



DERLEME/REVIEW

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler

Treatment Compliance and Related Factors in Patients with Bipolar Disorder

Mahmut Onur Karaytuğ¹, Lut Tamam¹, Mehmet Emin Demirkol¹, Zeynep Namlı¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

ABSTRACT

Despite the current treatment options, there is no significant increase in the treatment compliance of patients with bipolar disorder. In those with chronic disease, adherence to treatment is an important factor affecting recovery. Non-adherence to treatment is generally explained by “lack of insight” in psychiatric disorders. Adherence to treatment also affects the way the patient's family and himself perceive the disease. Medication compliance is adversely affected by patients with insufficient social support, lack of knowledge about the disorder, dysfunctional attitudes in their families, and fear of stigma. Three main items related to non-compliance with drug therapy were identified in the studies. Patient-related factors; age, gender, marital status, substance use, psychotic disorder, personality disorder, earnings related to patient role, factors related to illness; insufficient insight, insufficient information on long-term drug use, the disease becoming chronic, lack of information about the disease, stigma, disease acceptance/rejection, drug-related factors; improvement or no signs of improvement, side effects, and concerns about drug addiction. Among these substances, the most known are drug-related side effects. In individuals with bipolar disorder, drug non-compliance decreases the quality of life and increases the rate of hospitalization. It also causes high care costs and mortality, depressive episodes and suicides. Identifying and eliminating the factors that cause treatment non-compliance will increase treatment compliance and reduce treatment costs and the number of hospitalizations.

Keywords: Bipolar disorder, treatment, adherence.

ÖZET

Mevcut tedavi seçeneklerine rağmen, bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavi uyumunda belirgin bir artış görülmemektedir. Kronik hastalığı olanlarda, tedaviye uyum iyileşmeyi etkileyen önemli bir faktördür. Tedaviye uyumsuzluk psikiyatrik bozukluklarda genelde “içgörü eksikliği” ile açıklanır. Tedaviye uyumu hastanın ailesinin ve kendisinin hastalığı algılama şekilleri de etkilemektedir. Sosyal desteği yeterli olmayan, rahatsızlık ile ilgili bilgi eksikliği olan, ailesinde işlevsiz tutumlar ve damgalanma korkusu olan hastaların ilaç uyumu olumsuz etkilenmektedir. Çalışmalarda ilaç tedavisine uyumlu olmama ile ilgili üç temel madde saptanmıştır. Hastaya bağlı faktörler ; yaş, cinsiyet, medeni durum, madde kullanımı, psikotik bozukluk, kişilik bozukluğu, hasta rolüne bağlı kazançlar, hastalığa bağlı faktörler; içgörünün yetersiz olması, uzun süreli ilaç kullanımına dair yetersiz bilgi , hastalığın kronisite kazanması, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, stigma, hastalık kabulü/reddi, ilaca bağlı faktörler; iyileşme veya hiçbir iyileşme belirtisi olmaması, yan etkiler, ilaç bağımlılığı konusundaki endişelerdir. Bu maddeler arasında en bilinen ilaca bağlı yan etkilerdir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde ilaç uyumsuzluğu, yaşam kalitesini düşürüp , hastaneye yatış oranlarını artırmaktadır. Aynı zamanda bakım masrafları ve mortalitenin yüksek olmasına, depresif ataklara, intiharlara, neden olmaktadır. Tedavi uyumsuzluğuna sebep olan etkenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması tedavi uyumunu arttırmakla birlikte, tedavi masraflarını ve hastaneye yatış sayısını azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, tedavi, uyum

Giriş

Bipolar bozukluk (BB) tanılı hastalarda atakların sıklığını azaltmak, hastalığa bağlı olan psikolojik ve sosyal etkilenmeyi kontrol altına almak, hastalığın işlevsellik üzerine olumsuz etkilerini azaltmak için düzenli bir tedavi gereklidir¹. Farmakolojik tedavi BB’de ilk seçenek olarak kullanılmakla birlikte ilaçların psikoterapi ile kombine edilmesi hastaların %60- 80’inde doyurucu bir hayat sürdürmeye imkan vermektedir. Tercih edilen



ilaçların etkinliği çoğunlukla tedaviye uyum ile ilişkilidir². Kronik hastalığı olan hastalarda tedaviye uyum iyileşmeyi etkileyen önemli bir faktördür³.

Tedaviye uyum; hekim tarafından reçete edilen tedaviyi kabul edip uygulamak, önerilen zamanlarda muayeneye gelmek, tedaviyi yarım bırakmamak, reçete edilen ilaçları önerilen miktarda ve sürede kullanmak, davranış değişiklikleri ve beslenme ile ilgili önerilere uymak olarak tanımlanır⁴. Tedaviye uyum ile ilgili sorun yaşayan özellikle kronik hastalarda hastalık semptomlarının ve hastaneye yatışların tekrar etmesi ile buna bağlı olarak tedavi maliyetlerinin artması, intihar oranlarının yükselmesi gibi sonuçlar sık görülmektedir⁵.

Tedaviye uyum olmaması psikiyatrik bozukluklarda genelde hastanın hasta olduğunu kabul etmemesi, hastada içgörü olmaması şeklinde ifade edilir, fakat bu sebepler tedaviye uyum ile ilgili yeterli veri sağlamamaktadır⁶. Ayrıca tedaviye uyumu hastanın ailesinin ve kendisinin hastalığı algılama şekilleri de etkilemektedir. Sosyal desteği yeterli olmayan, rahatsızlık ile ilgili bilgi eksikliği, ailesinde işlevsiz tutumları ve damgalanma korkusu olan hastanın ilaç uyumu olumsuz etkilenmektedir⁷.

Bu alanda araştırma sayısı ülkemizde kısıtlıdır. Yapılmış olan sınırlı araştırmalarda ise depresif bozukluk tanılı hastalarda uyumsuzluk tedavinin etkinliği ve yan etkilerle ilgili bilgi eksikliği ile açıklanmaktayken, psikotik bozukluk tanılı hastalarda sosyal destek azlığı ve içgörü eksikliği ön plana çıkmaktadır⁸.

Yurt dışındaki araştırmalarda tedaviye uyum üzerine etkili faktörler; hasta, ilaç ve hastalık olarak üçe ayrılmaktadır. Hastaya ait sosyodemografik özellikler, eşlik eden hastalıklar hasta ile ilgili faktörler olarak tanımlanırken, içgörünün eksik olması, kronisite, stigma hastalık ile ilgili faktörler olarak tanımlanır. Ayrıca tedavi ile belirtilerde düzelme ve ilaçların yan etkileri ise; ilaç ile ilgili faktörler olarak ele alınır⁹.

BB tanılı hastalarda tedaviye uyum ile ilişkili olan faktörlerden, erkek cinsiyet, genç yaş, düşük eğitim seviyesi, bekar olmak, zayıf içgörü, hastalık ile ilgili farkındalık eksikliği, tedaviye olumsuz tutum, yan etki korkusu, yan etkiler gibi hasta ve tedavi ile ilgili faktörlerin kötü uyum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir¹⁰⁻¹¹. Komorbid olarak alkol ve madde kullanan BB tanılı hastaların da tedaviye daha uyumsuz olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmıştır¹². Yapılan birçok çalışmada, hem psikostimulan hem de psikodepresan maddelerin kötüye kullanımı psikotrop ilaçlara uyumsuzlukla ilişkilendirilmiştir¹³⁻¹⁴. Hastalığa ve tedaviye karşı olumsuz tutum, yaşamından hoşnut olmama gibi psikolojik faktörlere psikoterapi yöntemleri ile müdahale etmenin tedaviye uyumu arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır¹⁵.

BB manik epizodlar esnasında öfori durumunu tecrübe eden hastalar bu keyif verici durumun kalıcı olmasını isteyebilirler. Zamanla manik atak sonrası tedavinin de etkisiyle çökkünlük semptomlarının ortaya çıkabileceğini öngören hastalar çökkünlüğün yeniden ortaya çıkmaması için ilaçları kullanmak istemeyebilirler. BB tanılı hastaların yaklaşık %60'ı başlanan tedaviyi altı ay içinde bırakmakta ve %35'i uzun yıllar tedaviye başvurmamaktadır. BB tanılı hastaların yaklaşık % 35-40'ı hekimi ile işbirliği yapmadan en az iki kez tedavisini aksatmıştır ve BB hastalarının % 90'ı yaşamları boyunca kullandığı ilacı en az bir kez aksattığını ifade etmiştir¹⁶.

Bu derlemede BB tanılı hastalarda tedaviye uyumsuzluğun nedenlerine ve sonuçlarına değinilecekve tedaviye uyumu arttıracak yöntemlerin üzerinde durulacaktır.

Bipolar Bozuklukta Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum dinamik bir süreçtir. Hastalığın bir döneminde tedaviye iyi uyum gösteren bir hasta, başka bir zamanda kötü bir şekilde uyum sağlayabilir. Uzunlamasına takipte %20-60 aralığında uyum sorunu tespit edilmiştir¹⁶. Bazı araştırmacılar, koruyucu tedavi kesildiğinde hastalığın erkenden tekrarlayacağını ifade etmektedir. Geniş örneklemlilerde bir çalışmada, lityumun sürekli kullanımının ortalama süresinin, ilk reçete edildiğinden itibaren yalnızca 76 gün olduğunu bildirmişlerdir¹⁷. Diğer bir araştırmada, hastalar iki yıl takip edilmiştir, BB tanılı hastaların yarısı bir veya daha fazla kez, yaklaşık üçte biri ise iki veya daha fazla kez koruyucu lityum tedavisini aksatmışlardır¹⁸. Karbamazepin ve valproik asit kullanan hastalarla yapılan çalışmada, tedavinin sürdürüm fazında hastaların yarısından fazlasında uyumsuzluk tespit edilmiştir¹⁹. BBtanılı hastaların yarısından fazlası altı ay içerisinde tedaviyi bırakmakta ve üçte birinin yıllarca tedavi arayışı olmamaktadır. Ayrıca BB tanılı hastaların en az % 30'u önerilen tedaviyi uygulamada büyük oranda başarısızdır²⁰.

Fonda Mental Advanced Centers of Expertise for Bipolar Disorder (FACE BD) çalışmasında, BB tanısı olan hastalarda tedaviye uyum oranı %25 iken, Hindistan'da remisyonda olan BB tanılı hastaların tedaviye uyum oranı %60 olarak bildirilmiştir²¹.

BB tanılı hastaların yaklaşık üçte birinin ilaçlarını düzenli kullanmadığı, bu grupta yatarak tedavi oranının %73 olduğu, tedavisine uyumlu grupta ise hastaneye yatış oranının %31 olduğu bildirilmektedir. Tedavi maliyetinin uyumlu hastalarda 1657 dolar, uyumsuz olanlarda ise 9701 dolar olduğu bildirilmiştir. Tedaviye uyumlu olmayan BB tanılı hastaların yaşam kalitesinin azaldığı ve mortalite oranlarının ise yüksek olduğu tespit edilmiştir²².

Tedaviye uyumsuzluk nedenleri

BB'de, tedavi uyumu üzerindeki temel etkilerden biri, doktorlar veya klinisyenler ve hastalar arasındaki tedavi ittifakıdır. Klinisyenler ve hastalar arasında işbirlikçi ve duygusal bir bağ olarak tedavi ittifakı kavramının kökeni psikanalitik psikoterapi ve psikoterapötik literatürde yatmaktadır²³⁻²⁴. Şizofreni gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda tedavi ittifakına ilişkin araştırma-kanıtlarla uyumlu olarak, etkili bir ittifakın BB'de de tedaviye uyum üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir²⁵. Tedavi ittifakının uyum üzerindeki etkisine ilişkin araştırmalar nispeten az olsa da, birkaç çalışmadan elde edilen bulgu, güçlü bir terapötik ittifakın, BB'li hastalarda daha iyi uyum ile ilişkili olduğudur²⁶⁻²⁹.

Eğitim seviyesinin düşük olmasının ve stresin BB tanılı hastalarda tedaviye uyumu azalttığına yönelik araştırmalar literatürde bulunmaktadır¹. Stresin duygulanım üzerine etkisi uzun zamandır bilinmektedir²⁶. Özellikle stres ve depresyon ilişkisine vurgu yapılmaktadır. Çoğu zaman stresli bir yaşam olayı sonrası depresif atağın ortaya çıktığı bilinmektedir. Bununla birlikte manik atağın stres düzeyi yüksek hastalarda tekrarlama ihtimali yaklaşık olarak 5 kat daha fazladır³⁰.

Tedaviye uyum sorunu yaşayan hastalar, çoğunlukla koruyucu ilaç kullanımına dirençlidirler¹. Rahatsızlığın önemini kabul etmek istemezler. Yan etkilerden ziyade bu yan etkilerin ortaya çıkacak olmasına dair endişenin uyumsuzluğu ortaya çıkarabileceğini ifade eden araştırmacılar da bulunmaktadır³¹.

Kültürün ve sosyal çevrenin psikiyatrik ilaçlara ve bozukluklara yaklaşımı olumsuz olabilmektedir. Halk arasında anlatılan anekdotlar, ilaçlar ve psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilgili aslı olmayan bilgilerin hızlı bir şekilde yayılmasına sebep olarak endişe oluşturabilmektedir. Örneğin ağır psikiyatrik bozukluklarda adli problemler yaşama ortalaması genel popülasyon ile benzer düzeyde iken, bu hastalara potansiyel suçlu gözüyle bakılabilmektedir. Bu durum hastalarda kullandığı ilaçları gizleme, hastaneye başvurulardan kaçınma gibi davranışlara neden olabilmektedir³².

Bipolar Bozuklukta Tedavi Uyumsuzluğunun Sonuçları

BB tanılı hastalar sosyal çevresi tarafından damgalanma endişesi ile rahatsızlıklarını inkar ederek tedaviden kaçınabilirler. Bu aşamayı geçip tedaviye başlayan çoğu hasta ise koruyucu tedavi sürecinin ömür boyu devam etmesi sebebiyle daha sonraki süreçte tedaviye uyumsuzluk geliştirebilir. BB tanılı hastaların yaşam kalitesinin düşmesini önlemek, mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak, işlevselliğini koruyabilmek için tedaviye uyum stratejileri önem arz etmektedir. Hastaların tedaviye uyumu ile atak sayısının azaltılması ve yeti yitiminin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bu hastalarda önemli bir problem olan intihar davranışı da tedaviye uyum ile yakından ilişkilidir²⁷.

BB tanılı hastalar hayat boyu yaklaşık 8-10 atak geçirirler. Tedaviye uyumsuzluk atak sayısını arttırabileceği gibi atak sayısı da tedaviye uyumu bozabilir fakat atak sayısının tedaviye uyumu nasıl etkilediği ile ilgili yapılan araştırmalar birbirinden farklılık göstermektedir³³. Erken başlangıçlı (18 yaş öncesi) olanlar, 40 yaşından sonra yani geç başlayan olgulara göre daha fazla psikotik atak, daha fazla karma belirtili atak, daha fazla panik bozukluk birlikteliği gösterirler. Bu hastalar koruyucu lityum tedavisine daha düşük yanıt verirler. Daha düşük yanıtla birlikte hastaların ilaç tedavisine inancı azalır ve ilaç uyumsuzluğu ortaya çıkar. Bu kısır döngü sonucu ataklar daha da kötüleşebilmektedir³⁴.

Tüm duygudurum bozukluklarının %10-20'sini bipolar bozukluklar oluşturmaktadır. BB tanılı hastalardaki intihar girişimlerinin ölümcül sonuçlanma olasılığı, genel popülasyondaki oranlardan 15 kat fazladır. Bipolar

depresyondaki hastalarda intihar davranışı bipolar manik atak döneminden 35 kat daha fazladır. Hastalığın tekrarlama oranları bir yılda %35.7 ile %55 arasında değişmekte olup, beş yılda görülen tekrarlama oranı %73 olarak bildirilmektedir. Bu rakamlar tedaviye uyumsuzlukla birlikte belirgin olarak artmaktadır³⁵. BB rahatsızlığının maddi yükünün Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak 40 milyar dolar olduğu ve bunun yine yaklaşık % 15'inin direkt tedavi maliyeti olduğu tahmin edilmektedir³⁶. Tedavi uyumsuzluğu, tekrar hastalanma oranlarını ve hastane yatışlarını artırarak tedavi maliyetlerini de artırmaktadır.

Tedaviye uyumu arttıran yöntemler

Güçlü bir ittifak, BB'de tedaviye daha olumlu tutumlar geliştirmek ve hastalar arasında tedaviyi kabul etmek gibi çeşitli şekillerde tedaviye uyumu artırıyor gibi görünmektedir³⁷⁻³⁹. Ayrıca, hasta merkezli bir yaklaşım ve işbirlikçi bir klinisyen-hasta ittifakı, BB'de uyumu arttırmak için tasarlanmış tüm psikososyal müdahalelerin temel bileşenleri gibi görünmektedir^{37,9}. Psikoterapide terapötik ittifak tanımlarının, ilişkinin işbirlikçi doğası, hastalar ve terapistler arasındaki duygusal bağ, hastanın ve terapistin tedavi hedefleri ve görevleri üzerinde anlaşma yeteneği olmak üzere üç ortak unsuru vardır²³. BB'de başarılı bir tedavi ittifakı oluşturmak, hasta ile klinisyen arasında iki yönlü, karşılıklı bir iletişimle başlar²⁶. Klinisyenler ayrıca hastanın uzun süreli tedavi konusundaki endişesini veya sıkıntısını kabul etmekte başarısız olabilir. Bu nedenle klinisyenlerin öncelikle hastaların ilaç kullanımıyla ilgili sorunlarını özgürce tartışabilecekleri bir ortam yaratmaları gerekmektedir. Klinisyenlerin ayrıca hastanın hastalık ve ilaç kullanımına ilişkin görüşlerini anlamaya çalışırken aktif bir rol oynaması gerekir. Bu açık ve aktif duruşu iletirmek için klinisyenler yalnızca daha etkili bir şekilde dinlemekle kalmamalı, aynı zamanda hastalarla etkili bağlantılar kurmak için bu iletişime değer vermeyi öğrenmelidir^{26,40,41}. Ayrıca, bu iletişim, ilaçlarla ilgili yanlış inançları etkili bir şekilde ortadan kaldırmak, damgalanma duygularını azaltmak ve hastalar arasında tedaviye karşı olumlu tutumları teşvik etmek için kullanılabilir⁴². Etkili bir tedavi ittifakının diğer gerekli bileşeni, hastalar ve klinisyenler arasında gerçekten işbirliğine dayalı bir ilişkidir. Bu işbirlikçi ilişki, hastaların kendi tedavileri hakkında karar verme haklarına saygı duyulması ve aktif ve eşit ortaklar olarak hastalar ve klinisyenler ile paylaşılan bir karar verme süreci üzerine kuruludur⁴³. Kanıtlar, hastaların tedavi ittifakının bu etkileşimsel bileşenine büyük önem verdiğini ve tedaviyle ilgili kararlarda klinisyenler ile hastalar arasındaki anlaşmanın derecesinin hastalar için yüksek bir öncelik olduğunu göstermektedir⁴⁴. Uyum, hem hastalar hem de klinisyenler ittifak içindeki rolleri ve sorumlulukları konusunda hemfikir olduklarında artar. Hastalar ayrıca bu etkileşimsel ilişkinin esnek olmasını ve klinik durumdaki değişikliklere ve tedavi gereksinimlerine göre değişiklik gösterebilmesini ister²⁶. Araştırmalar ilaca olan güvenin, klinisyene duyulan güvenin ve olumsuz tedavi beklentilerinin yokluğunun hepsinin BB'de uyum ile ilişkili olduğunu gösterdiğinden, güven duyguları güçlü bir tedavi ittifakı oluşturmaya da yardımcı olur⁴⁵. Diğer önemli unsurlar, klinisyenler tarafından yapılan düzenli temaslar ve incelemeler, devam eden destek ve klinisyen-hasta ilişkisinin uzun vadeli istikrarıdır^{46,27}. Son olarak, hastaların hastalık ve tedavisine ilişkin tutumları, klinisyene ilişkin algıları, hastaların etnik ve kültürel kökenleri, hastalardan beklentiler gibi faktörler de uyum üzerine etkilidir.

İlaçların neden olduğu yan etkilerin engellenmesi veya azaltılması tedaviye uyumu artırabilmektedir. İlaçları yavaş titre etmek yan etki ihtimalini azaltacağından hastaların tedaviye uyumunu arttırabilir. Özellikle çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda bu duruma daha çok dikkat edilmelidir⁹. İlaçlara bağlı ortaya çıkan metabolik yan etkilere yönelik düzenli egzersiz ve hastayı bir diyetisyene yönlendirmek hastanın tedaviye uyumunu arttırabilir³⁰. Duygu durum düzenleyici ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilen ağız kuruluğu için kalorisi yüksek içeceklerden kaçınılmalıdır. İlaç kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek gastrointestinal yan etkileri azaltmak için ise, ilaçların yemekle birlikte alınması önerilebilir. Ellerde titreme ortaya çıkar ise ilaç dozu düşürülebilir veya beta-blokör ilaçlar tedaviye eklenebilir¹.

Bahsedilen faktörlere ek olarak hekimlerin hastalık ve önerilen ilaçlar ile ilgili yeterli açıklama yapması tedaviye uyumu arttıracaktır. Hasta-hekim arasında iyi bir iletişim olması yani iyi bir terapötik ilişki, hastanın tedaviye devamlılığını aynı zamanda psikososyal girişimlere uyumunu arttırmaktadır. Bir çalışmada hastalık ve tedaviyle ilgili faktörlerin BB tanılı hastalarda uyumsuzluğu açıklamada başarısız olduğu bu sebeple hastaların tutumlarının, sağlık inançlarının ve bu tutum ile inançların sebeplerinin araştırılmasının tedavi uyumu üzerine etkisine daha fazla önem verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır⁴⁷.

Tedaviye uyum ile sosyal destek ilişkisini inceleyen çalışmalarda, sosyal desteğin yeterli olmasının uyum üzerine olumlu etkisinin olduğu ve iyileşme ile sağlığın korunması, geliştirilmesi üzerine de katkılarının olduğu gösterilmiştir⁴⁸. Sosyal destek aynı zamanda hastaların yalnız kalmasını engelleyerek toplumdaki izole olmamalarını sağlar. Bu da hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır⁴⁹.

BB tanılı hastalarda bilişsel terapi temelli müdahalelerin ilaç tedavisine uyumu artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca psikoedükatörün de uyum konusunda atılması gereken ilk adım olduğu ifade edilmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğu tanı ve tedavi sürecinin aktif bir parçası olmak ister, tedavinin amacının ne olduğunun açık bir şekilde anlatılmasından yarar görürler⁷.

Tedaviye uyum oranı, ilk muayenede ve kontrol görüşmelerinde hastanın soru sormasını teşvik ederek kafasındaki belirsizliği gidermekle artabilir. Bu sebeple özellikle ilaçlara bağlı cinsel yan etkiler ve kilo artışı gibi durumların varlığı konuşularak çözüme kavuşturulmalıdır. Bununla birlikte ilaç reddinin arkasında damgalanma, sosyal statü kaybı endişesi gibi durumların olabileceği de göz ardı edilmemelidir⁵⁰.

İlaç uyumunu artırarak hastalık nüks oranlarını, hastaneye yatış sayısını azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak araştırmacıların temel hedefidir.

Gebelik döneminde tedavi uyumu

Gebelik döneminde tedaviye uyumsuzluk artabilir çünkü hem hastalar hem de tedavi eden doktorlar fetal malformasyonlardan endişe duyabilir. Uyumsuzluğa istinaden acil servise başvuru ve kliniğe yatış oranının artacağı öngörülmektedir. Psikiyatri acil servislerine başvuran hamile kadınlar, üreme güvenliği hususlarına bakılmaksızın, mevcut zihinsel durumlarını tedavi etmek için nispeten yüksek dozlarda psikotrop ilaçlar kullanmak zorunda kalabilirler. Boden ve meslektaşları, bipolar bozukluğu olan hem tedavi edilmiş hem de tedavi edilmemiş kadınların, akıl hastalığı olmayan kadınlara göre olumsuz gebelik sonuçları açısından daha büyük risk altında olduğunu bulmuşlardır. Nüksün gebelikte ve lohusalıkta olası sonuçlarını hatırlamak önemlidir: Bir kadının zihinsel durumu, kendisine veya çocuğuna yeterince bakmasını engelleyebilir ve bu, bebeklerin anne bakımından uzaklaştırılmasına neden olabilir⁵¹.

Gentile'in araştırmasının bulguları göz önüne alındığında, bipolar bozukluğu olan tüm gebelerde psikotrop ilaçlarla profilaktik tedavinin aktif olarak teşvik edilmesi gerektiği açıktır. Burada önemli olan gebelik döneminde tedavinin en iyi uygulanabileceğidir⁵².

Hastalara, tedavi edilmeyen psikiyatrik bozuklukla ilişkili risklere karşı tedavinin riskleri konusunda uygun şekilde danışmanlık verilmelidir. Mümkün olan her yerde, hastalara mevcut finansal desteğin sunulduğundan ve tıbbi hizmetlerden yararlanmalarına yardımcı olduğundan emin olunması önerilmektedir. Ebeveyn olmanın getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri ve zorlukları hastalar, eşler ve aile ile tartışılmalı ve anne-bebek çifti için destekleyici bakıcıların belirlenmesine yardımcı olunmalıdır. Özellikle dezavantajlı gruplara ve tecrit edilmiş kadınlar için sosyal entegrasyon teşvik edilmelidir. Bu ek müdahaleler ile ilaç tedavisine uyum oranının artacağı beklenmektedir⁵³.

Sonuç

BB tanılı hastalarda tedaviye uyumsuzluk hastalığın klinik seyrini, hastanın sosyal, mesleki ve ailesel işlevselliğini etkilemektedir. BB tanılı hastalarda tedaviye uyumun kısmi ya da tam olarak bozuk olması; hastane yatış sayısında artış, sık atak geçirme ve tedaviye direnç ile ilişkilendirilmektedir⁵⁴. Tedaviye uyumsuzluk yaşam kalitesini azaltmakta, iş gücü kaybına sebep olmakta ve tedavi maliyetini arttırmaktadır. Günümüzde tedavi seçenekleri çeşitli olmasına rağmen tedaviye uyumsuzluk belirgin oranda azaltılamamıştır. Tedaviye uyum eğer 'ya hep ya hiç ilkesine' göre kabul edilirse kısmi uyumsuzluk gibi arada kalan uyumsuzluk seviyelerinin sebeplerinin tespit edilmesi ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri sunulması zorlaşacaktır. Tedaviye uyum ile ilişkili faktörler ne kadar ayrıntılı tespit edilirse çözüm önerileri de artmış olacaktır. Artan etkili çözüm önerileri hastalığın sebep olduğu yıkımı, tedavi maliyetini, iş gücü kaybını en aza İndirgeyecektir.

Kaynaklar

1. Işık E. Duygu Durumu Bozuklukları Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaacılık. 2003.
2. Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik ilaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Der. 2000;1/2:100-106.
3. Balıkcı A, Erdem M, Zincir S, Bolu A, Bozkurt S, Ercan S et al. Adherence with outpatient appointments and medication : A two-year prospective study of patients with schizophrenia. Bull Clin Psychopharmacol. 2016;23:57-64.
4. World Health Organization. (2003), Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization.
5. Riley WT, Velligan DI, Sajatovic M, Valenstein M, Safren S, Lewis-Fernaández R et al. Adherence to psychiatric treatments. Psychiatry. 2009;20:89-96.
6. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder—an integrative review of the literature. International journal of nursing studies. 2011;48: 894-903.
7. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, Ganoczy D, Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. Psychiatric Services. 2007;58:855-63.
8. Kripalani S, Risser J, Gatti ME. Development and Evaluation Of The Adherence To Refills And Medications Scale (ARMS) Among Low-Literacy Patients With Chronic Disease. Value in Health. 2009;12:118-23.
9. Johnson FR, Özdemir S, Manjunath R, Hauber AB, Burch SP, Thompson TR. Factors That Affect Adherence to Bipolar Disorder Treatments A Stated-Preference Approach. Med Care. 2007;45:545-52.
10. Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. Bipolar disorders. 2006;8:618-24.
11. Mazza M, Mandelli L, Di Nicola M, Harnic D, Catalano V, Tedeschi D et al. Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without cooccurring substance use disorder: 1-year follow-up. Journal of affective disorders. 2009;115:2735.
12. Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, İnnamorati M et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. World Journal of Psychiatry. 2014;4:1.
13. Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. Patient preference and adherence. 2015;9:87.
14. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication nonadherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews. 2020;9:1-18.
15. Maurel M, Azorin JM, Adida M, Fakra E, Richieri R, Bottai T et al. Bipolar affective disorders: models and assessment of psychological treatments. L'encephale. 2010;36:202-5.
16. Scott J. Predicting Medication Non-Adherence in Severe Affective Disorders. Acta Neuropsychiatr. 2000;12:128-30.
17. Johnson R, McFarland B. Lithium Use And Discontinuation In A Health Maintenance Organisation, Am J P sychiatry. 1998;153:993-1000.
18. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and Physician Attitudes Toward Lithiumo Title. Arch Gen Psychiatry.1979;36:866-69.
19. Keck P, Mcelroy S, Strawkoski S, Bourne M, West S. Compliance with Maintenance Treatment In Bipolar Disorder. Psychopharmacol Bull. 1997;33:87-91.
20. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez-Moreno J, Scott J . Identifying and improving nonadherence in bipolar disorders, Bipolar Disord. 2005;5:24-31.
21. Selvakumar N, Menon V, Kattimani S. A Cross-sectional analysis of patterns and predictors of medication adherence in bipolar disorder : Single center experience from. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2018;16:168-175.
22. Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. Psychiatr. Serv. 2001;52:805-11.
23. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68:438.
24. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. Advances in psychiatric treatment. 2007;13:336-46.
25. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. PLoS One. 2012;7:e36080.
26. Sajatovic M, Davies M, Bauer MS, McBride L, Hays RW, Safavi R et al. Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder. Comprehensive Psychiatry. 2005;46:272-77.
27. Zeber JE, Copeland LA, Good CB, Fine MJ, Bauer MS, Amy M ve ark. Therapeutic Alliance Perceptions And Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. Journal of Affective Disorders. 2008;107:53-62.
28. Calogero R, Pedrotty K. Daily practices for mindful exercise. in Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health: Theory, Research, and Practice. 2007. doi:10.1007/0-387-36899-X_7.
29. Cochran SD, Gitlin MJ. Attitudinal correlates of lithium compliance in bipolar affective disorders. The Journal of nervous and mental disease. 1998;176:457-64.
30. Karadağ H, Korkucan A, Güriz O, Atmar M, Örsel S. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology Assessing the treatment adherence and clinical correlates of low adherence among bipolar disorder outpatients: a cross-sectional study Assessing the treatment adherence and clinical correlates of low adherence among bipolar disorder outpatients: a cross-sectional study. 2018. doi:10.1080/24750573.201.

31. Karaytuğ MO, Keskin N, Tamam L, Ozpoyraz N, Demirkol ME, Gurbuz M. Assessment of treatment adherence in patients with bipolar disorder. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2017;7:185-90.
32. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Dilsaver YT, Krajewski KJ. Panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry Res*. 1997;73:47-56.
33. Coryell W, Scheftner WA, Keller M. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150:720-7.
34. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:469-76.
35. Kora K, Saylan M, Akaya C, Karamustafaloğlu N, Tomruk N, Yasan A et al. Predictive factors for time to remission and recurrence in patients treated 66 for acute mania: health outcomes of manic episodes (HOME) study. *Prim Care Companion, J Clin Psychiatry*. 2008;10:114-19.
36. Gitlin MJ, Swendsen j, Heler TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1635-40.
37. Berk M, Berk L, Castle DA. collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2004;6:504-18.
38. Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Human psychopharmacology: clinical and experimental*. 2010;25:1-16.
39. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' Reports of the Factors Influencing Medication Adherence in Bipolar Disorder – An Integrative Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:894-903.
40. Lingam, R. & Scott, J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand*. 2002;105:164-172.
41. Miaso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence and Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service, *Rev LatinoAm Enfermagem*. 2009;17:548-56.
42. Strauss JL, Johnson SL. Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. *Psychiatry Research*. 2006;145:215-23.
43. Rakofsky JJ, Levy ST, Dunlop BW. Conceptualizing treatment nonadherence in patients with bipolar disorder and PTSD. *CNS spectrums*. 2011;16:11-20.
44. Lewis L. Patient perspective on the diagnosis, treatment, and management of bipolar disorder. *Bipolar Disord. Suppl*. 2005;7:33-37.
45. Kleindienst N, Greil . Are illness concepts a powerful predictor of adherence to prophylactic treatment in bipolar disorder?. *Journal of Clinical psychiatry*. 2004;65:966-74.
46. Sajatovic M, Biswas K, Kilbourne AK, Fenn H, Williford W, Bauer MS. Factors associated with prospective long-term treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Psychiatric services*. 2008;59:753-59.
47. Chakrabarti S. Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World J. Psychiatry*. 2016;6:399.
48. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1-46.
49. Byrne N, Regan C, Livingston G. Adherence to treatment in mood disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2006;19:44-49.
50. Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to Medication in Bipolar Disorder: A Qualitative Study Exploring the Role Of Patients Beliefs About The Condition And its Treatment. *Bipolar Disord*. 2007;9:656-64.
51. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ*. 2012;345:e7085
52. Gentile S. Lithium in pregnancy: the need to treat, the duty to ensure safety. *Exp Opin Drug Saf*. 2012;11:425-37.
53. Gentile S. More than half of women with a history of psychosis have a psychiatric episode in the first year after childbirth [commentary]. *Evid Based Ment Health*. 2005;32:33.
54. Demirkol ME, Evlice YE, Karaytuğ MO, Tamam L. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Med J*. 2015. doi:10.17826/cutf.04659.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Mahmut Onur Karaytuğ
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Adana, Türkiye
e- mail: mokaraytuğ@gmail.com

Geliş tarihi/ Received: 09.01.2022**Kabul tarihi/ Accepted:** 19.02.2022