992;161(5):599–602.
  43. Arslan S, Gunay Kilic B, Karakilic H, Cosar B, Isikli S, Isik E. İcgorunun uc bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatr*. 2001;3:17–24.
  44. Lingjaerde O. The UKU side effects rating scale. *Acta Psychiatr Scan*. 1987;76:S81–92.
  45. Usta H, Ünal GG, Gıca Ş. Udvalg Kliniske Undersøgelser Yan Etki Değerlendirme Ölçeği'nin (UKUSERS) Kronik Şizofreni Tanılı Hastalarda Türkçe Güvenilirlik ve Faktör Analizi. In: *Yeni Symposium*. 2020.
  46. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30–41.
  47. Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatr Derg*. 2001;12:17–25.
  48. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241–7.
  49. Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili

- etkenlerin değerlendirilmesi. Uzm Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatr Anabilim Dalı, Ankara. 2006;
50. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2008;23(2):95–105.
  51. Corrêard N, Consoloni J-L, Raust A, Etain B, Guillot R, Job S, et al. Neuropsychological functioning, age, and medication adherence in bipolar disorder. *PLoS One.* 2017;12(9):e0184313.
  52. Rosa AR, Marco M, Fachel JMG, Kapczinski F, Stein AT, Barros HMT. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 2007;31(1):217–24.
  53. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res.* 2010;69(6):591–9.
  54. Gonzalez-Pinto A, Reed C, Novick D, Bertsch J, Haro JM. Assessment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry.* 2010;43(07):263–70.
  55. Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkins JH. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Compr Psychiatry.* 2011;52(3):280–7.
  56. Barraco A, Rossi A, Nicolò G, Group ES. Description of study population and analysis of factors influencing adherence in the observational Italian study “Evaluation of Pharmacotherapy Adherence in Bipolar Disorder”(EPHAR). *CNS Neurosci Ther.* 2012;18(2):110–8.
  57. Bourne BA, West SA. Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(1):87–91.
  58. Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, Pincus HA, Fine MJ, Kilbourne AM. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(1):16–21.
  59. Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V, Hadzi-Pavlovic D, Whitton A, Nicholas J, et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 2012;142(1–3):98–105.
  60. Danion JM, Neunreuther C, Krieger-Finance F, Imbs JL, Singer L. Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry.* 1987;20(05):230–1.
  61. Friedman ES, Calabrese JR, Ketter TA, Leon AC, Thase ME, Bowden CL, et al. Using comparative effectiveness design to improve the generalizability of bipolar treatment trials data: Contrasting LiTMUS baseline data with pre-existing placebo controlled trials. *J Affect Disord.* 2014;152:97–104.
  62. Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *J Affect Disord.* 2013;149(1–3):247–52.
  63. Miaso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17:548–56.
  64. Sharif SA, Ogunbanjo GA, Maleté NH. Reasons for non-compliance to treatment among patients with psychiatric illness: A qualitative study. *South African Fam Pract.* 2003;45(4):10–3.
  65. Roy R, Jahan M, Kumari S, Chakraborty PK. Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: A centre based study. *J Indian Acad Appl Psychol.* 2005;31(1–2):24–8.
  66. Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients’ beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disord.* 2007;9(6):656–64.
  67. Johnson FR, Özdemir S, Manjunath R, Hauber AB, Burch SP, Thompson TR. Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments: a stated-preference approach. *Med Care.* 2007;45:545–52.
  68. Işık E. Duygu durumu bozuklukları: Depresyon ve bipolar bozukluklar. *Yayl. y;* 2003.
  69. Christensen MV, Kessing LV. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* 2005;1(1):1–9.
  70. Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2000;59(3):237–41.
  71. Ryu V, Song D-H, Ha R, Ha K, Cho H-S. Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania. *Compr Psychiatry.* 2012;53(6):732–9.
  72. Látalová K. Insight in bipolar disorder. *Psychiatr Q.* 2012;83:293–310.
  73. Trauer T, Sacks T. The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(3):211–6.
  74. Sajatovic M, Chen P, Dines P, Shirley ER. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Dis Manag Heal Outcomes.* 2007;15:181–92.
  75. Pevalin DJ, Goldberg DP. Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychol Med.* 2003;33(2):299–306.
  76. Oral T. İki uçlu bozukluk. *WPA Serisi İstanbul CSA Med Yayın Ajansı s.* 2002;441–503.

77. Rabinovitch M, Cassidy C, Schmitz N, Joober R, Malla A. The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry*. 2013;58(1):59–65.
78. Kelleci M, EE A. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatr Hemşireliği Derg*. 2011;2(3):105–10.
79. Scheurer D, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between different types of social support and medication adherence. *Am J Manag Care*. 2012;18(12):e461-7.
80. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005;67(1):1–8.
81. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:5.
82. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(8):1106–13.
83. Ram D, Ram D. Subsyndromal states in bipolar disorder. *Indian J Psychiatry*. 2010;52(4):367.
84. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, Lopez-Zurbano S, Zorrilla I, Lopez P, Vieta E, et al. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(4):355.

#### **Etik Bilgiler**

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Öğrenci Araştırmaları Etik Değerlendirme Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar no: 17-733-14, Tarih: 27.10.2014).

**Onam:** Yazarlar retrospektif bir çalışma olduğu için olgulardan imzalı onam almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Telif Hakkı Devir Formu:** Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Hakem değerlendirmesinden geçmiştir.

**Yazar Katkı Oranları:** Konsept: NBB, HHÖ. Tasarım: NBB, HHÖ. Veri Toplama veya İşleme: NBB. Analiz veya Yorum: NBB, HHÖ. Literatür Taraması: NBB Yazma: NBB, HHÖ. **Çıkar Çatışması Bildirimi:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.