



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Psikotik bozukluk tanılı hastaların taburculuk sonrası tedavi uyumları

Post-discharge treatment compliance among patients with psychotic disorders

Selçuk Özdin¹, Ulaş Korkmaz¹, Ece Çulhacı¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun, Turkey

Cukurova Medical Journal 2021;46(1):201-207

Abstract

Purpose: Treatment compliance is one of the most important variables that determine the disease course in psychotic disorders. This study evaluates after discharge compliance among patients with psychotic disorder hospitalized for treatment. It also compares groups classified on the basis of their treatment compliance.

Materials and Methods: Thirty-nine patients hospitalized for treatment between 30.06.2018 and 30.06.2019 and with discharge diagnoses of psychotic disorder were included in the study. Information concerning patients' treatment compliance was elicited by telephone at least five months after discharge. The Morisky Medication Adherence Scale, the Functioning Assessment Short Test, and the Clinical Global Impressions Scale were completed during these interviews.

Results: Treatment noncompliance was determined in 20 (51.3%) of the patients included in the study, partial compliance in 10 (25.6%), and total compliance in nine (23.1%). Patients with noncompliance to treatment experienced more frequent re-hospitalizations and poorer functionality, and possessed less knowledge concerning their disease.

Conclusion: Since treatment noncompliance in psychotic disorder can result in an adverse disease course, interventions aimed at increasing compliance may be necessary.

Keywords: Psychotic disorders, treatment adherence, medication non-compliance, inpatients, hospitalization, antipsychotics

Öz

Amaç: Tedavi uyumu psikotik bozukluklarda hastalık gidişini belirleyen en önemli değişkenlerden birisidir. Bu çalışmada yatarak tedavi gören psikotik bozukluk hastalarının taburculuk sonrası dönemde tedavi uyumları değerlendirilecektir. Aynı zamanda tedavi uyumlarına göre sınıflandırılan gruplar arasında da karşılaştırmalar yapılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Mevcut çalışmaya 30.06.2018-30.06.2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve hastaneden çıkış tanısı psikotik bozukluk olan 39 hasta dahil edilmiştir. Hastalar taburculuklarından sonra telefon ile aranarak mevcut durumları ile ilgili bilgi alınmıştır. Hastalarla yapılan bu görüşmede ayrıca Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 20'sinin (% 51.3) tedavi uyumu düşük, 10'unun (% 25.6) tedavi uyumu orta ve dokuz hastanın (% 23.1) ise tedavi uyumu yüksek olarak bulunmuştur. Tedavi uyumu düşük olan hastaların taburculuk sonrası yeniden hastane yatışlarının daha sık olduğu, işlevselliklerinin daha kötü olduğu ve hastalıkları ile ilgili daha az bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir.

Sonuç: Psikotik bozuklukta tedavi uyumundaki düşüklük hastalık seyrinin olumsuz olmasına neden olabileceği için tedavi uyumunu arttırmaya yönelik girişimler gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Psikotik bozukluklar, tedavi uyumu, ilaç uyumsuzluğu, yatan hasta, hastane yatışı, antipsikotikler

GİRİŞ

Psikotik bozukluklar; tedaviden görülen fayda, hastalığın gidişi ve tedavi uyumu gibi değişkenler açısından farklı spektrumlarda hastaların bulunduğu

kronik, heterojen bir psikiyatrik hastalık grubudur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) bu bozukluklar "Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Bu başlık altında şizotipal kişilik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Selçuk Özdin, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun, Turkey E-mail: selcukozdin@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 08.09.2020 Kabul tarihi/Accepted: 30.10.2020 Çevrimiçi yayın/Published online: 10.01.2021

bozuklukları, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, ve maddeye veya başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozuklukları yer almaktadır¹. Bu hastalıkların sıklığı ile ilgili çalışmalarda şizofreni sıklığının % 0.4 ile % 1 arasında değişebileceği ifade edilmektedir. DSM'de şizofreni ile aynı grupta yer alan "diğer psikotik bozuklukların" sıklığı da % 1.2 olarak tahmin edilmektedir².

Dünya Sağlık Örgütüne göre tedavi uyumu, sağlık sunucuları tarafından önerilen davranışları; ilaç, diyet ve/veya yaşam tarzı değişikliği gibi; kişinin kabul etme derecesidir³. Birçok tıbbi hastalıkta tedavi uyumu ile ilgili güçlükler yaşanmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar arasında da tedavi uyumu ile ilgili farklılıklar mevcuttur ve bu durum hastalıkların gidişi ile ilgili olumsuz sonuçlara da neden olabilmektedir⁴. Psikotik bozukluklar tedavi uyumu konusunda klinikte en çok zorluk yaşanan hastalık gruplarından bir tanesidir. Psikotik bozukluklarda hastaya, hastalığa, çevreye veya diğer nedenlere bağlı olarak tedavi uyumu ile ilgili sorunlar yaşanabilir⁵. Bunlar arasında içgörü azlığı, düşük sosyal destek, madde ve alkol kullanımı⁶, genç yaş, erkek cinsiyet, günlük kullanılan ilaç sayısının fazla olması, hastalık şiddetinin yüksek olması, düşük ekonomik düzey⁷ sayılabilir. Psikotik bozuklukların doğası gereği zaman zaman içgöründe azalmaların olması ve önceki hastalık sürecinde de tedavi uyumsuzluğu öyküsünün olması psikotik bozukluklardaki en önemli tedaviye uyumsuzluk belirleyicileri olarak saptanmıştır⁸. Ayrıca hastalık süresi arttıkça daha yüksek sıklıkta uygulanan kombine tedaviler⁹ de hastaların tedavi uyumunu etkileyebilir. Tedavi uyumsuzluğu birçok soruna neden olabilmekle birlikte hastalık nüksünün en önemli nedeni olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda tedaviye uyumsuzluk ile hostilite arasında da ilişki saptanmıştır⁶. Tedaviye tam veya kısmi uyumsuzluk daha çok hastane yatışına ve hastalık seyrinin daha kötü olmasına neden olmaktadır¹⁰. İlaç uyumunun değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunlar; kişi ile yapılan görüşmelerde doldurulan ölçeklerden, kişiden alınan biyolojik materyallere kadar bir çeşitlilik gösterebilmektedir¹¹. Ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasında işlevsellikteki değişiklikler DSM tanı sisteminde tüm hastalıkların tanı kriteri olarak kullanılmaktadır¹. Buna bağlı olarak da tüm psikiyatrik hastalıklarda semptomatik düzelme ile beraber işlevsellikte de iyileşme olması amaçlanmaktadır¹². Psikotik bozukluklarda tedavi hedeflerinden bir tanesi diğer psikiyatrik hastalıklarda

da olduğu gibi uzun dönem işlevsellikte artış sağlayabilmektir¹³.

Bu çalışmada psikotik bozukluk tanısı ile yatarak tedavi gören hastaların taburculuk sonrası tedavi uyumlarının ve işlevsellik düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bunun yanında çalışma grubu tedavi uyumuna göre gruplandırılarak alt gruplar arasında karşılaştırmalar yapılacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.09.2019 tarihli, 2019/613 sayılı karar numarası ile onay alınmıştır. Çalışmanın yapılması sırasında Helsinki bildirgesi prensiplerine uyulmuştur.

Örneklem

Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri servisinde 30.06.2018-30.06.2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve hastaneden çıkış tanısı psikotik bozukluk olan hastaların dahil edilmesi amaçlanmıştır. Aynı dönemde 359 hasta yatarak tedavi görmüştür. Bu hastaların 74 tanesi psikotik bozukluk nedeniyle hastaneye yatmışlardır. Ulaşılabilen hastalardan toplam 39 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Hastaların yattıkları döneme ait hastalıkları ile ilgili klinik bilgileri hastane otomasyon sistemindeki elektronik dosyalarından edinilmiştir. Bu bilgiler yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, daha önceki yatış, tedaviden fayda inancı, ek tıbbi hastalık (uzun süreli düzenli ilaç kullanımı gerektiren hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp damar hastalıkları, tiroid, böbrek veya karaciğer hastalıkları, otoimmün hastalıklar ve kanser gibi hastalıklar), sigara kullanımı (kullanım var/yok), alkol kullanımı (kullanım var/yok) bilgilerinden oluşmaktaydı.

Uygulama

Hastalarla 30.11.2019'dan itibaren telefon ile iletişim kurulmaya başlanmıştır. Görüşmeye başlamadan önce hastalar ve yakınlarından bilgilendirilmiş sözel onam alınmıştır. Bu görüşmeler hastaların kendileri ve yakınları ile yapılmıştır. Bu görüşmelerde hastaların hastalıkla ilgili bilgisi (hastalıklarının adını ve hastalığın doğası ile ilgili genel bilgileri sorularak verdiği bilgiler neticesinde değerlendirici tarafından hastalık hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları ve içgörülerini değerlendirilmiştir.), taburculuk sonrası

yeniden hastane yatış öyküsü, kullandıkları psikiyatri ilaçlarına bağlı yan etki, ilaç kullanım frekansı ve depo tedavi ile ilgili bilgileri edinilmiştir.

Ayrıca bu görüşmelerde hastalar için Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği doldurulmuştur. Bu görüşmeler hastadan hastaya değişmekle beraber en az 20 dakika sürmüştür.

Ölçekler

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Morisky ve arkadaşları¹⁴ tarafından geliştirilen, dört sorudan oluşan, evet-hayır şeklinde cevaplandırılan, kişinin kullanmakta olduğu tedaviye uyumunu değerlendiren bir ölçektir. Antipsikotik tedavi kullanan hastalarda geçerlik ve güvenilirliği Yılmaz¹⁵ tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.62 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puan 0-4 arasında değişmekte olup, artan puanlar tedavi uyumsuzluğunun arttığına işaret etmektedir. Ölçekten alınan 0 puan tedavi uyumunun yüksek, 1-2 puan tedavi uyumunun orta, 3-4 puan ise tedavi uyumunun düşük olması anlamına gelmektedir.

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği 24 sorudan oluşan, görüşmeci tarafından doldurulan, dördümlük likert şeklinde olan ve altı faktörlü yapıya sahip bir ölçektir¹⁶. Çalışmamızda toplam puanlar kullanılmıştır. Aydemir ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur¹⁷. Ölçekten alınan daha yüksek puanlar işlevsellikte daha fazla bozulmaya işaret etmektedir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği

Guy tarafından¹⁸ geliştirilmiş, üç sorudan oluşan ve bu üç soru ile hastalık şiddeti, düzelme ve yan etkinin değerlendirildiği bir ölçektir. Hastalık şiddeti ve düzelme 1-7 arasında, yan etki ise 1-4 arasında puanlanmaktadır. Hastalık şiddeti ve yan etkinin değerlendirilmesinde artmış puanlar hastalık şiddeti ve yan etkide artışa işaret etmektedir. Düzelmenin değerlendirilmesinde ise alınan puanlar ile düzelme ters orantılı olarak değerlendirilmektedir.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel değerlendirme için "SPSS for Windows

15.0" istatistik paket programı kullanıldı. Grupların yaş dışındaki sosyodemografik verileri ve klinik özelliklerinin frekans bilgilerinin sunulmasında, n (%) kullanılmıştır. Nominal değişkenler (cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi, hastalıkla ilgili bilgi, daha önceki yatışlar, taburculuk sonrası yatış, tedaviden fayda inancı, yan etki, ilaç kullanım frekansı, depo tedavi, ek hastalık, sigara ve alkol kullanımı) arasındaki ilişkide Ki Kare Testi kullanıldı. Bağımsız grupların devamlı değişkenlerinin (KİDÖ, KGİÖ) karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Anlamlı farklılık saptanan değişkenlerde post hoc Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Değerlendirme için "SPSS for Windows 15.0" istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Post hoc karşılaştırmada anlamlılık $p < 0.05/3$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen psikotik bozukluk hastalarının sosyodemografik verileri tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 40.0 ± 10.9 idi. Hastaların 25'ini (% 64.1) erkekler, 24'ünü (% 61.5) bekarlar, 18'ini (% 46.2) 12 yıl üzeri eğitim alanlar oluşturmaktaydı. Hastaların 33'ünün (% 84.6) daha önce psikiyatri servisi yatışları olup, 10 kişi (% 25.6) de baz alınan hastane yatışı sonrası herhangi bir psikiyatri servisine yeniden yatmıştır.

Yirmi iki hasta (% 56.4) hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, 26 hasta (% 66.7) tedaviden fayda gördüğünü düşündüğünü, 25 hasta (% 64.1) ise tedaviden yan etki gördüğünü bildirmiştir. Hastaların çoğunluğu (n: 20, % 51.3) günde iki kere ilaç kullanmaktaydı. Kullanılan tedavilerin büyük kısmını (n: 30, % 76.9) oral tedavi seçenekleri oluşturmaktaydı. Hastaların 10'unda (% 25.6) eşlik eden en az bir kronik hastalık bulunmaktaydı. Yirmi altı hasta (% 66.7) sigara, 12 hasta (% 30.8) alkol kullanmaktaydı. Taburculuk sonrası geçen süreler ortalama 306.9 ± 126.7 gün olup, 150-529 gün arasında değişmekteydi. Hastaların tedavi uyumu MTUÖ'ne göre değerlendirildiğinde 20 (% 51.3) hasta düşük, 10 (% 25.6) hasta orta, dokuz hasta (% 23.1) ise yüksek tedavi uyumu olacak şekilde gruplandırılmıştır. Dolayısıyla hastaların % 76.9'u tedaviye düşük veya orta derecede uyumluuydu.

Hastalar düşük, orta ve yüksek tedavi uyumu şeklinde gruplandırıldığında yapılan karşılaştırmalar tablo 2'de verilmiştir. Gruplar arasında hastalık ile ilgili bilgi sahibi olma ($p:0.047$), taburculuk sonrasında yeniden

hastane yatışı olması (p:0.015) ve KIDÖ puanları (p:0.035) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Tedavi uyumu düşük olanların hastalık ile ilgili daha az bilgi sahibi olduğu ve taburculuk sonrasında daha fazla yeniden hastane yatışlarının olduğu

bulunmuştur. Post hoc analizde KIDÖ puanları arasındaki farklılığın tedavi uyumu düşük olanlar ile yüksek olanlar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 1. Psikotik bozukluk hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişkenler		Psikotik bozukluk (n: 39)
Yaş		40.0±10.9 (22-65)
Cinsiyet	Erkek	25 (% 64.1)
	Kadın	14 (% 35.9)
Medeni hal	Bekar	24 (% 61.5)
	Evli	8 (% 20.5)
	Diğer	7 (% 17.9)
Eğitim seviyesi (yıl)	0-8	11 (% 28.2)
	8-12	10 (% 25.6)
	>12	18 (% 46.2)
Hastalıkla ilgili bilgisi	Var	22 (% 56.4)
	Yok	17 (% 43.6)
Daha önce yatış	Var	33 (% 84.6)
	Yok	6 (% 15.4)
Taburculuk sonrası yatış	Var	10 (% 25.6)
	Yok	29 (% 74.4)
Tedaviden fayda inancı	Var	26 (% 66.7)
	Yok	13 (% 33.3)
Yan etki	Var	25 (% 64.1)
	Yok	14 (% 35.9)
İlaç kullanım frekansı	Günde bir	6 (% 15.4)
	Günde iki	20 (% 51.3)
	Günde üç	12 (% 30.8)
Depo tedavi	Var	9 (% 23.1)
	Yok	30 (% 76.9)
Ek hastalık	Var	10 (% 25.6)
	Yok	29 (% 74.4)
Sigara kullanımı	Var	26 (% 66.7)
	Yok	13 (% 33.3)
Alkol kullanımı	Var	12 (% 30.8)
	Yok	27 (% 69.2)
Taburculuk sonrası geçen süre, gün (ort±SS)		306.9±126.7
Tedavi uyumu	Düşük	20 (% 51.3)
	Orta	10 (% 25.6)
	Yüksek	9 (% 23.1)

Tablo 2. Tedavi uyumlarına göre gruplandırılan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler		Tedavi Uyumu			p değeri
		Düşük	Orta	Yüksek	
Cinsiyet	Erkek	15 (% 60.0)	4 (% 16.0)	6 (% 24.0)	0,167
	Kadın	5 (% 35.7)	6 (% 42.9)	3 (% 21.4)	
Medeni hal	Bekar	13 (% 54.2)	5 (% 20.8)	6 (% 25.0)	0,853
	Evli	3 (% 37.5)	3 (% 37.5)	2 (% 25.0)	
	Diğer	4 (% 57.1)	2 (% 28.6)	1 (% 14.3)	
Eğitim seviyesi	0-8	6 (% 54.5)	2 (% 18.2)	3 (% 27.3)	0,434
	8-12	7 (% 70.0)	1 (% 10.0)	2 (% 20.0)	
	>12	7 (% 38.9)	7 (% 38.9)	4 (% 22.2)	
Hastalıkla ilgili bilgisi	Var	8 (% 36.4)	6 (% 27.3)	8 (% 36.4)	0,047**
	Yok	12 (% 70.6)	4 (% 23.5)	1 (% 5.9)	
Daha önce yatış	Var	18 (% 54.5)	7 (% 21.2)	8 (% 24.2)	0,331
	Yok	2 (% 33.3)	3 (% 50.0)	1 (% 16.7)	
Taburculuk sonrası yatış	Var	9 (% 90.0)	0	1 (% 10.0)	0,015**
	Yok	11 (% 37.9)	10 (% 34.5)	8 (% 27.6)	
Tedaviden fayda inancı	Var	11 (% 42.3)	7 (% 26.9)	8 (% 30.8)	0,194
	Yok	9 (% 69.2)	3 (% 23.1)	1 (% 7.7)	
Yan etki	Var	13 (% 52.0)	7 (% 28.0)	5 (% 20.0)	0,801
	Yok	7 (% 50.0)	3 (% 21.4)	4 (% 28.6)	
İlaç kullanım frekansı	Günde bir	4 (% 66.7)	1 (% 16.7)	1 (% 16.7)	0,570
	Günde iki	7 (% 35.0)	7 (% 35.0)	6 (% 30.0)	
	Günde üç	8 (% 66.7)	2 (% 16.7)	2 (% 16.7)	
Depo tedavi	Var	7 (% 77.8)	1 (% 11.1)	1 (% 11.1)	0,193
	Yok	13 (% 43.3)	9 (% 30.0)	8 (% 26.7)	
Ek hastalık	Var	3 (% 30.0)	4 (% 40.0)	3 (% 30.0)	0,280
	Yok	17 (% 58.6)	6 (% 20.7)	6 (% 20.7)	
Sigara kullanımı	Var	15 (% 57.7)	4 (% 15.4)	7 (% 26.9)	0,115
	Yok	5 (% 38.5)	6 (% 46.2)	2 (% 15.4)	
Alkol kullanımı	Var	8 (% 66.7)	3 (% 25.0)	1 (% 8.3)	0,296
	Yok	12 (% 44.4)	7 (% 25.9)	8 (% 29.6)	
KİDÖ*		24.55	16.25	14.06	0.035**
KGIÖ-HŞ*		17.39	17.65	22.35	0.403
KGIÖ-D*		17.22	15.45	23.53	0.101
KGIÖ-YE*		17.28	21.45	20.50	0.671

KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği. KGIÖ: Klinik Global İzlenim Ölçeği. HŞ: Hastalık şiddeti. D: Düzeltme. YE: Yan etki. *: Değerler ortalama sıra olarak verilmiştir. **: Tedavi uyumu düşük hastalar>tedavi uyumu orta ve yüksek hastalar

TARTIŞMA

Çalışmamız sonucunda tedavi uyumu düşük olan hasta grubunda işlevsellikte azalma, hastaneye yatış sıklığında artış ve hastalıkları ile ilgili daha az bilgi sahibi oldukları bulunmuştur.

Psikotik bozukluk hastalarında tedavi uyumu ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı oranlar elde edilebilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yatarak tedavi gören psikotik bozukluk hastalarının taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda yaklaşık %

75'inin düşük veya orta derecede tedavi uyumlarının olduğu görülmüştür⁴. Çalışmamızda bulunan oran ile oldukça yakın bir orandır. Psikotik bozukluk hastalarının yakın takiplerinin yapıldığı toplum temelli tedavi yaklaşımlarının tedavi uyumunu arttırdığı bilinmektedir¹⁹. Tedavi bir bütün olarak düşünüldüğünde yatarak tedavi sırasında ve sonrasında hastaların aynı zamanda genel tıbbi birimler ve ayakta takip birimleri ile uyumunu da sürdürmek yatarak tedaviden alınan faydayı en üst seviyeye çıkarabilir²⁰. Bu tür bir izlem şeklinin hastaların taburculuk sonrasında tedavi uyumunu kolaylaştırıcı bir rolü olmaktadır. Buradan yola çıkılarak tedavi uyumunun taburculuk sonrası erken dönemden itibaren bozuk olduğu, bu konuda yapılacak girişimlerin erken dönemde yapılmasının önemine işaret ediyebilir.

Tedavi uyumu düşük olan hastalarda taburculuk sonrası daha fazla psikiyatri servisi yatışı olması beklenebilecek türde bir sonuçtur²¹. Psikotik bozukluklarda idame tedavinin önemi daha önce yapılan birçok çalışmada gösterilmiş ve meta-analizlerde de doğrulanmıştır²². İdame tedavinin süresi üzerinde bir uzlaşma bulunmamakla birlikte ilk psikotik ataktan sonra en az 18 ay daha tedaviye devam etmenin gerekliliği vurgulanmıştır. Buna ek olarak birden fazla psikotik atak geçiren hastada ise idame tedavinin süresi ile ilgili ortak kanı antipsikotik kullanım süresinin olabildiğince uzun olması yönündedir²³. İlk psikotik atak sonrasında ilacın kesilmesi durumunda takip eden bir yıl içinde yeni bir atak meydana gelme olasılığı yaklaşık % 77 olarak bulunmuştur²⁴. Bu bilgiler ışığında çalışmamız sonucundaki bulgu da literatür ile uyumlu görünmektedir.

Öte yandan tedavi uyumu düşük hastaların önemli bir kısmı hastalıklarına ait bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Psikotik bozukluklarda hastalığa ait tedavi önündeki en önemli engellerden birisi içgörü azlığıdır. Bu nedenle içgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yüksek sıklıkla beraber bulunmaktadır²⁵. Hastalığa yönelik psikoeğitimin tedavi uyumunu artırıcı özelliği gösterilmiştir²⁶.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar kronik, yeti yitimine neden olan hastalıklar olarak bilinmektedir. Bunlara bağlı olarak hastaların günlük işlevsellik düzeylerinde etkilenmeler olur. Şizofrenide işlevsellik kontrol grubuna göre genellikle daha düşük olmaktadır. Hastalığın erken döneminden itibaren işlevsellikteki düşmenin mevcut olduğu, hastalık süresinin işlevsellik üzerine etkisinin olmadığı

görülmüştür²⁷. Tedavi uyumu ile işlevsellik arasında genellikle iki yönlü bir ilişki olmaktadır²⁸. Tedavi uyumunu arttırmaya yönelik girişimlerin hastaların işlevselliği üzerinde de olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir²⁹. Dolayısıyla çalışmamız sonucunda bulunan tedavi uyumu düşük olan hastalarda daha düşük işlevsellik düzeyi literatür ile uyumlu bir bulgudur.

Bu çalışmanın güçlü yanı yatarak tedavi gören psikotik bozukluk hastalarının kendisinden ve yakınlarından bilgi alınarak çalışmanın yürütülmüş olmasıdır. Mevcut çalışmanın kısıtlılıklarından biri örneklemin küçük olmasıdır. Ayrıca hastalık şiddetinin değerlendirilmemesi, kullanılan tedavilerin değişkenler üzerindeki etkilerinin incelenmemesi, sadece yatarak tedavi gören hastaları içermesi ve değerlendirmenin telefon görüşmesi ile yapılması diğer kısıtlılıklar olarak düşünülmüşlerdir. Psikotik bozukluk hastalarının diğer ruhsal hastalıklar ile karşılaştırılmamış olması da bir başka kısıtlılıktır. Gelecekte bu kısıtlılıkların ortadan kaldırıldığı, daha geniş örneklemler ve tedavi uyumunu artırıcı müdahalelerin de hastalık gidişatı üzerine etkilerinin incelendiği çalışmaların alana önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak tedavi uyumunun psikotik bozukluklarda hastalık gidişatı açısından önemli olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle tedavi uyumunu artırıcı yöntemlerin hastalık üzerinde olumlu etkilerinin olması beklenebilir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: SÖ; Veri toplama: UK, EÇ; Veri analizi ve yorumlama: SÖ, UK; Yazı taslağı: SÖ; İçeriğin eleştirilme: SÖ, UK, EÇ; Son onay ve sorumluluk: SÖ, UK, EÇ; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: SÖ; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 12.09.2019 tarih ve 2019/613 sayılı kararı ile etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : SÖ Data acquisition: UK, EÇ; Data analysis and interpretation: SÖ, UK; Drafting manuscript: SÖ; Critical revision of manuscript: SÖ, UK, EÇ; Final approval and accountability: SÖ, UK, EÇ; Technical or material support: -; Supervision: SÖ; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from the Ondokuz Mayıs University Clinical Research Ethics Committee with the decision dated 12.09.2019 and numbered 2019/613.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Depressive Disorders. 5th ed. Washington, DC, American

- Psychiatric Association, 2013.
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar i disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:19-28.
 3. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action 2020. Geneva, WHO, 2020
 4. Demirkol M , Tamam L, Evlice Y, Karaytuğ MO. Adherence to the treatment in psychiatric patients. *Cukurova Medical Journal*. 2015;40:555-68.
 5. Böke Ö, Özdin S. Tedavi uyumsuzluğu değerlendirme ve baş etme. In *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. (Eds: Danacı AE, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2018.
 6. Dufort A, Zipursky RB. Understanding and managing treatment adherence in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2019; doi: 10.3371/CSRP.ADRZ.121218.
 7. Chaudhari B, Saldanha D, Kadiani A, Shahani R. Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Ind Psychiatry J*. 2017;26:215-22.
 8. Tham XC, Xie H, Chng CM, Seah XY, Lopez V, Klainin-Yobas P. Factors affecting medication adherence among adults with schizophrenia: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30:797-809.
 9. Civan Kahve A, Kaya H, Gül Çakıl A, Ünverdi Bıçakçı E, Göksel P, Göka E et al. Multiple antipsychotics use in patients with schizophrenia: Why do we use it, what are the results from patient follow-ups? *Asian J Psychiatr*. 2020;doi: 10.1016/j.ajp.2020.102063.
 10. Cañas F, Alptekin K, Azorin JM, Dubois V, Emsley R, García AG, et al. Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: the STAY initiative. *Clin Drug Invest*. 2013;33:97-107.
 11. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res*. 2010;69:591-9.
 12. Roosenschoon B-J, Kamperman AM, Deen ML, Weeghel Jv, Mulder CL. Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PloS One*.2019;14:e0222378.
 13. García B. Functionality as a goal in the treatment of schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:312-25.
 14. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986;24:67-74.
 15. Yılmaz S. Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu (Dokotraz tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi. 2004.
 16. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3:5.
 17. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe sürümünün Bipolar Bozuklukta güvenilirliği ve geçerliliği. *Turk Psikiyatri Derg*. 2012;23:193-200.
 18. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised. US Department of Health, Education, and Welfare Publication (ADM). Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1976:76-338.
 19. Dahlan R, Midin M, Sidi H, Maniam T. Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: a 1-year follow-up study of re-hospitalization. *Asia-Pac Psychiatry*. 2013;5:127-33.
 20. Sharfstein SS. Goals of inpatient treatment for psychiatric disorders. *Ann Rev Med*. 2009;60:393-403.
 21. Zhang Y, Dai G. Predictors of re-hospitalization over a two-year follow-up period among patients with schizophrenia enrolled in a community management program in Chengdu, China. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2012;24:30-7.
 22. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD008016.
 23. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry*. 2017;62:604-16.
 24. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res*. 2014;152:408-14.
 25. Bitter I, Fehér L, Tényi T, Czobor P. Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung*. 2015;30:18-26.
 26. Abdel Aziz K, Elamin MH, El-Saadouni NM, El-Gabry DA, Barakat M, Alhawayas F et al. Schizophrenia: Impact of psychopathology, faith healers and psycho-education on adherence to medications. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62:719-25.
 27. Costa LG, Massuda R, Pedrini M, Passos IC, Czepielewski LS, Brietzke E, et al. Functioning in early and late stages of schizophrenia. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014;36:209-13.
 28. Schaub D, Brüne M, Jaspén E, Pajonk FG, Bierhoff HW, Juckel G. The illness and everyday living: close interplay of psychopathological syndromes and psychosocial functioning in chronic schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261:85-93.
 29. Sajatovic M, Ramirez LF, Fuentes-Casiano E, Cage J, Tatsuoka C, Aebi ME et al. A 6-Month Prospective Trial of a Personalized behavioral intervention + long-acting injectable antipsychotic in individuals with schizophrenia at risk of treatment nonadherence and homelessness. *J Clin Psychopharmacol*. 2017;37:702-7.