

DEPRESİF HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARI VE DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ UYUM DÜZEYİNE ETKİSİ+

Yrd. Doç. Dr. Fatma Demirkıran*

Prof. Dr. Gülşen Terakye**

ÖZET

Amaç: Araştırma ilaç tedavisi önerilen depresif hastaların tedavilerine uyumlarını, uyumsuzluk nedenlerini ve ev ziyaretleri ile yapılan destekleyici hemşirelik uygulamalarının hastaların ilaç tedavilerine uyumları dolayısıyla yetiştirilmesine ve semptomlara etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Araştırma örneğine 41 deney, 42 kontrol olmak üzere toplam 83 hasta alınmıştır. Veriler, hastaların tümü ile poliklinik görüşmesi yapılarak, deney grubu hastalarına tekrarlı ev ziyaretleri (3 kez) ve tüm hastalara tedavilerinin başlangıcından 3 ay sonra ev ziyareti yapılarak Kısa Yetiştirimi Anketi yanı sıra dört soru formunun hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulması ile toplanmıştır. **Bulgular:** Üç ay sonunda; kontrollerine düzenli olarak gidenler kontrol grubunda % 24, deney grubunda % 73'dür. İlaçlarına uyumlu olan hastaların oranı kontrol grubunda % 24, deney grubunda % 88'dir. Deney grubunda ilacını bırakan hasta sayısı sadece beş olup kontrol grubunda ilaç bırakma nedenlerinden birinci sırayı % 42 ile bilgi eksikliği, ikinci sırayı % 39 ile ilaç yan etkileri almıştır. Yetiştiriminde her iki grupta da azalma gözlenirken, 3 aylık dönem sonunda deney grubu ile kontrol grubu arasında yetiştirimi puan ortalamaları yönünden fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. **Sonuç:** Ev

ziyaretleri sırasında verilen destekleyici hemşirelik bakımının hastaların kontrolleri için hastaneye gitmelerini, ilaçlarına uyumlarını artırmış, yetiştirimi puan ortalamalarını anlamlı derecede düşürmüştür. Bu sonuçlara dayalı olarak hastaları izleme konusunda hemşirelere önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, hemşirelik bakımı, ilaç tedavisine uyum, yetiştirimi.

SUMMARY

Compliance of Depressed Patients of Their Drug Therapy and Effect of Supportive Nursing Interventions on Compliance

Objective: This experimental study was planned to investigate the compliance, reasons of non-compliance of depression patients and the effects of supportive nursing interventions via home visits on the compliance and thus on reduction in disability and symptoms. **Method:** A total of 83 patients were included in the study of which 41 as experimental subject and 42 as control group. The data were acquired from all patients by personally interview in out-patient clinics, and from the questionnaire filled out during the home visits, 3 months after the initiation of the therapy. The experimental subjects were visited two more times between this period. All collected data were entered in Statistical Package for Social Sciences (SPSS 5.0) in the computer. **Results:** At the end of study, it was found that a vast majority of the experimental subjects (73%) have come to hospital

+ 34. Ulusal Psikiyatri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

* Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu.

** Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.

for their appointments without any interruption whereas in the control group only 24% of the patients have come. Owing to the supportive nursing interventions during home visits, the patients in the experiment group 88% of these patients were found to be compliant while 24% of control group were found compliant. The analysis of the patients in the control group revealed that lack of knowledge 42% and the drug side effects 39% constituted the two main reasons in quitting the medication whereas in experiment group only 5 patient quited the therapy 3 of whom were due to the side effects. Although disability rates were found to be decreased in both experimental and control groups, a significant difference between the mean disability scores of both groups were found. **Conclusions:** Based on these results recalling that the nursing interventions performed by home visits have increased the drug compliance of the patients, some recommendations to nurses about patient follow-up are also emphasized in this study.

Key Words: Depression, nursing care, compliance on pharmaco therapy, disability.

GİRİŞ

Depresyon, etkilediği nüfus yoğunluğu, yaygınlığı, intihar riski, neden olduğu yetiyitimi ve iş gücü kaybı ile topluma getirdiği ekonomik yük nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden öncelikli bir ruh sağlığı sorunudur. Kolay tanı konabilen ve tedavi edilebilir olan bu hastalıkta ilaç tedavisine uyumsuzluk sağlık kurumlarına zaman ve enerji kaybı aileye ve topluma da ekonomik yük olarak yansımaktadır. Depresif hastaların sağlık kurumlarını tekrarlı kullanmaları ve tedavinin getirdiği ekonomik yük yadsınamaz büyüklüktedir. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Stouder ve ark. 1986, Öztürk 1987, Kupfer 1993, Kind ve Sorenson 1993, Tek ve Önder 1994, Rezaki 1995, Kaplan 1995, Sağduyu ve ark. 2000). İlaç tedavisine uyumun sağlanması kayıpları azaltacağı gibi, hastaların yaşam kalitesinin de artmasını sağlayacaktır (Üstel 1983, Katzung 1992).

Depresif hastalarda yaygın olarak görülen uyum sorunları; önerilen ilaçların planlanan süreden önce bırakılması, ilaç dozu ve alım zamanına uyulmaması veya ilacın hiç kullanılmaması şeklinde özetlenebilir (Johnson 1981, Benet ve ark. 1990, Chen 1991).

İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri arasında, tedavi planındaki karmaşa ve ilaç yan etkileri, hastaların depresyon ve ilaç tedavisine ilişkin bilgi eksikliği, hastalarda ilaçların yararı olmayacağı inancı ve tedavi olmayı istememeleri yer almaktadır. Bunların yanı sıra hastanın kullanacağı ilaca ilişkin daha önceki olumsuz deneyimleri, ilaç bağımlılığı korkusu ve tedavi ekibi ile iletişim sorunları da ilaç tedavisine uyumsuzluk nedenleri olarak görülmektedir (Johnson 1981, Üstel 1983, Blacker ve Clare 1987, Benet ve ark. 1990, Katzung 1992, Örnek 1993, Öy ve ark. 1994, Kaplan ve ark. 1994, Özgüven 1994, Gelder ve ark. 1996).

İlaç uyumsuzluğunun önemli sonuçları vardır. Bunlardan en önemlisi ilaçların önerilen doz ve süreden az kullanılmaları nedeniyle amaçlanan biyokimyasal hedeflere ulaşılamamasıdır (Regier ve ark. 1988, Tek ve Önder 1994). Ayrıca ilacın aniden bırakılması şiddetli uyku bozukluğu, çabuk sinirlenme, sersemlik, mide bulantısı, kusma gibi yakınmalara, bazen de hastalığın tüm belirtileri ile alevlenmesine yol açabilmektedir (Tek ve Önder 1994, Birsöz ve Turgay 1994). İlaçların önerilen dozdan fazla alınmaları da ilaca bağımlılık, beklenmeyen yan etkiler ve zehirlenmelere neden olabilmektedir (Yudofsky ve Hales 1991).

Genel uyum ile ilgili çalışmalar, hasta ve yakınları ile işbirliği kurulması ve tedavi hakkında bilgi verilmesinin hastaların tedavilerine uyumu artırdığını göstermektedir (Casey 1990, Örnek, 1993).

Depresyon yineleme riski yüksek bir hastalıktır (Corrigan ve Liberman 1990, Kupfer ve ark. 1993). Uluşahin ve Uluğ (1994), depresif bozukluklarda yineleme oranını % 33.3 olarak saptamışlardır. İlaç tedavisine uyumda sorunlar genellikle ya taburculuk sonrasında ya da ayaktan tedavi olan hastalarda yaşanmaktadır. Bu nedenle tedavi ekibi üyelerinin akut dönemi iyileştirmek kadar, izleyen dönemlerdeki alevlenme ve daha sonraki yineleme risklerini azaltmak doğrultusunda çaba göstermeleri de son derece önemlidir (Vahip 1994). İlaç tedavisine uyum açısından tedavinin ilk 6-8 haftasında hastaların daha yakın izlenmeleri gerekmektedir. Olası nökslerin önlenmesinde hastaların ilaçlarını en az 6 ay, bir kaç depresyon dönemi yaşayan hastaların ise ilaçlarını 1-2 yıl aralıksız kullanmaları önerilmektedir (Brasfield 1991, Kennedy ve ark. 1998). Bu nedenlerle hastalar ilaç tedavisi yönünden izlenmeli ve gerektiğinde erken girişimde bulu-

nulmalıdır. Bu izlemler uygulama alanında hemşireler tarafından yapılabilir.

Psikiyatri alanında çalışan hemşireler depresyonun tıbbi tedavisinde üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın ilacına, dolayısıyla tedavisine göstereceği uyumda çok önemli bir etkiye sahiptirler. Çünkü hemşireler hasta ile sürekli bir arada olan sağlık personeli olup, tedavi süresince hastanın davranışlarını değerlendirmekten sorumludurlar (Lester 1986). Bu nedenle ilaç tedavisine başlanmadan önce bakım sorumluluğunu alan psikiyatri hemşiresi tarafından hastanın fizyolojik durumu, ruhsal belirtileri ve özellikle ilaç kullanmaya ilişkin yaklaşımı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme ilaçların neden olabileceği yan etkilerin, hastada ilaç kullanım öncesinde var olan belirtilerle karışmaması açısından önemlidir (Forman 1993).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin 1982 yılında belirlediği Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği standartlarında psikiyatri hastalarının verilen ilaçların adı, veriliş amacı, dozu, hangi sıklıkla alınacakları ve yan etkileri olduğunda yapılması gerekenler konusunda bilgilenebilir hakları olduğu yer almakta ve bu sorumluluk da hemşirelere verilmektedir (Crane ve ark. 1996).

Psikiyatri hemşiresinin hastalara yapacağı eğitimin en önemli ögesi depresyonun yineleyici özellikte bir hastalık olduğu, tedaviden beklenen sonuçların neler olduğu ve uzun süreli ilaç tedavisine uyumlarının tedavilerinde önemli olduğunun vurgulanmasıdır. İzlemler sırasında psikiyatri hemşiresi hastaların endişelerini sürekli olarak değerlendirir, hastanın gereksinimlerine yönelik olarak gerekli bilgileri verir ve ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde gereksinimlerine yönelik olarak gerekli bilgileri verir ve ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde yardımcı olur (Boyd 1998). Bu da ayaktan tedavi olan ya da hastanede tedavi olup taburcu olan hastaların ilaç tedavilerine uyumlu olmaları konusunda sağlık kurumunda ya da evde gerekli destek, danışmanlık ve izleme hizmetlerinin sağlanması ile gerçekleştirilir.

Sonuçta hemşireler hastaneden taburcu olan hastaların izlenmesinden ve gerektiğinde evde müdahaleden de sorumlu olmalıdırlar. Çünkü profesyonel rolleri bunu gerektirir (Stuart ve Sundeen 1987). Bir çok diyabet hastasında olduğu gibi, anti-depresan ilaç kullanan depresyon hastalarının iz-

lenmesi de hemşireler tarafından verilebilecek bir hizmettir (Armstrong 1992, Freeman 1981).

AMAÇ

Bu araştırma; ilaç tedavisi önerilen depresif hastaların tedavilerine uyumlarını, uyumsuzluk nedenlerini ve ev ziyaretleri ile yapılan hemşirelik müdahalelerinin hastaların ilaç tedavilerine uyumları dolayısıyla yetiyitlimlerine ve semptomlara etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

GEREK VE YÖNTEM

Araştırma; İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme: 1994-1995 Ocak tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan depresyon hastaları örnekleme oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Polikliniğe 1 Ocak 1994-1 Ocak 1996 tarihleri arasında ilk olarak başvurmuş olma,
2. DSM-IV tanı kriterlerine göre depresyon tanısı alma,
3. 17-65 yaş grubunda olma,
4. En az 6 ay ilaç kullanması önerilmiş olma,
5. Ev ziyaretini kabul etme,
6. Depresyonun yanı sıra psikoz, demans ve mental retardasyon tanısı alınmamış olma.

Bu araştırmada hastaların tanıları ve verilen reçetenin içeriği araştırmacının etkisi ve incelemesi dışındadır. Poliklinikte ilk görüşme, hekimin tanılama ve tedavi planlama sürecinden sonra yapılmıştır.

Örnekleme alınacak ilk hastanın grubu ve rast gele yöntemle belirlenmiş ve bundan sonra gelen hastalar bir deney, bir kontrol olarak ayrılmışlardır. Bir yıllık sürede toplam 96 hasta ile görüşülmüş, 13 hastaya adres değişikliği nedeniyle ulaşılamaması sonucunda örnekleme deney grubu 41, kontrol grubu 42, toplam 83 hastadan oluşmuştur.

Gereçler

Kısa Yetiyitlimi Anketi (KYA): Bu anket, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'nun bir parçasıdır (Stewart ve ark. 1989, Ware ve Sherbourne, 1992, Tarlov ve ark. 1989). Tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olup sekiz sorudan oluşur. Hasta-

nın kendi bildirmesine dayanır Türkiye'de geçerlik çalışması yapılmıştır (Kaplan 1995)

Poliklinik Görüşme Formu: Poliklinik Görüşme Formu araştırmaya temel oluşturacak verileri toplamak amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form iki bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde hastaya ilişkin demografik veriler, yaşadıkları çevre, sosyal ilişkileri, hastaların daha önceki ilaç kullanmaya ilişkin tutumları, hastanın o andaki ilaçları ve reçetede yazılmış olan ilaçlar hakkında hastanın var olan bilgi düzeyi, kendi ifade ettikleri yakınmalarına ilişkin bilgiler, "somatik" ve "psikişik" olarak gruplandırılan semptomlar listesi yer almaktadır. Formun ikinci bölümünde ise hekimgiden edinilecek olan hastalığın tanısı, ilaçlar, kontrole çağırma durumu gibi bilgiler yer almaktadır. Poliklinik Görüşme Formu deney ve kontrol grubundaki tüm hastalara ilk görüşmede uygulanmıştır.

Ev Ziyaret Formu: Ev Ziyareti Formu deney grubu olarak belirlenen hastalara yapılan ziyaretler sırasında, hastaların ilaç kullanma durumlarına ilişkin gereksinimlerini belirleyebilmek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda hastaların ilaç kullanma durumları, ilaçlarına gösterdikleri uyum durumu, ilaçlarının neden olabileceği olası yan etkiler ve poliklinik görüşmesi sırasında kendi ifade ettikleri yakınmalarındaki değişikliğe ilişkin sorular yer almaktadır. Kontrol grubuna yapılan ziyaretlerde aynı form kullanılmıştır.

Son Ziyaret Formu: Son Ziyaret Formu ilk görüşmeden 3 ay sonra deney ve kontrol grubu hastalarına yapılan son ev ziyareti sırasında veri toplamak amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda tüm hastaların ilaç kullanma durumları, kontrollerine gitme durumları, ilaç yan etkileri ile baş etme durumları, poliklinik görüşmesi sırasında kendi ifade ettikleri yakınmalarına ilişkin bilgiler ve Poliklinik Görüşme Formunda yer alan "somatik" ve "psikişik" olarak gruplandırılan semptomlar listesi yer almaktadır. Son ziyaret sırasında, ilk görüşmede hastanın ifade ettiği semptomların iyileşme düzeyi, "Hiç bir Değişiklik yok", "Biraz Duzeldi", "Tamamen Duzeldi" olarak gruplandırılmıştır.

On Uygulama

Hazırlanan soru kağıtlarının on uygulaması Malatya Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurup depresyon tanısı alan

10 hasta üzerinde yapılmıştır. On uygulamadan sonra, gerekli düzenlemeler yapılmış ve soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

İşlem Yolu

Hastalarla ilk görüşme poliklinik içinde özel bir odada, diğer görüşmeler hastaların evinde hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Hastalar Psikiyatri Polikliniği'nde muayene olup depresyon tanısı konduktan sonra araştırma ile ilgili tanıtım yapılarak hastaların onayı ile Poliklinik Görüşme Formu ve Kısa Yetiyitimi Anketi uygulanmıştır.

Deney grubu olarak belirlenmiş olan hastalardan onay verenler 1 hafta sonra ziyaret edilmişlerdir. Ziyaretler sırasında hastalara Ev Ziyareti Formu doldurulmuş ve depresyona ilişkin hazırlanmış olan standart bilgiler aktarılmıştır. Bu bilgiler depresyonun olası nedenleri, belirtileri, ilaç tedavisinin amacı ve ilaç tedavisi sırasında dikkat edilmesi gereken özellikleri kapsamaktadır. Daha sonra hastaların soruları yanıtlanmış, bir sonraki ziyaret için hedefler ve ziyaret tarihi belirlenmiştir. Her ev ziyaretinden sonra hastanın hekimi ile görüşülmüş, hastalık ve ilaç kullanma konusunda bilgi verilmiştir.

Deney grubu hastalarına 1. ev ziyaretinden bir ay sonra olacak şekilde, 2. ev ziyareti yapılmıştır. Bu ziyaret sırasında hastalara Ev Ziyaret Formu uygulanmıştır. Formun uygulanmasından sonra hastanın ilaç uyumu gereksinimine yönelik olarak açıklamalarda bulunulmuş ve hasta ile birlikte değerlendirmeler yapılmıştır. Daha sonra hastanın soruları yanıtlanmış ve 2 ay sonra yapılacak olan ziyaretin tarihi belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastalarına ilk görüşmeden 3 ay sonra son ev ziyareti yapılmıştır. Tüm hastalara yapılan ev ziyaretinde Son Ziyaret Formu ve ilk görüşmede uygulanan Kısa Yetiyitimi Anketi ikinci kez uygulanmıştır. Bu ziyaret sırasında deney grubundaki hastalara ilk ev ziyaretinde depresyon ve ilaç tedavisi ile ilgili verilmiş olan bilgiler kontrol grubundaki hastalara da verilmiş, tedavisini bırakan hastalar tekrar hastaneye gitmeleri için cesaretlendirilmişlerdir.

Son ziyarette araştırmacının başlangıcında bildirilmiş olan hastalara araştırmacının tamamlandığı ve artık evlerine ziyarete gidilmeyeceği tekrar hatırlatılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik İşlemler

Elde edilen verilerle hastaların ilaç kullanma durumları, yetiyitimi puan ortalamaları, somatik ve psişik semptomlarındaki klinik düzelmeler değerlendirilmiştir. Hastaların uyum durumu değerlendirilirken aşağıdaki kriterlerin hepsini karşılayan hastalar "uyumlu" olarak kabul edilmiştir.

1. Hastanın ilaçlarını ziyaretin yapıldığı güne kadar kullanıyor olması (ilk ziyarette ilaç sayma tekniği kullanılmıştır).
2. Hastanın ilacını (ilacını/ilaçlarını günde kaç kez, günde kaç adet, ne zaman aldığı açısından) hekimin önerdiği şekilde uyguluyor olması,
3. Hekimin verdiği ilaçtan başka ilaç kullanmıyor olması,
4. İlacın dozunda her hangi bir değişiklik yapmaması,
5. İlacına 2 günden fazla ara vermemesi,

6. İlaç yan etkileri olduğunda ilacını almaya devam etmesi, hekimine ya da ziyarete gelen hemşireye yan etkileri danışması,

7. Tedavi sürerken kullanılan ilaç türü ya da dozunda hekimin yaptığı değişikliklere uyması (ilaç değişiklikleri, hasta kartlarındaki hekim kayıtlarından kontrol edilmiştir).

Verilerin bilgisayara girilmesi ve analizi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS-5.0) paket programında yapılmıştır. Verilerin analizi sırasında tanımlayıcı istatistikler, normal dağılıma uygunluk testi, bağımsız gruplarda t-testi, Pearson, Fisher, Kolmogorov Smirnov Ki Kare testleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum ve sosyal güvence durumlarına ilişkin bulgular Tablo 1'de sunulmuştur. Sosyo demografik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 1).

Tablo 1 Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar				Toplam		Test Sonuçları
	S	Deney %	S	Kontrol %	S	%	
Yaş							
18-24	5	12.1	5	11.9	10	12.0	
25-39	15	36.5	15	35.7	30	36.1	X ² = 2.938 AD*
40-54	17	41.4	10	23.8	27	32.5	
55-65	4	9.7	12	28.5	16	19.2	
Cinsiyet							
Kadın	30	73.1	32	76.1	62	74.7	X ² = 0.100 AD
Erkek	11	26.8	10	23.8	21	25.3	
Medeni Durum							
Evlü	29	70.7	31	73.8	60	72.2	X ² = 0.079 AD
Bekar	7	17.0	6	14.2	13	15.6	
Dul	5	12.1	4	9.5	9	10.8	
Boşanmış	-	-	1	2.3	1	2.2	
Eğitim Durumu							
Okur Yazar Değil	7	17.0	8	19.0	15	18.0	X ² = 0.054 AD
Okur Yazar ve İlkokul	16	39.0	15	35.7	31	37.3	
Ortaokul ve Lise	15	36.5	17	40.0	32	38.5	
Yüksek Okul	3	7.3	2	4.7	5	6.0	
Mesleki Durum							
İşsiz	4	4.8	6	14.2	10	12.0	X ² = 0.459 SD = 2 AD
İşçi, Memur veya Emekli	10	24.3	8	19.0	18	21.6	
Ev Kadını	22	53.6	26	61.9	48	57.8	
Serbest Meslek	5	12.1	2	4.7	7	8.4	
Sosyal Güvence							
Var	37		38		75		
Yok	4		4		8		

* Anlamlı Değil

Deney grubunda 31 (% 75.6), kontrol grubunda ise 29 (% 69.0) hasta hekimlerinden ilaçları hakkında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($X^2 = 0.17$, $P > 0.05$). Ayrıca hastaların ilaç kullanım süresi, dozu ve ilaçların etkileri konularında bilgi düzeyleri benzer oranlarda olup, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastalar ilaçlarını kullanmaya başladıklarında deney grubundaki hastalardan 28 (% 61), kontrol grubundaki hastalardan 35 (% 83) kişide ilaç yan etkisi görülmüştür. İki grup arasında ilaçların yan etki yapması açısından anlamlı bir fark yoktur ($X^2 = 2.57$, $P > 0.05$). Bu veriler deney ve kontrol grubunun çalışma başlangıcında benzer özellikler taşıdığını ortaya koymaktadır.

Üç aylık süre sonunda yapılan ziyarette elde edilen veriler değerlendirildiğinde;

İlaç bırakma nedenleri incelendiğinde kontrol grubundan 13 (% 42) hasta bilgi eksikliği, 12 (% 39) hasta da ilaç yan etkisi nedeniyle ilaçlarını bıraktıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın, deney grubunda sadece üç hasta ilaç yan etkisi nedeniyle ilacını bırakmış olup, bilgi eksikliği nedeniyle hiç bir hasta ilacını bırakmamıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 3.20$, $P < 0.05$).

İlaç yan etkileri olduğunda kontrol grubu hastalarından sadece 1 hasta ilacını kullanmaya devam ederken, deney grubu hastalarından ilacını kullanmaya devam edenler 36 (% 87) kişidir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 16.822$, $SD = 1$, $P < 0.05$).

Çalışmanın başlangıcında ve sonunda hastalara uygulanan Kısa Yetiyitimi Anketi puan ortalamaları incelendiğinde, ilk görüşmedeki yetiyitimi

Tablo 2: Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların İlaç Kullanımına Uyumlarına Göre Dağılımı.

Gruplar	Uyum Düzeyi				Toplam	
	Uyumlu		Uyumsuz		S	%
	S	%	S	%	S	%
Deney	36	87.8	5	12.2	41	49.3
Kontrol	10	23.8	32	76.2	42	50.7
Toplam	46	55.4	37	44.5	83	-

$X^2 = 31.849$

$SS = 1$

$P < 0.05$

İlk görüşmeden sonra kontrolleri için hastaneye düzenli olarak giden hasta sayısı kontrol grubunda 10 (% 24) iken, deney grubunda 30 (% 73) hastadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 20.22$, $P < 0.05$).

Son ziyarette ilaçlarını kullanmayı sürdürdüklerini belirten hastalar kontrol grubunda 11 (% 26), deney grubunda 37 (% 90) hastadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 34.904$, $P < 0.05$).

Uyum kriterlerinin tümünü karşılayıp "uyumlu" olarak kabul edilen hastalar kontrol grubunda 10 (% 23.8) iken, deney grubunda 36 (% 88)'dir. İlaçlarına uyumları açısından deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 34.391$, $P < 0.05$) (Tablo 2).

puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yokken ($t = 0.95$, $P > 0.05$), üç ay sonra yetiyitimi puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t = -4.37$, $P < 0.05$) (Tablo 3).

İlk görüşmede belirlenen psişik semptomlardaki değişiklikler incelendiğinde, kontrol grubu hastalardan 11 (% 39.2)'i psişik semptomlarının tamamen iyileştiğini belirtmesine karşın deney grubu hastalarından 24 (% 70.5)'ü psişik semptomlarının tamamen iyileştiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca kontrol grubundaki hastalardan 13 (% 46.4)'ü semptomlarında hiçbir değişiklik olmadığını belirtirken, deney grubundan beş hasta semptomlarında hiçbir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 7.98$, $P < 0.05$) (Tablo 4).

Tablo 3: Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların İlk ve Son Görüşmedeki Yetiştirme Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Gruplar	İlk Puan Ortalaması		Son Puan Ortalaması		n
	Puan Ort.	±Standart Sapma	Puan Ort.	±Standart Sapma	
Deney	19.9	4.1	4.927	3.000	41
Kontrol	16.31	5.1	10.881	7.009	42
Testler	t = 0.95	P > 0.05	t = -4.37	P < 0.05	

Tablo 4: Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Üç Aylık Sürede Psikik Yoğunluktaki Semptomlarda İyileşme Düzeylerine Göre Dağılımı.

Gruplar	Listeden Okunan Psikik Semptomlardaki İyileşme Düzeyi							
	Değişiklik Olmayan		Biraz İyileşen		Tamamen İyileşen		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Deney	5*	14.7	5	14.7	24	70.5	34	54.8
Kontrol	13	46.4	4	14.2	11	39.2	28	45.1
Toplam	18	29.0	9	14.5	35	56.4	62	-

$X^2 = 7.98$ $SS = 2$ $P < 0.05$

* Değişikliği yaratan grup, hiç bir değişiklik olmayan gruptur.

TARTIŞMA

İlaç tedavisine uyum ile ilgili çalışmalarda hastaların ilaç tedavi planına ilişkin bilgilendirilmelerinin uyumu artırdığı vurgulanmaktadır (Gillis ve ark. 1987, Brasfield 1987, Mc Farland ve Mc Farlane 1989, Corrigan ve Liberman 1990, Casey 1990, Chen 1991, Katzung 1992, Forman 1993). Bu araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğu ilk muayene sonrasında hekimlerinden ilaçlarına ilişkin bilgi aldıklarını bildirmişlerdir. Bu durum, hekimlerin konuyu önemsemeleri ve hastalara bilgi vermek için zaman ayırmalarını göstermesi açısından önemlidir. Ancak araştırma sonuçları, ilaçlara ilişkin bilgilerin hastalara poliklinik ortamında ve bir kez verilmesinin hastaların anlayabilmesi için yeterli olmadığını göstermektedir.

Depresif hastaların gösterdiği en önemli uyumsuzluk davranışı, ilk muayeneden sonra kontrole gelmemektir (Parker ve ark. 1986, Artwood ve Beck 1985). Gillis ve arkadaşları (1987) ilk muaye-

neden sonra hastaneye hiç gitmeyen hastaların % 9-40 oranında olduğunu, ayrıca hastaneden taburcu olan hastaların % 81'inin de bir daha hastaneye gelmediklerini gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada, kontrol grubunun sadece % 24'ü kontrollerine düzenli olarak giderken, yarısı hiç kontrole gitmemiş, buna karşın deney grubunun büyük bir çoğunluğu kontrollerine düzenli olarak gitmiştir (% 73). Deney grubu hastaların kontrollerine düzenli olarak gitmelerini ev ziyaretleri sırasında bu konuda teşvik edilmeleri sağlamıştır.

İlaçların planlanan zamandan önce bırakılması, tedavinin tamamlanmaması da sık rastlanan bir uyumsuzluk örneğidir. Depresyon tanısı alan hastaların uyumlarının araştırıldığı bir çalışmada hastaların % 20-60'ünün ilaçlarını ilk 3 hafta içinde bıraktıkları bildirilmektedir (Johnson 1981). Araştırmamızda da kontrol grubu hastalarının % 36'sı ilk iki hafta içinde ilaçlarını bırakmışlardır. Kontrol grubu hastaların ancak dörtte biri son ziyaret gününe kadar ilaçlarını devamlı kullanmıştır. Buna karşılık deney grubundan hiç bir hasta ilk haftalarda ila-

cını bırakmazken, tamamına yakını (% 90) son ziyaret gününe kadar ilaçlarını kullanmaya devam etmiştir. Hastaların ev ziyaretleri ile izlenmeleri ilaçlarını kullanma sürelerini de olumlu şekilde etkilemiştir.

Psikiyatri polikliniğinde kontrol muayenesi için hastaneye gelen hastaların uyumlarının ve ilişkili özelliklerin araştırıldığı bir çalışmada duyu durum bozukluğu tanısı ile izlenen hastaların % 79'u uyumlu, % 21'i uyumsuz kabul edilmiştir (Atbaşoğlu ve ark. 1993). Bu çalışmada ilaç tedavisine "uyumlu" olarak kabul edilebilmek için ilgili kriterlerin hepsinin karşılanması beklenmiştir. Bu nedenle son ziyaret günü halen ilaç kullanmakta olan hastaların hepsi uyumlu olarak kabul edilmemiştir. Bu kriterleri karşılayan hastalar ev ziyareti yapılan deney grubunda % 88, kontrol grubunda % 24'tür (Tablo 2). Bu bulgular da Atbaşoğlu ve ark. (1993)'nin bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik anti-depresan ilaçların en fazla görülen yan etkileri ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, kabızlık ve üriner retansiyon gibi antikolinerjik etkileridir (Grimm 1986). Bu çalışmada da her iki grupta ilaç yan etkileri görülmüştür. Yan etkiler açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak kontrol grubu hastalarının % 39'u ilaç yan etkisi nedeniyle ilacını bırakırken, deney grubundan sadece üç hasta bu nedenle ilacını bırakmıştır. Başlangıçta her iki grupta da ilaç yan etkisi görüldüğü için kontrol grubunun yan etkiye rağmen ilaçlarını kullanmaya devam etmesi yapılan ev ziyaretlerinin etkinliği ile açıklanabilir.

İlaçların görülebilecek yan etkileri hakkında hastaları önceden uyarıp bilgilendirmenin hastanın tedaviye uyumunu artırdığı bilinmektedir (Birsöz ve Turgay 1994). Çalışmamızda da kontrol grubu hastalarının yarıya yakını bilgi eksikliği nedeniyle ilaçlarını bırakırken, deney grubu hastalarından bu nedenle ilacını bırakan hasta yoktur. Bu bulgular deney grubu hastalarına ev ziyaretleri sırasında verilen bilgilerin ve destekleyici hemşirelik bakımının etkinliğini göstermektedir.

Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda depresyon ile yetiyitimi arasında anlamlı ilişkiler olduğu ve belirtilerde düzelme olan hastalarda yetiyitiminin de düzeldiği bildirilmiştir (Craig ve Vanatta

1983, Broadhead ve ark. 1990, Wells ve ark. 1989, Ormel ve ark. 1993, Von Korff ve ark. 1992). Yarı kırsal alandaki bir sağlık ocağında yapılan ve ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkileri üzerindeki kesitsel sonuçların sunulduğu bir çalışmada depresyonun bulunması, ile Kısa Yetiyitimi Anketinden alınan puanlar arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kaplan 1995). Bu çalışmada da depresyon tanısı alan hastalara uygulanan Kısa Yetiyitimi Anketi puan ortalamaları oldukça yüksektir. Yapılan ev ziyaretleri ile izlenen hastaların ilaç uyumlarının sağlanmasının yanında yetiyitimi puan ortalamalarında da anlamlı düşmeler sağlanmıştır. Üç ayın sonunda kontrol grubu hastalarının puan ortalamalarında da bir miktar düşmenin görülmesi, bu hastaların hastalık belirtilerindeki iyileşme ile açıklanabilir.

Kennedy ve arkadaşları (1998) depresyön hastalarında erken tedavinin önemine değinmiş ve hastaların ilk dört hafta içinde tedaviye başlamaları durumunda 6 ayda % 50 oranında iyileşme olacağını vurgulamışlardır. Morgado ve arkadaşları (1989) hastaların genelde uyumlarının kötü olması ile depresif semptomları arasında bağlantı kurmuşlardır. Bu çalışmada da, ilaçlarını önerildiği biçimde kullanan hastaların psikik ve somatik semptomlarında kontrol grubundan anlamlı bir şekilde farklı düzelme görülmüştür. Hastaların ilaç uyumu ve semptomlarının iyileşme düzeyine etki eden en önemli faktör ev ziyaretleri ile verilen destekleyici hemşirelik bakımı olmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada hastaların yaşı, medeni durumu, eğitimi, mesleği, sosyal güvence, ilaç kullanmaya ilişkin davranışları, daha önceden genel ilaç ya da psikotrop ilaç kullanmış olma, yalnız ya da yakını ile yaşıyor olma, ilaçlarının iyileştireceğine inanç gibi özellikleri eşleştirilmiş ve kontrol grubuna yapılan ilk-son görüşmeler ve deney grubuna yapılan ev ziyaretleri değerlendirildiğinde şu sonuçlar elde edilmiştir,

1. Kontrol grubu hastalarının sadece % 24'ü muayene sonrası ilk kontrollerine gelirken ev ziyareti yapılan deney grubu hastalarının % 73'ünün muayeneden sonra ilk kontrollerine gelmeleri sağlanmıştır.

2. Ev ziyareti yapılmayan kontrol grubu hastalarının % 26'sı ilk bir hafta içinde ilaçlarını bırakırken, deney grubu hastalarının % 90'ı üç ayın sonunda ilaçlarını kullanmaya devam etmiştir.
3. Üç ay sonunda kontrol grubu hastaların sadece % 24'ü "uyumlu" olma kriterlerini karşılarken, deney grubu hastalarının % 88'i uyum kriterlerine uygun davranarak "uyumlu" bulunmuşlardır.
4. Kontrol grubunun yarısına yakını (% 42) bilgi eksikliği, yine büyük bir çoğunluğu (% 39) ilaç yan etkileri nedeniyle ilaçlarını bırakırken, deney grubundan ilacını bırakan beş hastadan üçü ilaç yan etkileri nedeniyle ilacını bırakmıştır.
5. Araştırma örneklemine alınan hastalardan hekimlerinden bilgi aldıklarını ifade eden hastaların oranı % 72 olmasına karşın, kontrol grubundaki hastaların bu bilgileri kullanmadıkları saptanmıştır. Ev ziyaretleri ile verilen hemşirelik desteği hastaların ilaç yan etkileri ile baş etmelerine yardımcı olmuştur.
6. Ayrıca ev ziyaretleri hastaların psikik ve somatik semptomlarında düzelme ve yetiyitimi puanlarında belirgin düşme sağlamıştır.

Bu Sonuçlar Doğrultusunda;

- poliklinik muayenelerinden sonra hemşirelerin hastalara hastalıkları ve kullanmaları gereken ilaçlara ilişkin bilgi vermeleri, hekim tarafından verilmiş olan bilgileri pekiştirmeleri,
- hastaların poliklinik muayenesi, ya da taburcu olduktan sonra kendi ortamlarında başlangıçta daha sık, sonra daha seyrek olmak üzere evlerinde izlenmelerinin sağlanması,
- hemşirelerin üçüncül koruyucu rolleri kapsamında eğitici rollerini harekete geçirmek için düzenlemelerin yapılması, bunun için birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşirelerin evde ilaç kullanımı ve bilgilendirme rolünü üstlenecekleri eğitim ve araştırmaların gerçekleştirilmesi,
- bilgilendirme ve desteklemenin telefon ve formlarla yapılacağı bir araştırmanın ilaç uyumuna etkisinin betimlenerek bu araştırmanın verileri ile karşılaştırılması,
- bu çalışmanın yöntemi ile akademisyen niteliği olmayan hemşirelerle deneysel çalışma planlanması,
- araştırmada yapılan uygulamanın maliyet analizini değerlendiren araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Armstrong E (1992) On the Front Line Nursing Times, June 3, 88 (23): 31-34.

Artwood N, Beck JC (1985) Service and Patient Predictors of continuation in clinic Based treatment. Hospital and Community Psychiatry, 36: 865-869.

Atbaşoğlu C, Çermik Ö, Göğüs AK (1993) Ayakta İzlenen Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1(1): 35-39.

Benet LZ ve ark. (1990) Principles of Prescription Order Writing and Patient Compliance Instructions in The Pharmacological Basis of Therapeutics, Goodman GA, Pregmon Press, eighth ed, New York, 1640-1649.

Birsöz S, Turgay A (1994) Psikiyatride İlaç Tedavisi. Ankara, Hekimler Yayın Birliği: 17-21.

Blacker CWR ve Clare AW (1987) Depressive Disorder in Primary Care. British Journal of Psychiatry, 150: 737-751.

Brasfield KH (1991) Practical Psychopharmacologic Considerations in Depression. Nursing Clinics of North America, 26(3), September, 651-663.

Boyd, MA ve Nihart MA (1998) Psychiatric Nursing Contemporary Practice. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 194-154.

Broadhead WE, Blazer DG ve ark. (1990) Depression, Disability Days, and Days Lost From Work

in a Prospective Epidemiologic Survey. *JAMA*, November 21, 264 (19): 2524-2528.

Casey PR (1990) A guide to Psychiatry in Primary Care. Wrightson Biomedical Publishing. Petersfield: 45-66.

Chen A (1991) Non compliance in Community Psychiatry: A Review of Clinical Interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3): March, 282-287.

Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD (1990) From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 41 (11), November, 1203-1211.

Crane K, Kirby B, Kooperman D (1996) Patient Compliance for Psychotropic Medications: A Grup Model For an Expanding Psychiatric Inpatient Unit. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34(1): 8-15.

Craig TJ, Vanatta PA (1983) Disability and Depressive Symptoms in two Communities. *Am J Psychiatry*, 140(5), May, 598-601.

Forman, L (1993) Medication: Reasons and interventions for noncompliance. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(10), pp. 23-25.

Freeman RB ve Heinrich J (1981) *Community Health Nursing Practice*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, Second ed: 371-397.

Gelder BM ve ark. (1996) *Oxford Textbook of Psychiatry*, New York, Oxford University Press, 3th ed: 197-245-421-537.

Gillis LS, Trollip D, Jakoet A ve ark. (1987) Non-Compliance With Psychotropic Medication. *SAMT*, 72(7), Nov, 602-606.

Grimm PM (1986) Psychotropic Medications-Nursing Implications. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), September: 397-411.

Johnson DAW (1981) Depression: Treatment Compliance in General Practice. *Acta Psychiatrica Scandinava*, (suppl) 21(3): 447-453.

Kaplan HI ve ark. (1994) *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins, Seventh Ed: 865-1013.

Kaplan I (1995) Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yetiyitimi ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(3): 169-179.

Katzung BG (1992) *Basic & Clinical Pharmacology*. Connecticut, Prentice-Hall International Inc, Fifth Ed: 868-870.

Kennedy SH, Parikh SA, Shapiro CM (1998) *Defeating Depression*. Joli Joco Publications, Ontario: 47-48.

Kind P ve Sorenson J (1993) The Cost of Depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 7(3-4): 191-195.

Kupfer D ve ark. (1993) Five-Year Outcome for Maintenance Therapies in Recurrent Depression. *Focus On Depression*, 4(2): May, 39-40.

Lester PA (1986) *Teaching Strategies. Nursing Assesment and Strategies for the Family at Risk High-Risk Parenting*. JB Lippincott Company 5th ed: 415-433.

Mc Farland GK ve Mc Farlane AE (1989) *Nursing Diagnosis & Intervention-Planning for patient care*. The CV Mosby Company: 319-351.

Morgado A, Raoux N, Jurdain G ve ark. (1989) Subjective Bias in Reports of Poor Work, Adjustment in Depressed Patients. *Acta Psychiatr Scand*, 80: 541-547.

Ormel J Von Korff M, Brink WM ve ark. (1993) Depression, Anxiety, and Social Disability Show Synchrony of Change in Primary Care Patients. *American Journal of Public Health*, March, 83(3): 385-390.

Örnek T (1993) *Depresyonun İlaçla Tedavisi. Depresyon Monografileri Serisi 8, Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, 365-384.

Öy B, Arıhan G, Küçükkömürçü Ş ve ark. (1994) Çocuk Psikiyatrisinde Ayaktan İzlenen Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2(2): 140-146.

Öztük O (1987) *Türkiye'de Ruh Sağlığı Sorunlarına Bir Bakış. Toplum ve Hekim*, 44, Eylül, 5-10.

Parker G ve ark. (1986) Depression in General Practice Attenders "Caseness", Natural History and Predictors of Outcome. *Journal of Affective Disorders*, 10: 27-35.

Regier DA, Obert MA, Hirschfield MD ve ark. (1988) The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: Structure, Aims, and Scientific

Basis. *Am J Psychiatry* 145(11): November, 1351-1357.

Rezaki M (1995) Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(1): 13-20.

Sağduyu A ve ark. (2000) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Bahar (1): 3-16.

Stoudemire A, Frank R, Hedemark N ve ark. (1986) The Economic Burden of Depression. *General Hospital Psychiatry*, 8: 387-394.

Stuart GW ve Sundeen SJ (1987) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis, CV Mosby Company, Third Ed: 700-720.

Tek C ve Önder ME (1994) Depresyonda Psikofarmakolojik Tedavi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2 (Ek. 1): 40-50.

Uluşahin A ve Uluğ B (1994) Depresif Bozukluklarda Bir İzleme Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(1): 19-24.

Üstel İ (1983) Hasta Uyumu. *Ankara Eczacı Odası Bülteni*, (7): 3 273-277.

Vonkorff M, Ormel J, Katon W ve ark. (1992) Disability and Depression Among High Utilizers of Health Care. *Alongitudinal Analysis. Arc Gen Psychiatry*, February, 49: 91-100.

Vahip S (1994) Depresyonun Sürdürüm ve Koruyucu Sağaltımı. *Depresyon Monografarı Serisi 9*. Ankara Hekimler Yayın Birliği: 415-432.

Wells KB, Stewart A, Hays RD ve ark. (1989) The Functioning and Well-Being of Depressed Patients. Results From the Medical Outcomes Study. *JAMA*, August 18, 262(7): 914-919.

Yudofsky SC ve Hales RE (1991) *What You Need To Know About Psychiatric Drugs*. Ballatine Books, New York, 3-17.