

# Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması

Süreyya Özel ERVATAN\*, Aynur ÖZEL\*, Hakan TÜRKÇAPAR\*\*,  
Nuray ATASOY\*\*\*

## ÖZET

Depresyonu olan hastaların, önemli bir halk sağlığı yükü oluşturması ve etkin tedavileri olmasına rağmen, çoğu hasta yeterli tedavi görmemektedir. Araştırmalara göre major depresyonlu hastaların sadece %10'u, yeterli dozda antidepressan tedaviyi, yeterli sürede almaktadır. Yetersiz tedaviye neden olan ana etken, doz atlanması ve tedavinin erken kesilmesine bağlı tedavi rejimine uyumsuzluktur. Araştırmaya SSK Ankara Eğitim Hastanesi Polikliniği'ne başvuran 97 major depresyon hastası alınmıştır. Hastalar, altı ay süresince ayaktan izleme alınmış, önerilen antidepressan tedaviyi erken kesip kontrollerine gelmemelerine göre tedaviye uyumlu olan ve olmayan grup olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grup klinik ve sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılmış ve tedaviye uyumsuzluğa neden olabilecek faktörler araştırılmıştır. Tedaviye uyum gösteren 71 hasta ve göstermeyen 26 hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, kadınların tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu ve bu bulgunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca doz rejimine uyumlu olan hastaların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde tedaviye daha uyumlu oldukları bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Depresyon, tedavi, uyum.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:5-11

## SUMMARY

### Compliance to Treatment in Depressive Patients: A Naturalistic Follow-up Study

In spite of the public health burden presented by depression and the availability of medications with well demonstrated efficacy, many depressed patients remain undertreated. According to research data only 10% of patients with major depression received adequate doses of antidepressant therapy for an adequate period of time. Main factor contributing to undertreatment is nonadherence to the recommended treatment regimen, including both missed doses and early discontinuation of medication. Ninety seven major depressive patients who were recruited from outpatient clinic of SSK Ankara Residency Training Hospital entered the study. Patients were divided into two groups according to early discontinuation of medication as compliant and non-compliant group, and have been followed up for six months. These two groups were compared according to the clinical and sociodemographic features and the factors which may cause non-compliance to treatment have been investigated. When the clinical and sociodemographic characteristics of 71 compliant and 26 non-compliant patients were analysed as statistically, it has been seen that treatment compliance of women were higher significantly. Also it has been found that the patients compliant to dose regimen were more compliant to treatment and this finding statistically significant.

**Key Words:** Depression, treatment, compliance.

## GİRİŞ

Yaklaşık %15 civarındaki yaşam boyu prevalansı ile depresyon, günümüzün en sık görülen psikiyatrik hastalığıdır (Olver ve ark. 2000). Yapılan çalışmalarda

\* Uz. Dr., \*\*Doç. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

\*\*\* Yrd. Doç. Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ZONGULDAK

böyle önemli bir sağlık sorunu oluşturmasına rağmen depresyonun tanınma ve tedavi edilme oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Bazı araştırmalarda, depresyonlu olguların ancak %25 kadarına tedavi verildiği ve bu hastaların sadece %10'unun yeterli süre ve dozda antidepresan tedavi aldıkları bildirilmiştir (Simon ve Von Korff 1995). Ayrıca, depresif bozukluğu olan hastalar tedavi edilmediklerinde ya da yetersiz tedavi aldıklarında depresif atağın uzadığı ve tekrarlama eğiliminin arttığı gösterilmiştir (Keller 1993).

Görülme sıklığının yüksek olmasının yanı sıra depresyon, kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğini etkileyerek yaşam kalitesini önemli ölçüde bozması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Weissman ve ark. 1988). Major depresyonun neden olduğu sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki azalma, sık görülen diğer hastalıklarla karşılaştırılabilir düzeydedir. Duygudurum bozukluklarını içeren mental hastalıklar, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları gibi sık ortaya çıkan medikal hastalıklara oranla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde daha fazla bozulmaya neden olurlar (Spitzer ve ark. 1995, Rakel 1999). Dünya Sağlık Örgütü, major depresyonlu hastalarda ortaya çıkan yeti kaybının diğer kronik hastalığı olan hastalardaki yeti kaybından daha fazla olduğunu bildirmiştir (Davidson ve Meltzer-Brody 1999). Bu verilere bakıldığında depresyonun yeterli doz ve sürede tedavisi daha da önem kazanmaktadır. Çoğu hastanın (%75 veya daha fazla) yaşamları boyunca birden çok atak yaşadığı ve üçten fazla atak olduğunda uzun süreli tedavinin atakların tekrarını önlemede etkili olduğu düşünüldüğünde, tedaviye uyumun önemi daha da artıyor görünmektedir (Rakel 1999).

Depresif bozuklukların ilaçlarla tedavisindeki gelişmelere rağmen, bu başarının klinik pratiğe aynı oranda yansımaları söylemek güçtür. Bunun önde gelen nedenlerinden birisi hastanın önerilen tedaviye uyumsuzluğudur. Bu tedaviye yanıt vermeyen hastalarda olduğu kadar, başlangıçta belli bir antidepresandan faydalandıktan sonra alevlenme izlenen hastalarda da görülen ortak bir sorundur (Thase ve Rush 1997). Tedaviye uyumsuzluk, ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeniyle ortaya çıkabilir. Tedaviye uyum davranışı özgün klinik durumlar, hastalığın doğası ve uygulanan tedavi programının özelliklerinden etkilenir. Sadece depresif bozukluklar değil genel olarak bakıldığında hastaların

üçte birinin tedaviye tam uyduğu, üçte birinin kısmen uyduğu ve üçte birinin hiçbir tedaviye uymadığı belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir (Kaplan ve ark. 1994).

Tedavi sürecinde tedaviye uyumsuzluğun yüksek oranda izlendiği iki dönem vardır. Bunlardan birincisi, tedavinin başlangıcında hastanın yan etkilerle karşılaştığı dönem, ikincisi ise hastalığın kontrol altına alınarak kısmi bir düzelmeye izlendiği dönemin hemen sonrasındadır (Rush 1999). Hastaların depresyon ve tedavisi hakkında danışma ihtiyacının tartışıldığı bir makalede, depresyon için tedavi gören hastaların %50'den fazlasının üç hafta içinde tedaviyi bıraktıkları bildirilmiştir. Bu yüksek oran, etkinin başlamasındaki gecikmeye, klinik yanıtın başlamasından sonra da ilaç tedavisinin uzun süre devam edilmesinin gerekliliğine ve yan etkiler konusunda hastanın bilgilendirilmesindeki yetersizliğe bağlanmıştır (Davidson ve Meltzer-Brody 1999).

Hastanın tedaviye uyumu, başarılı bir antidepresan tedavinin sağlanmasında en önemli konudur. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış önerilerini yerine getirmeyi içeren bir konudur. Bu çalışmanın amacı depresif hastalarda klinik pratikte büyük önem taşıyan tedaviye uyumu etkileyen faktörleri araştırmaktır. Çalışmamızda, depresif hastalarda önerilen antidepresan tedaviye uyum oranının tespit edilmesi, tedaviye uyumlu olan ve olmayan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılarak tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin tartışılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Nisan-Kasım 2000 tarihleri arasında Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran hastalarla yürütülmüştür. Polikliniğe başvuru nedenleri arasında depresif yakınmaları olan veya daha önce depresyon tanısı aldığını söyleyen hastalar Prime-MD (Doğan 1996) ile psikiyatrik tanıları açısından taranmış ve Prime-MD'de depresyon tanısı alan hastalarla ayrıca DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I) (Çorapçioğlu 1999) yapılarak major depresyon tanısı konulmuştur. Bu değerlendirme sonucunda DSM-IV'e göre major depresyon tanı ölçütlerini karşılayan 74 kadın, 23 erkek toplam 97 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Herhangi bir psikotik belirtisi

**Tablo 1. Tedaviye uyumlu olan ve olmayan hasta gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması**

Değişken	Tedaviye uyumlu olan (N=71)	Tedaviye uyumlu olmayan (N=26)	P
Yaş (Ortalama yıl±SD)	36.6±11.7	33.7±14.1	.315
Başlama Yaşı	31.9±12.0	29.5±10.5	.378
Eğitim (Ortalama yıl±SD)	7.8±3.7	8.8±2.7	.191
Depresyon şiddeti (CGI)	4.1±0.7	3.7±0.7	.088

olan ya da mental retardasyonu olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Hastaların tümüne çalışma hakkında bilgi verilmiş, ölçeklerin uygulanması ve demografik bilgilerin toplanması hakkında sözlü onayları alınmıştır.

Hastaların her biri için uygulanan sosyo-demografik ve psikiyatrik bilgi formu ile hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, hastalığın başlangıç yaşı, daha önce geçirilmiş depresyon atakları ve hastalığa eşlik eden psikososyal bir olayın varlığı ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

Araştırma ölçütlerine uyan 97 hastaya ilk görüşme sonrası klinik tabloya göre uygun görülen antidepresan tedaviler başlanmış, hastaların tümüne ilaç yan etkileriyle ilgili bilgi verilmiş ve kontrollerde klinik durumlarına göre gerekli ilaç ve doz değişiklikleri yapılmıştır. Başvurularından itibaren hastalar ilk bir ay 15 günde bir, daha sonra ayda bir olmak üzere 6 ay süre ile takibe alınmıştır. Hastaların klinik izlem ve tedavi önerileri altı ay boyunca aynı hekim tarafından, ölçek uygulamaları diğer bir hekim tarafından yapılmıştır. Tedavi başladıktan sonraki ilk kontrolde Udvalg For Kliniske Undersogelser (UKU) yan Etki Değerlendirme Ölçeği (Lingjaerde ve ark. 1987) kullanılarak hastanın işlevselliğini etkileyecek düzeyde yan etki olup olmadığı, başlangıçta ve her kontrolde depresyonun şiddeti ve klinik düzelme Klinik Global İzlenim ölçeğine göre değerlendirilmiştir.

İlk başvurudan sonra aylık kontrol görüşmelerine gelmeyen ve verilen tedaviyi kesen hastalar tedaviye uyumsuz olarak kabul edilmişlerdir. Önerilen doza uyumsuzluğun tedavinin erken bırakılması üzerine etkisi ayrıca incelenmiş ancak bu hastalar tedaviye uyumsuz gruba alınmamıştır. Kontrollerine gelmeyen hastalardan telefon görüşmesi ile ilaca devam edip etmedikleri, ilacı ne zaman kestikleri ya da başka bir hekimle tedavilerine devam edip etmedikleri hakkında bilgi alınmıştır.

Bu değerlendirmeden sonra çalışmaya alınan 71 (%73.2) hastanın tedaviye uyumlu olduğu, 26 (%26.8) hastanın uyumlu olmadığı izlenmiştir. Tedaviye uyumlu ve tedaviye uyumsuz hasta grupları klinik ve sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmadaki sürekli değişkenler independent sample t-test; kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmış, anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Anlamlı ilişki bulunan değişkenlerin tedaviye uyum üzerine etkisi lojistik regresyon analizi ile test edilmiştir. İşlemler SPSSwin 5.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır.

#### BULGULAR

Tedaviye uyumlu hastaların yaş ortalaması 36.6±11.7 yıl ve ilk kez depresyon geçirme yaşları 31.9±12.0 yaş idi. Tedaviye uyumlu olmayan grubun yaş ortalaması 33.7±14.1 yaş; hastalığın başlama yaşı 29.5±10.5 idi. Yıl olarak eğitim süreleri tedaviye uyumlu grupta 7.8±3.7 yıl, uyumlu olmayan grupta 8.8±2.7 yıl; klinik global izlenim skorlarına göre depresyon şiddeti tedaviye uyumlu grupta 4.1±0.7, uyumlu olmayan grupta 3.7±0.7 olduğu bulundu. Eğitim sürelerine bakıldığında tedaviye uyumlu olan grupta eğitim süresi uyumlu olmayan gruba göre daha kısaydı, ancak iki grup arasında bu özellik ve diğerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo1).

Tedaviye uyumlu grubun 59'u kadın (%83.1), 12'si (%16.9) erkekti. Tedaviye uyumlu olmayan grubun 15'i kadın (%59.2), 11'i erkekti (%40.8). İki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0.018). Tedaviye uyum kadınlarda anlamlı oranda yüksekti (Tablo 2). Ki-kare testine göre anlamlı bulunan cinsiyet değişkeninin tedaviye uyum üzerine etkisi lojistik regresyon analizine göre anlamlı bulunmadı.

Tüm grupta, hastaların 74'ü kadın (%76.3); 23'ü

**Tablo 2. Tedaviye uyumlu olan ve olmayan hasta grubunun cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırılması**

Değişken	Kadın	Erkek	P
Tedaviye uyumlu olan	59 (%83.7)	12 (%16.9)	0.018*
Tedaviye uyumlu olmayan	15 (%58.2)	11 (%41.8)	

\* Lojistik regresyon analizinde anlamlı bulunmadı.

**Tablo 3. Cinsiyetlere göre sosyodemografik klinik özelliklerin karşılaştırılması**

	Kadın (N=74)	Erkek (N=23)	P
Yaş (Ortalama yıl±SD)	35.5±11.8	37.4±14.1	.467
Eğitim (Ortalama yıl±SD)	7.9±3.6	8.5±3.01	.531
Tedaviye uyum (%)	79.7	54.5	.018
Doza uyum (%)	85.5	70.0	.111

**Tablo 4. Tedaviye uyumlu olan ve olmayan grubun yan etki görülme sıklığı açısından karşılaştırılması**

Değişken	Yan etki görülen	Yan etki görülmeyen	P
Tedaviye uyumlu olan	39 (%54.9)	32 (%45.1)	0.561
Tedaviye uyumlu olmayan	16 (%61.5)	10 (%38.5)	

erkekti (%23.7). Kadın hastaların yaş ortalaması 35.5±11.8 yıl, ortalama eğitim süresi 7.9±3.6 yıl, erkek hastaların yaş ortalaması ise 37.4±14.1 ortalama eğitim süresi 8.5±3.01 yıl idi. Cinsiyetler arasında yaş ortalaması ve ortalama eğitim süresi açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Kadın ve erkek cinsiyet doktor tarafından önerilen doza uyum ve tedaviyi sürdürme özellikleri açısından karşılaştırıldığında, kadın hastaların tedaviye uyum oranı %79.7 erkek hastaların %54.5 olarak saptandı. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.018). Tedavi için önerilen günlük doza uyum da kadın hastalarda daha yüksekti (%85.5 kadın hastalar; %70 erkek hastalar), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 3).

Tedaviye uyumlu olan ve olmayan hastalar yan etki varlığına göre bakıldığında; tedaviye uyumlu grupta yan etki olan 39 hasta (%54.9), olmayan 32 hasta (%45.1); tedaviye uyumlu olmayan grupta yan etki olan 16 hasta (%61.5) ve olmayan 10 hasta (%38.5) olduğu görüldü. Tedaviye uyumlu olmayan grupta yan etki tedaviye uyumlu olan gruba göre daha yüksek, ama istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4).

İlk kontrole gelen 80 hastada önerilen günlük doza uyum incelendi. Tedaviye uyumlu olan grupta 58

hasta (%90.6) günlük doza uyumlu, 6 hasta (%9.4) uyumsuzdu. Tedaviye uyumlu olmayan grupta 4 hasta (%25.0) günlük doza uyumlu, 12 hasta (%75.0) uyumsuzdu. Aradaki fark istatistik olarak anlamlıydı (p= 0.000). Ki-kare testine göre anlamlı ilişkisi olan günlük doza uyum değişkenininin tedaviye uyum üzerine etkisi logistic regresyon analizine göre anlamlı bulunmadı. Günlük doz sayısı iki ve daha fazla olan hastalarda doz programına uyum azalmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Tedaviye uyumlu gruptaki depresif atak öncesi stresör olay yaşayan hastaların oranı %49.3, stresör olmayanların oranı %50.7; tedaviye uyumlu olmayan grupta ise %45.8 ve %54.2 idi. İki grup stresör olup olmaması açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı görüldü. İlk atak veya rekürren olup olmaması açısından da iki grup arasında yine anlamlı fark bulunamadı (Tablo 5).

Tedaviye uyumsuz olan 26 hastadan 19'una telefonla ulaşıp tedaviyi kesme nedenleri sorulduğunda, altı hastanın tedaviden fayda görmediği için, altı hastanın iyi olduğunu düşündüğü için, beş hastanın belli bir neden belirtmeden, üç hastanın yan etki nedeniyle tedaviyi bıraktığı; bir hastanın ilaçları hiç kullanmadığı öğrenildi.

**Tablo 5. Tedaviye uyumlu olan ve olmayan grubun, günlük önerilen doza uyum, günlük alınan doz sayısı, atak durumu ve psikososyal stresör varlığı değişkenlerine göre karşılaştırılması**

Değişken	Günlük önerilen doza uyum		Günlük alınan doz sayısı		Atak durumu		Psikososyal stresör	
	var	yok	1	2>	rekürren	ilk atak	var	yok
Tedaviye uyumlu olan	%90.6	%9.4	%54.7	%45.3	%52.1	%47.9	%50.7	%49.3
Tedaviye uyumlu olmayan	%25.0	%75.0	%47.6	%52.4	%41.2	%58.8	%54.2	%45.8
P değeri	0.000*		0.573		0.297		0.769	

\* Lojistik regresyon analizinde anlamlı bulunmadı.

## TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumuna ilişkin çalışmalarında bildirilen oranlar farklı olmakla birlikte, genel olarak bu oranın düşük olduğu ve bunun uygulanan tedavilerin başarısını önleyen önemli bir engel oluşturduğu konusunda bir görüş birliği vardır. Önerilen doz ve tedaviye uyumdaki bu düşük oran nedeniyle, bir hasta tedaviden fayda görmediğini söyleyerek uzun bir ilaç listesi ile başvurduğunda, önerilen tedavilere uygun doz ve sürede devam edip etmediği öncelikle gözden geçirilmelidir (Sussman ve Joffe 1998).

Tedavinin başarısını büyük ölçüde belirleyen tedaviye uyum ve bu uyumu etkileyen faktörlerle ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu alanda Cramer ve Rosenheck, 1975-1996 yılları arasında tedaviye uyumlu ilişkili literatürü taradıkları meta-analiz çalışmalarında genel olarak psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunun düşük olduğunu ve hastaların ancak %65'inin önerilen tedaviye uyduklarını bildirmişlerdir (Cramer ve Rosenheck 1998). Ülkemizde Tunca ve Hancıoğlu hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenleri araştırdıkları çalışmalarında, ilk görüşmeden sonra psikiyatri hastalarının %44'ünün kontrole gelmediğini, bu durumun özellikle eğitim düzeyi düşük ve sosyoekonomik durumu kötü olan hastalarda daha sık olarak ortaya çıktığını bulmuşlardır (Tunca ve Hancıoğlu 1993).

Bazı yayınlarda bu bulgulardan farklı olarak, cinsiyet, eğitim düzeyi veya sosyoekonomik durumla tedaviye uyumun ilişkisiz olduğu; tedaviye uyumun en iyi göstergesinin daha önceki tedavilere uyum olduğu belirtilmiştir. Günlük doz sayısının az olması ve kişilik bozukluğunun olmaması gibi faktörler de tedaviye uyumu artırmaktadır. Ayrıca ilk kontrollerin daha sık yapılmasının da uyum üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Rush 2000).

Hasta ve doktor arasındaki işbirliğinin bozulması, hastanın hastalık ya da tedavi hakkında eksik bilgilendirilmesi, ilaca bağlı yan etkiler, hastanın sosyal çevresinde yaşadığı güçlükler (örneğin tedaviye olumsuz bakan bir eşin varlığı), belirtilerin tekrar ortaya çıkması (hastanın tedavinin işe yaramayacağına inanması) hastanın tedaviye uyumsuzluğuna katkıda bulunan diğer faktörler arasında sayılabilir (Thase ve Rush 1997, Rush 1999). Frank ve arkadaşları (1995) hasta hekim ilişkisinin tedaviye uyumda en önemli etken olduğunu ileri sürmüşlerdir. Madde kullanımı da tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak gösterilmiştir (Owen ve ark. 1996). Atbaşoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ayaktan izlenen hastalarda randevuların kısa zaman aralıklarıyla verilmesinin ilaç tedavisine uyumu arttırdığı bildirilmiştir (Atbaşoğlu ve ark. 1993).

Çalışmamızdaki hastaların %73.2'si (N=71) tedaviye uyumlu, %26.8'i (N=26) tedaviye uyumsuzdu. Bu oran daha önce de bahsettiğimiz Tunca ve Hancıoğlu'nun çalışmasındaki %44'lük oranla örtüşmemektedir. Fakat bizim çalışmamız depresif hasta grubu ile sınırlı iken bahsedilen çalışma psikiyatri kliniğine başvuran tüm hastalarla gerçekleştirilmiştir. Nitekim aynı çalışmada somatizasyon, distimi ve şizofreni tanılı hastalar tedaviye daha uyumsuz olarak bulunmuştur. Bizim hasta grubumuzda tedaviye uyumun daha yüksek olması, yayınlarda vurgulanan ilk kontrollerin daha sık yapılmasının uyumu artırmasıyla ve izlemin tek hekim tarafından yapılmasıyla ilgili olabilir. Bizim çalışmamızda Tunca ve arkadaşlarının bulgularının tersine eğitim düzeyi düşük hastaların tedaviye devam oranı bir miktar yüksek olarak izlenmekle birlikte, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Doktor tarafından önerilen doza uyum ve tedaviyi sürdürme oranı kadın hastalarda belirgin olarak yük-

sekti. Literatürde tedaviye uyum oranı üzerine cinsiyet farkını etkisiz bulan yayınlar bulunmasına rağmen, bu bulgu Blouin ve arkadaşlarının (1985) bulgularıyla uyumluydu. Kadınlarda tedaviye uyumun daha fazla olması, bizim hasta grubumuzda kadınların çoğunun çalışmaması ve gün içinde kontrollere gelebilme olanaklarının daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Claxton ve arkadaşlarının major depresyonlu hasta grubunda farklı doz rejimlerinin tedaviye uyum üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, fluoksetinin haftada bir alınan enterik kaplı formu ile tedavi olan hasta grubunu, günde tek doz fluoksetin alan hasta grubuyla karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada, haftada bir kez fluoksetin alan hastalarda tedaviye uyum %85.9 iken günde tek doz fluoksetin alan grupta bu oran %79.4 olarak bulunmuştur (Claxton ve ark. 2000). Bizim çalışmamızda ise tedaviye uyumlu grupta günde tek doz ilaç alan hastaların oranı (%54.7), birden fazla doz alanların oranına göre (%47.6) daha yüksekti. Günde tek doz alanlarda tedaviye uyum oranı %74.6, iki ve daha fazla doz alanlarda %72.2 olarak bulundu. Bu oranlar Claxton ve arkadaşlarının çalışmalarında bildirdiği orandan daha düşüktü. Bu

fark belirtilen çalışmada, haftalık ve günlük doz kullanımının karşılaştırılmasına bağlı olabilir.

Sonuç olarak hastaların doz programına ve tedaviye uyumu hastalık şiddeti, eğitim düzeyi, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerden etkilenmekle birlikte bunlar arasında sadece cinsiyet ve günlük doza uyum değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermektedir. Buna göre kadın hastaların tedaviye uyumu erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca doktor tarafından önerilen doz programına uyum gösteren hastalarda tedaviye uyum daha fazladır.

Bizim çalışmamızın takip süresi 6 ayla sınırlıdır, oysaki depresif hastalar için önerilen tedavilerin süresi çok daha uzundur. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar karşılaştırılırken kullanılan ilacın türü, günlük alınan doz miktarı, depresyona eşlik eden tanılar ve ek tedaviler göz ardı edilmiştir. Bunlar çalışmamızın sınırlılıklarıdır. Tedaviye uyumu etkileyen etkenlerin belirlenebilmesi için, daha geniş hasta gruplarında ve daha uzun süreli izlem yapılmasının gerekli olduğu inancındayız. Ayrıca cinsiyetin tedaviye uyum üzerine etkisini daha iyi anlayabilmek için depresyonun fenomenolojisinde cinsiyet farklarının araştırılması yararlı olabilir.

#### KAYNAKLAR

- Atbaşoğlu C, Çermik Ö, Göğüş AK (1993) Ayaktan izlenen hastalarda ilaç tedavisine uyum. *3P*, 1:35-39.
- Blouin A, Perez E, Minoletti A (1985) Compliance to referrals from the psychiatric emergency room. *Can J Psychiatry*, 30:103-106.
- Claxton A, Klerk E, Parry M ve ark. (2000) Patient compliance to a new enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 61:928-932.
- Cramer JA, Rosenheck R (1998) Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv*, 49:196-201.
- Çorapçıoğlu A (1999) SCID-I Klinik versiyon, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Matbaası.
- Davidson JRT, Meltzer-Brody SE (1999) The Underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 7):4-9.
- Doğan O (1996) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası.
- Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR (1995) Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *J Clin Psychiatry*, (Suppl 56):11-17.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Doctor patient relationship and interviewing techniques. Kaplan and Sadock's
- Synopsis of Psychiatry, 7. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock, JA Grebb ve ark. (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins.
- Keller MB (1993) The difficult depressed patient in perspective. *J Clin Psychiatry*, 54(Suppl 2):4-8.
- Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P ve ark. (1987) The UKU side effect rating scale: A comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross sectional study of side effects in neuroleptic treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 76:1-100.
- Olver JS, Cryan JF, Burrows GD ve ark. (2000) Pindolol augmentation of antidepressants: A review and rationale. *Aust NZJ Psychiatry*, 34:71-79.
- Owen RR, Fischer EP, Booth BM ve ark. (1996) Medication non-compliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 47:853-858.
- Rakel ER (1999) Depression. Primary care: Clinics in Office Practice, 26:238-253.
- Rush AJ (1999) Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 14):21-26.
- Rush AJ (2000) Mood disorders: Treatment of depression. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. Baskı, V Sadock (Ed), New York, Lippincott and Wilkins.
- Simon GE, Von Korff M (1995) Recognition, management and

outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med, 4:99-105.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M ve ark. (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA, 274:1511-1517.

Sussman N, Joffe RT (1998) Augmentation of antidepressant medication. J Clin Psychiatry, 59(Suppl 5):3-4.

Thase ME, Rush AJ (1997) When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. J Clin Psychiatry, 58(Suppl 13):23-29.

Tunca Z, Hancıoğlu M (1993) Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 4:219-223.

Weissman NM, Leaf PJ, Tishler GI (1988) Affective disorders in five united states communities. Psychol Med, 18:141-153.

## 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi

14-19 Ekim 2003

WOW Kremlin Palace - Antalya

### Kongre Sekreterliği:

Dr. Ümit TURAL

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri

Anabilim Dalı, İZMİT

Tel: 0262 233 59 81/1708

Faks: 0262 233 54 61

e-mail: turalu@hotmail.com, turalu@kou.edu.tr

www.psikiyatri2003.com

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI &  
TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ