

ARAŞTIRMA MAKALESİ/RESEARCH ARTICLE

PSİKİYATRİ HASTALARINDA İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUK SORUNU VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Gülşen TERAKYE¹, Fatma DEMİRKİRAN²

ÖZ

İlaç uyumu, hastanın reçete edilen ilaçları önerilen biçimde kullanması ve ilaçlarla ilgili önerilere uymasındır. Ruhsal sorunlar nedeni ile tedavi edilen bireylerde ilaç uyumsuzluğu daha sık görülen bir problemdir. Tedaviye uyumsuzluğun hastaneye tekrarlı yatışların en önemli nedenlerinden biri olduğu bildirilmektedir. Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin multidisipliner bir ekip içinde hastalara ilaç ve taburculuk eğitimi verdiği ve hastaların taburculuktan sonra izlendiği bir sistem oluşturulmalıdır. Böylece ilaç tedavisine uyumsuzluk, hastaneye tekrarlı yatışlar ve hastalıkların kronikleşmesi azalacaktır. Bu makalede ilaç uyumsuzluğuna neden olan faktörler ve ilgili hemşirelik yaklaşımları ele alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İlaç uyumu, Uyumsuzluk nedenleri, Psikiyatri hastaları, İlaç tedavisi, Hemşirelik yaklaşımları.

ABSTRACT

Drug compliance is the acceptance of patients to use medications as prescribed. Drug noncompliance is frequently observed in patients with psychiatric disorders. One of the main reasons of rehospitalization reported for these patients is drug noncompliance. A new system should be established in which nurses, as members of a multidisciplinary team, train patients in psychiatric clinics for drug use. Thus, drug noncompliance, rehospitalization and chronic disorders may be reduced. In this article, the factors causing drug noncompliance and related nursing approaches are considered.

Key Words: Drug compliance, Drug noncompliance, Psychiatric patients, Nursing approach.

¹ Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdür Yardımcısı.

E-posta: gulterakye@hotmail.com.

² Aydın Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu.

Hasta uyumu tedavi sonucunu etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Hipokrat döneminden bu yana bir sorun olarak vurgulanan tedaviye uyum-uyumsuzluk konuları 1950'li yıllarda tartışılmaya başlanmış ve 1970'li yıllarda ele alınan öncelikli konulardan biri olmuştur (7, 34, 40). Hastaların ilaç tedavilerine gösterdikleri uyumsuzluğun klinik tedavilerin başarısını düşürdüğü, tedavinin gecikmesi nedeniyle kaynakların uygun bir şekilde kullanılmasını etkilediği ve bu nedenlerle etkin sağlık hizmetlerinin önünde bir engel oluşturduğu kabul edilmektedir (12, 18, 40). Uyumsuzluk topluma iş gücü, zaman, enerji ve ekonomik kaynaklar yönünden sağlık maliyetinin gereksiz yere yükseltilmesi olarak da yansımaktadır (44). Ayrıca hastalıkların tekrarlama oranının yükselmesi, intihar riski, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi tıbbi, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlara yol açmaktadır. Bu saptamalar sonucunda son 30-40 yıl içinde uyumsuzluk ile ilgili çalışmalar artmış ve bu konu hekimlerin, eczacıların ve hemşirelerin daha fazla ilgilendiği ve önemsedği bir konu olmuştur. Literatürde Amerikan toplumunun %30-55'inin ilaçlarını önerildiği gibi kullanmadığı bildirilmektedir (16, 18, 30).

Farmakolojik yönden ilaç uyumu, hastanın ilaçlarını hekimin önerdiği biçimde kullanması ve ilaçlarla ilgili önerilere uyma derecesidir (25, 35). Başka bir tanıma göre uyum, bireyin ilaçlarını önerildiği gibi kullanması, kontrol randevularına gitmesi ve diğer tedavi önerilerini izlemesidir (7).

İlaç uyumsuzluğu ise hastaların ilaçlarını önerilen dozdan farklı, yanlış zaman ve sıklıkta kullanmaları ya da hiç kullanmamalarıdır. Ayrıca ilaç tedavisi ile birlikte yürütülen diğer tedavi önerilerinin yerine getirilmemesi şeklinde de tanımlanmaktadır (15, 25, 32, 35, 44).

Ruhsal hastalık nedeni ile ilaç önerilen bireylerde uyumsuzluk, diğer hastalıklara göre daha fazla görülmektedir (15, 19, 25, 37). Uyumsuzluğun en fazla görüldüğü ilaçlar, şizofreni ya da diğer kronik psikoza tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlardır. Antipsikotik ilaç önerilen hastaların %35-65'inin ilaçlarını bıraktıkları ya da önerildiği gibi kullanmadıkları saptanmıştır (12, 18). Araştırma sonuçlarına göre, ilaçların bırakılmasından sonra hastalık semptomlarının yeniden ortaya çıkacağı gerçeğinin bilinmesine rağmen tedaviye uyumsuzluk devam etmektedir (16). Ayrıca bu konudaki yayınlarda, hastaneye tekrarlı yatışların en önemli nedeninin hastaların tedavilerine uyum sorunları olduğu bildirilmektedir (1, 7, 11, 14, 25, 43).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçların neden olabilecekleri antikolinergik, adrenergik, ekstrapramidal yan etkiler ve ilaç entoksikasyonları bazı hastalarda ciddi sorunlara neden olabilir. İlaçları hastalara uygulama, yan etkilerini gözlemleme

ve ilaçların hasta üzerindeki etkilerini izlemekten hemşireler sorumludur. Hemşireler hasta ve ailesi ile sürekli etkileşim halinde oldukları için ilaçların etkilerini ve hastaların ilaçlarına olan tutumlarını değerlendirebilecek olan ekip üyeleridir (20).

Psikiyatri hemşireliği eğitimi alan hemşirelerin hastalarla kurdukları terapötik ilişki tedaviye uyum açısından önemlidir. Hemşireler, hastanın gereksinimlerini değerlendirerek hasta ve ailenin işbirliği ile bireysel bakımı planlar, ilaca bağlı olası değişiklikleri bakım planına alır ve hastalara doğrudan sorarak ve onları gözlemleyerek olası sorunları erken dönemde tanılayıp önlem alırlar. Böylelikle hastanın tedaviye inanması ve ilaçlarına karşı olumlu tutum geliştirmesini sağlayabilir (9, 18).

Hemşirelerin ilaç tedavilerini uygulayıcı rolleri, Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri için kabul ettiği standartlarda ve Psikofarmakoloji Rehberi'nde yer almıştır (20, 26). Ayrıca "uyumsuzluk", Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanımları Birliği (NANDA) tarafından geliştirilip, 1984 yılında ANA'nın Ruh Sağlığı Hemşireliği Bölümü tarafından kabul edilen ve pek çok ülkede resmi olarak kullanılan hemşirelik tanımları listesinde yer almaktadır. "Önerilen tedavilere uymama" tanısı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri arasında en anlaşılır ilk dört ve en sık kullanılan ilk beş hemşirelik tanısı arasında yer almaktadır (33). NANDA hemşirelik tanısı olarak uyumsuzluğu; "bireyin uyumsuzluğu ile ilgili olabilecek ve saptandığında ele alınması gereken, bireyin bilgilendirilmiş olmasına rağmen tedavi önerilerine uymama kararıdır" şeklinde tanımlanmaktadır (33). Bu tanımda hastanın tedavisinin her düzeyinde bilgilendirilmemiş olması ve tedavi seçeneklerinden haberdar edilmemiş olma olasılığı düşünülmüştür. Carpenito ise tedaviye uyumsuzluğu, "tedavi olmak isteyen bireyin, önerilen tedaviye uyumlu olmasını birtakım faktörlerin engellemesi" şeklinde tanımlamış ve hemşirenin görevinin de, bu faktörleri azaltmak olduğunu vurgulamıştır (10).

Hemşirenin psikotrop ilaç kullanan bir hastanın tedavisine uyumsuzluğundan şüphelenebilmesi için, uyumsuzluk göstergelerini bilmesi ve izlemesi gereklidir. Hastanın tedavisine uyumsuz olduğundan şüphelenmeyi gerektirecek göstergeler şunlardır:

- Hastanın tedavi önerilerine uymadığını gösteren (hastalık belirtilerine ilişkin) bir takım davranışların gözlenmesi,
- Hasta ya da hasta yakınlarının ilaç kullanımı ile ilgili aksamaları ifade etmesi,
- Kan ilaç düzeyleri gibi objektif testlerin sonuçlarının hedeflenen farklı olması,
- Komplikasyonların görülmesi,

- Hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi,
- Kontrol randevularına gelmeme,
- Tedavi programında aksamalar,
- Hasta ve tedavi ekibinin tedavi konusunda ortak hedef belirleme ve hedeflere ulaşmalarında yetersizliklerinin gözlenmesi ya da bunu hastanın ifade etmesi (32).

Psikiyatri hemşiresi yukarıdaki davranış ve özellikleri gözlemlediğinde tedaviye uyumsuzluktan şüphelenmeli ve kapsamlı veri toplamalıdır. Hemşire, uyumsuzluğu tanımlayıcı özellikleri ve olası nedenleri ortaya çıkaracak verileri toplarken psikofarmakoloji bilgisini ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili teknik becerilerini kullanır (16, 24, 32). Ayrıca uyumsuzluğu tanımlayabilmek için hiç bir verinin ve yöntemin “uyumsuzluk” tanısını koymada tek başına yeterli olmayacağını akılda tutarak, objektif ve sübjektif tanılama yöntemlerini bir arada kullanmalıdır (39).

İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM SORUNUNUN OLASI NEDENLERİ

A. ÖNERİLENLERLE HASTANIN DEĞERLERİ VE ROLLERİ ARASINDAKİ ÇATIŞMA

I. Hastanın değerleri:

Hastaların kendi sağlıkları ile ilgili tutumları, değerleri, sağlık- hastalık ile ilgili inançları, kültürel etkilenmeleri ve manevi değerleri, tedavi ekibinin önerileri ile çatışabilmekte ve uyumsuzluğa yol açabilmektedir (10).

Hastaların önerilen tedaviyi uygulayabilmesi, tedavi planını kendi sosyal rolleri ile bütünleştirebilmesi ile de bağlantılıdır. Hastalar için iş ve aile yaşamlarında yükledikleri roller çoğu zaman hasta rolünden daha öncelikli olabilmekte ve bu nedenle hastalar tedavinin gereklerini ihmal edebilmektedirler (32).

En fazla görülen uyum sorunları, sosyal etkileşimlerle edinilen yaşantısal bilgilerin hekim önerilerinden daha fazla değer bulması, hastaların alternatif tedavi yöntemlerini denemeleri ve hekimin reçetelediği ilaç yerine yakınlarının önerdiği ilaçları kullanmalarındır. Psikiyatrik sorunlarda, hasta yakınlarının önerisi ile en sık kullanılan ilaçlar reçetesiz olarak alınabilen sedatif etkili antihistaminiklerdir. Bilişsel fonksiyonları bozulmuş hastaların sedatif etkili antihistaminik grubu ilaçları kullanmaları çeşitli problemlere neden olmaktadır (4, 24).

II. Yaşam biçimi ve alışkanlıklar:

İlaç tedavisinin günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi hasta uyumunu etkileyen önemli bir etkidir

(11). Örneğin, ilaçların yan etkileri hastaların iş ve okul yaşamını olumsuz etkilemekte ve uyumsuzluklara neden olmaktadır. Bazı hastalar ise, tedavilerinin kendileri için gerekli ve yararlı olduğuna inanmalarına rağmen madde bağımlılığı, sigara, alkol, çok yeme gibi sorunlar ve diğer alışkanlıkları nedeniyle uyumsuzluk yaşamaktadırlar (33).

B. HASTAYA BAĞLI NEDENLER

I. Sosyodemografik Özellikler

Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitimi, farklı bir dili kullanması, medeni ve ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri tedaviye uyumu etkileyebilecek faktörlerdendir (15, 23, 25, 30, 32, 44).

II. Bilişsel Yapıda Değişim

a. Bilgi yetersizliği:

Bilgi verme, tek başına hastanın uyumunu belirleyici bir etken değildir. Ancak, bilgi yetersizliği hastanın tedaviye uyumsuz olmasının önemli nedenlerinden biridir. Psikiyatri hemşirelerinin bir hastaya “bilgi eksikliği nedeniyle ilaç tedavisine uyumsuzluk” tanısı koymaları için öncelikle, hastalardaki bilgi eksikliğinin nedenini belirlemeleri gereklidir (33,41).

Hastalarda bilgi yetersizliğinin nedenleri şunlar olabilir:

- Hastaya hiç bilgi verilmemesi,
- Verilen bilgilerin yetersiz olması,
- Hastanın bilgileri dinleyememesi
- Hastanın kullanılan teknik terimler nedeni ile verilen bilgileri anlayamaması
- Aşırı kaygılı olması

Hasta ve yakınlarının hastalık, ilaç tedavisinin gerekçesi, tedaviden beklenen etkiler, ilaç yan etkileri, yan etki görüldüğünde yapılabilecekler, ilaçları kullanırken dikkat edilmesi gereken kurallar gibi konularda bilgilerinin yetersiz olması, hastalık semptomlarının düzelme dönemlerinde hastaların ilaç tedavilerine uyumsuzluğuna neden olmaktadır. Ayrıca bilgi eksikliği nedeniyle ilaçlarının yeterli süre ve uygun dozda kullanılmaması sık gözlenen uyum sorunlarından biridir (3, 11, 22, 25, 33, 36, 46).

b. Belleğin zayıflaması ve görmenin azalması

Bazı ruhsal hastalıklar nedeniyle belleğin zayıflaması, artan unutkanlık, konfüzyon ve görmenin azalması sonucu gerekli bilgilerin okunamaması gibi zorluklar, yaşlılıkla birlikte başka hastalıkların eşlik etmesi, artrit

ve tremor gibi fiziksel yetmezliklere neden olan hastalıklar ve çoklu ilaç kullanma zorunluluğu hastaların ilaç uyumunu etkilemektedir (22, 24, 34, 35, 43, 44).

C. HASTALIĞA BAĞLI NEDENLER

I. İlaç kullanımı için motivasyonun yetersiz olması

a. Anksiyete

Hastanın tedavisi ile ilgili önerileri yerine getirmedeki motivasyon yetersizliklerinin nedenleri çeşitlilik göstermektedir. Anksiyeteli hastalar, tedavileri ile ilgili olarak verilen bilgileri yanlış algılayabilmekte, tedavileri ile ilgili gerçek dışı korkular geliştirebilmekte ve sonuçta bu durum uyumsuzluklara neden olmaktadır (12). Bir çok hasta bu durumu, kendilerine tedavileri ile ilgili bilgi verildiğini, ancak sıkıntıları nedeniyle hiç bir şey anlayamadıkları ve soru sormadıkları şeklinde ifade etmektedirler (17).

b. İnkâr

Bazı durumlarda anksiyete ile baş etmede inkârın kullanılması da söz konusu olabilmektedir. Savunma mekanizması olarak inkârın kullanılması, problemin varlığının, tedaviye olan gereksinimin ya da tedavinin yararlarının inkâr edilmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle inkâr tek başına uyumsuzluk nedenleri arasında yer almaktadır (33). İnkâr, şizofreni gibi hastalıklarda damgalanmaya bağlı prestij kaybı ve diğer kayıpların etkilerini gidermek için de ortaya çıkabilmektedir (7). Ayrıca, her gün ilaç kullanmak kendini sürekli hasta olarak algılamaya neden olabilmekte bu da ilaç kullanma motivasyonunu azaltabilmektedir.

c. İlgörü Yetersizliği:

İlgörü hastalığının nedenleri ile hastalık semptomları arasında ilişki kurabilme yeteneğidir. İlgörünün olmayışı, kişinin hastalığını kabullenmesi, terapötik ilişki kurması ve tedavi önerilerine uyumunu etkileyen en önemli faktörlerdendir (45).

Mc Elroy ve arkadaşları (1981), kronik psikiyatri hastalarının bulunduğu bir örneklemede hastaların %40'ının az miktarda içgörüsünün olduğunu, %98'inin kendilerinin ilaca ihtiyaçlarının olmadığını, sadece %47'sinin ilaca ihtiyaçlarının olduğunu ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Bu hastaların %56'sının gelecekte ilaçlarını bırakabileceklerini ifade etmeleri de konunun önemini vurgulamaktadır (18).

Hastalar kendi işlevselliklerindeki olumlu gelişmelerin veya hastalık belirtilerindeki düzelmelerin farkında olmadıklarında ilaç tedavisine karşı uyumsuzluk gösterebilirler (7).

II. Duygu durum değişiklikleri;

Hastanın anksiyete, korku, depresyon, öfke gibi duygudurum değişiklikleri hastaların tedavilerine motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Depresif hastalarda hastalıklarının doğası gereği tedavi olacaklarına ilişkin umutları yoktur. Genelde görülen ilgi ve istek kaybı tedavilerine de yansımakta, hastalarda tedaviye karşı bir motivasyonsuzluk, tedavinin yararlı olmayacağı inancı ve tedaviye karşı isteksizlik uyumsuzluğa neden olabilmektedir (21).

Ayrıca depresyonda görülen değersizlik fikirleri ve benlik saygısında azalma sonucunda görülen intihar fikirleri de hastanın ilaçlarını bırakmalarına ya da ilaçlarını biriktirip intihar girişiminde bulunmalarına neden olabilmektedir.

III. Düşünce sürecindeki değişiklikler:

Şizofreni, bipolar bozukluklar, madde bağımlılıkları, paranoid bozukluklar ve organik mental bozukluklar gibi hastanın düşünce sürecindeki değişiklikler, hastaların tedavilerine uyumlarında sorunlara neden olabilmektedirler (33).

Hastaların tedavilerine karşı motivasyon yetersizliklerinin bir diğer nedeni de, şizofreni ve bipolar bozukluklarda olduğu gibi bazı hastalık belirtilerinin (grandioz sanrılar, artan enerji ve atılganlık, hipomani gibi) hastalarda pozitif benlik imajı geliştirmelerine neden olması ve hastaların semptomları ile yaşamayı ilaç kullanmaya tercih etmeleridir (11). Bunların yanı sıra, hastalar uyumsuzluk davranışlarını daha fazla bakım alabilmek ve ikincil kazanç edinmek için kullanmaktadırlar. Böylece uyumsuzluk davranışlarını kendileri için pozitif olarak algılamaktadırlar (18).

D. HİZMET VE DESTEK SİSTEMLERİNDEKİ YETERSİZLİKLER

Sistemlerdeki yetersizliklerin tedaviye uyuma olan etkileri, sağlık sistemindeki yetersizlikler, sosyal destek yetersizliği ve kaynak yetersizliği kapsamında, incelenecektir.

I. Sağlık Sistemi Yetersizlikleri

a. Tedavi ortamına ilişkin yetersizlikler

Sağlık sisteminin yetersizliği nedeniyle sağlık kurumlarında uzun süre bekletilme, bekleme salonunun olmaması, kalabalık bekleme salonları ve gürültü gibi uyarıcı fazlalığı, hastanın anksiyetesinin artmasına neden olabilmektedir. Bu olumsuz koşullar hastaların kontrolleri için sağlık kurumuna gelmemelerine neden

olmaktadır (11). Bir psikiyatri hastanesinde yapılan çalışmada bulgularına göre; hastanede yatan hastalarda uyumsuzluk oranı yaklaşık %19, gündüz hastalarında %37 iken, poliklinik hastalarında bu oran %48'e kadar yükselmektedir (6). Norrel'e göre ilaç uyumsuzluğunda ele alınması gereken en önemli grup, kontrol randevularına hiç gelmeyen, haber alınamayan gruptur (34). Hastaların kontrollerine geliyor olmaları, ilaçlarını uygun kullanabilmeleri için olumlu bir adımdır.

Poliklinikte muayeneden veya hastaneden taburcu olduktan sonra ilk kontrole gelme oranı %26-50'dir. Hastaların ilk randevuya gelmesini etkileyen faktörler arasında yaşın genç olması, ilk görüşme ile ilk kontrol randevusu arasındaki sürenin uzun olması, bireyi sevk eden kurum ya da bireylerin özellikleri sayılabilir. Resmi bir sağlık kurumu ya da bir hekim tarafından sevk edilen hastaların daha uyumlu, akraba veya arkadaş önerisi ile gelen hastaların daha az uyumlu olduğu gözlenen bir durumdur (11).

Hasta ile kurulan ilişkinin sürekliliği, hastanın kontrollerinin ve takiplerinin aynı hekim ya da hemşire tarafından yapılıyor olması uyumu olumlu yönde etkilemektedir. Bunun tersine kontrollerde hastanın farklı hekimlerle görüşmesi kurulan terapötik ilişkinin zayıf olmasına neden olacaktır.

Sağlık ekibi üyelerinin, önerilenleri uygulamayı sadece hastanın sorumluluğu olarak kabul edip, uyumsuzluk gösteren hastaları problem hasta olarak görmele-ri, uyumsuzluğun en önemli nedenlerindedir. Bu konudaki yayınlarda tedavi önerilerine uymayan hastaların, hekimler tarafından daha az girişimci, daha az arkadaş canlısı, daha öfkeli olarak değerlendirildikleri yer almaktadır (11, 16, 40).

b. İlaçlar ve ilaç tedavisine ilişkin özellikler

• Hastanın ilaç tedavisine ilişkin daha önceki olumsuz deneyimleri

Hastanın daha önceki hastaneye yatışları sırasında ilaçlarından ve genelde tedaviden yararlanmaması, tedavi/bakım ekibinin hasta ve yakınları ile kurduğu ilişkinin profesyonelce olmaması hastanın tedavisine uyumsuzluğuna neden olmaktadır (11, 35, 38).

İlacın uygun doz ve sürede kullanılmadan hekim tarafından değiştirilmesi, hastalarda kullanılan ilaçlara ilişkin olumsuz önyargılara neden olmaktadır. Aynı hastalara daha önceden kullandıkları ve pek yararlanmadıklarını düşündükleri ilaçların verilmesi de hastaların tedavi önerilerine uyumsuzluğuna neden olmaktadır (6, 24, 45).

• Tedavi planının anlaşılır olmaması

Yaşlı hastalarda önerilen tedavinin karmaşık olması, birbirine benzer ilaçların aynı anda ve sık aralıklarla alınmasının gerekliliği, zamanlama hataları ve doz

atlama gibi uyumsuzluklara neden olmaktadır (2, 11, 12, 13, 24, 25, 28, 42).

Hekimlerin ilaçları yaş ve yaşa bağlı hastalıkları dikkate almadan yazmaları, hastalarda konfüzyona ve ilaç etkileşimleri ile ilgili komplikasyonlara neden olmaktadır. (21, 45). Başvurulan her hekimin birbirinden farklı ilaç yazması ve entegre bir tedavinin olmaması da uyumsuzluk nedenlerindedir (24).

• İlaçların hastalık belirtilerini iyileştirme süresinin uzun olması

Psikotrop ilaçların etkilerini göstermeleri için 1-4 hafta gibi bir sürenin geçmesi zorunluluğu hastaların ilaçlarına olan güvenlerinin kaybolmasına neden olmaktadır. Hastalar kullandıkları ilaçların özelliklerini bilmediklerinde, ilaçların hiç bir yararı olmadığını hatta ilaçların kendilerini daha kötü yaptığını düşünmektedirler (11, 35, 46).

• İlaç yan etkileri

İlaç tedavisine uyumsuzluk nedenlerinden en sık görüleni ilaç yan etkileriyle ilgili nedenlerdir (27). Şizofreni tedavisinde kullanılan nöroleptik ilaçların yan etkileri olan akut distoni gibi ekstrapiramidal ya da kolinerjik yan etkiler hastaların ilacın kendilerine zarar verdiğini düşünmelerine, korkmalarına ve ilacın bırakılmasına neden olabilmektedir. Akatizi ve akinezi, görme bulanıklığı, ağız kuruluğu, hipotansiyona bağlı baş dönmesi hastalar için en zor tolere edilen yan etkilerdendir (11).

Lityum kullanan hastalarda görülen susuzluk ve poliüri uyumsuzluk ile bağlantılı bulunmazken, kilo alma, mental yavaşlama, hafıza problemleri ve konsantrasyon bozuklukları hastaları rahatsız eden ve uyumsuzluğa neden olan yan etkiler olarak bildirilmektedir (11).

Depresyonun tedavisinde ilk tercih olarak kullanılan trisiklik antidepresan grubu ilaçların baş dönmesi, mide bulantısı, kabızlık, ortostatik hipotansiyon, ağız kuruluğu, terleme gibi yan etkileri hastaların ilaçlarına uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (2, 3, 21, 22, 29, 31, 43, 46).

Ayrıca, ilaç yan etkilerinin erken dönemde fark edilip önlem alınmaması hastanın ilaçları tolere edemesine ve ilaçlarını bırakmasına neden olmaktadır (7).

• Akut tedavi sonrasında uzun süreli ilaç tedavisinin gerekliliği

Hastanede uzun süre kalma, koruyucu tedavinin uzun sürmesi, ilacın kesilmesinden sonra hastalık belirtilerinin hemen ortaya çıkmaması uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (35, 38). Hastalığın akut dönemdeki tedavisinden sonra ya da bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında olduğu gibi ömür boyu ilaç kullanma gerekliliği de, uyumsuzluk nedenlerindedir.

• İlaçların bırakılmasından hemen sonra hastalık belirtilerinin görülmemesi

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçlar depo etkili olduğundan hastalar ilaçlarını bıraktığında hemen hastalık belirtileri görülmeyebilir. Bu durum, hastaların ilaçlara gereksinimleri olmadığı yanlışlığına neden olabilmektedir.

II. Sosyal Destek Yetersizliği

Sosyal destek yetersizliği, bireyin ailesi, yakınları, iş ve sosyal yaşantısında ilişkide olduğu bireylerden, tedavi önerilerine uyum konusunda yeterince destek alamamasıdır. Bireyin yakınlarının desteğinin olması ve bireyin bundan memnuniyet duyması ilaç tedavisine uyumlu olmada önemli bir faktördür. Özellikle dikkat dağınıklığı, unutkanlık, ilgi ve istek azlığı gibi yakınmaları olan hastaların akut dönemlerinde, ilaçlarını alma zamanının hatırlatılması, ilaçlarını almaları için motive edilmeleri ve hastaların ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde sosyal desteğinin olumlu etkileri vardır (35).

Bireyin başkaları ile yaşadığı ilişki destekleyici değil veya destek anlamındaki mesaj yeterince açık değilse, hastalar bu durumda yetersizlik hissetmekte ve tedavilerine uyumsuzluklar göstermektedirler (32).

III. Kaynak yetersizliği;

Kaynak yetersizliğine ilişkin sorunlar hastanın yaşadığı ortam ile ilgili olabilir. Örneğin, özel olarak alması gereken bir diyet için yeterli yiyeceğin olmaması, yemek yapacak bir kişinin olmaması, önerilen egzersizlerin yapılabileceği uygun çevrenin olmaması gibi durumlar hastanın tedavi önerilerini yerine getirmesine engel olabilmektedir.

Ayrıca, hastanın sağlık kurumuna uzak mesafede oturuyor olması, ulaşım masrafların, ulaşım güçlükleri gibi faktörler hastaların kontrollere gelmesini ve reçetesini yazdırmasını güçleştiren, tedavinin sürdürülmesini engelleyen bir etkiye sahiptir (26). Ancak bu durum, sağlık sistemindeki yetersizliklerle de bağlantılı olabilmektedir.

Psikiyatri hemşiresi, uyumsuzluğa neden olabilecek faktörleri gözden geçirdikten sonra hemşirelik tanısını koyarak, bireye özel yaklaşımlarını planlar. Hasta, "kullandığım ilaçlar bittikten sonra ilacı kullanmaya devam edeceğimi bilmiyordum. Bu nedenle ilaçlarımı kullanmıyorum" dediğinde, hemşirelik tanısı "**Bilgi eksikliğine bağlı ilaç tedavisine uyumsuzluk**" olacaktır. Böylece hemşirelik tanısı, o bireyin uyumsuzluk nedenlerine temellenmiş olmaktadır (32, 33).

Hemşirelik tanısının konmasında, bireyin uyumsuzluğu ile ilgili faktörün özel olarak belirlenmesi önemlidir. Uyumsuzluk tanısı konmuş olan hastanın bakımının planlanmasında hemşire, kısa ve uzun dönem hedefleri hasta ile birlikte belirlemelidir. Bu yaklaşım, planlanan bakımın hastaya uygun olması ve hastanın kendi bakımına katkı ve katılımı açısından önem taşımaktadır.

Tedavisine uyumsuzluk gösteren hastalar için belirlenebilecek genel hedefler şunlar olabilir.

- Hastanın kendi tedavisini tanımlaması
- Hastanın tedavisine ilişkin duygularını ifade etmesi
- Hastanın uyumlu davranışlar için gerekli bilgi ve becerileri edinmesi
- Hastanın ilaç kullanımını yaşam biçimi ile bütünleştirilmesi
- Hastanın sağlık personeli ve sağlık kurumları ile olumlu ilişki içinde olması
- Hastanın tedavisi ile ilgili uyumlu davranışlarının sürekliliğinin sağlanması
- Hastanın kendisini tedavi önerilerini yerine getirecek yeterlilikte hissetmesi
- Hastanın tedavinin kendisi için yararlarını tanımlayabilmesi
- Hastanın tedavi önerileri ile kişisel değerleri arasındaki uyumsuzlukları ifade edebilmesi

Uzun ve kısa vadeli hedeflerin belirlenmesinden sonraki hemşirelik yaklaşımları; belirlenen hedefler doğrultusunda uyumsuz davranışa yol açan faktörleri belirleme, azaltma ya da ortadan kaldırma doğrultusunda olacaktır.

Başlangıçta tedavisine uyum göstereceği varsayılan hastaların zaman içinde motivasyonlarının veya tedavinin gereklerini yerine getirmedeki yeterliliklerinin değişebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hemşire, bakım verirken, sürekli olarak hastanın uyumsuzluk davranışlarını ve uyumsuzluğa neden olabilecek etmenleri izlemelidir. Aşağıda, genel olarak hastanın olası uyumsuzluk nedenleri ve hemşirelik girişimleri yer almaktadır (32).

Tablo 1. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Olası Nedenleri ve Hemşirelik Yaklaşımları.

UYUMSUZLUK NEDENLERİ	HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI
A. SAĞLIK EKİBİNİN TEDAVİ ÖNERİLERİ İLE HASTALARIN DEĞERLERİ ARASINDAKİ ÇATIŞMA	
I. Hastanın değerleri	<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin değerleri ile çatışan tedavi önerilerini ortaya çıkarmak • Hastaya ilaç tedavisine uyumu kolaylaştıracak seçenekler önermek
II. Yaşam biçimi ve alışkanlıklar	<ul style="list-style-type: none"> • İlaç dozlarını hastanın günlük yaşantısı nedeniyle aksamayacak şekilde düzenlemek • Hastanın ilaç tedavisi ile yeme-içme, egzersiz ve sosyal etkinlikler gibi alışkanlıklarını uyumlu hale getirmesinde yardımcı olmak • Alışkanlıklarını sürdürmesi ve tedavisini tamamlama arasında yapacağı tercihin kendisine getireceği yarar ve zararları hasta ile tartışmak
B. HASTAYA BAĞLI NEDENLER I. Sosyo-demografik özellikler <ul style="list-style-type: none"> • Çok genç ya da ileri yaşlarda olmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş ve yaşa bağlı hastalıklar göz önüne alınarak ilaçların seçimi için hekimine hastanın uyumsuzluk olasılığı ile ilgili verileri iletmek • Hasta yakınlarını da ilaç kullanımı ile ilgili bilgilendirerek desteğini sağlamak • İlaç kullanımına ilişkin açıklamaları açık, anlaşılır bir şekilde yazılı olarak vermek • Evde kullanım saatlerinde zaman zaman telefonla kontrol ve hatırlatmalar yapmak
II. Bilişsel yapıda değişim a. Bilgi eksikliği.	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın bilgi yetersizliğinin nedenlerini belirlemek • Hastalara ilaç tedavisi ile ilgili bireysel ya da grup halinde eğitim yapmak • Hastaya tedavisinin gereklerini ve kullanacağı ilaçları (ilaç dozu, beklenen etkiler, etki süresi, ilaç yan etkileri, diyet ve ilaç etkileşimleri, öneriler) hakkında bilgi vermek (41) • Hastanın ilaç tedavisini kendisinin takip edebilmesi için çeşitli seçenekler sunmak • İlaçların hastanın yaşantısına getireceği değişiklikleri açıklamak (18) • İlaçlarla ilgili bilgileri kapsayan yazılı broşür vermek • Hastaya ilaç kartı vermek • İlaçların günlük kullanım çizelgesini vermek • Hasta ve yakınlarıyla semptomlardaki iyileşmenin beklendiği süre ve tedavide nelerin amaçlandığını paylaşmak ve hastanın onayını almak (5) • Hasta ve yakınlarına ilaç tedavisine ilişkin olası acil durumlarda yapılması gerekenleri ve yardım alınacak yerleri açıklamak • Hastanın ve yakınlarının bu bilgileri anlayıp anlamadığını kontrol etmek • Hastanın tedavisine ilişkin duygularını ifade etmesine fırsat vermek

<p>b. Belleğin zayıflaması ve görmenin azalması</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yaşa bağlı görülebilecek diğer hastalıklara ilişkin kullandığı ilaçların etkilerini göz önüne almak • Çoklu ilaç kullanımında tedavideki karmaşıklığı mümkün olduğunca en aza indirmek • İlaçları nasıl kullanacağını anlatırken yalın anlaşılır bir dil kullanmak. • Hastanın ilaçlarını kullanacağı zamanı hatırlatmak için hatırlayabileceği şekilde net ifadeler kullanmak. “Sabah kahvaltıdan sonra içilecek” ya da, “akşam yemeğinden sonra alınacak” gibi. Bunu yaparken hastanın öğün düzenini ve yemek saatlerini öğrenmek • Hastaya ilaçlarını nasıl kullanacağını tekrarlatmak • Hastayı tedaviye katılmaya teşvik etmek. • Hastanın ilaçlarını almasını hatırlatması için yakınlarından yardım almak • Bölümlere ayrılmış ilaç kutuları kullanmasını önermek ve öğretmek (13).
<p>C. HASTALIĞA BAĞLI NEDENLER</p> <p>I. İlaç kullanımı için motivasyonun yetersiz olması</p> <p>a. Anksiyete ve korku ile başetmede inkarın kullanılması</p> <p>b. İlgörü yetersizliği</p> <p>II. Duygu durumunda değişim</p> <p>a. Depresif duygulanım</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tedavilerine ilişkin umutsuzluk • Tedavinin yararlı olmayacağı inancı 	<ul style="list-style-type: none"> • Korku ve kaygının nedenini anlamaya çalışmak • Hasta için sakin bir ortam sağlamak • Hastalığına ve ilaç tedavisine ilişkin yapılan eğitimi sakinleştikten sonra tekrarlamak • Hastanın verilen bilgileri anladığından emin olmak için tekrarlatmak • Hastanın yakınlarından destek almasını sağlamak • Anksiyetesi çok yüksek ve uyumu etkiliyorsa hekimi ile anksiyete giderici bir ilacın başlanmasını tartışmak • Hastalıkların biyolojik ve ruhsal yönleri ve stresle ilişkisi hakkında bilgi vermek (13) • Hastanın hastalık belirtileri ile bu belirtilerin olası nedenleri arasında bağlantı kurmasında yardımcı olmak • Hastaya hastalığını ve tedavinin gerekliliğini anlayabileceği bir şekilde açıklamak • Hastalık belirtilerinde ilacın etkisi ile olan düzelmeleri görmesinde hastaya yardımcı olmak • Hastanın tedavi öncesindeki durumu ile tedavi sonrasındaki durumunu kıyaslamasında yardımcı olmak. • Hastaya önerilen tedavinin ona nasıl yardımcı olacağını açıklayarak gerçekçi beklentiler geliştirmesini sağlamak • İlaçların tedavi edici etkilerinin ne kadar süre sonra başlayacağını açıklamak • Hastaya tedavisine/ilaçlarına uyumsuzluğu nedeniyle uğrayacağı ekonomik kayıp, yaşam kalitesindeki düşme, kaybedilen sürenin açıklanmasıyla birlikte tedavisine uyumu sonucu olası kazanımlarından da söz etmek. • İyileşeceği konusunda ümit vermek

<p>b. Benlik saygısındaki azalma nedeniyle gelişebilen intihar düşüncesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın intihar potansiyelini değerlendirmek • İlaç biriktirme olasılığına karşı hastayı izlemek • İntihar girişimine karşı gerekli önlemleri almak • Hasta yakınlarını intihara ilişkin ipuçları değerlendirmeleri konusunda eğitmek
<p>c. İntihar girişimi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entoksikasyona ilişkin acil girişimlerde bulunmak
<p>III. Düşünce sürecinde değişim</p> <p>a. Hastalığa özgü olan grandioz sanrıları, artan enerji ve hipomani gibi belirtilerin etkilerini sürdürmek amacıyla ilaçlarını kullanmama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalara, hastalığının olumsuz yönlerini de farketirmek • Hastanın sanrılarının toplum ile arasında oluşturduğu engelleri hasta ile konuşmak (18) • Bipolar bozukluğu olan hastalara depresif dönemlerinin iş ve özel yaşamını nasıl değiştirdiğini hasta ile konuşarak hatırlatmak (18) • Ev yaşamına ve sosyal yaşama uyum programı yapmak
<p>D. SİSTEMLERDE YETERSİZLİKLER</p> <p>I. Sağlık sistemi yetersizlikleri</p> <p>a. Tedavi ortamı, tedavi planı, ilaca ilişkin özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlk kontrol randevusunun taburculuk ya da ilk görüşmeden uzun süre sonra olması • Randevu alma zorlukları • Hastaya randevularını hatırlatacak bir sistemin olmayışı • Kontroller sırasında uzun süre bekleme gerekliliği • Uygun bekleme ortamının olmayışı • Ortamın gürültülü, kalabalık, fazla uyarıcı olması • Bekleme sırasında ilaç yan etkileri nedeniyle yaşanan sıkıntılar • Sağlık ekibi üyelerinin teknik ve iletişim becerilerinin yetersiz olması • Sağlık ekibi üyelerinin hastanın iyileşeceğine ilişkin umutlarının olmaması • Sağlık ekibi üyelerinin hasta memnuniyetini önemsememesi (13) 	<ul style="list-style-type: none"> • Özellikle ilk kontrol randevusunun kısa süre sonra olmasını (bir hafta sonra gibi) önermek. • Hastaya kontrol randevularını telefon ya da mektup ile hatırlatmak. • Hastaya kontrollere gelmesinin kendisi için neden önemli olduğunu açıklamak • Hastaların kontrol randevularını almalarını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapmak. • Hastaya kontrollere geldiğinde kendisine nasıl yardımcı olunacağını anlatmak • Hastaneden taburcu olduktan sonra hiç kontrole gelmeyen hastaların araştırılan bir sistem oluşturmak • Hastanelerde uzun süre beklemeleri önleyecek şekilde randevuların düzenlenmesi için uyarıda bulunmak (13) • Hastaların bekleyebileceği alanlar oluşturmak • Gürültünün azalması için önlem almak • Kalabalığı önleyici düzenli randevu sistemi oluşturmak • İlaç yan etkisi nedeniyle hastalarda ağız kuruluğu olabileceğinden bekleme salonlarına yakın yerlerde çay, kahve, meyve suyu gibi içeceklerin bulunabileceği, hatta gerektiğinde uzanıp dinlenebileceği şekilde düzenlemeler yapmak • Çalışanların sakin ve rahatlatıcı olmalarını sağlamak (13) • Hasta ile olumlu, yargılamayan, sabırlı, güven temelinde empatik bir ilişki kurmak • Çalışanların danışmanlık yapmak becerilerini geliştirmek. • Gerektiğinde başka bir uzmandan yardım almak (13). • Bakım planının her aşamasında hasta ile ortak karar vermek • Hastaya duygularını ifade etmesi, sorularını sorabilmesi için zaman ayırmak • Tedaviye uyum sorumluluğunu hasta ile paylaşmak (35, 40)

<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık ekibi üyelerinin uyum sorumluluğunu tümüyle hastaya bırakmaları • Bakımın sürekliliğinin sağlanması <p>b. Hastanın ilaç tedavisine ilişkin özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın olumsuz deneyimleri • İlaç tedavi planının anlaşılır olması • İlaçların hastalık belirtilerini iyileştirme süresinin uzun olması • İlaç yan etkileri • Akut tedavi sonrasında uzun süreli ilaç kullanma gerekliliği. • İlacın bırakılmasından hemen sonra hastalık belirtilerinin görülmemesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ile ilgilenen doktor ve hemşirenin mümkün olduğunca değişmemesini sağlamak (45). • Bakımın sürekliliğini sağlayıcı ekipler oluşturmak, vaka yöneticileri kullanmak (13). • Hastaya verilecek olan ilacın seçiminde daha önceki ilaç kullanım durumunu belirlemek • Kullandığı ve yarar gördüğü ilaçların verilmesi mümkünse ilaç değiştirmemek • Geçmişte ilaç uyumsuzluğu yaşayıp yaşamadığını ve sonuçlarını öğrenmek • Tedaviyi mümkün olduğunca hastanın kolay anlayıp uygulayabileceği şekilde planlamak (11) • Tedavi edilmesi hedeflenen belirtileri izlemek ve hastaya geribildirim vermek • Hastanın ilk başvurusundan başlayarak değişimleri izlemek • İlaç tedavisini bıraktığında semptomlardaki alevlenmeleri ve ani bırakmaya ilişkin belirtileri hasta ile tartışmak • Stres faktörlerinin uyuma etkilerini hasta ile tartışmak • Hastaya önerilen tedavi sırasında görülebilecek yan etkiler ve bu yan etkilerle nasıl başedebileceği konularında bilgi vermek (8,15) • İlacın vücutta etki ettiğinin bir göstergesi olarak olası yan etkileri açıklamak. • Hastaya, ilaç yan etkilerinin geçici olduğunu, yan etkilerin bir süre sonra azalacağını anlatmak. • Hastaya, günlük hangi yan etkilerin olduğu konusunda not tutmasını önermek (13). • Akut distoni gibi yan etkiler oluştuğunda acil tedavisini sağlamak • Lityum kullanan hastalarda aşırı kilo alımı, unutkanlık, konsantrasyon güçlükleri gibi yan etkiler görüldüğünde hekimini uyarmak ve önlem almak • Hastanın hastalığı ve taburculuktan sonra ilaçlara olan gereksinimine ilişkin içgörü geliştirmesine odaklanmak (11). • Hastalık semptomlarında düzelme olsa bile kendi doktoru kesinceye kadar ilaçlarını kullanması gerektiğini hatırlatmak (24) • Mümkünse ekip olarak uzun süre ilaç kullanan hastalara ev ziyareti yapmak • İlaçların depo etkileri nedeniyle ilaçların bırakılmasından hemen sonra hastalık belirtilerinin tüm şiddetiyle görülmebileceği, ancak uzun dönemde ilaçları bırakmanın hastalığın tekrarlamasına neden olacağını açıklamak • Hastanın ilaçları ile yaşamayı öğrenmesini desteklemek için, ilacını bıraktığında olası belirtileri hatırlatmak.
--	---

<p>II. Sosyal Destek Yetersizliği:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireye destek olacak aile ya da yakınlarının olmaması • Hasta yakınlarının hastalık ve önerilen tedavi hakkında yetersiz bilgiye sahip olması • Hasta yakınlarının ilgisizliği • Hasta yakınlarında benzer rahatsızlıkların olması • Hasta yakınlarının sosyal damgalanma korkusu hastalığı inkar etmeleri • Hasta yakınlarının ilaç yan etkileri nedeniyle endişe etmeleri • Hastanın yakınları ile iletişiminin bozuk olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal ilişkiler geliştirmesi için hastaya destek olmak • Sosyal dayanışma grupları, dernekler, kurumlar hakkında bilgilendirmek • Hasta eğitimine hasta yakınlarını da almak • Hastalık belirtileri, ilaç tedavisinden beklentiler, tedavinin süresi, etki mekanizması, yararlar, riskler ve ilaç tedavisinin alternatiflerini hasta yakınlarına anlatmak (11,41). • Hasta ve yakınlarına ilacın uzun süre kullanılma nedenlerinin açıklanması • Hastaya kendisini iyileşmiş gibi hissetse de ilaçlarını almaya devam etmesinin gerekçelerini anlatmak (24). • Hasta yakınlarını hastayı harekete geçirici sosyal destek olmaları için teşvik etmek • Aile içinde krizin azalması gibi ilaçların olumlu katkılarını açıklayarak ailenin tedaviye katılımını sağlamak. • Hasta ve yakınlarına benzer hastalıklar bile olsa her hastalığın sürecinin kişilere göre farklı olduğunu açıklamak • Hasta tedavi olamadığı sürece rahatsızlık duydukları davranışların devam edeceğini açıklamak • Hasta yakınlarına ilaç yan etkileri olduğunda yapılması gerekenleri açıklamak • Başedilemeyen yan etkiler olduğunda kendilerine destek olunacağını ve gerekli düzenlemelerin yapılacağını hatırlatmak • Yan etkilerin ilacın etki ettiğinin bir göstergesi olduğunu vurgulamak • Aileyi destekleyen gruplara katılımlarını teşvik etmek
<p>III. Kaynak yetersizliği</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekonomik yetersizlikler ve • Ev ortamının uygun olmaması • Hastaneden uzakta oturma 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaları sosyal yardım kurumlarına yönlendirmek • Hastanın ilaç tedavisinin evde izlenebilmesi için, en yakın sağlık kurumu ile işbirliği kurmak. • Ulaşımında kolaylık sağlanması için yerel yönetimlerle işbirliği kurmak.

Hemşire, hastaların tedavilerine uyum sağlamalarına yönelik yaklaşımların sonuçlarının değerlendirilmesi aşamasında, hasta ile birlikte belirlediği hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol eder. Hastanın motivasyonunun devam etmesi için her türlü olumlu gelişim hasta ile paylaşılır. Planlanan hedeflere ulaşmada aksamalar varsa, hasta ile bunların nedenleri ve çözüm yolları tartışılır. Değerlendirme, saptanan sorunlara yaklaşımın her aşamasında sürekli olarak yapılır ve sonuçlar yeni yaklaşım planları için veri kaynağını oluşturur (32).

Sonuçta, uyum sağlanmasına yönelik yaklaşımlar hemşirelerin yalnız üstlenebileceği bir sorumluluk de-

ğildir. Sistemle ilgili konularda kurum yöneticileri ile ve genel yaklaşımlar konusunda meslekler arasında yoğun bir işbirliği ve çabaya gereksinim vardır. Uyum sorumluluğu tamamen hastaya bırakılacak bir sorumluluk değildir. Önerilenlerin uygulanmasını sağlamak, hasta, hasta yakınları ve sağlık ekibi üyelerinin paylaşımları gereken bir sorumluluk olmalı, uyumsuzluk nedenlerine yönelik ortak planlamalar yapılmalıdır. Olası uyum sorunlarını öngörüp gerekli önlemleri almak, hastanın hastanedeki ilaç alma tutumunu gözlemlemekle mümkündür. Hastanın taburcu olduktan sonra tedaviye uyumunu sağlamak ise iyi planlama ve uygun izleme programları ile gerçekleştirilebilir.

KAYNAKÇA

- Abrams, A C. (1998). *Clinical Drug Therapy Rationales for Nursing Practice*, Lippincott Company, Fifth ed. ss:37
- Aksoy, S. (1995). Dirençli Depresyon Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 6(2), 138-143.
- Aşkın, R. (1995). Edit. Mehmet Bekaroğlu. *Depresyon-da Farmakolojik Tedavi*, Depresyon III. Anadolu Psikiyatri Günleri, Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 1, 1. baskı, Haziran 57-79.
- Benet, L S. (1990). Principles Of Prescription Order Writing And Patient Compliance Instructions, in, Goodman, Gilman Alfred. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Pergmon Press, New York, Eighth Ed. ss.1640-1649.
- Birsöz, S., Turgay, A. (1994). *Psikiyatride İlaç Tedavisi*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Blackwell, B. (1972). The Drug Defaulter. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 13(6), 841-848
- Boyd, M.A., Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Lippincott Company, New York, ss. 192-243.
- Brasfield, K.H. (1991). Practical Psychopharmacologic Considerationin Depression, *Nursing Clinics of North America*. 26 (3), 651-661
- Burges, A.W. (1990). *Psychiatric Nursing in the Hospital and Community*. Nonvalk, Appleton & Lange, 5 th ed.ss.374-418
- Carpenito, L.J. (1989). *Nursing Diagnosis- Application to Clinical Practice*. Philadelphia, J. B. Lippncott Company, Third Edition. Ss.518-526.
- Chen, A. (1991). Non Compliance in Community Psychiatry: A Review of Clinical Interventions. *Hospital and Community Psychiatry*. 42(3), 282-287
- Cockburn, J., Gibberd, R.W. (1987). Determinants Of Non-Compliance With Short Term Antibiotic Regimens. *British Medical Journal*, 295(3), 814-818.
- Corrigan, P.W., Libennan, R.P. (1990). From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 41(11), 1203-1211.
- Coutreaut-Quin, E.A, Emmouns, M.A., McMorow, M.J. (1992). Adherence and Accuracy Self-Medication During İnpatient Psychiatric Treatment *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(12), 32-36.
- Craig, T.J., Vanatta, P.A.(1983). Disability and Depressive Symptoms in two Communities. *Am Journal of Psychiatry*, 140(5), 598-601.
- Crane, C., Kirby, B., Kooperman, D. (1996). Patient Compliance for psychotropic Medications: A Group Model For an Expanding Psychiatric İnpatient Unit, *Journal of Psychosocial Nursing*, 34 (1), ss.8-15.
- Demirkıran Yiğitol, F. (1996). *Depresif Hastaların İlaçlarına Uyumu ve Hemşirelik Bakımının Uyum Düzeyine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Forman, L. (1993). Medication: Reasons and interventions for noncompliance, *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(10), 23-29.
- Furİong, C., Zind, R. (1992). Educating Patients About Missed Medication Doses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(7), 10-14.
- Grimm, P.M. (1986). Psychotropic Medications-Nursing İmplications, *Nursing Clinics Of North America*. 21(3), 397-411.
- Johnson, D A W. (1981). Depression: Treatment Compliance in General Practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63(Suppl), 447-453.
- Kaplan, HI., Sadock, BJ. (1994). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins, Seventh Ed.
- Kaplan, İ. (1995). Yan Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yeti Yitimi İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(3): 169-179.
- Katzung, B.G. (1992). *Basic & Clinical Pharmacology*, Connecticut, Prentice- Hail international Inc, Fifth Ed (İnternational Eddition).ss. 868-870.
- Kayaalp, O. (1994). *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi farmakoloji*, Feryal Matbaacılık, Ankara, 1. Cilt, 7. Baskı, ss. 248-249.
- Keltner, N,L., Schwecke, L.H., Bostrom, CE. (1995). *Psychiatric Nursing*, Mosby-Year Book, Second Ed. ss.203-287.
- Kennedy, S.H., Parikh, S.A., Shapiro, C.M. (1998). *Defeating Depression*. Joli Joco Publications, Ontario, ss.47-48.
- Kind, P., Sorensen, J. (1993). The Cost Of Depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 7(3-4). 191-195.

- Malt, F. Depresyonda Dirençli Vakaların Tedavisi ve Bu Vakalarda Alfa-2 Reseptör Blokeri Olan Mianserin Kullanımı. *Dirençli Depresyon ve Tedavisi*, Organon. ss.1-140
- Marston, M.V. (1970). Compliance VWith Medical Regimens: A Review of The Literature, *Nursing Resaerch*. 19, (4) July-August, ss. 312-323
- Playle J F., Keely, P. (1998). Non-compliance and professional +power. *Journal of Advance Nursing*, 27, 304-311.
- Mc Elroy, S.L., Keck, P.E. Jr., (1995). Minimazing and Managing Antidepressant Side Effects, *J. Clin Psychiatry*. 56(Suppl.2), 49- 55.
- Mc Farland, G.K., McFarlane, E.A. (1989). *Nursing Diagnosis & Intervention- Planning for Patient Care*. The C. V, Mosby Company, St. Louis, ss. 37-48.
- Mc Farland, G.K., Thomas, M.D. (1991). *Psychiatric Mental Health Nursing*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, Philadelphia, ss.809-814.
- Norell, S.E. (1985). Methods in Assessing Dnıg Compliance. *Acta Med Scand*. 683(suppl.), 35-40.
- Oy, B., Arihan, G. (1994). Çocuk Psikiyatrisinde Ayaktan İzlenen Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 2(2), 140-146.
- Ögel, L. (1993). Depresyonda Yineleme ve Nedenleri. *Psikiyatri Bülteni*, 3(3), 115-117.
- Örnek, T. (1993). Depresyonun İlaçla Tedavisi. *Depresyon Monograflan Serisi 8*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, ss.365-384.
- Özgülven, D.H. (1994). Tedaviyi Reddetme Hakkı ve Hastanın Yeterliliği'nin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 2 (Ek. 2), 41-44.
- Pearson, R.M. (1982). Who is taking their tablets? *British Medical Journal*, 285(6344), 757-758.
- Playle, J.F., Keely, P. (1998). Non-compliance and professional power *Journal of Advance Nursing*, 27, 304-311.
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J. (1987). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. C.V. Mosby Company, St Louis, Third Ed: ss. 700-720.
- Tek, C. ve Önder, M.E. (1994). Depresyonda Psikofarmakolojik Tedavi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2 (Ek. 1), 40 -50.
- US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Çare Policy and Resaerch. (1993). Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31 (6), ss. 19-28.
- Üstel, İ. Hasta Uyuncu. (1985). *Ankara Eczacı Odası Bülteni*; 7(3), 273-277.
- Yüksel, N. (1994). Psikiyatride İlaç Tedavisi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofannakoloji Dergisi*. 2(Ek: 2): 44-49.
- Yüksel, N. (1995). *Ruhsal Hastalıklar*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, ss.170-195,510-575.



Gülşen Terakye, 1955 yılında Afyon'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Gelibolu'da, Lise öğrenimini Kayseri Lisesi'nde tamamlamış, 1977 yılında (bir yılı İngilizce hazırlık sınıfı olmak üzere) beş yıllık üniversite eğitimini tamamlayarak, Hemşirelikte Yüksek Lisans diplomasına hak kazanmış, "İhsan Doğramacı Üstün Başarı Ödülü" olarak mezun olmuştur. Lisans öğrenimi süresince Eğitim Sertifikası Programını da tamamlamıştır. 1977 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda asistan olarak göreve başlamış, aynı yıl Psikiyatri Hemşireliği Bilim Uzmanlığı ve Sosyal Antropoloji Bilim Uzmanlığı programlarının derslerine kayıtlı olarak devam etmiş, 1979 yılında Hemşirelikte Bilim Uzmanlığı tezini tamamlamıştır. 1985 yılında Doktora çalışmasını tamamlayan Terakye, 1985 yılından itibaren "Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler" dersinin öğretim sorumlusu olarak görev almıştır. 1987 yılında Yardımcı Doçentlik kadrosuna atanmış, 1991 yılında Doçentlik Ünvanını almıştır. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği ile gerçekleştirilen Ulusal Ruh Sağlığı Programı çalışmalarında panelist ve çalışma grubu üyesi olarak yer almıştır (1987-88). 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplantılarından ruh sağlığı çalışma grubunun hemşire üyesi olarak yer almıştır. Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulunun hemşire üyesi olarak toplantılara katılmaktadır. I. Sağlık Projesi, Sağlık İnsan gücü geliştirme çalışmaları çerçevesinde düzenlenen "Hizmet içi Eğitim Hemşiresi" Eğitimi Çalışmalarında eğitici olarak görev almıştır. II. Sağlık Projesi'nin I. basamak sağlık çalışanlarına "Ruh Sağlığı Eğitimi" bölümüne UNDP (United Nations Developing Programme) ile kontrat yaparak danışmanlık yapmış, bu dönemde yapılan planlamalara uygun şekilde eğitim materyallerinin hazırlığı çalışmalarına katkıda bulunmuştur. Halk Sağlığı Kurumu Derneği Temsilcisi ve Kanada Halk Sağlığı Derneği üyesi olarak 1994 yılında Kanada'da Halk Sağlığı Kongresine ve bir Workshop'a katılmak üzere görevlendirilmiştir. Biri yurtdışı, diğerleri yurtiçinde olmak üzere 7 mesleki derneğin üyesidir. Bu derneklerden ikisinin Kurucu Üyesi, bazılarının Yönetim Kurulu Üyesi, iki derneğin Genel Sekreteri, bir derneğin Deneticisi olarak görev üstlenmiştir. Ayrıca iki yıl Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği başkanı olarak görev yapmıştır. Dernek komisyonlarında aktif olarak görev almış ve almaktadır. 27.03.2001 tarihinden itibaren Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğünde Genel Müdür yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Prof.Dr. Gülşen Terakye evli ve iki çocuk annesidir.



Fatma Demirkıran, 1959 Adana doğumlu olup 1978'de Denizli Sağlık Koleji, 1984'de Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul'ndan mezun oldu. Yüksek Lisansını 1989, Bilim Doktorası derecesini 1996 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsünden aldı. Meslek Yaşamına 1978 yılında Bolu Sağlık Meslek Lisesi'nde eğitim hemşiresi olarak başlayan Dr. Demirkıran, 1979-1987 yılları arasında Ankara Numune Hastanesinde hemşire olarak çalıştıktan sonra, 1987 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın kuruluşunda program geliştirme şube müdürü olarak görev aldı. Eylül 1989 Mart 1990 tarihleri arasında Amerika Birleşik Devletleri Hoston Methodist Hastanesinde Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu almıştır. Koç Vakfı tarafından İstanbul'da düzenlenen Yoğun Bakım Hemşireliği Kursunda eğitimcilik yapmıştır. 1991-1997 yıllarında Malatya İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğretim görevlisi, müdür yardımcısı ve Turgut Özalp Tıp Merkezi'nde Hemşirelik Hizmetleri Müdürü olarak çalıştı. Daha sonra 1997 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Yardımcı Doçentlik kadrosuna atanan Demirkıran; burada Hemşirelik bölüm Başkanlığını da yürütmüştür. 1999 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Üyesi olarak çalışmaya başlamıştır. Halen Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölüm Başkanlığı ve Müdür Yardımcılığını yürütmekte olup evlidir.