

Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu

Treatment Adherence in Psychiatric Disorders

Mehmet Emin Demirkol, Lut Tamam

Öz

Günümüzde artan tedavi seçeneklerine rağmen, hastaların tedavi uyumunda gözle görülür bir artış saptanmamıştır. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu diğer hastalıklardan daha yüksek orandadır. İlgörü kaybı, ilaçlara bağlı yan etkiler, sosyodemografik özellikler, kişilik özellikleri, eşlik eden hastalıklar gibi birçok faktör bireylerin tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir. Her hastalık için tedavi uyumunu bozan faktörlerin saptanması ve giderilmesi tedavi uyumunu arttırmakla birlikte, tedavi masraflarını ve hastaneye yatış sayısını azaltacaktır.

Anahtar sözcükler: Uyum, depresyon, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk.

Abstract

Despite developments in current psychiatric treatment options, there is no significant increase in rates of treatment adherence. Inadherence in psychiatric disorders is higher than the other diseases. Lose of insight, drugs' side effects, sociodemographic features, personality traits clearly influence the treatment adherence. Determining and overcoming the factors negatively affecting treatment adherence for each disorder will help to prove adherence and reduce the treatment costs and hospitalization.

Key words: Adherence, depression, bipolar disorder, psychotic disorder.

UYUM, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir. Tedaviye uyumsuzluk ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeni ile ortaya çıkabilir. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir (Ervatan ve ark. 2003). Tedaviye uyumsuzluk; hastaneye yeniden yatış sayısını, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. (Çobanoğlu ve ark. 2003)

Günümüzde zorlu yaşam koşulları bireylerin psikiyatrik yardım arayışını arttırmaktadır. Geçmişe göre daha çok insan psikiyatrik başvuruda bulunup, tanı almakta ve bu kimselere tedavi önerilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk, hastalıkların şiddetini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve kişilerin psikiyatrik tedavilere olan inancını azaltmaktadır. Bu makalede psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğuna sebep olan etkenlerin araştırılması ve olası çözüm etkenlerinin bulunması amaçlanmıştır ve majör depresif bozukluk,

bipolar bozukluk, psikotik bozukluk ve anksiyete bozukluklarında uyumu ve uyumsuzluğu etkileyen faktörler ayrıca irdelenmiştir.

Tedaviye Uyumun Tanımı

Uyumun kısa ve kabul edilebilir tanımı; hastanın sağlığıyla ilgili önerileri kabul etmesidir. Aynı zamanda uyum sözcüğü, terapötik ilişki kurarken hekimin rolüne ve hastanın katılımına önem yükler. Uyum tanımı, kontrollere katılım ve sağlıklı bir hayat modeline tutunmayı, aynı zamanda reçete edilen ilaçları uygun zamanda ve uygun dozlarda almayı da içine alır. İlaçların fazla kullanımı veya kötüye kullanımı ilaç uyumsuzluğuna işaret eder. Uyum tanımının zayıf yönü, “ya hep ya hiç” fenomeni olduğunun bildirilmesi ve insanların önerilen tedaviye kısmen veya aralıklı olarak uyum göstermesidir (Ateş ve Algül 2006).

Klinisyenler uyum kavramını detaylı şekilde araştırmış ve hekim tarafından önerilen tedavi rejimlerinin hasta tarafından tamamen kabul ya da reddedilme yerine, değiştirilebileceğini ve çarpıtılabileceğini belirtmiştir. Bu değiştirme ve çarpıtmalar kısmen uyum kavramının ortaya çıkmasında etkili olmuştur. (Noble 1998, Ateş ve Algül 2006)

Uyumu ve uyumsuzluğu değerlendirme yöntemleri öznel yöntemler ve nesnel yöntemler olarak ikiye ayrılabilir. Öznel yöntemler: yinelenen reçetelerin incelenmesi, hasta kayıtlarının incelenmesi, hasta görüşmeleri, tedavi eden hekimlerin uyumla ilgili kararlarına bakmaktır. Nesnel yöntemler ise: ilaç şişelerinde kalan tabletleri, kapsülleri saymak, plazma ilaç düzeyinin alınan doza oranına bakmak, idrarda ilaç ve metabolitlerine bakmak olarak söylenebilir. Nesnel yöntemler daha güvenilir ve tercih edilebilir olmasına rağmen; ilaçların alım zamanı ve ölçümü açısından birçok sorun yaratmaktadır. Farmakokinetik değişkenlik, maliyet, daha önceden uyumsuz olan bir hastanın rızasını almak bunların bazılarıdır. İlaç düzeylerinin kişiler arası önemli farklılık göstermesi bir diğer zorluktur (Altamura ve Mauri 1985, Ateş ve Algül 2006).

Genel olarak Uyumu Etkileyen Faktörler

Tedaviye uyumsuzlukla ilgili etmenler psikiyatrik hastalıklarda genel olarak dört başlık altında incelenebilir:

1. Hastayla ilişkili etmenler: Genç yaş, kişilik bozuklukları, hastalık şiddetinin fazla olması, grandiyözite, içgörü yoksunluğu, madde kötüye kullanımı (tek başına veya komorbid olarak), tedaviye karşı yetersiz bilgi düzeyi, sağlık güvencesine sahip olmamadır.
2. İlaça bağlı etmenler: Nörolojik, endokrin, antikolinergik yan etkiler, etkisiz veya aşırı yüksek doz kullanımıdır.
3. Çevresel etmenler: Yetersiz sosyal destek, ekonomik güçlükler, yüksek duygu dışavurumu (expressed emotion) gösteren aile bireyleri olması, çevrenin ilaç tedavisine karşı tutumu, kültürel inançlar, paramedikal yardım arayışlarıdır.
4. Hekimle ilgili etmenler: Zayıf terapötik ilişki, empati yoksunluğu, iletişim kusurları, yetersiz takiptir (Smith ve Birchwood 1990, Kültür ve Mete 1997, Aker ve ark. 2000, Çobanoğlu ve ark. 2003, Mitchell ve Selmes 2007, Sönmez 2008).

Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu iki neden, hastalarda, hastalıklarının hiç dü-

zelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (Aker ve ark. 2000, Çobanoğlu ve ark. 2003). Eştanıların varlığı uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktördür. Özellikle alkol ya da madde kullanımı eştanıları tedavi uyumunu en fazla bozan iki tanı olarak belirlenmiştir. Ayrıca şiddetli depresif belirtiler çaresizlik ve umutsuzluk düşüncelerini tetikleyerek tedaviye olan inancı azaltmaktadır (Lacro ve ark. 2002, Perkins 2002, Çobanoğlu ve ark. 2003). İçgörü eksikliği ile tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birlik-telik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olur. Bazı çalışmalarda ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lacro ve ark. 2002, Çobanoğlu ve ark. 2003). Olfson ve ark. (2000) yaptıkları bir çalışmada ilaç uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yatışları süresince tedavi ekibiyle uyumlarının zayıf olduğunu ve yatarak tedavi görmelerinin aileleri tarafından reddedildiğini göstermiştir (Aker ve ark. 1994, Çobanoğlu ve ark. 2003).

Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ve mental kapasitenin tedaviye uyumu etkilediği görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, gençlerde, erkeklerde, bazı azınlık etnik gruplarda uyumsuzluk daha fazlayken, bazı çalışmalarda ise ileri yaş grubunda uyumsuzluk daha fazla görülmektedir. Her cins, yaş ve sosyal sınıfta uyumsuzluk gözlenebilir (Lacro ve ark. 2002, Çobanoğlu ve ark. 2003). Tedaviye önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun önemli göstergelerinden biridir. Bireyin hastalık ve ilaçla ilgili inançları, verilen önerilere uyumu kişilik özellikleri doğrultusunda olmaktadır. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması, uyumu olumsuz biçimde etkilemektedir (Aker ve ark. 1994, Çobanoğlu ve ark. 2003). Premorbid bilişsel işlevselliğin bozuk olması, unutkanlık, görme ve işitme kusurları da hastaya ilişkin uyumsuzluk nedenleri arasında sayılabilir (Rusch ve Corrigan 2002, Çobanoğlu ve ark. 2003).

Aile, arkadaş desteği veya çalışıyor olma uyumu etkiler. Çalışan hastalar, işyerinde ilaç kullanmaktan dolayı daha kolay etiketlenebilecekleri endişesiyle doz atlamak şeklinde uyumsuzluk gösterebilir. Sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan coğrafi uzaklık, randevuları bekleme zamanı, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen diğer nedenlerdir (Çobanoğlu ve ark. 2003).

Major Depresyonda Uyumu Etkileyen Faktörler

Depresyonu olan hastaların, önemli bir halk sağlığı yükü oluşturması ve etkin tedavileri olmasına karşın, çoğu hasta yeterli tedavi görmemektedir. Araştırmalara göre, majör depresyonlu hastaların sadece %10'u yeterli dozda antidepresan tedaviyi, yeterli sürede almaktadır (Ervatan ve ark. 2003). Yetersiz tedaviye neden olan ana etken, doz atlanması ve tedavinin erken kesilmesine bağlı tedavi rejimine uyumsuzluktur. Tedaviye uyum davranışı özgün klinik durumlar, hastalığın doğası ve uygulanan tedavi programının özelliklerinden etkilenir. Çoğu hastanın 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, Ervatan ve ark. 2003). 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 düzelmenin izlendiği dönemin hemen sonrasındır (Rush 1999, Ervatan ve ark. 2003). Depresyon tanısıyla tedavi gören hastaların yarısından fazlasının üç hafta içinde tedaviyi bıraktıkları bildirilmiştir. Bu yüksek oran, etkinin başlamasındaki gecikmeye, klinik

yanıtın başlamasından sonra da ilaç tedavisine uzun süre devam edilmesi gerekliliğini ve yan etkiler konusunda hastaların bilgilendirilmesindeki yetersizliği bağlanmıştır (Davidson ve Meltzer-Brody 1999, Ervatan ve ark. 2003). Hastanın tedaviye uyumu, başarılı bir antidepresan tedavinin sağlanmasında en önemli konudur.

Yapılan bir çalışmada kadın ve erkek cinsiyet doktor tarafından önerilen doza uyum ve tedaviyi sürdürme özellikleri açısından karşılaştırıldığında, kadın hastaların tedaviye uyum oranı erkek hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Tedavi için önerilen günlük doza uyum da kadın hastalarda daha yüksek bulunmuştur (Ervatan ve ark. 2003). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada, ilk görüşmeden sonra psikiyatri hastalarının %44'ünün kontrole gelmediği ve bu durumun özellikle eğitim düzeyi düşük ve sosyoekonomik durumu kötü olan hastalarda daha sık olarak ortaya çıktığı bulunmuştur (Tunca ve Hancıoğlu 1993, Ervatan ve ark. 2003).

Günlük doz sayısının az olması ve kişilik bozukluğunun olmaması gibi faktörler de tedaviye uyumu arttırmaktadır. Ayrıca ilk kontrollerin daha sık yapılmasının da uyum üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Ervatan ve ark. 2003). Hasta ve doktor arasında 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 uyumsuzluğunu diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi major depresif bozuklukta da arttırmaktadır (Thase ve Rush 1997, Ervatan ve ark. 2003). Madde kullanımı da tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak gösterilmiştir (Owen ve ark. 1996, Demirkol ve ark. 2015).

Ülkemizde yapılan, depresif hastaların tedaviye uyumunu değerlendiren bir çalışmada hastaların %73.2'si tedaviye uyumlu, %26.8'i tedaviye uyumsuz bulunmuştur. Yine aynı çalışmada günde tek doz ilaç alan hastaların tedaviye uyumu, iki ve daha fazla doz alanlara göre daha yüksektir (Ervatan ve ark. 2003).

Bipolar Bozuklukta Uyumu Etkileyen Faktörler

Bipolar bozuklukta tedavi; kesin kür sağlayamamakla birlikte, bulguların kontrolü, tekrarların önlenmesi, bilişsel işlevlerin korunması, ek hastalıkların ortaya çıkmasını azaltma ve en önemlisi de, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin yükselmesinde pek çok hasta için önemli bir araçtır. Tedavinin olası pozitif etkilerinin ortaya çıkması ve bunların sürdürülmesi hastaya sunulan ilaç dâhil tedavi programına uyulması ile mümkün olacaktır (Soykan 2013). Duygudurum bozuklukları alanında tedavi uyumsuzluğunun en büyük sebeplerinden biri bu alanda çalışan profesyonellerin uyumsuzluk sorununun farkında olmaması ve yeni ilaçların bu sorunu aşacağına dair yanlış inançlarıdır (Ateş ve Algül 2006). Takip görüşmelerine gelmeyenlerde, ilaçları kendi bildiği dozlarda ve düzensiz kullananlarda, öyküsünde sık sık tedavi bırakma olanlarda, fazla sayıda ve sık aralıklı ilaç kullananlarda, kilo alımı ve sedasyon başta olmak üzere yan etki geliştirenlerde tedaviyi aksatma sıklığı (Soykan 2013). Genç, erkek, hastalık içgörüsü az, bekar ve tek başına yaşayan bireylerde ilaç bırakma oranı yüksektir. İlaçlara yönelik korkular, hastalık etiketi ile ilgili kaygılar, çevrenin ilaçlara yönelik negatif tutumları da ilaç kullanımını olumsuz etkilemektedir. Erken başlangıç ve hastalığın erken dönemlerinde olma, sık manik atak geçirme ilaç kullanılmasının önündeki diğer önemli engellerdir (Ateş ve Algül 2006, Sajatovic ve ark. 2011).

Uzun dönem ilaç tedavisi için bildirilen uyumsuzluk oranları %20 ile %60 arasında değişmektedir. Ortalama uyumsuzluk yaygınlığı %41 oranındadır. Bipolar bozuklukta bazı araştırmacılar, uzun dönem tedavinin kesilmesi halinde manik atak riskinin arttığına işaret etmektedir (Ateş ve Algül 2006). Keck ve arkadaşları (1998), akut manik epizodla hastaneye kabul edilen hastaların % 60'ının son bir ay içerisinde tedaviye uyumlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Ateş ve Algül 2006). Scott (2000), bir yıldan fazla duygudurum düzenleyicilere uyumsuz olan kişilerin uyumlu olanlara oranla hospitalizasyon riskinin dört kat daha fazla olduğunu göstermiştir. 1500 hastanın üzerinde yapılan büyük çaplı bir çalışmada, Johnson ve McFarland (1998) lityumun sürekli kullanımının ortalama süresinin, ilk reçete edildiğinden itibaren yalnızca 76 gün olduğunu bildirmişlerdir (Ateş ve Algül 2006). Jamison ve Akiskal (1983), 2 yıllık bir izlem periyodunda, bipolar bozukluk olan hastaların %50'sinin en az bir kere, %30'unun da en az iki kere profiltik olarak kullandıkları lityumlarını kesip yeniden başlamışlardır (Ateş ve Algül 2006). Karbamazepin ve valproat reçete edilen hastalarla yapılan bir çalışmada tedavinin sürdürüm fazında uyumsuzluk oranları %50'sinin üzerinde bulunmuştur (Keck ve ark. 1998, Ateş ve Algül 2006).

Sistemik çalışmaların yeniden gözden geçirilmesinde uyumsuzlukla ilgili sekiz risk faktörü belirtilmiştir. Bunlar: lityum tedavisinin ilk yılı, geçmişteki tedavi uyumsuzluğu öyküsü, genç yaş, erkek cinsiyet, daha az hastalık atağı olması, grandiyözite, yükselmiş duygudurum ve kibirliktir (Goodwin ve Jamison 1990, Ateş ve Algül 2006). Bazı yayınlarda manik atak yaşayanların tedavi uyumsuzluğu için daha fazla risk altında olduğuna dair kanıtlar vardır (Connelly ve ark. 1982, Keck ve ark. 1998, Ateş ve Algül 2006). Ancak bipolar bozuklukta son yıllarda tedavi uyumsuzluğuna yol açan en önemli faktörlerin ilaç ve/ veya alkol kötüye kullanımı olduğu bildirilmiştir (Connelly ve ark. 1982, Keck ve ark. 1997, Ateş ve Algül 2006).

Lityumla tedavi edilen hastalara ilaç uyumsuzluğunun nedeni sorulduğunda hastalar neden olarak duygudurumlarının ilaçla kontrol edilmesini sevmemeyi ve ilaç kullanımının onlara kronik hastalıkları varmış gibi düşündürmesini belirtmişlerdir (Jamison ve ark. 1979, Ateş ve Algül 2006). Yaşlı hastaların hekim- hasta ilişkisine ve duygudurum düzenleyicilere daha olumsuz baktıkları tespit edilmiştir. Frank ve arkadaşları (1985), yüksek eğitim düzeyine sahip ve evli hastaların lityuma daha uyumlu olduğunu saptamışlardır (Ateş ve Algül 2006). Hastalığın sonuçları ve tehditleri hakkında bilgilendirilen hastaların daha uyumlu olduğu gösterilmiştir (Swartz ve ark. 1998, Adams ve Scott 2000, Ateş ve Algül 2006). Başka çalışmalar da bipolar bozuklukta tedaviye uyumsuzluğu arttıran risk faktörleri olarak içgörü eksikliği, hastalığın farkında olma eksikliği ve bilişsel eksiklikler olarak bildirmişlerdir (Danion ve ark. 1987, Schumann ve ark. 1999, Trauer ve Sacks 2000, Ateş ve Algül 2006).

Psikotik Bozukluklarda Uyumu Etkileyen Faktörler

Psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumsuzluğu yaygındır (Dencker ve Liberman 1995, Dilbaz ve ark. 2006, Demirkol ve ark. 2015). Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı ile takip edilen hastalarda yapılan bir çalışmada Olfson ve ark. (2000) hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içerisinde hastaların yaklaşık % 50'sinin kısmi uyumsuzluk, % 20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini saptamışlardır. Hastalığın şiddeti, bireyin içgörüsü, bilişsel bozukluğun varlığı ve derecesi, tedaviden fayda görme, yan etkiler ve aile bireylerinin yaklaşımı gibi etmenler tedaviye uyumda rol oynayabilir

(Fenton ve ark. 1997, Loffler ve ark. 2003, Dilbaz ve ark. 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Dilbaz ve ark. (2006) uyumsuzluğun en yaygın sebebinin hastalığın yadsınması olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ilaca bağlı ortaya çıkan sedasyon, uyusukluk, sersemlik gibi yan etkiler, ilacın hastalığı daha da kötüleştireceğine dair düşünceler de uyumsuzluk nedenleri arasındadır. Aynı çalışmada atipik antipsikotik kullanan hastaların tipik (klasik) antipsikotik kullanan hastalara göre daha uyumlu bulunmuştur. Bu görüşü destekleyen diğer çalışmalara göre ilaca uyumsuzluk sebepleri arasında ekstrapiramidal yan etkiler özellikle de akatiziye dikkat edilmelidir (Van Putten 1997, Sönmez 2008). Ancak Dossenback ve arkadaşları (2005) ile Valenstein ve arkadaşları (2004) tarafından yurtdışında yapılan daha geniş kapsamlı iki çalışmada atipik ve tipik antipsikotiklerin uyum açısından önemli fark oluşturmadığı saptanmıştır (Dilbaz ve ark. 2006).

İspanya'da son yıllarda yapılan bir çalışmada, geçmiş yıllarda yapılan çalışmalara paralel şekilde depo antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların, oral antipsikotiklerle tedavi edilen hastalara göre tedaviye daha uyumlu oldukları saptanmıştır (Gutierrez-Casares ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda psikotik bozukluk tanısı ile yatarak sağaltım gören hastaların taburculuk sonrası uyumunun; ilk randevu tarihinin erken olmasından, geçmişte fazla sayıda yatış olmasından, hastanede uzun süre kalmaktan ve içgörü yoksunluktan olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (Axelroad ve Wetzler 1989, Sönmez 2008). Ayrıca antipsikotik ilaçlara uyum hastaların damgalanma düşüncesi ile de yakından ilişkilidir (Dilbaz ve ark. 2006, Sönmez 2008).

Tedaviye geçmişte uyum göstermemiş olmak gelecekteki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Ayrıca narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin bulunması tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir (Olson ve ark. 2000, Sönmez 2008).

Anksiyete Bozukluklarında Uyumu Etkileyen Faktörler

Anksiyete bozuklukları için tedavi uyumunu etkileyen faktörler, diğer psikiyatrik hastalıklara göre geçmişte daha az ilgi çekmekle birlikte; bu çalışmalarda anksiyete bozukluklarının herhangi biri ile tanı alıp, tedavi önerilen hastaların yaklaşık yarısının tedaviyi tamamlamadan, sona erdirdikleri belirtilmiştir (Issaikidis ve Andrews 2004). Tedavi uyumsuzluğuna sebep olacak faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalar muğlak sonuçlar vermiştir. Yapılan çalışmalar arasında farklılıklar olmakla birlikte belirlenen risk faktörleri; belirtilerin ciddiyeti, komorbid hastalık varlığı, sosyodemografik özellikler, klinisyenin deneyimi, randevular arasındaki süre, yaşanan yerin kliniğe uzaklığıdır (Issaikidis ve Andrews 2004).

Anksiyete bozuklukları için hastalığın başlangıç döneminde daha ılımlı belirtilere sahip olmak ve eşlik eden depresif belirtilerin ağır olması tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilecek risk faktörleridir. Daha ılımlı belirtilere sahip olan hastaların tedaviyi erken sonlandırmalarının sebebi yapılan çalışmada bu bireylerin tedaviye fazla ihtiyaçları olmadığı yönünde bir düşünceye sahip olmaları olarak belirtilmiştir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınların erkeklerle oranla daha uyumsuz oldukları saptanmakla birlikte bunun sebebi net olarak belirtilmemiştir. Sonuç olarak anksiyete bozukluklarında tedaviye uyumu belirleyen en önemli faktör eşlik eden depresif bulguların varlığı ve bu depresif bulguların ümitsizlik, karamsarlık düşüncelerini tetikleyerek tedaviye olan inancı zayıflatmasıdır.

Sonuç

Tedavi uyumu hastalık seyrini, hastalığa bağlı morbiditeyi, hastanın sosyal, mesleki ve ailesel işlevselliğini etkilemektedir. Psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğu sık hastane yatışı, hastalıkta yineleme, tedaviye direnç ile ilişkilendirilmekte ve uyumsuzluğun yaşam kalitesini düşürdüğü, hastalığa bağlı iş gücü kaybına yol açtığı ve tedavi maliyetini arttırdığı bilinmektedir. Artan tedavi seçeneklerine rağmen tedavi uyumsuzluğu oranlarında belirgin bir azalma sağlanamamıştır. Bu konu üzerinde yapılan çalışma sayısı konunun önemi anlaşıldıkça giderek artmaktadır ancak tedavi uyumsuzluğunu engellemek için yapılabilecekler ile ilgili çalışmalar ve çözüm önerileri oldukça kısıtlıdır. Uyum kavramıyla ilgili bugüne kadar yapılan çalışmalarda genelde ya hep ya hiç ilkesi kabul edilmiştir. Hastaların tedaviye genelde kısmen uyum gösterdiklerinin bilinmesi ve uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, çözüm önerileri sunulması hastaların tedaviye uyumunu arttıracak ve hastalığın sebep olduğu yıkımı, tedavi maliyetini, iş gücü kaybını en aza indirecektir.

Kaynaklar

- Adams J, Scott J (2000) Predicting medication non-adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatry Scand*, 100:119-124.
- Aker T, Çıtak S, Ceyhanlı A, Sarılgan C, Taştan U, Ögel K, Özmen E (1994) Hasta yakınlarının ilaç tedavisine karşı tutumu. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirisi, 9-14 Eylül 1994, Nevşehir.
- Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A (2000) Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya.
- Altamura AC, Mauri M (1985) Plasma concentrations, information and therapy adherence during long-term treatment with antidepressants. *Br J Clin Pharmacol*, 20:714-716.
- Ateş MA, Algül A (2006) Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(29):60-64.
- Axelrod S, Wetzler S (1989) Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hosp Community Psychiatry*, 40(4):397-401.
- Connelly CE, Davenport YB, Nurnberger JI (1982) Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Arch Gen Psychiatry*, 39:585-588.
- Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N (2003) Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 16:211-218.
- Danion JM, Neunreuther C, Krieger-Finance F, Imbs JL, Singer L (1987) Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 20(5):230-1.
- 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.
- Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO (2015) Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*, 40:555-568.
- Dencker SJ, Liberman RP (1995) From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*, 9(Suppl) 5:75-78.
- Dilbaz N, Karamustafaloğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M (2006) Evaluation of compliance to treatment and factors affecting compliance for schizophrenia outpatients. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 16:223-232.
- Dossenbach M, Arango-Davila C, Silva IH, Landa E, Aguilar J, Caro O, Leadbetter J, Assuncao S (2005) Response and relapse in patients with schizophrenia treated with olanzapine, risperidone, quetiapine, or haloperidol: 12-month follow-up of the intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (ICSOHO) study. *J Clin Psychiatry*, 66:1021-1030
- Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N (2003) Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6:5-11.
- Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK (1997) Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*, 23:637-651.

- Frank E, Prien RF, Kupfer DJ, Alberts L (1985) Implications of noncompliance on research in affective disorders. *Psychopharmacol Bull*, 21:37-42.
- Goodwin FK, Jamison KR (1990) *Manic Depressive Illness*. Oxford, Oxford University Press.
- Gutiérrez-Casares JR1, Cañas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borrajó R, Alonso-Escolano D (2010) Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: the ADHERE study. *CNS Spectr*, 15:327-337.
- Issakidis C, Andrews G (2004) Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 109:426-433.
- Jamison K, Akiskal H (1983) Medication compliance in patients with bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 6:175-192.
- Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK (1979) Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry*, 20:36(8 Spec No):866-869.
- Johnson R, McFarland B (1998) Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *Am J Psychiatry*, 57:292-297.
- Keck P, McElroy B, Strakowski S (1998) Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry*, 57:292-297.
- Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, Bourne ML, West SA (1997) Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*, 33:87-91.
- Kültür S, Mete L (1997) Şizofreni. In *Psikiyatri Temel Kitabı* (Eds E Köroğlu, C Güleç). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV (2002) Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63:892-909.
- Lingam R, Scott J (2002) Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 105:164-172.
- Löffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer MC (2003) Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance or noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36:105-112.
- Mitchell AJ, Selmes T (2007) Why don't patients take their medicine? reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13:336-346.
- Noble LM (1998) Doctor-patient communication and adherence to treatment. In *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (Eds LB Myers, K Midence):51-82. Amsterdam, Harwood Academics.
- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ (2000) Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 51:216-222.
- Owen RR, Fischer EP, Booth BM (1996) Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 47:853-858.
- Perkins DO (2002) Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 63:1121-1128.
- Rakel RE (1999) Depression. *Prim Care*, 26:211-224.
- Rusch N, Corrigan PW (2002) Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, 26:23-32.
- Rush AJ (1999) Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 14):21-26.
- Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkinc JH (2011) Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Compr Psychiatry*, 52:280-287.
- Schumann C, Lenz G, Berghöfer A, Müller-Oerlinghausen B (1999) Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res*, 89:247-57.
- Scott J (2000) Predicting medication non-adherence in severe affective disorders. *Acta Neuropsychiatr*, 12:128-130.
- Smith J, Birchwood M (1990) Relatives and patients as partners in management of schizophrenia. The development of a service model. *Br J Psychiatry*, 156:654-660.
- Soykan A (2013) İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, 3(Suppl. 1):9-10
- Sönmez EU (2008) Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ (1998) Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*, 155:226-231.
- 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.
- Trauer T, Sacks T (2000) The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand*, 102:211-216.

- Tunca Z, Hancıoğlu M (1993) Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. Turk Psikiyatri Derg, 4:219-223.
- Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L et al. (2004) Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. Schizophr Bull, 30:255-264.
- Van Putten T (1974) Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? Arch Gen Psychiatry, 31:67-72.

Mehmet Emin Demirkol, Uzm.Dr., Çukurova Üniversitesi, Adana; **Lut Tamam**, Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi, Adana.

Yazışma Adresi/Correspondence: Mehmet Emin Demirkol, Çukurova Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Adana, Turkey.

E-mail: emindemirkol@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar atışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no1/

Geleř tarihi/Submission date: 21 Mart/March 21, 2015 - **Kabul Tarihi/Accepted** 24 Ađustos/August 24, 2015
