

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TELEFONLA PROBLEM ÇÖZME MÜDAHALESİNİN
ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN
İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUNA ETKİSİ

Esra USLU

DOKTORA TEZİ

2017-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TELEFONLA PROBLEM ÇÖZME MÜDAHALESİNİN
ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN
İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUNA ETKİSİ

Esra USLU

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 01/06/2017

İmza

Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU Akdeniz niversitesi
ye	: Prof. Dr. Selma ÖNCEL Akdeniz niversitesi
ye	: Doç.Dr. Mualla YILMAZ Mersin niversitesi
ye	: Doç.Dr.Selma SABANCIOğULLARI Cumhuriyet niversitesi
ye	: Yrd. Doç. Dr. Saliha HALLAÇ Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/.....sayılıkararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Esra USLU

İmza

Kadriye BULDUKOĞLU

İmza

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren hayatımda özel bir yeri olan, akademik duruşunu ve etik değerlere bağlılığını her zaman örnek aldığım, öğrenimim süresince eşsiz hemşirelik felsefesini benimle paylaşan, tez çalışmamın her aşamasında varlığını içtenlikle sunan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

Kısa süreli de olsa kendisi ile çalışmanın bana çok şey kazandırdığına inandığım, bilgi ve deneyimleri sayesinde ürettiği pratik çözümlerle zorları kolaylaştıran değerli hocam Prof.Dr. Taha KARAMAN'a,

Tez izlem komitemde yer alarak, titiz incelemeleri, katkı ve yönlendirmeleri ile yolumu aydınlatan Prof. Dr. Selma ÖNCEL'e ve Yard. Doç. Dr.Saliha HALLAÇ'a,

Doktora eğitimim süresince kendilerinden ders aldığım, gelişimime emek veren bütün hocalarıma,

Bu tezi uygulamama olanak sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yöneticilerine, bana kendimi ekibin bir parçası gibi hissettiren ve uygulamayı yürütmeme destek olan Psikiyatri Servisi Sorumlu Hemşiresi Melehat KURŞUN'a ve onun nezlinde diğer kıymetli hemşire arkadaşlarıma, hastaların taburcu olduğu tarih bilgisini usanmadan paylaşan bölüm sekreteri Zeynep HACIOĞLU'na,

Doktora öğrenimim süresince yönetsel desteklerinden dolayı Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu yöneticilerine, birlikte üretebilmekten her zaman keyif aldığım, önerileri ile tez çalışmama da katkıda bulunan Arş. Gör. Pınar TUNÇTUNA'ya ve bu süreçte desteğini esirgemeyen kıymetli çalışma arkadaşlarıma,

Yol arkadaşlığı yaptığımız ve birlikte geliştiğimiz, araştırmaya katılmayı kabul eden değerli hastalarıma,

Eğitim hayatım süresince büyük bir özveri ve sabırla her yönden bana destek olan anneme, babama ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı şizofreni tanılı bireylerde “Telefonla Problem Çözme Müdahalesi”nin ilaç tedavisine uyumuna etkisini belirlemektir.

Yöntem: Ön test- son test yöntemi kullanılarak yürütülen bu randomize kontrollü çalışmaya 21 müdahale ve 24 kontrol olmak üzere toplam 45 şizofreni tanılı hasta ile bu çalışma yapılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ve Son Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır. Her iki gruba da taburculuk öncesi “İlaç Tedavisine Uyum Eğitimi” verilmiştir. Taburculuk sonrasında kontrol grubuna kliniğin rutin uygulamaları, müdahale grubuna ise iki ay süresince toplam sekiz takip araması olacak şekilde “Telefonla Problem Çözme Müdahalesi” kullanılarak bakım verilmiştir. Veriler nonparametrik testler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma sonrasında müdahale grubunda kendi isteği ile ilaç bırakmama ($p<0.001$) ve ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma oranının arttığı ($p=0.008$), kontrol grubuna kıyasla da bu artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Uygulama sonrasında müdahale grubunun Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği puanı artarken ($p<0.001$), kontrol grubunun azalmıştır ($p=0.001$). Müdahale grubunun ölçek puanının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuç: Bu çalışma Telefonla Problem Çözme Müdahalesinin şizofreni hastalarının ilaç kullanım özellikleri ve ilaç tedavisi uyumu üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra telefonun psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarına aktarımı konusunda yol gösterici olmuştur.

Anahtar Kelimeler: tele-hemşirelik, telefon, tedavi uyumu, şizofreni, problem çözme

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the effect of “Telephone Intervention Problem Solving” on medication adherence in individuals diagnosed with schizophrenia.

Method: A total of 45 patients with schizophrenia, 21 interventions and 24 controls, were enrolled in this randomized controlled trial conducted by using the pretest posttest method. Data were collected through using the Personal Information Form, Schedule for Assessing the Three Components of Insight, The Global Assessment of Functioning Scale, Medication Adherence Rating Scale, and Final Assessment Form. Both groups were given “Training for Medication Adherence” prior to discharge. After the discharge, control group was cared with routine application, while over the course of two months, a total of eight follow-up calls were made by using “Telephone Intervention Problem Solving” on for intervention group. The data were evaluated by using nonparametric tests.

Results: It is found out that after the study, not quitting taking drugs voluntarily ($p<0.001$), and the rate of believing in the necessity of drug treatment were increased in the intervention group ($p=0.008$), which was statistically significantly higher than the control group. The Medication Adherence Rating Scale score of the intervention group increased ($p<0.001$), but the score of the control group decreased ($p=0.001$). The scale score of the intervention group was found to be higher than the control group ($p<0.001$).

Conclusion: This study has shown that telephone intervention problem solving has positive effects on drug use characteristics and medical compliance with medication of schizophrenia patients. Besides, it has been a guide for transferring the phone to the clinical applications of psychiatric nursing

Key words: telenursing, telephone, medication adherence, schizophrenia, problem solving

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları	2
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İlaç Tedavisine Uyum	3
2.2. İlaç Tedavisine Uyum Problemlerinin Epidemiyolojisi	4
2.3. İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler	5
2.3.1. İlaç Tedavisine Uyumu Kolaylaştıran Faktörler	5
2.3.2. İlaç Tedavisine Uyumu Güçleştiren Faktörler	6
2.4. İlaç Tedavisine Uyum Problemlerinin Sonuçları	11
2.4.1. Hastayı Etkileyen Sonuçlar	12
2.4.2. Aileyi Etkileyen Sonuçlar	13
2.4.3. Sağlık Personelini Etkileyen Sonuçlar	13
2.4.4. Sağlık Bakım Sistemini Etkileyen Sonuçlar	13
2.4.5. Toplumunu Etkileyen Sonuçlar	14
2.5. İlaç Tedavisine Uyumu Değerlendirme	14
2.6. İlaç Tedavisine Uyumu Sağlamada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	16
2.7. Ruh Sağlığı Alanında Tele-Hemşirelik Uygulamaları	17
2.8. Tele-Hemşirelik Uygulamalarının Avantajları ve Sınırlılıkları	18
2.9. Şizofreni Hastaları İçin Tele-Hemşirelik Uygulamaları	19

2.9.1. Şizofreni Hastaları İçin Telefon Tabanlı Uygulamalar	19
2.9.2. Telefonla Problem Çözme Müdahalesi	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.3.1.Örnekleme Büyüklüğünün Hesaplanması	28
3.3.2. Örnekleme Özellikleri	29
3.3.3. Randomizasyon ve Körleme	29
3.3.4. CONSORT Şeması	33
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar	34
3.5.1. Veri Toplama Araçları	34
3.5.2. Müdahale Araçları	36
3.6. Araştırma Süreci	37
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
4. BULGULAR	44
4.1. TPÇM Protokolünün Kullanımına İlişkin Bulgular	45
4.2. Katılımcıların İlaç Kullanım Özelliklerine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması	45
4.3. Katılımcıların İTU Özelliklerine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması	47
5. TARTIŞMA	49
5.1. TPÇM Protokolünün Kullanımı	49
5.2. Katılımcıların İlaç Kullanım Özellikleri	51
5.3. Katılımcıların İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar	56

6.2. Öneriler	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	
EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	
EK-3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	
EK-4. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği	
EK-5. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği	
EK-6. Son Değerlendirme Formu	
EK-7. TPÇM Protokolü	
EK-8. TPÇM Görüşme Formu	
EK-9. İlaç Tedavisine Uyum Eğitimi Kitapçığı	
EK-10. İTUE Protokolü	
EK-11. Ölçek ve Protokol Kullanım İzinleri	
EK-12. Etik Onay	
EK-13. Kurumsal İzin	
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLULAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa no
2.1 Şizofreni hastalarında ilaç uyumsuzluğunu tanımlama	4
2.2 İlaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler	7
2.3 İlaç tedavisine uyumu sağlamak için yapılması gerekenlerin sıklığı ve kullanılabilirliği	15
2.4 Hemşirelerin İTU'yu sağlamak için kullandığı girişimler	17
2.5 Telefonla problem çözme müdahalesi görüşme ve mesajlaşma soruları	25
3.1 Araştırmanın örneklem seçim kriterleri	29
3.2 Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	31
3.3. Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının ilaç kullanım özelliklerine göre dağılımı	32
3.4 Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının içgörü, sosyal işlevsellik ilaç tedavisi uyum düzeylerine göre dağılımı	32
3.5 Kullanılan istatistiksel programlar ve analizlerin alanlarına göre dağılımı	42
4.1 Katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası kendi isteği ile ilaç bırakma durumunun karşılaştırılması	46
4.2 Katılımcıların kendi isteği ile ilaç bırakma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması	46

Tablo		Sayfa no
4.3	Katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumunun karşılaştırılması	47
4.4.	Katılımcıların ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması	47
4.5	Katılımcılarının TPÇM öncesi ve sonrası TTUOÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	48
4.6	Katılımcılarının TPÇM öncesi ve sonrası TTUOÖ puan ortalamalarının kendi içinde karşılaştırılması	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa No
2.1	Planlanmış davranış teorisine temellendirilmiş TPÇM	24
3.1	CONSORT şeması	33
3.2	Araştırma süreci	40



SİMGELER ve KISALTMALAR

İGDÖ	:İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği
İTU	:İlaç Tedavisine Uyum
İTUE	:İlaç Tedavisine Uyum Eğitimi
İÜBDÖ	:İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
PDT	:Planlanmış Davranış Teorisi
TPÇM	:Telefonla Problem Çözme Müdahalesi
TTUOÖ	:Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

Şizofreni, dünyada yaklaşık 24 milyon bireyi etkileyen (Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014, <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>), ciddi sanrı ve halüsinasyonlar ile karakterize ruhsal bir hastalıktır (McIntosh ve ark, 2006). İnsidansı düşük olmasına rağmen kronikliği nedeniyle prevalansı yüksektir (Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014, <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>). Ayrıca küresel olarak hastalık yüküne ve yeti kaybına yol açmaktadır (Murray ve ark., 2013).

Psikofarmakolojik ve psikososyal yaklaşımlar ile tedavi edilebilen (Vaccaro ve ark., 1993) şizofreni hastalarının %50'den fazlasının uygun bakım almadığı, uyum sorunları yaşamaktadır (Perkins, 2002;Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014 http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/). Bu hastaların en az yarısı ilaçlarını reçete edildiği gibi almamaktadır (McIntosh ve ark, 2006; Velligan ve ark., 2009; Goff ve ark., 2010). Bir sistematik derlemede saptanan her dört şizofreni hastasından birinin ilaç tedavisine uyum (İTU) göstermediği (Nose ve ark., 2003) bulgusu dikkate alındığında, İTU problemlerinin şizofreni hastaları için üzerinde durulması gereken önemli bir sorun olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastaları ilaç yan etkileri nedeniyle de İTU problemleri yaşamaktadır (Velligan ve ark., 2010b; DiBonaventura ve ark., 2012). İlaç yan etkilerinin yanı sıra, hastanın ilaç kullanımına karşı olumsuz tutumu (Ruscher ve ark., 1997; Lacro ve ark., 2002; Masand ve Narasimhan, 2006), ilaçların gerekliliğine inanmama, geçmişte ilaç tedavisini bırakma öyküsü (Ruscher ve ark., 1997) İTU problemleri için zemin hazırlayıcı faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığa eşlik eden madde bağımlılığı (Lacro ve ark., 2002; Nose ve ark., 2003; Masand ve Narasimhan, 2006; Tunis ve ark, 2007; Novick ve ark., 2010) ya da alkol bağımlılığı (Novick ve ark., 2010) ile yetersiz sosyal destek (Velligan ve ark., 2003; Masand ve Narasimhan, 2006; Velligan ve ark., 2008)İTU'yu tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır.

İlaç tedavisine uyum problemleri; nükse, sağlık kurumlarının kullanımında artışa, hastane yatışlarına, maliyette artışa, genel sağlık durumda kötüleşmeye, yaşam

kalitesinde bozulmaya, sosyal izolasyona, madde kullanımında artışa, işsizliğe, şiddete, tutuklanmaya ve ölüme sebep olmaktadır (Perkins, 2002; Ascher-Svanumve ark., 2006; Tseng ve ark. 2008). Bu doğrultuda bakım hizmetlerinin sunumunda tele-sağlık teknolojisi kullanımı şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu artıran ve bakım profesyoneli ile hasta arasında köprü niteliğinde ki uygulamalardır (Kasckow ve ark., 2014). Fakat ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler için tele-sağlık teknolojilerinin kullanımının artmasına karşın (Walker, 2006) şizofreni hastalarının bu anlamda daha az ilgi gördüğü belirtilmektedir (Kasckow ve ark., 2014).

Sağlık bakım uygulamalarında teknolojiye yer verilmesi hemşireleri de etkilemiştir (Nagel ve ark., 2013). Psikiyatri hemşireliği alanında profesör olan Beebe tarafından geliştirilen Telefonla Problem Çözme Müdahalesi (TPÇM) şizofreni hastalarının çeşitli günlük problemlerinin çözümünü desteklemek, onlara başetme alternatifleri sunmak, hatırlatmak ve bu başetme çabalarının etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Beebe ve ark., 2008). TPÇM ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmadan elde edilen veriler, taburculuk sonrası dönemde İTU'yu artırdığı (Beebe ve ark., 2008; Montes ve ark. 2010; Özkan ve ark. 2013; Beebe ve ark., 2014) ve semptomların seviyesini azalttığı yönündedir (Beebe ve ark., 2014). Ülkemizde TPÇM'nin daha önce uygulanmaması ve ilgili bir çalışmanın olmaması bu araştırmanın özgün yönüdür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde telefonla problem çözme müdahalesinin ilaç tedavisine uyumuna etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

1. İlaç tedavisine uyumsuzluk şizofreni hastalarını olumsuz yönde etkiler.
2. Şizofreni hastaları ilaç tedavisine uyum sağlamak isterler.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H₀= Telefon ile problem çözme müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumları arasında fark yoktur

H₁= Telefon ile problem çözme müdahalesi uygulanan şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumu uygulanmayanlara göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İlaç Tedavisine Uyum

Tedaviye uyum ruhsal hastalıklar için önemli bir kavramdır. Velligan ve arkadaşları (2009) İTU ile ilgili yapılan çalışmaları incelemiş ve İTU'yu değerlendirmek için birçok yöntem kullanıldığını, bu nedenle tanımın yapılmasının güç olduğunu ifade etmişlerdir. Bu kavram; hasta, çevresi, sağlık personeli ve sağlık hizmeti sunumu gibi faktörlerden etkilenen karmaşık davranışlar bütünüdür. Sağlık personeli tarafından düzenlenen bir programa, hastanın da onay verip, dahil olmasını kapsar (Velligan ve ark., 2010a). Tedaviye uyum ayrıca, hasta ve bakım sağlayıcının tedavi konusunda yeterli yanıtı alma ve nüksü önleme beklentisidir (Velligan ve ark., 2003; Velligan ve ark., 2010b).

Şizofreni hastaları için tedaviye uyum kavramının içeriği, tedaviye kısmi uyumu da kapsamalıdır. Fakat şizofreni hastaları için tedaviye uyumu, özellikle tedaviye kısmi uyumu değerlendirmek zordur. Hastanın klinik tablosu, içgörü seviyesi, bilişsel bozukluk düzeyi ve yaşam tarzı gibi sayısız engeller hastanın İTU'suna ilişkin basit bir değerlendirmeyi dahi zorlaştırmaktadır (Velligan ve ark., 2006).

Şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun/uyumsuzluğunun tanımlanması amacıyla Velligan ve arkadaşları (2009) fikir birliği sağlamaya çalışmıştır. Çalışma sonucunda dört yöntem değerlendirilmiş ve bunların etkisi puanlanmıştır (Tablo2.1). Bu kapsamda etki değeri 7-9 arasında olan yöntemler en kullanışlı, 4-6 arasında olanlar biraz kullanışlı, 1-3 arasında olanlar ise kullanışlı olmayan yöntemler olarak açıklanmıştır. Hastanın belirli bir süre içerisinde kullanmadığı ilaçların yüzdesi ilaç uyumsuzluğu hakkında fikir veren en kullanışlı yöntem olarak tespit edilmiştir. Hastanın ilaç tedavisini almak istememesinin ise tedaviye uyumsuzluk göstergesi olmayabileceği bu nedenle kullanışlı olmadığı belirtilmiştir.

Tablo2.1. Şizofreni hastalarında ilaç uyumsuzluğunu tanımlama

İlaç uyumsuzluğunu tanımlama	Etki değeri
Belirli bir süre içerisinde kullanılmayan ilaç yüzdesi	7.2
İlaçların kullanılmadığı zaman dilimleri	6.3
Hiç ilaç kullanmama	5.7
İlaç kullanımı konusundaki tutum/isteksizlik	4.4

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. (2009) The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4):1-46

2.2. İlaç Tedavisine Uyum Problemlerinin Epidemiyolojisi

İlaç tedavisine uyum, fiziksel ve psikiyatrik bozuklukları olan bireyler için bir sorundur (Velligan ve ark., 2009). Şizofreni hastalarında ilaç tedavisine tam veya kısmi uyumsuzluk oranının çok yüksek olduğu belirtilmektedir (Velligan ve ark., 2010b). Ciddi ruhsal hastalıklarda İTU hastalığın seyri açısından büyük önem taşımaya karşın (Kelleci ve Ata, 2011) şizofreni hastalarının yaklaşık %50'si ilaçlarını reçete edildiği gibi almamaktadır (McIntosh ve ark., 2006; Velligan ve ark., 2009; Goff ve ark., 2010). DiBonaventura ve arkadaşları (2012) tarafından şizofreni tanımlı hastalar ile yürütülen çalışmada hastaların %57.5'inin, bir başka çalışmada (Lacro ve ark., 2002) hastaların %41.2-%49.5 arasında değişen bir oranla İTU problemi yaşadığı tespit edilmiştir. Novick ve arkadaşları (2010) tarafından 6731 şizofreni hastası ile yürütülen çalışmaya göre ise hastaların %28.8'i İTU problemi yaşamaktadır. Ayrıca hastaların %75'i taburculuk sonrasında, iki yıl içinde ilaç tedavisine uyumsuz davranışlar sergilemektedir (Weiden ve ark., 1995; Weiden ve ark., 2004). Konu ile ilişkili bir sistematik derlemede de her dört şizofreni hastasından birinin İTU göstermediği bildirilmiştir (Nose ve ark., 2003). Ayrıca tedavinin birinci senesinde yaşanan uyumsuzluğun ikinci sene daha kötü sonuçlar ortaya koyduğu tespit edilmiştir (Ascher-Svanum ve ark., 2006). Yang ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmanın sonuçları da şizofreni hastalarının %74'ünün dozlarının tamamını almadığını (dozun %80'nini almaktadırlar) ortaya koymuştur. Psikotik bozukluğu olan hastalarda İTU sorunları yalnızca antipsikotik ilaçlara özgü değil, diğer ilaç türleri için de geçerlidir (Dolder ve ark., 2003; Piette ve ark., 2007).

Türkiye'de şizofreni hastaları ile yapılan çalışmaların sonuçları İTU konusunda yetersizliklerin olduğunu göstermektedir. Çetinkaya'nın (2003) çalışmasının sonuçlarına göre, hastaların büyük çoğunluğunun (%80) hastaneye yatış öncesi ilaç

tedavisini sürdürme düzeyleri yetersizdir. Koç'un (2006) kronik psikoza olan hastalar ile yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre hastaların %74'ünün İTU göstermediği saptanmıştır. Yine psikotik özellikli bir hasta grubu ile yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre hastaların %43.5'i ilaçlarını düzensiz kullanmakta ya da hiç kullanmamaktadır (Ünal ve ark., 2006). Kelleci ve Ata'nın (2011) psikiyatri kliniğinde yatan 140 hasta (bu hastaların %23.6'sı psikoza tanısı ile yatmaktadır) ile yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların %48.6'sı orta düzey, %31.4'ü ise kötü düzeyde İTU göstermiştir. Kelleci ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülen bir başka çalışmada da hastaların taburculuk sonrası ilaç kullanım durumları değerlendirilmiş ve %39.1'inin taburculuktan sonraki ilk altı ay içinde ilaçlarını düzenli kullanmadığı için hastaneye tekrar yatışlarının olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ilk altı ay içinde hastaneye tekrar yatmayan hastalara yapılan ikinci izlemde, hastaların %54.3'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı tespit edilmiştir. Konu ile ilişkili olarak sürdürülen bir diğer çalışmada da şizofreni hastalarının %85.1'inin tedaviye uyumunun düşük olduğu bulunmuştur (Dikeç ve Kutlu, 2014).

2.3. İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler

İlaç tedavisine uyumu etkileyen faktörlerin tanımlanması bu problemin çözülebilmesi ve uygun girişimlerin planlanabilmesi açısından önemlidir (Lacro ve ark., 2002). Bu bölümde İTU'yu kolaylaştıran ve güçleştiren faktörlerden bahsedilecektir.

2.3.1. İlaç Tedavisine Uyumu Kolaylaştıran Faktörler

Velligan ve arkadaşları (2010b) çalışmasında İTU'yu kolaylaştıran faktörlerden bahsetmiştir. Bu doğrultuda ilaçlarının hastalığı, semptomları ve relapsı önleme konusundaki yararına ilişkin hastanın olumlu algısı İTU'yu kolaylaştırmaktadır. Bunun yanı sıra tedaviye uyumu hatırlatacak uygulamalar, sosyal desteğin varlığı ve finansal konulardaki yeterlilik de İTU'yu artırmaktadır. Ayrıca bir ay süreyle düzenli ilaç kullanımı, uygun başlangıç tedavisi ve sosyal aktiviteler İTU açısından güçlü zemin hazırlayıcı faktörlerdir (Novick ve ark., 2010). İlaç yan etkilerini de kapsayan ilaç eğitimlerinin verilmesi de İTU'yu artırır ve sağlık kaynaklarının kullanımını azaltır (DiBonaventura ve ark., 2012). Bir problem çözme yaklaşımı ile kombine edilmiş akran desteği de İTU problemlerini iyileştirmek için uygun bir strateji olarak

kullanılabilir (Boardman ve ark., 2014). Bunun yanı sıra bilişsel boşlukları nedeniyle İTU problemleri yaşayan hastaların uyumunu artırmak için alarmlı ilaç kutuları kullanılabilir (Velligan ve ark., 2008). Ayrıca şizofreni hastaları ile bakım verici arasındaki güvenli ilişki İTU'yu destekleyicidir (Jaeger ve ark., 2014).

2.3.2.İlaç Tedavisine Uyumu Güçleştiren Faktörler

Şizofreni hastalığı olan birçok kişi antipsikotik ilaç almak konusunda isteksizdir (Boardman ve ark., 2014). Ciddi ve kalıcı ruhsal hastalığı olan hastalarda İTU sorunlarını çözmek ve etkili müdahaleleri tasarlamak için, öncelikle bu sorunlara neden olan faktörleri belirlemek gerekir (Lacro ve ark., 2002). Bu amaçla yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (Lacro ve ark., 2002; Velligan ve ark., 2009; Novick ve ark., 2010). Bu kapsamda Velligan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, diğer çalışmalardan farklı olarak İTU'yu etkileyen faktörler uzmanlar tarafından incelenmiş ve bu faktörlerin etki düzeyi belirlenmiştir. Buna göre etki değeri olarak belirtilen sayısal değerler bahsi geçen faktörün İTU'ya etki düzeyini ifade etmektedir. İTU etkisi açısından 7-9 arasındaki puan çok önemli, 4-6 biraz önemli, 1-3 çok önemli değil anlamı taşımaktadır. Aşağıda yer alan çizelgede İTU problemlerine zemin hazırlayan faktörlere ve bunların etki düzeyine yer verilmiştir (Tablo2.2).

Tablo2.2.İlaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler

Uyumu güçleştiren faktörler	Etki değeri
Hastalık hakkında yetersiz iç görü	7.2
İlaçların kalıcı yan etkileri veya potansiyel yan etkilerine ilişkin korku	7.2
Devam eden hastalık semptomları	6.9
İlaçların gerekliliğine inanmamak	6.7
Eşlik eden madde kullanım sorunları	6.6
Bilişsel yetersizlikler	6.5
Sosyal destek eksikliği	6.4
Pratik sorunlar (ulaştırma, finans, v.s)	6.4
Terapötik yaklaşım ile ilgili sorunlar	6.3
Günlük rutin eksikliği	6.2
Tedavi programının karmaşıklığı	6.0
Tedaviye karşı karmaşık ya da zıt duygular besleme	5.5
Akıl hastalığı ve ilaç ile ilgili damgalama	5.3
İlaçlara karşı olumsuz tutumlar	5.3
Uyumu güçleştiren ilaç yan etkileri	
Kilo artışı (kadın)	7.0
Aşırı sedasyon	6.4
Akatizi	6.2
Kilo artışı (erkek)	6.1
İlaç ile ilişkili cinsel işlev bozukluğu (erkek)	6.0
Parkinson belirtileri	5.7
İlaç ile ilgili bilişsel sorunlar	5.7
Uyumu güçleştiren semptomlar	
Israrcı negatif belirtiler	6.7
Israrcı pozitif belirtiler	6.2

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. (2009) The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4):1–46

Hasta ile ilişkili faktörler; Hasta kaynaklı birçok faktör İTU'yu etkileyebilir. Hastanın demografik özellikleri bunlardan biridir. Hastanın yaşının genç, cinsiyetinin erkek ve işsiz olması İTU problemleri için tetikleyici faktörler olarak belirlenmiştir (Nose ve ark., 2003). Valenstein ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da 45 yaşından küçük olanların, 45-64 yaş aralığında olanlara göre ilaç tedavisine daha uyumsuz olduğu, 65 yaş üzeri grupta ise uyumun en yüksek düzeyde olduğu ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra hastanın daha önce İTU sorunları yaşamaması (Lacro ve ark.,2003) yetersiz sosyal işlevsellik düzeyi de İTU'yu güçleştiren faktörler arasındadır (Nose ve ark., 2003). Ek olarak hastanın bilişsel işlevsellik düzeyi özellikle kavramlaştırma yeteneği ve belleği İTU problemleri ile ilişkilidir (Jeste ve ark., 2002). Ayrıca hastalık öncesi bilişsel yeteneklerin zayıf olması, unutkanlık,

işitme ve görme problemleri de tedavi uyumsuzluğuna neden olabilmektedir (Çakır ve ark., 2010).

Hastalık semptomları; Hastalık semptomlarının İTU ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Nose ve arkadaşları (2003) ile Novick ve arkadaşlarının (2010) çalışmaları, şizofreninin pozitif semptomlarının İTU problemleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmaların aksine Velligan ve arkadaşları ise (2009) negatif semptomların İTU'yu daha fazla güçleştirdiğini ifade etmiştir.

Hastalık süresi; Hastalık süresinin uzunluğu ve yatış sayısının fazlalığı, hastalarda düzelemeyecekleri ve hiçbir girişimin fayda sağlamadığı şeklinde düşüncelerin ortaya çıkışına neden olduğu için İTU problemleri açısından risk faktörüdür (Çakır ve ark., 2010). Bunun yanı sıra hastanın daha önce hastaneye yatış öyküsünün varlığı İTU'yu güçleştiren faktörler arasındadır (Nose ve ark., 2003; Novick ve ark., 2010).

İçgörü yokluğu/eksikliği; Yetersiz içgörü uygun olmayan tedavi sonuçları ile ilişkili bir durumdur (Rüsch ve Corrigan, 2002). Velligan ve arkadaşlarının (2009) uzman görüşlerine yer verdikleri çalışmada "hastalık hakkında yetersiz iç görü" İTU'yu güçleştiren faktörlerin başında gelmektedir. Hastanın ilaçları ve hastalığına ilişkin yetersiz farkındalığı da İTU'yu etkilemektedir (Lacro ve ark., 2002; Nose ve ark., 2003; Velligan ve ark., 2009; Velligan ve ark., 2010b)

Çevre ile ilişkili faktörler; Dağınık ve kaotik yaşam biçimi, sağlık sigortasının olmaması ya da düşük gelir seviyesi, konut sorunları, evsizlik, çeşitli lojistik problemler İTU problemlerini tetikleyebilir (Velligan ve ark., 2009).

İlaçlar; Şizofreni hastaları ilaç yan etkileri nedeniyle İTU problemleri yaşamaktadır.(Velligan ve ark., 2010b; DiBonaventura ve ark., 2012). Uzman görüşlerine göre "ilaçların kalıcı yan etkileri veya potansiyel yan etkilerine ilişkin korku" İTU'ya etki eden en güçlü faktörlerdir (Velligan ve ark., 2009). Şizofreni tanısı almış ve antipsikotik ilaç kullanmış 876 hasta ile yürütülen bir çalışmada (DiBonaventura ve ark., 2012) hastaların %86'sı tedavi sürecinde en az bir ilaç yan etkisi ile karşılaştığını ifade etmiştir. Bu çalışmada ilaç yan etkileri gruplandırılmış ve ekstra piramidal yan etkiler (odds oranı (OR) = 0.57, p = 0.0007), sedasyon /

bilişsel yan etkiler (OR = 0.70, p = 0.033), endokrin yan etkiler (OR = 0.69, p = 0,0342) ve metabolik yan etkiler (OR = 0.64, p = 0.0079) İTU problemleri ile ilişkili bulunmuştur (DiBonaventura ve ark., 2012). Velligan ve arkadaşlarının (2009) ilaç yan etkilerinin tedaviye uyum etki düzeyini inceledikleri çalışmada “kadınlarda kilo artışı” en güçlü etken olarak belirtilmektedir. Bunu aşırı sedasyon ve akatizi takip etmiştir.

İlaç yan etkilerinin yanı sıra hastanın ilaç kullanımına karşı olumsuz tutumu (Ruscher ve ark., 1997; Lacro ve ark., 2002; Masand ve Narasimhan, 2006), ilaçların gerekliliğine inanmama, geçmişte ilaç tedavisini bırakma öyküsü (Ruscher ve ark., 1997) İTU problemleri için zemin hazırlayıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca tanımlanmamış ilaç etkileri ve reaksiyonları, ilaç kullanım yükü, ilaç kullanımı konusundaki düzensizlik, ailenin ve arkadaşların ilaç kullanmaması konusundaki tavsiyeleri, ilaç kullanımına ilişkin damgalama, ilaçların uzun süreli kullanımı ile ilgili psikolojik sorunların da tedaviye uyumu güçleştirdiği ifade edilmiştir (Velligan ve ark, 2010b).

İlaç alma isteği ve ilaç alma yeteneği İTU problemleri ile ilişkilidir. Velligan ve arkadaşları (2009) hastaların ilaç alma isteğini ve yeteneğini etkileyen faktörleri tanımlamışlardır. İlaçların gerekliliğine inanmama, yetersiz içgörü, sosyal destek ve terapötik ilişki, tedavide istendik sonucu alamama ve yan etki/bağımlılık korkusu ilaç alma isteğini etkileyen faktörler olarak gösterilmiştir. İlaç alma yeteneğini etkileyen faktörler ise içgörü eksikliği, madde kullanım sorunları ve eşlik eden diğer tıbbi hastalıklar, uygun olmayan ortam, psikososyal, finansal, lojistik ve evsizlik ile ilişkili sorunlar olarak ifade edilmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise psikotik hasta grubu ile görüşülmüş ve hastaların %16'sı ilaçların yararına inanmadığını, %13'ü ilaç yan etkilerinden rahatsız olduğunu, %6'sı ilaç kullanmaktan hoşlanmadığı ve %3'ü ise ilaç alacak parası olmadığı için ilaçlarını düzenli kullanmadığını/hiç kullanmadığını belirtmiştir (Ünal ve ark., 2006).

Randevulara gelmeme; Randevularına gelmeyen şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyi düşer, sağlık durumları kötüye gider ve zamanla madde kullanım sorunları

yaşarlar (Coodin ve ark., 2004). Buna karşın ruh sağlığı tedavisi gören hastaların yaklaşık %20'si randevularına gelmemektedir. Bu değer diğer bölümlerin yaklaşık iki katıdır (Coodin ve ark., 2004; Mitchell ve Selmes, 2007). Hastaların randevuya gelmelerini etkileyen bazı faktörler mevcuttur. Genç yaş, düşük sosyo ekonomik statü, sağlık sigortasının olmaması, İTU problemlerinin varlığı, evsizlik, kliniğe uzaklık, ulaşım problemleri hastaların randevularına gelmesini etkileyen faktörlerdir. Hastadan kaynaklanan bazı durumlar da randevulara gelişini engelleyebilir. Örneğin hastanın randevusunu unutması, uyuya kalması, randevu zamanını doğru bilmemesi, kendini ruhsal açıdan iyi hissetmemesi, yüksek düzeyde anksiyete yaşaması ve düşük sosyal işlevsellik bunlardan bazılarıdır (Mitchell ve Selmes, 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada taburculuk sonrası randevularına gelmeyen psikiyatrik hasta grubu ile görüşülmüş ve bu hastaların İTU göstermediği saptanmıştır (Ünal ve ark., 2006). Balıkcı ve arkadaşları (2013) tarafından şizofreni hastaları ile geriye dönük olarak yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre hastaların %44.7'sinin kontrol randevularına düzenli gelmediği ve bunun en önemli gerekçesinin İTU problemleri olduğu bulunmuştur.

Madde kötüye kullanımı; Hastanın madde bağımlılığı öyküsünün varlığı (Nose ve ark., 2003), hastalığa eşlik eden madde bağımlılığı (Lacro ve ark., 2002; Nose ve ark., 2003; Masand ve Narasimhan, 2006; Tunis ve ark., 2007; Novick ve ark., 2010) ya da alkol bağımlılığı (Novick ve ark., 2010) İTU problemlerine neden olan önemli bir faktördür. Olfson ve arkadaşları (2000) tarafından yürütülen çalışmada tedavisine uyum gösteren ve göstermeyen şizofreni hastaları karşılaştırılmış; tedavisine uyum göstermeyen grupta kötüye kullanımın ya da bağımlılığın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çakır ve arkadaşları (2010) ise çalışmalarında alkol ve madde kullanımı ile tedaviye uyum arasındaki ilişkinin sebep, sonuç ya da tesadüfî bir ilişki olup olmadığının hastaya göre değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Sosyal destek sistemlerinin yetersizliği; Ailenin ve sosyal çevrenin İTU üzerindeki etkisi önemlidir. İTU problemlerinin nedenleri arasında yetersiz destek (Velligan ve ark., 2003; Masand ve Narasimhan, 2006; Velligan ve ark., 2008) ve yalnız yaşama yer almaktadır (Novick ve ark., 2010). Ayrıca, ailenin ve arkadaşların ilaç kullanmama konusundaki tavsiyeleri, toplumun hastaları damgalaması (Velligan ve

ark., 2010b) İTU'yu olumsuz etkilemektedir. Bunun yanı sıra ailenin artmış duygu dışavurumu (Sellwood ve ark., 2003) ve yatarak tedaviyi reddetmesi (Olfson ve ark., 2000) tedaviyi etkileyen bir diğer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır

Uygun olmayan terapötik yaklaşım; Hasta ile bakım verici arasında terapötik ilişki kurulurken yaşanan problemler İTU'yu güçleştirmektedir (Masand ve Narasimhan, 2006; Lecomte ve ark., 2008; Jaeger ve ark., 2014). Bununla birlikte tedavi ekibinin hastalığa karşı olan inanç, tutum ve bilgisinin İTU'yu etkileyebileceği bildirilmektedir (Lindström ve Bingefors, 2000; Çakır ve ark., 2010). Ayrıca tedavi ekibinin otoriter tutumu, mesafeli duruşu, pasif davranışı, kayıtsızlığı, yansıttığı öfkesi, alaycı bir tutum sergilemesi, umutsuz olması da uyumu etkilemektedir (Lindström ve Bingefors, 2000). Ek olarak taburculuğa ilişkin yetersiz planlama ve zayıf terapötik ilişki de İTU açısından risk faktörüdür (Lacro ve ark., 2002). Olfson ve arkadaşları (2000) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada tedaviye uyum konusunda sorun yaşayan hastaların sağlık bakım ekibi ile daha zayıf bir terapötik ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık bakım vericiler ile kurulan iyi ilişki ise İTU'yu destekler (Tunis ve ark., 2007; Jaeger ve ark., 2014).

Yukarıda “İlaç Tedavisine Uyumu Güçleştiren Faktörler” başlığı altında bahsedilen bilgilerin aksine Lacro ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları sistematik derlemenin sonuçları; yaş, cinsiyet, etnik köken, medeni durum, eğitim düzeyi, bilişsel bozukluğun varlığı, psikotik semptomların şiddeti, ilaç yan etkilerinin şiddeti, yüksek doz antipsikotik kullanımı, duygudurum belirtilerinin varlığı, ilaç uygulama yolu ve aile katılımı gibi faktörler ile İTU arasında tutarlı bir ilişkinin olmadığını vurgulamaktadır.

2.4. İlaç Tedavisine Uyum Problemlerinin Sonuçları

Şizofreni; mali ve sosyal yükü olan, yalnızca hasta olan bireyi değil, o bireyin ailesini, sağlık çalışanlarını ve toplumu da etkileyen kronik bir hastalıktır (Knapp ve ark., 2004). Bu hastalığın getirdiği yüke ek olarak ilaç tedavisine uyumsuzluk, mevcut psikiyatrik tedavilerin etkinliğini bozar, iyileşmeyi güçleştirir (Velligan ve ark., 2006; Velligan ve ark. 2010a). Tedaviye uyumsuzluk aynı zamanda relapslara, yeniden yatışlara ve sağlık alanında maliyet artışına neden olmaktadır (Weiden ve ark., 2004). Bu bölümde İTU problemlerinin sonuçlarından bahsedilecektir.

2.4.1.Hastayı Etkileyen Sonuçlar

Şizofreni, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır (Knapp ve ark., 2004). Şizofreni tanısı alan birçok kişi ilaç almak konusunda isteksizdir (Boardman ve ark., 2014). İTU problemleri; hastanın tedavisindeki bazı ilaçları erken bırakmasına, bazılarının dozunun artmasına ya da tedaviye yeni ilaçlar eklenmesine neden olabilir (Velligan ve ark., 2003). Şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumsuzluğu, semptomların alevlenmesine yol açar ve iyileşme sürecini olumsuz etkiler (Olfson ve ark., 2000; Lacro ve ark., 2002; Velligan ve ark., 2009; Novick ve ark., 2010; Velligan ve ark., 2013). Ayrıca İTU ile yeniden hastaneye yatış (Olfson ve ark., 2000, Lacro ve ark., 2002; Weiden ve ark., 2004; Masand ve Narasimhan, 2006; Velligan ve ark., 2009; Velligan ve ark. 2010b; Novick ve ark., 2010; DiBonaventura ve ark. 2012; Emsley ve ark, 2015) ve relapslar arasında açık bir ilişki olduğu bilinmektedir (Masand ve Narasimhan, 2006; Novick ve ark., 2010; Velligan ve ark. 2010b; Hegedus ve Kozel, 2014; Emsley ve ark., 2015). Relapslar da yetersizliği artırır, remisyon sürelerini kısaltır ve daha sonraki tedavilere olumlu yanıt ihtimalini azaltır, yeniden hastaneye yatış olasılığını ve maliyeti artırır (Beebe ve ark., 2016). Konu ile ilgili olarak yürütülen bir çalışmada İTU gösterdiğini ifade eden hastaların yeniden hastaneye yatış oranları anlamlı ölçüde azalmıştır. İTU problemleri yaşayanların ise yeniden hastaneye yatış oranlarında, acil servise başvuru sayılarında anlamlı bir artış olmuştur (DiBonaventura ve ark., 2012). İlaç tedavisine altı ay ile iki yıl arasında uyum göstermeyen bireylerin relaps riskinin, İTU gösteren bireylere göre 3.7 kat arttığı ifade edilmiştir (Weiden ve ark., 2004). Ayrıca yaş ve ırk gibi bazı karakteristik özellikler yok sayıldığında bir yıl içinde on gün süre ile ilaç tedavisinin bırakılması bile hastaneye yeniden yatış oranını iki katına çıkarmaktadır (Weiden ve ark., 2004; Velligan ve ark., 2010b). Tüm bunlar hastalar için ekonomik yük oluşturmaktadır (Knapp, 1997). İTU problemleri; ayrıca, işlevsel yetersizliğe, arreste, şiddete, yetersiz mental fonksiyonlara, yaşam kalitesinde bozulmaya, madde kullanım sorunlarına (Ascher-Svanum ve ark., 2007) psikiyatrik yatışa ve acil servislerin kullanımında artışa (Olfson ve ark., 2000; Ascher-Svanum ve ark., 2007), evsizliğe (Olfson ve ark., 2000), içgörüde azalmaya (Masand ve Narasimhan, 2006) ve intihar riskinde artışa sebep olmaktadır (Velligan ve ark., 2007; Novick ve ark., 2010; Hegedus ve Kozel, 2014).

2.4.2.Aileyi Etkileyen Sonuçlar

Şizofreni aile bireyleri açısından önemli bir yüktür (Knapp ve ark., 2004). Aile yeleri bakım verici olmaktan, hastalığın sonuçlarından yorulabilir (akır ve ark., 2010). İTU problemleri ayrıca hasta ailelerini ekonomik açıdan da yıpratmaktadır (Knapp, 1997).

2.4.3.Sağlık Personelini Etkileyen Sonuçlar

İlaç tedavisi uyum problemleri şizofreni tanılı bireyler için uygun görülen ilaç tedavisinin etkisini değerlendirmeyi, ilaç dozu ayarlamalarını ve farklı ilaçların gerekliliğinin tespitini güçleştirir (Velligan ve ark., 2007). İTU sorunları ayrıca sağlık ile ilişkili kaynakların kullanımını artıran bir faktördür (DiBonaventura ve ark., 2012). şizofreni hastalarının hastaneye yeniden yatış hızı ve hastanede kalıŐ süresi (Sun ve ark., 2007) ve psikotik tedavisinin maliyeti İTU nedeniyle artmaktadır (Masand ve Narasimhan, 2006).

2.4.4. Sağlık Bakım Sistemini Etkileyen Sonuçlar

Şizofreni toplam sağlık btcesinin maliyetinde etkilidir. Kronik bir hastalık olduğu için bakım maliyeti artma eğilimindedir. GeliŐmiŐ ülkelerdeki toplam sağlık btcesinin yaklaşık %1.5-3' şizofreni ile mücadele için harcanmaktadır. Hastanelerdeki yatak sayısının azaltılmasına karşın her  yataktan biri ya da ikisi şizofreni hastaları için kullanılmaktadır (Knapp ve ark., 2004).

Şizofreni hastalarının İTU problemleri de sağlık bakım sistemini ve sağlık bakım maliyetini etkilemektedir (Gilmer ve ark., 2004). İTU problemleri tedavi sonuçlarını olumsuz etkiler, dolayısıyla sağlık bakım maliyetlerini artırır (Velligan ve ark., 2009; Beebe ve ark., 2016). Glimer ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları İTU problemi yaşayan şizofreni hastalarının hastane ve eczane harcamalarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Sun ve arkadaşları da (2007) benzer Şekilde İTU problemlerinin hastane masraflarını artırdığını tespit etmiştir. Amerika BirleŐik Devletleri'nde 2005 yılında ilaç tedavisine uyumsuzluk nedeniyle yeniden yatışı yapılan şizofreni hastalarının masrafının 1392 milyon dolar ile 1826 milyon dolar arasında olduğu belirtilmiştir (Sun ve ark., 2007). Bu nedenle şizofreni hastalarının hastaneye yatış maliyetini azaltmak için İTU'yu artırmak bir gerekliliktir.

2.4.5. Toplumu Etkileyen Sonuçlar

Şizofreni sosyal ve mesleki engellere neden olan kronik bir hastalıktır (Albayrak ve ark., 2013). Aynı zamanda toplumsal bir yük oluşturmaktadır. Örneğin bu hastaların istihdamına ilişkin sorunlar toplumu etkileyen bir faktördür (Knapp ve ark., 2004). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında psikiyatrik hastalıklar grubu (%19) ikinci sıradadır. Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan bir bileşen olan "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years Lost with Disability - YLD)" bakıldığında şizofreninin bu listede üst sıralarda yer aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Bu nedenlerle şizofreni hastalarının tedavisinde birincil amaç relapsı önlemek, sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyini artırmaktır. Ancak İTU problemleri bu durumu güçleştirmektedir (Albayrak ve ark., 2013).

2.5. İlaç Tedavisine Uyumu Değerlendirme

Psikotik bozukluğu olan bireylerde İTU'yu sağlamak karmaşık ve zor bir problem olup (Gilmer ve ark., 2004; Masand ve Narasimhan, 2006) en iyi düzeyde sağlık sonuçlarını elde etmek için gereklidir (Masand ve Narasimhan, 2006). Velligan ve arkadaşlarının (2006) 161 makaleyi inceleyerek yaptıkları bir sistematik derlemenin sonuçları İTU'yu değerlendirmek için en sık kullanılan yöntemin "hastanın kendi ifadesi" olduğunu ortaya koymuştur. Değerlendirmeye alınan makalelerin %77'sinde öznel ve dolaylı yöntemler kullanılmıştır. Bu yöntemler; hastanın kendi beyanı, sağlık bakım uzmanlarının beyanı, anlamlı diğer beyanlar ve hasta kartlarından gelen verilerdir. Nesnel ve dolaysız yöntemlerin kullanım oranı ise %23 olarak bulunmuştur. Bu yöntemler de hap sayımı, kan veya idrar analizleri, elektronik kayıt ve izlemdir. Uzmanlar İTU'yu değerlendirmek için hastanın ilaç alma ile ilgili davranışlarının ve ilaç alımına karşı tutumunun değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiş, davranışı değerlendirmenin daha önemli olduğunu vurgulamıştır. (Velligan ve ark., 2009)

Sağlık bakım sağlayıcılara yol gösterici olması açısından İTU'yu değerlendirirken kullanılan yöntemlerin kullanım sıklığı ve kullanılabilirlik düzeyi önemlidir. Aşağıdaki tabloda Velligan ve arkadaşları (2009) tarafından bazı girişimlerin kullanım sıklığına ve kullanılabilirlik düzeyine ilişkin uzman görüşlerine yer

verilmiştir. Bu kapsamda "çok sık aralıklarla" son ilaç kullanımına ilişkin uyumun değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. İlaç plazma seviyesinin, eczane kayıtlarının, ölçeklerin ve teknolojik cihazların ise "nadiren" kullanılması gerektiğini ifade etmiştir. Uzmanların girişimlerin kullanılabilirliği konusundaki görüşü incelendiğinde ise İTU'yu değerlendirmede belirti düzeyinden yararlanılması "kullanışlı değil" olarak sınıflandırmıştır (Tablo 2.3).

Tablo 2.3 İlaç tedavisine uyumu sağlamak için yapılması gerekenlerin sıklığı ve kullanılabilirliği

Sıklık	
Çok sıklıkla	Son ilaç kullanımına ilişkin uyumu sorun
Sıklıkla	Herhangi bir problem yaşıyor mu sorun
Biraz sıklıkla	İlaç kullanımına yönelik tutumunu sorun Uyumu değerlendirmek için belirti düzeyini kullanın Tedavi ekibinin diğer üyeleri ile konuşun Hastadan sayım için ilaçlarını getirmesini isteyin Hasta izin verirse, İTU hakkında hastanın ailesi veya bakıcısı ile görüşün
Nadiren	İlaç plazma seviyelerini değerlendirin Eczane kayıtlarını inceleyin İTU'yu değerlendiren standart ölçekler kullanın Teknolojik araçlar kullanın
Kullanılabilirlik	
Kullanışlı	Herhangi bir problem yaşıyor mu sorun Hasta izin verirse, İTU hakkında hastanın aile veya bakıcısı ile görüşün İlaç plazma seviyelerini değerlendirin Hastadan sayım için ilaçlarını getirmesini isteyin Eczane kayıtlarını inceleyin Teknolojik araçlar kullanın İlaç kullanımına yönelik tutumunu sorun
Bazen kullanışlı	Tedavi ekibinin diğer üyeleri ile konuşun Son ilaç kullanımına ilişkin uyumu sorun İlaç tedavisine uyumu değerlendiren standart ölçekler kullanın
Kullanışlı değil	Uyumu değerlendirmek için belirti düzeyini kullanın

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. (2009) The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4):1-46

2.6. İlaç Tedavisine Uyumunu Sağlamada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireler hastanın durumundaki değişimleri izleme ve uzun süreli tedaviye uyumunu kolaylaştırmada anahtar rol oynarlar (Emsley ve ark., 2015). Hastanın klinikte kaldığı süre içerisinde hastalığı yönetme konusunda güçlendirilmesi ve İTU'nun sağlanması psikiyatri hemşirelerinin öncelikli hedefleri arasındadır (Kelleci ve Ata, 2011). Ayrıca hastaları ve aileleri ilaç tedavisinin pozitif yönlerine odaklamak, içgörülerini geliştirmek ve sağlıklı bir terapötik ilişki kurmalarını sağlamak İTU açısından gerekli ve önemlidir (Kikkert ve ark., 2006). Ek olarak ilaç yan etkileri ile mücadeleyi de içeren ilaç yönetim eğitimleri hazırlamak İTU'yu güçlendirecektir (DiBonaventura ve ark., 2012). Bunun yanı sıra İTU problemlerinin çözümünde en uygun tedaviye başlamak, yan etkileri minimize etmek, hastaları psikoeğitim programlarına katılımları konusunda cesaretlendirmek, tedavi sürecine aileyi dahil etmek, madde kötüye kullanım bozukluğunu tedavi etmek ve hasta ile yakın bir terapötik ilişki kurmak uygun bir yaklaşım olacaktır (Masand ve Narasimhan, 2006).

Emsley ve arkadaşları (2015) 4120 hemşirenin katılımı ile hemşirelerin şizofreni hastalarının İTU konusunda algılarının değerlendirildiği bir çalışma yürütmüşlerdir. Hemşirelerin algılarına göre hastalarının yarısı kısmi ya da tam İTU problemleri yaşamakta ve %85'i İTU'nun sağlanması halinde hasta sonuçlarının düzeleceğine inanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin yaklaşık dörtte biri (%24) son bir ay içinde bakım verdikleri hastaların büyük bir çoğunluğunun ilaçlarını alırken utandığını veya üzülüğünü belirtmiştir. Yine hemşirelerin yaklaşık yarısı (%49) hastalarının önemli bir çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullanma konusunda bir aile üyesinin ya da herhangi birinin, %43'ü de profesyonel bir kişinin desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin şizofreni hastalarının İTU'sunu artırmak için kullandığı yöntemlere de aşağıdaki çizelgede yer verilmiştir. (Tablo2.4). Hemşirelerin tamamına yakını bu amaçla hastaları ile güven verici ilişki kurmakta ve doğru ilaç yönetimini sağlayarak tedavi sonuçlarını takip etmektedir. Kayıt tutma, eğitim verme, yasal hakları doğrultusunda hastayı koruma, bireysel terapi yapma ve sosyal etkinlikler düzenleme kullandığı diğer girişimler arasındadır.

Tablo 2.4.Hemşirelerin İTU'yu sağlamak için kullandığı girişimler

Girişimler	%
Hastalar ile güven verici ilişki kurmak	89
Tedavi sonuçlarını takip etmek ve doğru ilaç yönetimini sağlamak	88
Hasta kayıtlarını tutmak ve korumak	71
Hasta ve bakıcılarına ruh sağlığı sorunları konusunda eğitim vermek	65
Uygun yasal gereksinimlerin yerine getirilmesini sağlamak	47
Kanıt dayalı bireysel terapi sağlamak	46
Hastaların sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik etkinlikler düzenlenmek	34

Emsley R, Alptekin K, Azorin J.M et al. (2015). Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. Published online before print. doi:10.1177/2045125315612013

2.7. Ruh Sağlığı Alanında Tele Hemşirelik Uygulamaları

Ruh sağlığı hizmetlerine eşit erişim imkanının bir gereklilik olmasına karşın bazı hastalar uzak mesafeler ya da farklı engeller nedeniyle ruh sağlığı profesyonellerine erişim güçlüğü yaşamaktadır (Simms ve ark., 2011). Hasta ve bakım verici arasındaki elektronik iletişim ile tıbbi bakıma erişimi artırmak mümkündür. Böylelikle uzak bölgelerde yaşayan risk altındaki hastalara ulaşılabilir ve onlara ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma imkanı sunulabilir (Lung, 2006). Yapılan bir çalışma, ruh sağlığı çalışanlarının özellikle uzak ve kırsal bölgelerde yaşayan hastalar için tele-sağlık uygulamalarının kullanımına ilişkin olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir (Simms ve ark., 2011). Şizofreni hastaları için tele-sağlık teknolojilerinin kullanımı bakım uygulamalarının etkinliğini artıran yararlı yaklaşımlardır (Kasckow ve ark., 2014).

Ruh sağlığı alanında çalışanlar teknolojiden çeşitli şekillerde faydalandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışanların büyük bir bölümü bilgiye ulaşmak için web sitelerini aktif kullandığını (%77) ifade etmiştir. Teknolojinin en sık klinik kullanım alanları ise sırasıyla; e-posta atma (%72), internette gezinme (%64), video izleme (%51) ve cep telefonu ile hasta görüşmesi yapma (%43) şeklindedir (Simms ve ark., 2011). Hemşireler de sağlık alanında telekomünikasyon teknolojilerini vaka yönetimi, hasta eğitimi ve krize müdahale gibi alanlarda kullanmaktadırlar. Hızlı erişim ve müdahalenin önemli olduğu psikiyatrik krize müdahalede, bu krizlere olumlu yanıt

verilmesini kolaylaştırmada iletişim teknolojisi yoğun bir şekilde kullanılmaktadır (Tschirch ve ark., 2006)

Tele-ruh sağlığı uygulamalarına ilişkin araştırma sonuçları bu uygulamaların kullanılabilirliği açısından cesaret verici olsa da çalışma sayısı hala sınırlıdır. Tele-ruh sağlığı uygulamalarının rutin bakıma nasıl entegre edilebileceği ile ilgili daha fazla kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç vardır (Hailey ve ark., 2008; Simms ve ark., 2011). Kasckow ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları sistematik derlemenin sonuçları da örneklemini şizofreni hastalarının oluşturduğu, internet, video konferans veya telefon teknolojilerini içeren çalışmaların sınırlılığına işaret etmektedir. Türkiye de yapılan ve şizofreni hastaları ile tele-hemşirelik girişimlerini değerlendiren bir sistematik derlemenin sonuç da benzer şekilde randomize kontrollü çalışma deseninde tasarlanmış araştırma sayısının artması gerekliliğine vurgu yapmıştır (Uslu ve Buldukoğlu, 2016).

2.8. Tele-Hemşirelik Uygulamalarının Avantajları ve Sınırlılıkları

Tele-sağlık teknolojileri kronik hastalıkların tedavisinde daha az maliyetli, interaktif ve kullanılabilir uygulamalar haline gelmiştir (Jennett ve ark., 2003). Bireylere, kurumlara ekonomik fırsatlar sunan bu uygulamalar; hastanın gereksinim duyduğu bakıma her yerde (kırsal alandaki sağlık kliniklerine, evsizlerin barınaklarına, okullara, tutuklu evlerine, yolcu gemilerine) ve her saatte ruh sağlığı hizmeti sunumu sağlamaktadır (Vesely, 2014). Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastalara tanılama ve değerlendirme hizmetinin sunumu ile ilaç yönetimi, bireysel terapiler ve grup terapileri hizmetlerinin sunumuna da katkı sağlamaktadır (Erişim Tarihi: 12 Kasım 2016. <http://www.psychiatry.org/practice/professional-interests/underserved-communities/telepsychiatry>). Böylelikle bu teknolojilerin kullanımı tedaviye uyumu ve yanıtı artırmaktadır (Tseng ve ark., 2008).

Ciddi ruhsal bozuklukların tedavisinde tele-sağlık teknolojilerikullanımının artışına karşın şizofreni hastalarına ilişkin tele-sağlık uygulamalarının sınırlı olduğu belirtilmiştir (Kasckow ve ark., 2014). Oysa şizofreni hastaları yalnızca çalışma saatleri içinde hizmet alabildiklerini fakat çalışma saatleri dışında da yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Simms ve ark., 2011). Hailey ve arkadaşlarının (2008) 72 çalışmayı dahil ederek yaptığı sistematik bir derlemede ruh sağlığı alanındaki tele-

sağlık uygulamalarının etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmaların %55'i uygulamaların başarılı, %28'inin ise başarılı olma potansiyeli olduğu görülmüştür. Çalışmaların yalnızca %5'i kliniğe aktarılabilir uygulamaları içermediği için başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Şizofreni hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda da, hastalar bu uygulamalardan memnun olduklarını (Modai ve ark., 2006), bu uygulamanın devam etmesini istediklerini belirtmişlerdir (Jones ve ark., 2001). Şizofreni hastaları bununla birlikte tele-hemşirelik uygulamalarının damgalanmaya ilişkin olumsuz düşünceleri azalttığını belirtmişlerdir (Young, 2005).

Ekipman ile ilişkili maliyetler, teknik destek ve öğrenim gerekliliği (Simms ve ark., 2011), yasal ve etik problemler, teknoloji kullanımına yönelik olumsuz beklentiler (Reese ve Stone, 2005) tele-sağlık uygulamalarının sınırlılıkları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte başka bir potansiyel engel de klinik teknoloji kullanımına ilişkin eğitim eksikliği olabilir (Simms ve ark., 2011).

2.9. Şizofreni Hastaları İçin Tele-Hemşirelik Uygulamaları

Şizofreni hastaları için kullanılan tele-hemşirelik uygulamaları internet, video konferans, telefon gibi uygulamaları kapsamaktadır (Kasckow ve ark., 2014). İnternet tabanlı uygulamaların kullanımında önemli bir gelişme olduğu, fakat daha fazla çalışma ile değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Hailey ve ark., 2008). Video konferans uygulamalarının klinik olarak etkili ve hastalar tarafından kabul edilebilir bir yöntem olduğu ifade edilmektedir (Simpson, 2009). Ruhsal problemleri olup, video konferans yöntemiyle bakım alan hastaların bu yöntemin kullanımından memnun olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte ruh sağlığı çalışanları benzer bir memnuniyeti ifade etmiş ve yüz yüze iletişim ile video konferans ile kurulan iletişim arasında dramatik bir fark olmadığını vurgulamışlardır (Simms ve ark., 2011). Şizofreni hastalarının bakımında kullanılan telefon tabanlı uygulamalar ve etkileri ayrı bir başlıkta derlenmiştir.

2.9.1. Şizofreni Hastaları İçin Telefon Tabanlı Uygulamalar

Telefon, sağlık hizmet sunumunda etkili bir araç olmaya devam etmektedir. Ayrıca tele- ruh sağlığı uygulamalarına ilişkin kanıt temelli faydaları mevcuttur (Hailey ve ark., 2008). Buna karşın psikiyatrik hastalığı olan bireyler için telefon müdahalesinin etkinliğini keşfetmeye yönelik araştırma sayısı sınırlıdır (Beebe ve ark., 2010).

Psikiyatri hemşireleri iletişim becerilerini de kullanarak, telekomunikasyon teknolojilerini psikiyatri hastalarına erişimi artırmak için kullanmaktadırlar. Böylelikle hemşireler telefon hatları ve telefon triyajı gibi araçları kullanarak hastalarını uzaktan ynlendirebilmektedirler (Tschirch ve ark., 2006). şizofreni hastalarının bakımında en sık kullanılan tele-sağlık teknolojisi telefon tabanlı uygulamaları kapsamaktadır (Kasckow ve ark., 2014; Uslu ve Buldukoğlu, 2016). Periyodik telefon görüşmeleri hastaların tedavisine terapötik katılımı teşvik etmek için ekonomik bir seçenektir (Beebe ve ark., 2010). Aşağıda şizofreni hastalarına yönelik telefonla yürütülen tele-hemşirelik girişimlerinin yer aldığı araştırmalara yer verilmiştir.

Beebe (2001) alışmasında şizofreni hastaları için uygulanan yapılandırılmış telefon müdahalesinin etkinliğini değerlendirmiştir. Çalışmanın örneklemini 48 şizofreni hastası oluşturmuştur. Bu kapsamda hastaları deney ve kontrol grubuna eşit olarak ayırmış ve kontrol grubuna rutin bakım hizmeti sunarken, deney grubuna hem rutin bakım sunmuş hem de yapılandırılmış telefon görüşmesi ile müdahale etmiştir. Telefon müdahalesi üç ay süresince ortalama 10 dakika süren görüşmeleri kapsamıştır. Üç ay sonunda üç değişken ile değerlendirme yapılmıştır. Bunlardan ilki toplum içinde yaşama sresidir. Kontrol grubunun toplum içinde kalma süresi 78.25 gün iken deney grubunda bu süre %4 oranında artış göstermiş ve 81.36 gün olarak belirlenmiştir. Telefon müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan ikinci ölçüt ise hastaneye tekrar yatışı yapılan hastaların hastanede kalma süresi olmuştur. Kontrol grubunda yeniden yatışı yapılan hastaların hastanede kalma süresi 26.13 gün iken deney grubunda bu değer % 27 oranında azalmış ve 18.95 gün olarak tespit edilmiştir. nc değerlendirme kriterini ise hastaların tekrarlı yatış sıklığı oluşturmuştur. Kontrol grubunda yeniden yatış sıklığı %23 iken, deney grubunda bu oranın %13 olduğu grlmştir. Sonuç olarak; telefon müdahalesi hastaların toplum içinde yaşama süresini artırmış, tekrarlı yatışlarda hastanede kalış süresini ve tekrarlı yatış sıklığını azaltmıştır.

Beebe ve Tian (2004) şizofreni hastaları için uygulanacak yapılandırılmış telefon müdahalesi öncesi yüz yüze görüşme yapmanın hastalar üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Bu amaç doğrultusunda 24 şizofreni hastası eşit olarak

deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Altı hafta süresince kontrol grubundaki hastalara yalnızca telefon müdahalesi uygulanmış, deney grubundaki hastalara hem telefon müdahalesi uygulanmış hem de taburculuk öncesinde iki kere yüz yüze görüşme yapılmıştır. Taburculuk öncesinde yüz yüze görüşmenin yapıldığı deney grubunda, kontrol grubuna göre hastaların telefonla görüşme süresi ve kullandıkları duygu ifadesi sayısının artışı, tek kelimelik cevap sayısının da %50 oranında azalma gösterdiği bulunmuştur.

Beebe ve arkadaşları (2008) şizofreni hastalarına uygulanan telefon müdahalesinin ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmişlerdir. Bu nedenle 29 şizofreni hastasını 14 kişi kontrol grubu, 15 kişi deney grubu olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. Kontrol grubuna rutin bakım vermişler, deney grubuna ise yapılandırılmış telefon görüşmesi ile üç ay süresince haftada bir kez müdahale etmişlerdir. Değerlendirme yapabilmek için her ay hastanın evine gidilerek ilaç sayımı yapılmıştır. Araştırmanın sonunda kontrol grubundaki hastaların psikiyatrik İTU oranı %60.1 iken, bu oran deney grubunda %80 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik olmayan İTU da, benzer şekilde deney grubunda uyum oranı daha yüksek (deney grubunda %33, kontrol grubunda %22) bulunmuştur.

Montes ve arkadaşları (2010) şizofreni hastaları için uygulanan telefon müdahalesinin antipsikotik ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmişlerdir. Bu amaçla 928 şizofreni hastasını deney ve kontrol gruplarına bölmüşlerdir. Kontrol grubuna rutin bakım uygulamaları ile müdahale edilmiş, deney grubundaki hastalarla dördüncü, sekizinci ve 12. haftalarda yapılandırılmış telefon görüşmesi yapılmıştır. Araştırma sonunda yapılan ölçümlerde İTU oranı değerlendirilmiş ve kontrol grubunda %1.1'lik bir artış olurken deney grubunda bu oran %8.5'lik bir artış olmuştur. Bununla birlikte deney grubunda İTU her ay uygulanan TPÇM sonrası artış göstermiştir.

Beebe ve arkadaşları (2010) bir pilot çalışma yapmış ve şizofreni hastalarının cep telefonu kullanabilme durumlarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada hemşireler beş ay süresince her hafta 10 şizofreni hastasını cep telefonlarından aramıştır. Beş aylık çalışma dönemi süresince tamamlanan arama oranı % 59.3 olarak bulunmuştur. Yapılandırılmış telefon görüşmelerinin yalnızca küçük bir bölümünde katılımcılar

problem iletmıştır. Telefon aramalarına yanıt verilmemesinin en yaygın nedenini hastaneye yatış ve psikotik belirtiler oluşturmuştur. Görüşmelerde nadir olarak katılımcılar mesajları almak/cevaplamak veya telefonu şarj etmek konusunda zorluk yaşadığını bildirmiştir. Katılımcılardan biri, madde satın almak için kendisine verilen cep telefonunu satmak istemiştir. Bir başka katılımcı da başlangıçta bu araştırma nedeniyle kendisine verilen cep telefonu için duyduğu memnuniyeti dile getirmesine rağmen sonrasında cep telefonu kullanımına ilişkin ilgisini kaybetmiştir. Bu nedenle cep telefonu kullanımına ilişkin olası engeller, yaşam tarzı farklılıkları ve zayıf karar verme süreci olarak tanımlanmıştır.

Özkan ve arkadaşları (2013) çalışmalarında şizofreni hastalarına uygulanan tele-psikiyatrik izlemin ve ruhsal eğitimin ilaç tedavisi uyumu ve sosyal işlevsellik üzerine etkisini belirlemişlerdir. Bunun için 62 şizofreni hastasını deney ve kontrol grubuna dağıtmışlardır. Kontrol grubuna rutin bakım hizmetleri verilmiş, deney grubuna ise hem ruhsal eğitim hem de altı ay süresince telefon görüşmesi ile müdahale edilmiştir. Çalışma sonunda tele-izlem sonrası deney grubundaki hastaların İTU puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların sosyal işlevsellik genel puan ortalamaları yapılan ölçümlerde giderek düşerken, deney grubunda ruhsal eğitim ve telefon ile izlem sonrası anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beebe, Smith ve Phillips (2014) çalışmalarında yalnızca kısa mesajların, yalnızca telefon müdahalesinin ve hem kısa mesaj hem de telefon müdahalesinin birlikte kullanımının şizofreni hastalarının semptom seviyesi ve ilaç uyumu üzerine etkilerini değerlendirmişlerdir. Bu amaçla hastalar üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba yalnızca kısa mesaj ile ikinci gruba yalnızca telefon görüşmesi ile üçüncü gruba ise hem kısa mesaj hem de telefon görüşmesi ile müdahale edilmiştir. Yapılandırılmış telefon görüşmeleri üç ay süresince, her hafta yapılmıştır. Yapılandırılmış kısa mesajlar ise üç ay süresince, günlük olarak gönderilmiştir. Çalışma sonunda yapılan ölçümlerde psikiyatrik ilaç uyum skoru, telefon ve günlük mesajlaşma müdahalesinin birlikte kullanıldığı grupta diğer iki gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Semptom seviyesi skoru ise (yüksek puanlar semptom seviyesindeki artışı göstermektedir), telefon ve kısa mesaj müdahalelerinin birlikte kullanıldığı grupta, yalnızca kısa mesaj

müdahalesine göre 9.2 puan, yalnızca telefon görüşmesi müdahalesine göre 5.7 puan düşük bulunmuştur.

Beebe, Smith ve Phillips (2016) çalışmalarında ayaktan tedavi gören 140 şizofreni hastası ile bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışma kapsamında üç ay süresince yapılan haftalık telefon görüşmesinin hastaların ifade ettikleri ilaç tedavisi uyumuna (self-reported medication adherence), ilaç tedavisi uyum öz yeterliğine (medication adherence self efficacy) ve semptom seviyesine etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Üç ay sonunda, farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber, hastaların semptom seviyesi daha düşük ve İTÜ oranı daha yüksek bulunmuştur. İlaç tedavisine uyum öz yeterliği ise, üç aylık takip periyodu boyunca değişmeden kalmıştır.

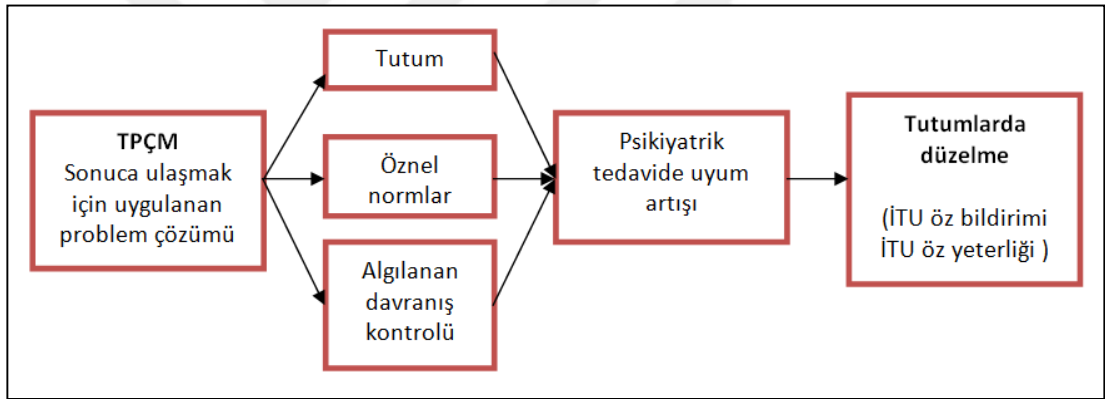
2.9.2. Telefonla Problem Çözme Müdahalesi

Telefonla Problem Çözme Müdahalesi (TPÇM) bir tele-hemşirelik uygulamasıdır. Bu uygulama; Tennessee Üniversitesi Hemşirelik Kolejinde görev yapan ve psikiyatri hemşireliği alanında profesör, Ruh Sağlığı Lisans Üstü Birliğinde koordinatör olan Lora Humphrey Beebe tarafından geliştirilmiştir. TPÇM şizofreni hastalarının çeşitli günlük problemlerinin çözümünü desteklemek, onlara başetme alternatifleri sunmak, bu alternatifleri kullanmalarını hatırlatmak ve bu başetme çabalarının etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Beebe ve ark., 2008). Beebe tarafından yürütülen araştırmalarda TPÇM, mesajlaşma ve/veya arama yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmalar bazı çalışmalarda günlük, çoğunlukla haftada bir gün yapılan telefon görüşmeleri ile yürütülmüştür. Görüşmeler sırasında TPÇM protokolü kullanılmıştır. Yedi maddeden ve anahtar ilkelere oluşan bu protokole ilişkin tüm ayrıntılara "Araştırmada Kullanılacak Araçlar" kısmında detaylı bir şekilde yer verilmiştir. Bu müdahalenin ortaya çıkışını sağlayan ve etkinliğini değerlendiren Beebe'nin bu konuda yapılmış birçok çalışmasına rastlamak mümkündür. Konu ile ilgili yapılan bir sistematik derlemede incelemeye alınan altı çalışmanın dördü kendisine aittir (Uslu ve Buldukoğlu, 2016). Bu tele-hemşirelik müdahalesinin temelini "Planlanmış Davranış Teorisi" (PDT) oluşturmaktadır (Beebe ve ark., 2016).

Ajzen ve Fishbein tarafından 1975 yılında geliştirilen PDT yine Ajzen tarafından 1991 yılında güncellenmiştir (Ajzen, 1991). PDT insan davranışlarını açıklamak

amacıyla tasarlanmış bir davranış teorisidir (Şekil 2.1). Tutum; tedaviye uyum konusunda algılanan inançları ve değerleri yansıtır. Öznel normlar; ailelerin ya da bakım vericilerin kişiyi tedaviye uyum konusunda hangi ölçüde teşvik ettiğini yansıtır. Algılanan davranış kontrolü (öz etkililik); tedaviye uyum engellerini aşmanın kolaylığı veya zorluğu ile kişinin bunu yapma kabiliyetine olan güven düzeyini yansıtır (Beebe ve ark., 2016).

Telefonla problem çözme müdahalesi bu belirleyicilerinin her birine değinen bir tele-hemşirelik uygulamasıdır. TPÇM müdahaleleri sırasında, hemşire, bireye tedaviye uyumun değerini ifade etmekte ve onu güçlendirmektedir (öznel normlar). Katılımcılara tedaviye uyumun faydaları (tutum) ve uyuma ilişkin engelleri nasıl çözebileceği (algılanan davranış kontrolü / öz etkililik) konusunda eğitim vermektedir (Beebe ve ark., 2016).



Şekil 2.1: Planlanmış davranış teorisine temellendirilmiş TPÇM

Beebe LH, Smith KD, Phillips C (2016). Effect of a telephone intervention upon self-reported medication adherence and self-efficacy in outpatients with schizophrenia spectrum disorders (SSDS). *Issues in Mental Health Nursing*, 37:708–714

Beebe tarafından yürütülen çalışmalarda TPÇM, mesajlaşma ve/veya arama yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Mesajlaşma uygulaması günlük yürütülürken, aramalar haftada bir gün yapılan telefon görüşmeleri ile sürdürülmüştür. Aramalar ve mesajlaşmalar sırasında detayları Tablo 2.5'de verilen ve yedi maddeden oluşan TPÇM protokolü kullanılmıştır.

Tablo 2.5. Telefonla problem çözme müdahalesi görüşme ve mesajlaşma soruları

Görüşme soruları	Mesajlaşma soruları
1. İlaçlarınızı reçete edildiği gibi alıyor musunuz? Hiç kaçırdığımız doz oldu mu?	1. Günlük mesajlaşma çalışmasından merhaba. Bugünün konusu ilaçlar. Bugün ilaçlarınızı aldınız mı? “Evet”, “Bazılarını”, “Almak istemiyorum”, ya da “Unuttum” diyebilirsiniz.
2. Sonraki randevunuzun zamanını biliyor musunuz?	2. Günlük mesajlaşma çalışmasından merhaba. Bugünün konusu randevunuz. Randevunuzun ne zaman olduğunu biliyor musunuz? “Evet”, “Hayır” ya da “Emin değilim” diyebilirsiniz.
3. En son konuştuğumuzdan bu yana sizi rahatsız eden bir belirtiniz oldu mu?	3. Günlük mesajlaşma çalışmasından merhaba. Bugünün konusu semptomlar. Herhangi bir semptomdan dolayı kendinizi rahatsız hissettiniz mi? “Henüz değil”, “Biraz” ya da “Çok” diyebilirsiniz.
4. Bu hafta içinde alkol ya da diğer uyuşturucu maddelere karşı herhangi bir istek duyduunuz mu?	4. Günlük mesajlaşma çalışmasından merhaba. Bugünün konusu istek. İlaç ya da madde kullanımı konusunda sizi rahatsız eden bir istek oldu mu? “Henüz değil”, “Biraz” ya da “Çok” diyebilirsiniz.
5. Bu hafta çevrenizdekiler ile ilişkiniz nasıldı?	5. Günlük mesajlaşma çalışmasından merhaba. Bugünün konusu sosyalleşme. Bu hafta diğer insanlar ile ilişkiniz nasıldı? “Çok iyi”, “Oldukça iyi” ya da “Hiç iyi değil” diyebilirsiniz.
6. Bu hafta içinde kafanıza takılan bir sorunuz var mı?	6. Günlük mesajlaşma çalışmasından merhaba. Bugünün konusu yok. Herhangi bir sorunuz var mı?
7. Bugün konuşmak istediğiniz başka bir şey var mı?	7. Günlük mesajlaşma müdahalesine katıldığınız için teşekkür ederiz. Sizi takdir ediyoruz. İyi günler dileriz.

Şizofreni hastaları ile TPÇM kullanılarak yürütülen çalışmaların sonuçları; bu müdahalenin şizofreni hastalarının toplum içinde geçirdiği süreyi uzattığı, tekrarlı yatışlarda hastanede geçirilen gün sayısını ve yeniden yatış amaçlı başvuru sayısını azalttığı sonucunu ortaya koymuştur (Beebe, 2001). Bunun yanı sıra hastaların işlevsellik düzeyini ve (Özkan ve ark., 2013) psikiyatrik ilaç tedavisi uyumunu (Beebe ve ark., 2008; Montes ve ark., 2010; Beebe ve ark., 2014) artırmış, psikiyatrik semptomların seviyesini azaltmıştır (Beebe ve ark., 2014). Ayrıca TPÇM öncesi hemşiresi ile yüz yüze görüşme yapılan hastaların sözlü iletişim becerileri de gelişmiştir (Beebe ve Tian, 2004).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ön test - son test düzeninde tasarlanmış, tek kör, randomize kontrollü bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yapılmıştır. Araştırmanın verileri Şubat 2016 – Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır

Psikiyatri kliniği hastaneden ayrı bir yapıdır ve kliniğin yatan hasta kapasitesi 28'dir. Klinik altı poliklinik ile tıbbi tedavi hizmetinin yanı sıra bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi ve elektrokonvülsif tedavi gibi hizmetler de vermektedir. Klinik üç katlı, kapalı bir servistir. Kliniğin zemin katında iki bölüm vardır. Birinci bölümde, hasta görüşme odaları, klinik, ziyaret odası, sekreter odası ve bir bekleme odası vardır. Kart sistemi ile açılan kapıdan ikinci bölüme giriş vardır. İkinci bölümde çok fonksiyonlu salon, meşguliyet odası, mutfak, egzersiz odası, tuvalet, yemek servis alanı ve hastalar için bir telefon vardır. Bu alandan birinci katta olan hasta odalarına erişim mevcuttur. Üçüncü katta ise poliklinikler mevcuttur. Sorumlu hemşire odası ikinci katta bulunmaktadır.

Psikiyatri kliniğindeki işleyiş ise; öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri belirli sayıda hastadan sorumlu olmakla birlikte, hemşireler tüm hastaların bakım ve tedavisinden sorumludur. Hemşireler iş merkezli olarak çalışmakta, gerekli durumlarda hastalar ile kısa görüşmeler yapmaktadırlar. Günaydın toplantıları, işe yönlendirme toplantıları, servis genel düzenini sağlama, spor aktiviteleri, bahçe, tatlı perşembe, gezi, sinema ve kitap okuma etkinlikleri, gevşeme egzersizleri ile uğraşı etkinliği psikiyatri hemşireliği faaliyet programı kapsamında yürütülmektedir. Günaydın toplantıları her hafta bir hemşire ve hekimin liderliği ile yürütülmektedir. Bu toplantılarda hastalarla birlikte bir konu belirlenmekte ve hastalar konuşulan konu üzerine görüşlerini ifade edebilme imkanı bulmaktadır. İşe yönlendirme toplantıları pazartesi günleri bir hemşirenin liderliğinde yürütülmekte olup bu toplantıda

hastalara bazı sorumluluklar (çay yapımı, para toplama) verilmektedir. Bu görevlerde, ilgili hemşire görev alan hastaya destek olmaktadır. Servis genel düzeni sabahları görevli hasta ve hemşirenin tüm odaları kontrol etmesi ile sağlanmaktadır. Kadın hastalar kadın odalarını, erkek hastalar da erkek odalarını kontrol etmektedir. Spor etkinlikleri için haftanın belli günleri bir spor hocası gelmekte ve hastalar ortalama 45 dakika spor yaptırmaktadır. Bahçe etkinliği ise gün içerisinde bir saat bahçeye çıkmayı kapsamaktadır. Bu etkinlik bir hemşire ve bir yardımcı personelin kontrolünde gerçekleşmektedir. Hastalar bahçe saatinde basketbol ve voleybol gibi oyunlar oynayabilmekte, kondisyon aletleri ile spor yapabilmekte, çardakta sohbet edebilmektedir. Perşembe günleri "tatlı perşembe" etkinliği yürütülmektedir. Bu günlerde görevli hastalar hemşirenin gözetiminde yiyecek hazırlamakta ve dağıtmaktadır. Sonrasında tüm hastalar birlikte eğlenmektedir. Gezi etkinliği pazar günleri hemşire, tıp/hemşirelik öğrencisi ve yardımcı personel eşliğinde, kaçma tehlikesi bulunmayan hastalarla kantine gidilerek yürütülmektedir. Sinema etkinliği, yine pazar günleri hastalar ile bina içerisinde bulunan sinema salonunda görevli hemşire ile birlikte, arşivde yer alan bir filmi izlemeyi kapsamaktadır. Kitap okuma etkinliği akşamları önceden belirlenen bir kısa hikâyenin hasta tarafından okunmasını ve hemşirenin gözetiminde hastaların hikaye ile ilgili fikirlerini iletmesini içerir. Bununla birlikte kitap okuma etkinliğinde gazete haberleri de okunabilmekte, hastaların ilgisini çeken, hoşuna giden haberler "duvar gazetesi" olarak adlandırılan alana asılmaktadır. Düzenli olmamakla birlikte gevşeme egzersizleri hastalar uyumadan önce ortalama 30 dakika süren ve müzik eşliğinde tüm kasların önce kasılıp sonra gevşemesini kapsar. Etkinliğe katılabilecek durumda olan hastalar gelen komutları uygularlar. Uğraşı terapileri genel salonunda, hemşire gözetiminde hastaların resim, takı, ebru, mandala gibi etkinlikler yapmalarını içerir

İlaçlar hemşire odasının karşısında kilitli bir odada bulunmaktadır. Bu odada ilaçlar hazırlanmakta ve ilaç dağıtım masasına getirilmektedir. Tedavi saatinde hastalara, bardaklarını su ile doldurup ilaç dağıtım masasına gelme sorumluluğu verilmiştir. Hemşireler bu sorumluluğu alabilme konusunda hastaları desteklemektedirler. İlaç tedavisi öncesi tüm hastaların yaşam bulguları hemşireler tarafından değerlendirilmektedir. Hastaya ilacı veren hemşire ağız kontrolü yaparak ilaç

tedavisini sonlandırmaktadır. Hemşireler ayrıca formal olmamakla birlikte soru yönelten hastalara ilaçları konusunda bilgi vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Şubat 2016 – Şubat 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniğine yatışı yapılan şizofreni tanılı bireyler oluşturmuştur.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Bir araştırmada yüksek güce kararların alınabilmesi için yüksek güce sahip bir örneklem belirlemek gerekir. Yüksek güce sahip örneklem için ise

- Yüksek istatistiksel güç,
- Düşük tip 1 hata düzeyi,
- Düşük etki büyüklüğü,

Gibi parametrelere gereksinim vardır (Erdoğan ve ark., 2015). Bu çalışmada ilgili parametre değerlerine aşağıda yer verilmiştir.

İstatistiksel güç; elde edilen istatistik sonuçları ile ulaşılan kararların güvenilirlik oranıdır. Bu değer $1-\beta$ olarak ifade edilir. β tip II hata olasılığını ifade eder. Tip II hata olasılığı da gerçekte yanlış olan bir H_0 hipotezinin kabul edilmesidir. Genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2015). Bu araştırmanın başlangıç gücü % 80 olarak kabul edilmiştir.

Tip 1 hata; H_0 hipotezinin gerçekte doğru iken reddedilmesidir. Tip I hata çıkma olasılığı " α " ile belirtir (Erdoğan ve ark., 2015). Genel olarak %5'in altındaki p değerleri ($\alpha < 0.05$, $\alpha < 0.01$, $\alpha < 0.001$) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir. Bu araştırmada da tip 1 hata oranı %5 olarak belirlenmiştir.

Etki büyüklüğü; araştırma sonuçlarının H_0 hipotezinden sapma düzeyini gösteren, "d" ile ifade edilen, istatistiksel bir değerdir (Erdoğan ve ark., 2015). Bu araştırmada başlangıçtaki etki büyüklüğü hesaplamasında Özkan ve arkadaşları (2013) tarafından, şizofreni hastalarının İTÜ'sunun değerlendirildiği çalışma verileri temel alınmıştır. Bu çalışmanın etki büyüklüğü $d=3.55$ 'tir. %80 güce ulaşmak için her gruba 3 katılımcı alınması ile istenilen sonuca ulaşılabilmektedir. Fakat bu örneklem

sayısı kabul edilebilir olmadığı için "Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği"ne göre yapılacak olan ikili karşılaştırmalarda minimum 1 puanlık farkın klinik anlamlılık ifade edeceği öngörülmüştür. Bu doğrultuda etki büyüklüğü $d=0.64$ olarak hesaplanmıştır (Deney grubu standart sapması=2.07, Kontrol grubu standart sapması=0.75). Bu bilgiler ışığında başlangıçta güç analizi yapılmış ve araştırmanın hipotezine uygun olarak örneklem sayısının başlangıç için her grupta en az 31, toplamda 62 kişi olması gerektiği bulunmuştur.

Bir yıllık veri toplama süreci sonunda müdahale grubu 22 ve kontrol grubu 24 kişi olmak üzere toplam 46 bireye ait veri elde edilmiştir. Toplanan veriler ile yeniden güç analizi ve etki büyüklüğü hesaplanmış ve araştırmanın etki büyüklüğü $d=2.86$ (Deney grubu standart sapması=1.28, Kontrol grubu standart sapması=2.09), araştırmanın gücü:%100 olarak bulunmuş ve veri toplama süreci maliyet, zaman etkinliği de göz önünde bulundurularak sonlandırılmıştır.

3.3.2. Örneklem Özellikleri

Bu araştırmanın dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma ölçütleri Tablo 3.1' deki gibidir.

Tablo3.1. Araştırmanın örneklem seçim kriterleri

Dahil edilme ölçütleri	Dışlama ölçütleri	Çıkarılma ölçütleri
<ul style="list-style-type: none">– Psikiyatri servisinde yatıyor olma– En az altı ay süre ile şizofreni tanısı almış olma– Çalışmaya katılmaya gönüllü olma– Çalışmaya kendi rızası ile katılabilecek bilişsel yeterlikte olma– Taburculuk sonrası iletişim kurulabilecek sabit bir telefona sahip olma– Türkçe konuşma	<ul style="list-style-type: none">– Şizofreniye eşlik eden farklı psikiyatrik tanının varlığı– Tedavisi sonlanmadan kendi isteği ile hastaneden ayrılma– Telefon ile iletişimi engelleyen işitme kaybının olması– Madde kullanıyor olma	<ul style="list-style-type: none">– Araştırmanın herhangi bir aşamasında kendi rızası ile ayrılmak isteme– Arka arkaya üç telefon görüşmesine katılmama

3.3.3. Randomizasyon ve Körleme

Bireylerin gruplara atanması için kapalı zarf yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı, zarfların 31'ine "1" ve diğer 31'ine "2" rakamlarının yazılı olduğu kâğıtları yerleştirmiştir. Toplamda "1" ve "2" rakamlarının yazılı olduğu 62 zarf hazırlanmıştır. Araştırmacı zarflardan "1" numarayı seçerse, katılımcı TPCM uygulamasının yürütüleceği **müdahale grubuna**, "2" numarayı seçerse herhangi bir girişimin uygulanmayacağı **kontrol grubuna** atanmıştır. Hasta çalışmaya katılmayı kabul etmezse zarf yeniden randomizasyona dahil edilmiştir.

Bu çalışmada girişimi uygulayan ve verileri değerlendiren araştırmacıyı kişidir. Bu nedenle sadece araştırmaya katılmayı kabul eden şizofreni hastalarının buldukları grubu öğrenmemeleri sağlanmıştır. Böylelikle yalnızca tek yönlü bir körleme yapılmıştır.

Deneysel bir araştırmada, araştırmacı, alanın kontrolünü sağlamak için sonuç değişkenini etkileyen (İTU) olası risk faktörlerini belirlemeli (sosyodemografik özellikler, ilaç kullanım özellikleri, içgörü düzeyi, işlevsel iyileşme düzeyi) ve çalışma dışı tutmalıdır. Böylelikle sonuç değişkeni etkileyen faktörler ile ilgili önlemleri almış olacak ve gruplar arası homojen dağılımı sağlayacaktır (Erdoğan ve ark., 2015) Randomizasyon ile müdahale ve kontrol grubuna atanan kişiler arasında tanıtıcı özellikler, ilaç kullanım özellikleri, içgörü, sosyal işlevsellik düzeyleri ve ilaç tedavisi uyum oranları arasında farklılık olup olmadığının kontrolü yapılmıştır. Kontrol ve müdahale grubu arasındaki farkın analizinde normal dağılım varsayımının sağlamadığı sürekli değişkenlerin analizinde nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve kategorik değişkenlerin analizinde ise Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların tanıtıcı özellikler, ilaç kullanım özellikleri, içgörü, sosyal işlevsellik düzeyleri ve ilaç tedavisi uyum oranları yönünden istatistiksel olarak birbirlerinden farksız olduğu ($p>0.05$), müdahale ve kontrol grubuna homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 3.2, Tablo 3.3, Tablo 3.4)

Tablo 3.2. Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler (N=46)	Müdahale grubu (n=22)		Kontrol grubu (n=24)		Testler χ^2	p
	sayı	%	sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	13	59.1	14	58.3	0.003	0.958
Erkek	9	58.3	10	41.7		
Yaş (medyan(min-max))	36(22-82)		39.5(20-68)		248.0 ⁺	0.725
Medeni durum						
Evli	9	40.9	6	25	1.322	0.250
Bekar	13	59.1	18	75		
Ekonomik durum algısı						
İyi	5	22.7	4	16.7	-	NA*
Orta	15	68.2	12	50		
Kötü	2	9.1	8	33.3		
Birlikte yaşadığınız kişiler						
Var	21	95.5	23	95.8	0.004	0.999
Yok	1	4.5	1	4.2		
Yaşamınızda destek olan kişiler						
Var	21	95.5	23	95.8	0.004	0.999
Yok	1	4.5	1	4.2		

⁺Mann-Whitney U, *NA: Not Applied

Tablo 3.3.Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının ilaç kullanım özelliklerine göre dağılımı

İlaç kullanım özellikleri (N=46)	Müdahale grubu (n=22)		Kontrol grubu (n=24)		Testler χ^2	p
	sayı	%	sayı	%		
İlaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumu						
İnanıyorum	13	59.1	16	66.7	0.283	0.595
İnanmıyorum	9	40.9	8	33.3		
Daha önce psikiyatrik ilaç kullanma durumu						
Kullandım	22	100	24	100	-	-
Kullanmadım	0	0	0	0		
Kullanılan ilacı kendi isteği ile bırakma durumu						
Bıraktım	22	100	24	100	-	-
Bırakmadım	0	0	0	0		
Şizofreni tanısına sahip olma yılı (medyan(min-max))	4(1-25)		10(1-35)		185.5 ⁺	0.083

⁺Mann-Whitney U

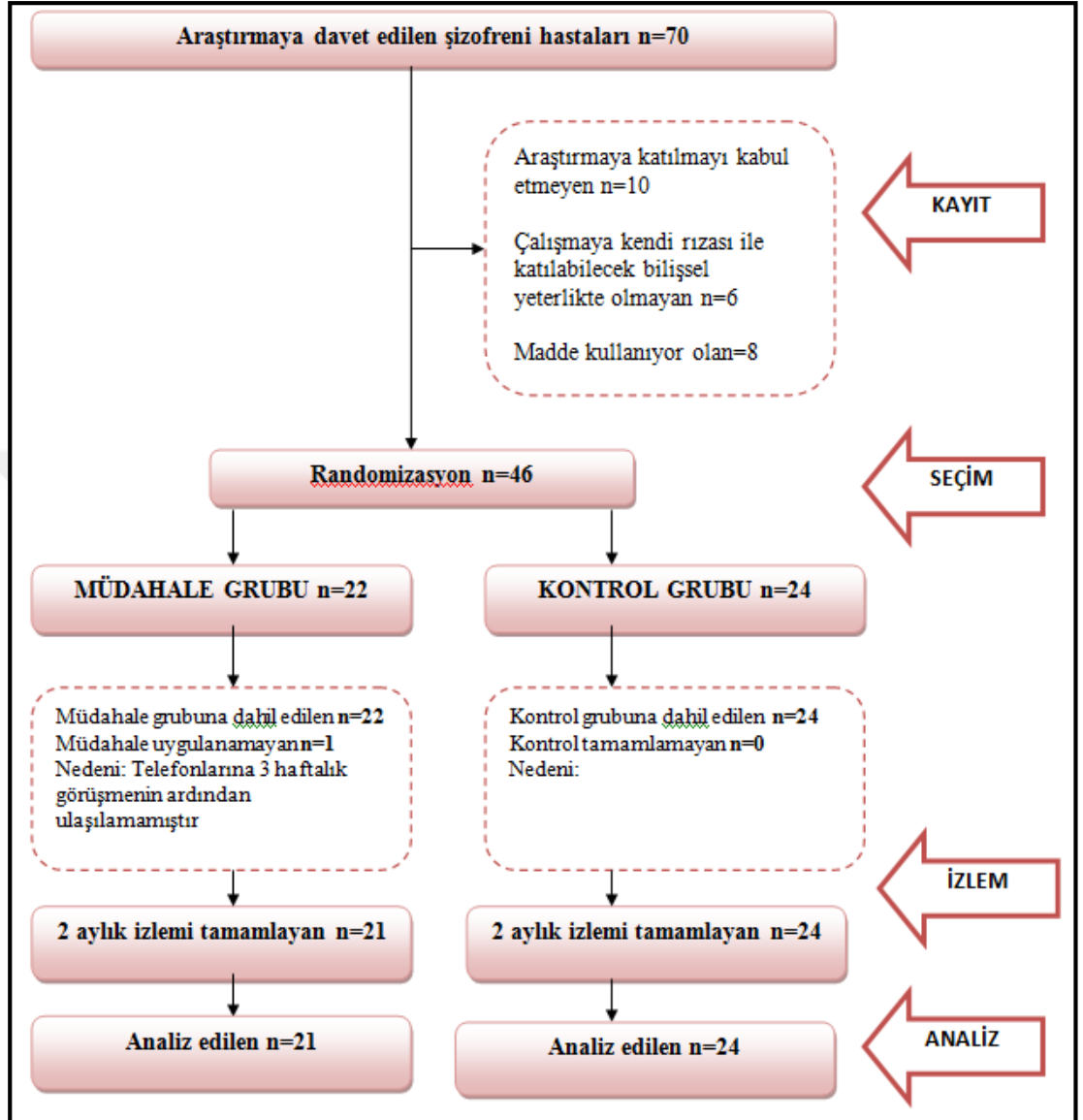
Tablo 3.4.Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının içgörü, sosyal işlevsellik ve ilaç tedavisi uyum düzeyine göre dağılımı

Ölçekler (N=46)		Ortanca	Min-Max	U	p
İÜBDÖ*	Müdahale grubu (n=22)	10.5	0-18	209 ⁺	0.224
	Kontrol grubu (n=24)	9	1-15		
İGDÖ**	Müdahale grubu (n=22)	70	40-81	190.5 ⁺	0.105
	Kontrol grubu (n=24)	63.5	45-78		
TTUOÖ***	Müdahale grubu (n=22)	4	3-6	207 ⁺	0.201
	Kontrol grubu (n=24)	5	1-8		

⁺Mann-Whitney U*İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, **İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği, *** Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

3.3.4. CONSORT Şeması

Bu araştırmanın CONSORT Şeması Şekil 3.1 deki gibidir.



Şekil 3.1. CONSORT şeması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki gibidir

Bağımlı değişken; İlaç tedavisine uyum

Bağımsız değişken; İlaç kullanım özellikleri (ilaç gerekliliğine inanma, daha önce psikiyatrik ilaç kullanma durumu, kendi isteği ile ilacı bırakma durumu, ilaç bırakma nedeni), içgörü düzeyi, işlevsel iyileşme düzeyi ve telefonla problem çözme müdahalesi'dir.

3.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Bu araştırmada iki tür araç kullanılmıştır. Bunlar veri toplama ve müdahale araçlarıdır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçlarına, Veligan ve arkadaşlarının (2009) hazırladıkları rehber doğrultusunda karar verilmiştir. Aydınlatılmış Onam Formu'nu (EK-1) okuyup dolduran katılımcılara bu kapsamda

- Kişisel Bilgi Formu (EK-2)
- İğörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (EK-3)
- Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (EK-4)
- İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (EK-5)
- Son Değerlendirme Formu (EK-6)

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili rehber (Veligan ve ark., 2009) dayalı olarak geliştirilmiş, 12 sorudan oluşmuş bir formdur. Bu soruların içeriği sosyodemografik ve ilaç kullanım özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Sosyodemografik özellikler; cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, ekonomik durum algısı, birlikte yaşadığı kişiler ile kendine destek olarak algıladığı kişilerin varlığını ve şizofreninin tanılanma zamanını belirleyen sorulardır. İlaç kullanım özellikleri ise; daha önce psikiyatrik ilaç kullanma, ilaç kullanımı gerekliliğine inanma, kullanılan psikiyatrik ilaçları kendi isteği ile bırakma durumunu ve bırakma nedenlerini değerlendiren soruları içermektedir.

İğörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ): David (1990) tarafından iğörüü niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış nitelikte bir ölçektir. Bu ölçeğin üç bileşenini; hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları anormal olarak değerlendirebilme yeteneği ve tedaviye uyum öğeleri oluşturmaktadır. Görüşmeci hastanın verdiği yanıtların yanı sıra klinikteki gözlemlerini de katarak değerlendirme yapabilir. Ölçek toplam sekiz sorudan oluşmaktadır. İlk yedi sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru ek olarak sunulmuştur. Bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek iğörü

düzeşini gösterir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış bu ölçeğın güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğın güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.91 bulunmuştur

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğı (TTUÖÖ): Hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışlarını ve tutumunu değerlendirmek amacıyla Thompson ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 10 soru bulunmaktadır. Sorular "Evet/Hayır" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 1-10 arasında değişmektedir. Puanı 1-7 arasında olanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında olanların ise tedaviye uyumu yüksek olarak tanımlanmıştır. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğın Türkçe geçerlik güvenilirliğı Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış TTUÖÖ’nün güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğın maddelerinin; doğru-yanlış, evet-hayır, var-yok gibi iki yanıtı olmadığı durumlarda kullanılmaktadır. İki şıklı değişkenlere uygulanan formül ise "Kuder-Richardson 20" dir. KR-20 olarak isimlendirilir. Bu formül az sayıda maddeden oluşan (10-15 madde gibi) testlerde uygulanmışsa 0.50 gibi düşük bir değer de güvenilir kabul edilir (Erdoğan ve ark., 2015). Bu çalışmada KR-20 güvenilirlik kat sayısı 0.817 bulunmuştur.

İşlevselliğın Genel Değerlendirilmesi Ölçeğı (İGDÖ): DSM-IV ekseninde hastanın psikolojik, sosyal ve mesleki işlevlerini değerlendiren bir ölçektir. Kişi kendi yargısını kullanarak genel durum düzeyini 0-100 arasında değerlendirebilmektedir. Ölçeğın kullanımını kolaylaştırmak için her 10 puanda bir işlevleri o düzeyde olan vakaların sosyal ve mesleki işlevleri ile semptomların ağırlık derecesi örneklerle açıklanmıştır (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Son Değerlendirme Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen iki sorudan oluşmaktadır. Bu sorular ile katılımcıların izlem sonrası ilaç tedavisi uyumu değerlendirilmiştir (EK VI)

3.5.2.Müdahale Araçları

Araştırma sürecinde kullanılan müdahale araçlarına, Veligan ve arkadaşlarının (2009) hazırladıkları rehber doğrultusunda karar verilmiştir. Bu kapsamda,

- TPÇM Protokolü (EK-7)
- TPÇM Görüşme Formu (EK-8)
- İlaç Tedavisine Uyum Eğitimi (İTUE) Kitapçığı (EK-9)
- İTUE Protokolü (EK-10) kullanılmıştır.

TPÇM Protokolü: Telefon tabanlı izlemin sağlıklı yürütülmesini sağlamak amacı ile kullanılmıştır. Protokol Beebe tarafından geliştirilmiştir. Araştırmacı Beebe ile e-posta yoluyla iletişime geçmiştir. İlgili protokol Beebe tarafından araştırmacıya iletilmiş ve kullanım izni verilmiştir. Bu protokol, TPÇM prosedürünü ve hasta tarafından belirtilen problemleri TPÇM ile nasıl çözebileceğini tanımlar.

TPÇM Görüşme Formu: Telefon tabanlı izlemin sağlıklı yürütülmesini sağlamak amacı ile kullanılmıştır. Form Beebe tarafından geliştirilmiştir. Araştırmacı Beebe ile e-posta yoluyla iletişime geçmiştir. İlgili form Beebe tarafından araştırmacıya iletilmiş ve kullanım izni verilmiştir. Bu form; haftalık yapılan görüşmeler sırasında araştırmacının görüşmeyi yönetmesini ve not almasını sağlar nitelikte olup yedi sorudan oluşmaktadır.

İTUE Kitapçığı: İTU eğitiminin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. Bu araştırmada İTUE yetişkin eğitimi üzerine odaklanmaktadır. İçerik bilgisi Beebe tarafından geliştirilen ve e-posta yolu ile araştırmacıya iletilen "Şizofreni Spektrum Bozukluğu İçin Telefon Müdahalesi Klavuzu" ile Veligan ve arkadaşlarının (2009) hazırladıkları "uzman uzlaşma kılavuz serisi" doğrultusunda oluşturulmuştur. İki oturum şeklinde planlanan bu eğitimin oturum başlıkları "Birinci oturum; İlaç kullanım bilgisi" ve "İkinci oturum; Yan etkiler için çözüm önerileri" şeklinde planlanmıştır.

İTUE Protokolü: Protokol, yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak, birinci sütunda "Oturum İçerikleri", ikinci sütunda "Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar"ın yer aldığı iki sütunlu bir formatta yapılandırılmıştır. Bu protokol eğitimin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur.

3.6. Araştırma Süreci

Bu araştırma, akış diyagramı Şekil 3.2'de belirtilen üç aşamada tamamlanmıştır.

Birinci Aşama= Hazırlık Aşaması; Bu aşama iki adımdan oluşmaktadır.

Birinci adımda; Öncelikle araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarına karar verilmiştir (Kişisel Bilgi Formu, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği, Vizuel Analog Skala). Sonrasında araştırmaya katılmayı kabul eden şizofreni tanılı bireyler için İTUE kitapçığı oluşturulmuştur. TPÇM Protokolü ve TPÇM Görüşme Formu dil ve içerik geçerliği açısından değerlendirilmek üzere Türkçe-İngilizce dilini akademik olarak iyi bilen üç kişi tarafından ayrı ayrı Türkçeye çevrilmiştir. Üç farklı çeviri formu incelenerek, araştırmacı tarafından protokole son şekli verilmiştir.

İkinci adımda; Bu adımda oluşturulan İTUE kitapçığı ve kültürel uyarlaması yapılan TPÇM protokolü ile TPÇM Görüşme Formu psikiyatri hemşireliğinde uzman üç akademisyene (Doçent, Yardımcı Doçent, Öğretim Görevlisi) gönderilmiştir. Uzmanlardan gelen öneriler değerlendirilmiş ve eğitim kitapçığında minimal düzeyde (renk seçimleri, yazı boyutları, olumsuz cümlelerin olumlu cümleye dönüştürülmesi) değişiklik yapılmıştır. TPÇM protokolü, TPÇM Görüşme Formu üzerinde ise hiçbir değişiklik yapılmamıştır.

Ön uygulama; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatan iki ön uygulama katılımcısı ile yoğun psikiyatrik belirtileri azaldıktan sonra (hekimin taburculuğu planladığı zaman diliminde) yapılmıştır. Katılımcılar ile ilk gün görüşme yapılmış, onamları alınmış ve veri toplama araçları uygulanmıştır. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Sonrasında hastalar uygun oldukları zamanı belirtmiş ve aynı gün bireysel İTUE'nin birinci bölümü, ikinci gün ise ikinci bölümü verilmiştir.

Eğitimler, sorumlu hemşireye ait odada tamamlanmıştır. Hasta eğitimleri bu odada verilmiştir. Bu oda yaklaşık beş metrekare olup, güneş almaktadır. Odada, bir kitaplık, bir çalışma masası ve üç sandalye bulunmaktadır. Katılımcılar ile araştırmacı eğitim kitapçığını etkin kullanabilmek için karşılıklı oturmuştur. Odanın

kapısı hastanın isteğine göre açık ya da kapalı şekilde bırakılmıştır. Eğitimler herhangi bir dış etken nedeniyle bölünmemiştir. Her eğitim oturumu ortalama 20 dakika sürmüştür. Ön uygulamanın ardından İTUE kitapçığında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Ardından Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatan, İTUE eğitimi verilen aynı iki ön uygulama katılımcısına TPÇM'nin nasıl uygulanacağı konusunda bilgi verilmiş, TPÇM için hastalar uygun oldukları gün ve zamanı belirtmiş ve gerekli plan yapılmıştır. Hastaların taburcu olduğu tarih bilgisini klinik sekreteri vermiştir. Daha sonra, taburculuk öncesinde hasta ile birlikte planlanan gün ve zaman doğrultusunda, beş hafta süre ile "TPÇM Protokolü" kapsamında TPÇM uygulanmıştır. Telefon görüşmeleri ortalama 10 dakika sürmüştür. Beş haftalık izlem sonrasında gelen geribildirimler doğrultusunda TPÇM protokolü yeniden gözden geçirilmiştir. TPÇM protokolünde dördüncü madde de yer alan soru (TPÇM Görüşme Formunda da aynı soru bulunmaktadır) (Bu hafta alkol ya da uyuşturucu gibi bazı zararlı maddeleri kullanma isteği duyduunuz mu?) değiştirilmiştir. Sorunun "Rahatlamak ve sakinleşmek için tedaviniz dışında zararlı herhangi bir şey kullanma ihtiyacı duyduunuz mu?" şeklinde sorulmasına karar verilmiştir. Ön uygulama sonunda sonucu etkileyebilecek bir engel olmadığı için ön uygulama katılımcıları araştırmaya dahil edilmiştir.

İkinci Aşama= Uygulama Aşaması; Bu aşama beş adımdan oluşmaktadır. Aşamamın her adımında araştırmacı cuma ve cumartesi günleri klinikte bulunmuş ve katılımcıları gözlemlemiştir. Veri toplama araçları; gözlem ve hasta ifadeleri doğrultusunda doldurulmuştur.

Birinci adımda; Bu adımda dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma ölçütlerine uygun olarak örneklem seçimi tamamlanmış ardından da randomizasyon yapılmıştır. Bireylerin gruplara atanması için kapalı zarf çekme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılar; araştırmacı zarflardan "1" numarayı seçerse TPÇM uygulamasının yürütüleceği müdahale grubuna, "2" numarayı seçerse herhangi bir girişimin uygulanmayacağı kontrol grubuna dahil edilmiştir. Hasta araştırmaya katılmayı kabul ederse aydınlatılmış onamı alınmıştır.

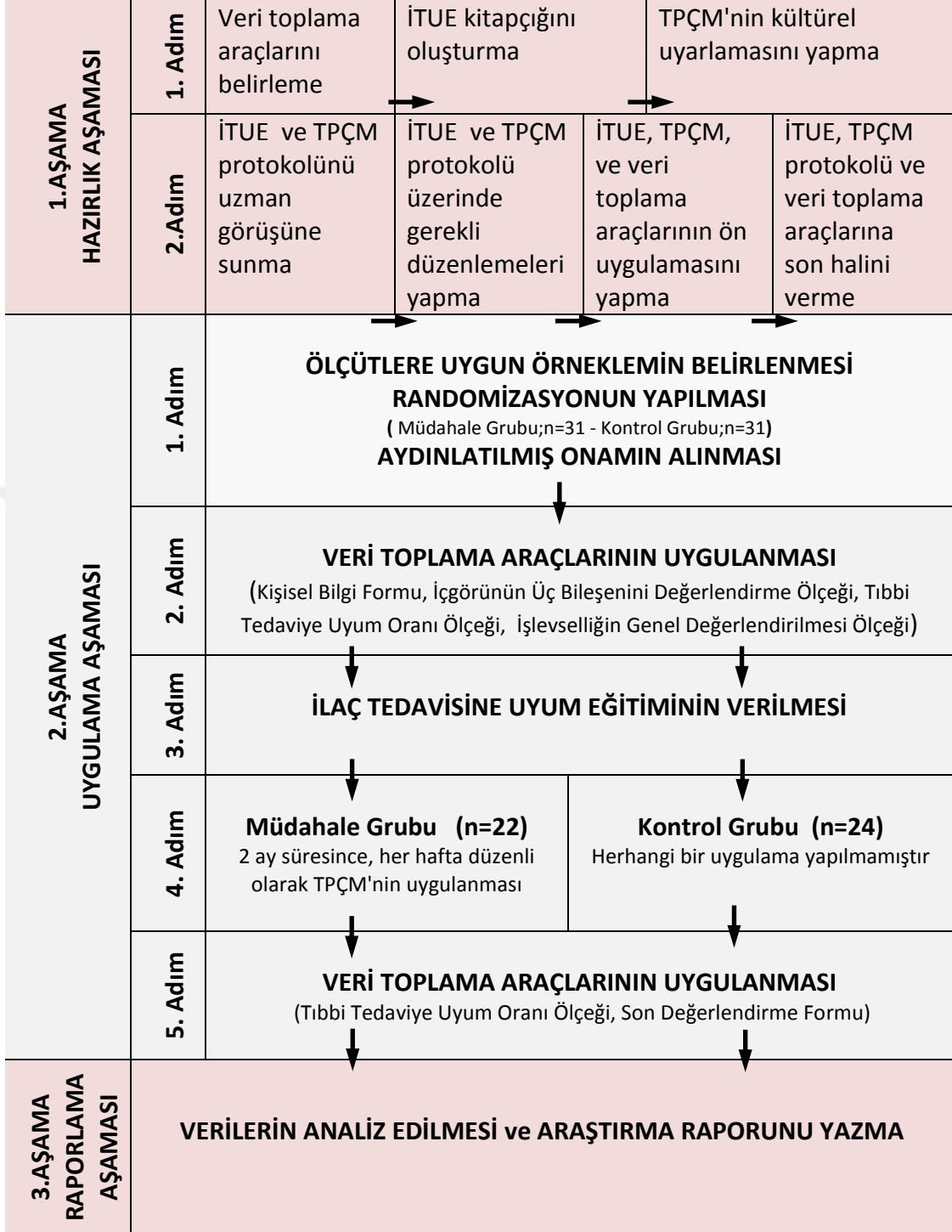
İkinci adımda; Her iki gruba da ölçüm araçları (Kişisel Bilgi Formu, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği), hastaların yoğun hastalık belirtileri azalmaya başladıktan sonra yüz yüze uygulanmış ve ön test verileri toplanmıştır.

Üçüncü adımda; Bu aşamada klinikte çalışanların ve hastanın görüşü dikkate alınarak her hasta için en uygun zaman belirlenmiş ve her iki gruptaki, her katılımcıya, bireysel İTUE verilmiştir. Eğitim, ardışık iki gün içerisinde, iki oturum olacak şekilde verilmiştir. Hastalar taburcu olana kadar eğitimleri tamamlanmıştır. Bu aşamada müdahale grubundakı her katılımcıya eğitim sonrasında TPÇM'nin nasıl uygulanacağı konusunda da bilgi verilmiş, TPÇM için gün ve zaman planı yapılmıştır. Bölüm sekreteri her taburculuğun ardından araştırmacı ile hastanın taburculuğunu iletmek için telefon ile iletişime geçmiştir.

Dördüncü adımda; Taburculuk sonrasında müdahale grubuna, araştırmacı tarafından, iki ay süreyle (sekiz hafta), her hafta TPÇM uygulanmıştır. Uygulama sırasında "TPÇM Protokolü" kullanılmıştır. Aramalar, taburculuk öncesinde hasta ile birlikte planlanan gün ve zaman doğrultusunda yapılmıştır. TPÇM sırasında elde edilen veriler, her telefon görüşmesi sırasında "TPÇM Görüşme Formu"na el ile yazılarak kaydedilmiştir. Kontrol grubunaiki aylıkizlem sırasında herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

Beşinci adımda; İki ayın sonunda, müdahale ve kontrol grubundakı katılımcıları psikiyatri kliniğine/üniversite kantinine uygun oldukları bir zamanda gelmeleri için davet edilmiş ve son test ölçüm araçları (Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, Son Değerlendirme Formu) yüz yüze uygulanmıştır.

Üçüncü Aşama=Raporlama Aşaması; Bu aşamada katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi yapılmış ve araştırma raporu yazılmıştır.



Şekil 3.2: Araştırma süreci

İTUE: İlaç Tedavisine Uyum Eğitimi, TPÇM: Telefonla Problem Çözme Müdahalesi

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

İlk aşamada ölçek sahiplerinden ölçeği kullanabilmek için, TPÇM'nin kullanımı için de Beebe ile e-posta yolu ile iletişime geçilerek gerekli izinler alınmıştır (EK-11). Araştırmanın yapılabilmesi için etik onay Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik

Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (70904504) (EK-12), kurumsal izin Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yönetiminden alınmıştır (26708535-900/2017) (EK-13). Gerekli izinler alındıktan sonra uygulama öncesi araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere Aydınlatılmış Onam Formu (EK I) imzalatılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde Akdeniz Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi bölümü öğretim elemanı Dr. Başak Oğuz Yolcular'dan danışmanlık alınmıştır. Veriler lisanslı SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha:0.05$ olarak kabul edilmiştir. Kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.5'te özetlenmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü G*Power (v3.1.9) programı istatistik programı kullanılarak belirlenmiştir. Veri toplama süreci sonunda müdahale grubu 22 ve kontrol grubu 24 kişi olmak üzere toplam 46 bireye ait veri elde edilmiştir ancak bir hasta çalışmadan ayrıldığı için analizler müdahale grubunda çalışmayı tamamlayan 21 hasta üzerinden yapılmıştır. Normallik testinde her iki gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğu için Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol gruplarının homojenitesini belirlemek için normal dağılım varsayımının sağlanmadığı sürekli değişkenlerin analizinde nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve kategorik değişkenlerin analizinde ise Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmış ve istatistikler frekans, yüzde, medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile sunulmuştur. Ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alpha ve Kuder-Richardson 20 katsayılarına bakılmıştır. Kontrol ve müdahale grubunun kendi içinde ön test - son test puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed-Rank test, müdahale öncesi ve sonrası ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumları ve ilaç tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılmasında ise McNemar testi kullanılmış ve sonuçlar frekans, yüzde, medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile sunulmuştur. Müdahale öncesinde ve sonrasında kontrol ve müdahale grubunun tedaviye uyum puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmış ve bulgular medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile verilmiştir.

Tablo 3.5. Kullanılan istatistiksel programlar ve analizlerin alanlarına göre dağılımı

İstatistik yapılan alanlar	Kullanılan istatistiksel yöntemler
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	G*Power (v3.1.9) programı
Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grupların homojenitesi	Frekans, yüzde, Fisher's Exact Test, Pearson Ki-Kare ve Mann Whitney U testi
Ölçeklerin güvenirliği	Cronbach alpha, Kuder-Richardson 20
Müdahale ve kontrol grubunun bağımsız değişkenlere göre ön test ve son test ölçüm farkları	Mann Whitney U
Müdahale ve kontrol grubunun kendi içinde bağımlı değişkenlere göre ön test ve son test ölçüm farkları	McNemar Test, Wilcoxon Signed-Rank

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- İlaç tedavisine uyumu değerlendiren faktörleri kontrol altında tutabilmek için araştırmanın yalnızca bir merkezde sürdürülmesi,
- Hasta kayıtlarına bağlı yetersizlikler nedeniyle bir yıl içerisinde şizofreni tanısı ile yatışı yapılan hasta sayısının belirlenememesi,
- Araştırma süresince (Şubat 2016- Şubat 2017) merkeze yatışı yapılan şizofreni tanılı hastaların sayısının sınırlı olması,
- Çalışılan grubun özel durumundan dolayı (şüphencilik, zarar görme kaygısı) yazılı onam vermek istememesi
- Hastalarla taburculuk öncesinde planlanan TPÇM'nin hasta kaynaklı sebeplerle (telefonu duymama, telefonun şarjının bitmesi, telefonu yanına almayı unutma, planlanan zamanda uyuyor olma v.s) planlanan zamanda yapılamaması
- Son test verilerinin toplanabilmesi için katılımcıların hastaneye gelmek istememeleri ya da farklı mekanda (hastane kantini) görüşmek istemesi
- İlaç tedavisine uyumu değerlendiren, Tükçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış ölçeklerin sayısının iki ile sınırlı olması (Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği) nedeniyle şizofreni hastalarının İTU

değerlendirilmesi sürecinde yalnızca bir ölçeğin kullanılabilmesi bu araştırmanın sınırlılıklarındandır



4. BULGULAR

Bu araştırmanın toplam katılımcı sayısı 46 olup, katılımcıların %58.7'si kadın, %67.4'ü bekar ve %50'si orta öğrenim mezunudur. Yaş ortalamaları 38.9 ve şizofreni tanısına sahip olma ortalama süreleri ise 10 yıldır. Ayrıca katılımcıların %58.7'i ekonomik durum algısını "orta" olarak ifade etmiş, çok azı ise (%4.3) yalnız yaşadığını ve destek olacak kimsesinin bulunmadığını belirtmiştir. Katılımcıların ilaç bırakma nedenlerinin de değerlendirildiği bu çalışmada, %28.3'ü ilaç yan etkileri nedeniyle, %21.7'sinin iyileştiğini düşündüğü için, beşte biri (%19.6) ilaçları yararlı bulmadığı, yine beşte biri (%19.6) hasta olduğunu düşünmediği için ilaç kullanmayı hekim önerisi olmaksızın bırakmıştır. Katılımcıların yalnızca %10.9'u ilaç kullanmayı daha önce kendi isteği ile bırakmamıştır.

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerde, TPÇM'nin İTU'ya etkisini gösteren sonuçlar incelenmiş ve bulgular aşağıda belirtildiği gibi üç başlık altında sunulmuştur.

4.1. TPÇM protokolünün kullanımına ilişkin bulgular

4.2. Katılımcıların ilaç kullanım özelliklerine ilişkin bulgularının karşılaştırılması

4.2. Katılımcıların İTU özelliklerine ilişkin bulgularının karşılaştırılması

4.1. TPÇM Protokolünün Kullanımına İlişkin Bulgular

Telefonla problem çözme müdahalesi protokolü ülkemizde ilk kez bu çalışmada kullanıldığından, diğer bulgulardan önce protokolün kullanımına ilişkin dikkati çeken özelliklerin verilmesi uygun bulunmuştur. Protokolde dördüncü maddenin soru kökü (Bu hafta alkol ya da uyuşturucu gibi bazı zararlı maddeleri kullanma isteği duyduunuz mu?) ön uygulama sonrasında (“Rahatlamak ve sakinleşmek için tedaviniz dışında zararlı herhangi bir şey kullanma ihtiyacı duyduunuz mu”) değiştirilmiştir. Uygulama süresince oluşturulan yeni soru kullanılmıştır. Güncellenen protokolün ardından TPÇM uygulaması öncesinde her katılımcı ile klinikte yüz yüze görüşme yapılmıştır.

Haftalık olarak uygulanan TPÇM’ye 22 hasta ile başlanmış fakat bir hastaya üçüncü haftanın ardından ulaşamadığı için uygulama 21 hastanın katılımı ile sonlanmıştır. Her hasta ile haftalık görüşülmüş ve hastaların sekiz takip aramasını tamamlaması sağlanmıştır.

Hasta kaynaklı sebepler ile görüşme her zaman planlanan zaman diliminde yapılamamıştır. Hastaya ulaşabilmek için protokola uygun olarak gün içerisinde üç kez, toplamda üç günü geçmemek üzere aramalar tekrarlanmıştır. Gerekli olduğu durumlarda hasta ailesi ile de iletişime geçilmiştir. Görüşme süresi ortalama 10 dakika sürmüştür. Başlangıçtaki görüşme süresi 10 dakikanın üzerinde, sonlardaki takip aramaları ise 10 dakikanın altında olmuştur.

4.2. Katılımcıların İlaç Kullanım Özelliklerine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların TPÇM sonrası "kendi isteği ile ilaç bırakma" ve "ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma" durumları grup içi ve gruplar arası olarak karşılaştırılmıştır. Tablo 4.1’de yer alan bilgilere göre; kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası kendi isteği ile ilaç bırakma durumları grup içi karşılaştırıldığında hem kontrol hem de müdahale grubunda ilaç kullanmayı bırakmayan kişilerin oranları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır ($p < 0.001$). Müdahale grubunda 21 kişinin tamamı ilaç kullanmayı bırakmazken, kontrol grubunda 24 kişiden 12’si ilaç kullanmayı bırakmamıştır. Tablo 4.2’de ise hastaların “kendi isteği ile ilaç bırakma” durumlarının gruplar arası

karşılaştırmasına yer verilmiştir. Buna göre müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların TPÇM sonrası kendi isteği ile ilaç bırakma oranları karşılaştırıldığında müdahale grubunda ilaç bırakmama oranının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

Tablo 4.1. Katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası kendi isteği ile ilaç bırakma durumunun karşılaştırılması

Kendi isteği ile ilaç bırakma (N=45)		TPÇM Öncesi		TPÇM Sonrası	
		sayı	%	sayı	%
Kontrol Grubu (n=24)	Bıraktım	24	100	12	50
	Bırakmadım	0	0	12	50
$p<0.001^+$					
Müdahale Grubu (n=21)	Bıraktım	21	100	0	0
	Bırakmadım	0	0	21	100
$p<0.001^+$					

⁺McNemar Test

Tablo 4.2. Katılımcıların kendi isteği ile ilaç bırakma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması

Kendi isteği ile ilaç bırakma (N=45)		Gruplar			
		Müdahale Grubu (n=21)		Kontrol Grubu (n=24)	
		sayı	%	sayı	%
TPÇM Sonrası	Bıraktım	0	0	12	50
	Bırakmadım	21	100	12	50
$p<0.001^+$					

⁺Pearson Ki-kare Test

Katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumları Tablo 4.3’de görüldüğü gibidir. Buna göre, kontrol grubundaki hastaların TPÇM öncesi ve sonrası “ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma” durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0.999$), müdahale grubundaki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.008$). Müdahale grubundaki hastaların TPÇM sonrası ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma oranlarının arttığı görülmüştür. Tablo 4.4’de ise hastaların “ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma” durumlarının gruplar arası karşılaştırmasına yer verilmiştir. Bu tabloya göre müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla ilaç gerekliliğine inanma oranının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.004$).

Tablo4.3. Katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumunun karşılaştırılması

İlaç tedavisinin gerekliliğine inanma (N=45)		TPÇM Öncesi		TPÇM Sonrası	
		sayı	%	sayı	%
Kontrol Grubu (n=24)	İnanıyorum	16	66.7	16	66.7
	İnanmıyorum	8	33.3	8	33.3
p=0,999 ⁺					
Müdahale Grubu (n=21)	İnanıyorum	13	61.9	21	100
	İnanmıyorum	8	38.1	0	0
p=0.008 ⁺					

⁺McNemar Test

Tablo 4.4. Katılımcıların ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması

İlaç tedavisinin gerekliliğine inanma (N=45)		Gruplar			
		Müdahale Grubu (n=21)		Kontrol Grubu (n=24)	
		sayı	%	sayı	%
TPÇM Sonrası	İnanıyorum	21	100	16	66.7
	İnanmıyorum	0	0	8	33.3
p=0.004 ⁺					

⁺Fisher's Exact Test

4.3. Katılımcıların İTU Özelliklerine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların İTU'ları TTUOÖ puanları ile değerlendirilmiştir. Buna göre TTUOÖ puanları TPÇM sonrası, grup içi ve gruplar arası olarak karşılaştırılmıştır. Tablo 4.5'de katılımcıların TPÇM öncesi ve sonrası, gruplar arası TTUOÖ puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Buna göre TPÇM öncesinde müdahale ve kontrol grubunun TTUOÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p=0.201),TPÇM sonrasında müdahale grubunun TTUOÖ puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.001).Müdahale grubundaki hastaların TPÇM sonrası TTUOÖ puanının arttığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.5. Katılımcılarının TPÇM öncesi ve sonrası TTUOÖ puanlarının karşılaştırılması

Zaman	Gruplar (N=45)	Ortanca	Min-Max	U	p
TPÇM Öncesi	Müdahale grubu (n=21)	4	3-6	207 ⁺	0.201
	Kontrol grubu (n=24)	5	1-8		
TPÇM Sonrası	Müdahale grubu(n=21)	9	6-10	4.5 ⁺	p<0.001
	Kontrol grubu (n=24)	4	0-7		

*Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, ⁺Mann-Whitney U

Tablo 4.6’da müdahale ve kontrol grubunun TPÇM öncesi ve sonrası TTUOÖ puanları kendi içlerinde karşılaştırılmıştır. Buna göre kontrol grubundaki katılımcıların TPÇM sonrasında TTUOÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenirken ($p=0.001$), müdahale grubunda TTUOÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Buna göre müdahale grubundaki hastaların TPÇM sonrası TTUOÖ puanının arttığı, TPÇM uygulanmayan kontrol grubunda ise iki aylık izlem sonunda TTUOÖ puanının azaldığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcılarının TPÇM öncesi ve sonrası TTUOÖ puanlarının kendi içinde karşılaştırılması

TTUOÖ* puanlarının karşılaştırması (N=45)		TTUOÖ Puanı*	
		Ortanca	Min-Max
Kontrol Grubu (n=24)	TPÇM Öncesi	5	1-8
	TPÇM Sonrası	4	0-7
		$Z=-3.237^+$ p=0.001	
Müdahale Grubu (n=21)	TPÇM Öncesi	4	3-6
	TPÇM Sonrası	9	6-10
		$Z=-4.039^+$ p<0.001	

* Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği; ⁺Wilcoxon Signed-Rank

5. TARTIŞMA

Araştırmada şizofreni tanılı hastalarda TPÇM'nin ilaç kullanım özellikleri ve İTU üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra Beebe tarafından geliştirilen, dilimize uyarlanan ve ilk kez bu araştırmada kullanılan TPÇM protokolünün kullanımına ilişkin yaşanan deneyimlerin de bu bölümde tartışılmasına karar verilmiştir. Bu nedenle, araştırmanın bu aşamasında, elde edilen sonuçlar aşağıdaki üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. TPÇM protokolünün kullanımı

5.2. Katılımcıların ilaç kullanım özellikleri

5.3. Katılımcıların ilaç tedavisine uyum düzeyleri

5.1. TPÇM Protokolünün Kullanımı

Telefonla problem çözme müdahalesi, şizofreni hastalarının kendi tedavilerine katılımını teşvik eden ekonomik bir seçenektir (Beebe ve ark., 2010). Bu müdahale protokolü kullanım yönü ile psikiyatri hemşirelerine standardize edilmiş bir bakım seçeneği de sunmaktadır. Ayrıca ilgili literatürden (Beebe ve ark.,2008; Özkan ve ark., 2013; Beebe ve ark., 2016) ve bu araştırmadan elde edilen olumlu İTU sonuçları TPÇM'nin psikiyatri kliniği uygulamalarına kolaylıkla ve güvenle aktarılabilir olduğunu düşündürmektedir.

Terapötik uyum için hasta ve ruh sağlığı çalışanı arasındaki terapötik ilişki ya da çalışma ilişkisi önemli bir faktördür (Simpson, 2009). Tunis ve arkadaşları (2007) bakım profesyonelleri ile hasta arasındaki pozitif ilişkinin bir yıl süresince İTU'yu sağlayan önemli bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Hasta vebakım profesyonelleri arasındaki negatif ilişkisinde İTU'yu güçleştirebileceği belirtilmiştir (Masand ve Narasimhan, 2006). TPÇM de haftada bir gün düzenli olarak hemşire ile şizofreni hastasının iletişim kurmasını sağlayan, hastaların problemlerinin çözümünü destekleyen, onlara başetme alternatifleri sunan, bu alternatiflerin kullanımını hatırlatan, etkinliğini değerlendiren bir müdahaledir (Beebe ve ark., 2008) Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, TPÇM'nin hastave sağlık bakım sağlayıcı (hemşire) arasındaki terapötik ilişkinin sürdürülmesini destekleyen, dolayısıyla İTU'ya katkı sağlayan bir müdahale olduğu söylenebilir.

Beebe ve Tian'nın (2004) yapmış olduğu çalışmanın sonuçları TPÇM öncesi hasta ile yüzyüze görüşme yapmanın önemini vurgulamaktadır. Çalışmada şizofreni hastaları ile bir psikiyatri hemşiresi eşliğinde iki kez yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bunlardan ilki hemşirenin ve katılımcıların rollerinin açıklandığı, ortalama 12 dakika süren bir görüşme olmuştur. Diğer görüşme ise TPÇM öncesi hasta hemşire ilişkisini geliştirmek amacıyla yapılan ve ortalama yedi dakika sürmüş bir görüşmedir. Bu iki görüşmenin ardından katılımcılara altı hafta süresince TPÇM uygulanmıştır. Yüzyüze görüşme yapılan hastalar, yapılmayanlara kıyasla telefonda daha uzun süre görüşebilmiş, iki kat fazla duygu ifadesi kullanmış ve daha az tek kelimelik cevap vermişlerdir (Beebe ve Tian, 2004). Bu araştırmada da TPÇM'nin etkinliğini artıracığına inanılarak, tüm katılımcılarla ön test verilerinin toplanması sürecinde ve iki oturumluk İTUE sürecinde yüzyüze görüşme yapılmıştır. Müdahale grubundaki her katılımcıya ayrıca eğitim sonrasında TPÇM'nin nasıl uygulanacağı konusunda da bilgi verilmiş, TPÇM için gün ve zaman planı yapılmıştır. TPÇM'nin İTU'yu artırdığı sonucuna ulaşılan bu araştırmada, taburculuk öncesinde yapılmış olan yüz yüze görüşmelerin de ulaşılan sonuca katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yedi maddeden oluşan TPÇM protokolünde, dördüncü maddede yer alan soru, ön uygulama sonrasında değiştirilmiştir. Sorunun orijinali “Bu hafta alkol ya da uyuşturucu gibi bazı zararlı maddeleri kullanma isteği duydunuz mu?” şeklinde iken, hastaların bu soruya yanıt vermekten kaçınması ya da kısa cevaplar vermesi üzerine “Rahatlamak ve sakinleşmek için tedaviniz dışında zararlı herhangi bir şey kullanma ihtiyacı duydunuz mu” formatına dönüştürülmüştür. Ancak tüm araştırma süresince katılımcılardan bu soruya “hayır” dışında bir yanıt gelmemiştir. Bunda ülkemizin kültürel özelliklerinin etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu protokol kullanılarak yürütülecek sonraki çalışmalarda ilgisiz sorunun çıkarılması ya da soru kökü üzerinde yeniden çalışılması gerekebilir.

Bu araştırma süresince katılımcılara, taburculuk öncesinde planlanan zaman diliminde ulaşamamak araştırmacının yaşadığı güçlüklerden birisi olmuştur. Araştırmacı, katılımcılara ulaşabilmek için ortalama iki kez arama yapmıştır. Ulaşma konusunda yaşanan sınırlılıklar sıklıkla telefonu duymama, telefonun şarjının bitmesi, telefonu yanına almayı unutma, planlanan zamanda uyuyor olma gibi

sebeplerden kaynaklanmıştır. Yapılan benzer bir çalışmada ise şizofreni hastalarının telefon aramalarına yanıt verilmemesinin en yaygın nedenini yeniden hastaneye yatış ve psikotik belirtiler oluşturmuştur (Beebe ve ark.,2010). Katılımcılara ulaşamama sorunu Beebe tarafından oluşturulan protokolda de en sık karşılaşılan sorun olarak tanımlanmıştır. Sorunun çözümünde hasta yakınlarının iletişim bilgilerinin alınması, hastaya ulaşamadığı durumlarda iletişime geçilmesinde etkili olmuştur. Telefon görüşmeleri ortalama 10 dakika sürmüştür. İlk takip aramalarında süre 10 dakikanın üzerine çıkarken, son takip aramalarında süre 10 dakikanın altına inmiştir. Süre konusundaki bu değişim, geliştirilen terapötik hasta hemşire ilişkisi ve TPÇM'nin etkinliği ile ilgili olabilir.

Sonuç olarak; TPÇM'nin klinik psikiyatri hemşireliği uygulamalarına kolaylıkla ve güvenle aktarılabilmesi, terapötik hasta hemşire ilişkisini destekleyeceği, TPÇM öncesi yüz yüze görüşme yapmanın süreç üzerine olumlu etkisinin olabileceği, protokolün bir maddesinin üzerinde çalışılması gerektiği, katılımcılara ulaşmak için birkaç arama yapılabileceği ve arama süresinin izlem sonuna doğru azalabileceği, bu araştırma sürecinde protokole ilişkin edinilmiş deneyimlerdir.

5.2. Katılımcıların İlaç Kullanım Özellikleri

Şizofreni hastalarının ilaç kullanım özellikleri İTU'yu etkilemektedir (Velligan ve ark., 2009, DiBonaventura ve ark., 2012). Hastaların ilaç yan etkileri konusundaki endişeleri, ilaç gerekliliğine inanma durumları, ilaçlara karşı geliştirdikleri olumsuz tutumlar İTU'yu güçleştirmektedir (Velligan ve ark., 2009). Şizofreni tanısı almış ve antipsikotik ilaç kullanan hastalar ile yapılan bir çalışmada (n=876) hastaların %86'sı tedavi sırasında en az bir yan etki ile karşılaştığını ifade etmiştir. Çalışmada, ekstra piramidal yan etkilerin, sedasyonun, bilişsel yan etkilerin, endokrin ve metabolik yan etkilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde İTU'yu güçleştirdiği bulunmuştur (DiBonaventura ve ark., 2012). Bir başka çalışmada ise "kilo artışı" yan etkisi nedeniyle özellikle kadınların İTU sorunları yaşadığı tespit edilmiş ve bunu aşırı sedasyon takip etmiştir (Velligan ve ark., 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da psikotik özellik gösteren hasta grubuyla çalışılmış ve katılımcıların %13'ü ilaç yan etkilerinden rahatsız olduklarını dile getirmiştir (Ünal ve ark., 2006). İlaç yan etkilerinin İTU'yu güçleştirdiği, ilaç tedavisini bırakma öyküsünün de İTU

problemleri için zemin hazırlayıcı bir faktör olduğu (Ruscher ve ark., 1997) düşünüldüğünde bu durumların kontrolü İTU'nun sağlanması için bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada da hastaların kendi isteği ile ilaç bırakma durumları incelenmiştir. Çalışmada hem müdahale (n=21) hem de kontrol grubundaki (n=24) katılımcıların tamamı ilaç kullandıkları süreçte tedaviyi en az bir kez kendi istekleri ile sonlandırdıklarını ifade etmiştir. İlaçları kendi istekleri ile bırakma nedenleri incelendiğinde; %28.3'ü ilaç yan etkilerini gerekçe olarak sunmuştur. Bu nedenle araştırma kapsamında hem müdahale hem de kontrol grubundaki katılımcıların tamamına iki oturumdan oluşan İTUE eğitimi verilmiştir. Sonrasında müdahale grubuna sekiz hafta süresince TPÇM uygulanmıştır. Araştırma sonunda grupların kendi içindeki ilaç bırakma durumları incelendiğinde (Tablo 4.1) her iki grupta da ilaçlarını kendi isteği ile bırakmayan katılımcı sayısında artış olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Fakat gruplararası karşılaştırmada (Tablo 4.2) TPÇM uygulanan müdahale grubunda bu artışın, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu, hastaların tamamının ilaç kullanmaya devam ettiği görülmektedir ($p<0.001$). Her iki grubun kendi isteği ile ilaç bırakmama oranındaki artış, ilaç kullanım bilgisi ve ilaç yan etkilerinin yönetimi başlıklarını kapsayan İTUE ile açıklanabilir. Müdahale grubundaki ilaç bırakmama oranının daha yüksek olmasının nedeni ise TPÇM'dir. Bu doğrultuda TPÇM'nin şizofreni hastalarının ilaçlarının kullanım oranını artırdığı/hastaların kendi isteği ile ilaç bırakmasını azalttığı söylenebilir.

Şizofreni hastalarında İTU'yu etkileyen bir diğer faktör ise hastaların ilaç kullanımına karşı sergiledikleri olumsuz tutumdur (Ruscher ve ark., 1997; Lacro ve ark., 2002; Masand ve Narasimhan, 2006; Velligan ve ark., 2009). Hastaların ilaç kullanımının gerekliliğine inanmamaları İTU'yu güçleştiren bir faktördür (Ruscher ve ark., 1997). Velligan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, İTU'yu etkileyen faktörler uzmanlar tarafından incelenmiş ve bu faktörlerin etki düzeyi 1-9 arasında puanlandırılmış, puan arttıkça etki düzeyi de artmıştır. O çalışmada şizofreni hastalarının ilaçların gerekliliğine inanmama durumunun İTU'yu önemli ölçüde etkilediği (6.7 puan) bulunmuştur. Hastaların olumlu ilaç algısının İTU'yu güçlendiren bir faktör (Novick ve ark., 2010) olduğu dikkate alındığında, hemşirelerin bu konudaki girişimleri hastalar açısından

destekleyeci bir yaklaşım olacaktır. Bu kapsamda araştırmada TPÇM öncesi her iki gruptaki katılımcılara ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma konusundaki düşüncesi sorulmuştur. Kontrol grubundaki hastaların %66.7'sinin, müdahale grubundaki katılımcıların da%61.6'sının ilaç tedavisinin gerekliliğine inanmadığı görülmüştür. TPÇM'nin bu alandaki etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılan grup içi ölçümlerde TPÇM uygulanan müdahale grubunda ilaç tedavisinin gerekliliğine inanan hasta oranında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olurken ($p=0.008$), TPÇM uygulanmayan kontrol grubunda ilaç tedavisinin gerekliliğine inanan hastaların oranında bir değişim olmamıştır ($p=0.999$) (Tablo 4.3). Gruplar arası karşılaştırmalarda da benzer bir sonuca ulaşılmış ve müdahale grubundaki katılımcıların kontrol grubuna kıyasla ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumlarının arttığı bulunmuştur ($p=0.004$) (Tablo 4.4). Bu sonuçlar TPÇM'nin hastaların ilaç tedavisi gerekliliğine olan inancı artıran bir uygulama olduğunu ortaya koymuştur.

Sonuç olarak TPÇM; şizofreni hastalarının kendi isteği ile ilaç bırakmasını önleyen, ilaç tedavisinin gerekliliğine olan inancı artıran bir tele-hemşirelik uygulamasıdır. TPÇM'nin İTU üzerine etkisini inceleyen bir sistematik derlemenin sonuçları değerlendirildiğinde (Uslu ve Buldukoğlu, 2016) TPÇM'nin kendi isteği ile ilaç bırakma ve ilaçların gerekliliğine inanma üzerine etkisini inceleyen bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Bu nedenle TPÇM'nin ilaç kullanım özellikleri konusunda hastaları destekleyen bir uygulama olduğu sonucuna ulaşılması, literatüre katkı sağlayacağı düşünölen yeni bir bilgidir.

5.3. Katılımcıların İlaç Tedavisi Uyum Düzeyleri

İlaç tedavisi uyum sorunları ciddi ruhsal problemlerin seyri açısından büyük önem taşımasına karşın (Kelleci ve Ata, 2011) şizofreni hastalarında İTU problemlerinin görölme oranının çok yüksek olduğu belirtilmektedir (McIntosh ve ark., 2006; Velligan ve ark., 2009; Goff ve ark., 2010; Velligan ve ark., 2010b). Her dört şizofreni hastasından birinin İTU göstermediği (Nose ve ark., 2003), tedavinin ilk senesinde yaşanan İTU problemlerinin, ikinci sene daha kötü sonuçlar doğurduğu (Ascher-Svanum ve ark., 2006) göz önünde bulundurulduğunda İTU probleminin hızla çözölmesi gereken bir sorun olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Hemşireler hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmada anahtar rol oynarlar (Emsley ve ark., 2015). İTU'nun sağlanması psikiyatri hemşirelerinin öncelikli bakım hedefleri arasındadır (Kelleci ve Ata, 2011). Tele-hemşirelik uygulamaları kapsamında şizofreni hastalarının bakımında en sık kullanılan teknolojilerden biri telefondur (Kasckow ve ark., 2014; Uslu ve Buldukoğlu, 2016). Bu; tele-ruh sağlığı uygulamalarına ilişkin kanıt temelli faydalar sunan (Hailey ve ark., 2008), şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu artıran, olumlu yanıtlar almasını sağlayan, sağlık bakım sağlayıcıları ile hasta arasında köprü oluşturan bir araçtır (Kasckow ve ark., 2014). Yapılan çalışmalar TPÇM'nin şizofreni hastalarının bakımında etkili olduğunu göstermektedir (Beebe, 2001; Beebe ve Tian 2004; Beebe ve ark., 2008; Montes ve ark., 2010; Özkan ve ark., 2013; Beebe ve ark., 2014; Beebe ve ark., 2016). Örnek bir çalışmada üç ay süresince yapılandırılmış haftalık telefon görüşmesi yapılan müdahale grubu ile rutin bakım alan kontrol grubu İTU açısından karşılaştırılmıştır. Kontrol grubundapsikiyatrik İTU oranı %60.1, müdahale grubunda ise %80 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik olmayan İTUda benzer şekilde müdahale grubunda daha yüksek bulunmuştur (Beebe ve ark.,2008). Benzer şekilde büyük bir örneklem ile yapılan çalışmada (n=928), müdahale grubundaki hastalara dördüncü, sekizinci ve 12. haftalarda yapılandırılmış telefon görüşmesi, kontrol grubundaki hastalara ise rutin bakım uygulamaları ile müdahale edilmiş, araştırma sonunda yapılan ölçümlerinde, kontrol grubunun İTU oranında %1.1'lik, müdahale grubunda ise %8.5'lik bir artış olmuştur. Bununla birlikte müdahale grubunda İTU her ay uygulanan TPÇM sonrası artış göstermiştir. Özkan ve arkadaşlarının (2013) şizofreni hastaları ile yapmış oldukları benzer bir çalışmada da kontrol grubuna rutin bakım hizmeti, müdahale grubuna ise ruhsal eğitim ve altı ay süresince telefon görüşmesi ile müdahale edilmiştir. Çalışma sonunda müdahale grubundaki hastaların İTU puanları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Son olarak Beebe, Smith ve Phillips'in (2016) yürüttüğü çalışmada ise şizofreni hastaları ile üç ay süresince haftalık telefon görüşmesi yapılmıştır. Üç ay sonunda, hastaların İTU oranında artış olduğu görülmüştür. Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. TPÇM sonrasında müdahale grubunun TTUOÖ puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu sonuçlar TPÇM'nin şizofreni hastalarının İTU'sunu artırdığını

göstermektedir. Bu araştırmada yapılan grup içi ölçümlerde TPM sonrası müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ puanının arttığı, kontrol grubundaki hastaların ise TTUOÖ puanının azaldığı görölmüştür (Tablo 4.6). İki gruba da taburculuk öncesinde İTUE verilmesine karşın kontrol grubundaki hastaların puanlarında düşüş yaşanması bu araştırmanın dikkat çeken sonuçlarındandır. Bu sonuç, İTU'yu artırmak için psikoeğitimin tek başına yeterli olmadığını düşündürmüştür. Bunun yanı sıra haftalık telefon görüşmesinin İTU üzerinde büyük ölçüde yararlı olduğu sonucunu ortaya koymuştur.

Sonuç olarak; TPM, şizofreni hastalarında İTU'yu artıran bir psikiyatri hemşireliği uygulamasıdır. Bununla birlikte psikiyatri hemşireliği uygulamalarından biri olan psikoeğitim İTU'yu artırmada tek başına yeterli değildir denebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma ile Türkçe'ye uyarlanan TPÇM Protokülü ilk defa ülkemizdeki şizofreni hastalarının bakımında kullanılmıştır. TPÇM kullanılarak yürütülen çalışmalardan farklı olarak ilk defa bu çalışmada TPÇM'nin şizofreni hastalarının kendi isteği ile ilaç bırakma ve ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumları üzerine etkisi incelenmiştir. Ayrıca deneysel desende tasarlanan bir çalışma olması nedeniyle hemşirelere, şizofreni hastalarının İTU'sunu destekleyen kanıt değeri yüksek bir bakım seçeneği sunmaktadır. Bununla birlikte TPÇM'nin şizofreni hastalarının ilaç kullanım özellikleri ve İTU üzerinde olumlu etkileri olduğu da gösterilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın, hemşirelik literatürüne katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde TPÇM'nin ilaç tedavisine uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada H_0 hipotezi reddedilmiş ve H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Şizofreni hastalarının TPÇM sonrası "kendi isteği ile ilaç bırakma" durumları grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır.
 - TPÇM öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırmada her iki grupta da ilaç kullanmayı bırakmayan hastaların oranları artmıştır.
 - TPÇM sonrası gruplar arası karşılaştırmada ise müdahale grubunda ilaç bırakmama oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Şizofreni hastalarının TPÇM sonrası "tedavinin gerekliliğine inanma" durumları grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır.
 - TPÇM öncesi ve sonrası kontrol grubundaki hastaların ilaç tedavinin gerekliliğine inanma durumunda bir değişiklik olmazken, müdahale grubundaki hastaların ilaç tedavisinin gerekliliğine inanma oranlarının arttığı görülmüştür.
 - TPÇM sonrası müdahale grubunda ilaç gerekliliğine inanma oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Şizofreni hastalarının TPÇM sonrası İTU'su grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır.
 - TPÇM öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırmada kontrol grubundaki katılımcıların TTUOÖ puanlarında azalma gözlenirken, müdahale grubunda TTUOÖ puanlarında artış olduğu görülmüştür.
 - TPÇM sonrasında müdahale grubunun TTUOÖ puanları, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler dört başlık altında sunulmuştur.

Araştırma alanına ilişkin öneriler:

Ülkemizde şizofreni hastalarında İTU'yu etkileyen faktörleri tanımlayan çalışmaların planlanması, İTU'yu değerlendiren ölçeklerin geliştirilmesi, var olan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması, TPÇM'nin İTU üzerine etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların sayısının artırılması, diğer hasta grupları ile benzer çalışmaların yürütülmesi, farklı tele-hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Uygulama alanına ilişkin öneriler:

TPÇM protokolü kullanılarak ülkemizde yürütülecek sonraki çalışmalarda protokülün 4. maddesinin çıkarılması ya da soru kökü üzerinde yeniden çalışılması, İTU'yu değerlendirirken ölçek kullanımı dışında farklı yöntemlerin kullanılması, çalışılan kliniğin şartları göz önünde bulundurularak takip aramalarının sayısının ve zaman aralığının gözden geçirilmesi önerilmektedir.

Eğitim alanına ilişkin öneriler:

Hemşirelik eğitiminde tele-hemşirelik konusuna da yer verilmesi, öğrenciler ve klinisyen hemşirelerle uygulama ve araştırma sonuçlarının paylaşılması için gerekli imkanların oluşturulması ve destek olunması önerilmektedir.

Yönetim alanına ilişkin öneriler:

Ruh sağlığı hizmetlerinin verildiği kurumlarda görev yapan yöneticilerin, klinik sorumlu hekim ve hemşirelerin sonucu deneysel çalışmalar ile kanıtlanmış tele-hemşirelik uygulamalarının avantajları, uygulamaların kliniğe aktarılabilirliği konusunda bilgilendirilmesi, karar vericilerin yürütülen çalışmalara dahil edilerek bu konuda cesaretlendirilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organic Behavior and Human Decisional Processes*, 1991; 50:179–211.

Albayrak Y, Unsal C, Beyazyuz M. Relationships between use of long acting antipsychotics and sociodemographic and clinical characteristics of patients with schizophrenia. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(2):171-9

Alvarez-Jimenez MA, Alcazar-Corcolesc MA, González-Blanchd C ve ark. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: A systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia Research*.2014;156:96–106.

Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri Dergisi*. 2001;3:17-24.

Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *The Journal of Clinical Psychiatry*.2006; 67:453–460

Balikci A, Erdem M, Zincir S, Bolu A, Zincir SB, Ercan S, Uzun O. Adherence with outpatient appointments and medication: a two-year prospective study of patients with schizophrenia. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(1):57-64

Beebe LH. Community Nursing support for clients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001;15(5):214-222.

Beebe LH, Smith K, Bentley K, Hancock B, Earle K. Cell phone use in people with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2010;48(4):32-37

Beebe LH, Smith K, Crye C ve ark. Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.2008;14(3):217-224.

Beebe LH, Smith K, Phillips C. A comparison of telephone and texting interventions for persons with schizophrenia spectrum disorders. *Issues in Mental Health Nursing*.2014;35:323–329

Beebe LH, Smith KD, Phillips C. Effect of a telephone intervention upon self-reported medication adherence and self-efficacy in outpatients with schizophrenia spectrum disorders (SSDS). *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37:708–714

Beebe LH, Tian L. Telephone intervention—problem solving for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2004;25:317–329.

Boardman G, McCann T, Kerr D. A peer support programme for enhancing adherence to oral antipsychotic medication in consumers with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(10):2293–2302

Coodin S, Staley D, Cortens B, et al. Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49:145–148

Çakır F, İlnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*.2010;23:50-59.

Çetinkaya DZ. Şizofreni tanılı bireylere ve ailelerine topluma yeniden katılım programı uygulaması ve izleme çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2003, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. N. Aştı)

David AS. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 1990;156:798-808

DiBonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2012,<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/20>.

Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014;5(3):143-148

Dolder CR, Lacro JP, Jeste DV. Adherence to antipsychotic and nonpsychiatric medications in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65:156–162

Emiroğlu B. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009;46:15-2

Emsley R, Alptekin K, Azorin J.M et al. Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2015;Published online before print. doi:10.1177/2045125315612013

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N Hemşirelikte Araştırma, Süreç Uygulama ve Kritik. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti, İstanbul, 2015; p:112,113,185-187

Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 2004;161(4):692-699

Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*.2010;71(2):20–26

Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, p:90

Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. The effectiveness of telemental health applications: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(11):769-778.

Hayes MHS, Patterson DG. Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin*, 1921;18, 98-99.

Hegedus A, Kozel, B. Does adherence therapy improve medication, adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;23, 490-497.

Jaeger S, Flammer E, Steinert T. Control beliefs, therapeutic relationship, and adherence in schizophrenia outpatients: a cross-sectional study. *Am J Health Behav*. 2014;38(6):914-923

Jennett PA, Affleck Hall L, Hailey D, Ohinmaa A, Anderson C, Thomas R, et al.. The socio-economic impact of telehealth: a systematic review. *J Telemed Telecare*. 2003;9(6):311-320.

Jeste SD, Patterson TL, Palmer BW, et al. Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2003;63:49-58

Jones RB, Atkinson JM, Coia DA ve ark. Randomised trial of personalized computer based information for patients with schizophrenia. *British Medical Journal*. 2001;322(7290):835-840

Kasckow J, Felmet K, Appelt C ve ark. Telepsychiatry in the Assessment and Treatment of Schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2014; 8(1):21-27A. DOI: 10.3371/CSRP.KAFE.021513

Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(3):105-110

Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Schizophrenia Bulletin*. 2006;32:786-794

Knapp M Costs of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 1997;171: 509–518

Knapp M, Mangalore R, Simon J. The Global Costs of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2004;30(2): 279-93

Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof.Dr. E. Işık)

Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. The Journal of Clinical Psychiatry. 2002;63:892–909

Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, et al. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. Schizophrenia Research. 2008;102:295–302

Lillibridge J, Hanna B. Using telehealth to deliver nursing case management services to HIV/AIDS clients. The Online Journal of Issues in Nursing. 2009. Erişim tarihi: 4 Mart 2015 <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/anamarketplace/anaperiodicals/ojin/tableofcontents/vol142009/no1jan09/articlepreviousopic/telehealthandhividsclients.html>

Lindström E, Bingefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia economic and clinical issues. Pharmacoeconomics. 2000;18 (2): 105-124

Llorca PM, Lançon C, Lancrenon S, Bayle FJ, Caci H, Rouillon F, Gorwood P. The Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS) Scale: Development and Validation of a New Questionnaire. Schizophrenia Research. 2009;03916:8

Lugn NE. Global health care bridging the gap. J Telemedicine Telecare. 2006;12(3):109-110

Mark Olsson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2000; 51:216–222

Masand PS, Narasimhan M. Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy. *Current Clinical Pharmacology*. 2006;1:47–56

McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield A.C. Compliance therapy for schizophrenia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;(3):1-16

Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13:423–434

Modai I, Jabarin M, Kurs R ve ark. Cost effectiveness, safety and satisfaction with video telepsychiatry versus face-to-face care in ambulatory settings. *Telemedicine and e-Health*. 2006;12(5):515-520

Montes JM, Maurino J, Díez T ve ark. telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: A controlled trial. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2010;14: 274–281

Murray CJL, Vos T, Lazono R ve ark. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet*. 2013;380(9859): 2197–2223

Nagel D.A, Pomerleau S.G, Penner J.L. Knowing, caring, and telehealth technology “going the distance” in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing, American Holistic Nurses Association*. 2013;31(2):104-112

Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33:1149–1160

Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010;176, 109–113

Özkan B, Erdem E, Özsoy SE ve ark. Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2013;14:192-199

Perkins DO. Predictors of Noncompliance in patients With Schizophrenia [CME]. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63:1121-1128

Piette JD, Heisler M, Ganoczy D, et al. Differential medication adherence among patients with schizophrenia and comorbid diabetes and hypertension. *Psychiatric Services*. 2007;58:207–212

Reese CS, Stone S. Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36:649–653

Ruscher SM, de Wit R, Mazmanian D. Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*. 1997;48:82–85

Rüsch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2002;26(1):23-32

Sellwood W, Tarrrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine*. 2003;33:91–96

Simms D.C, Gibson K, O'Donnell S. To Use or Not to Use: Clinicians' Perceptions of Telemental Health.*Canadian Psychology*. 2011;52(1):41–51

Simpson S. Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2009;37:271–286.

Sun SX, Liu GG, Christensen DB, Fu AZ. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Current Medical Research and Opinion*. 2007;23:2305–2312

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 2006. ISBN: 975-590-198-1, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701. Ankara

Thompson K, Kulkarni J, Sergejew A.A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses, Schizophrenia Results. 2000;42:241-7

Tschirch P, Walker G, Calvacca LT. Nursing in tele-mental health. *Journal Of Psychosocial Nursing*. 2006;44(5):20-27

Tseng KC, Hemenway D, Kawachi I. Travel distance and the use of inpatient care among patients with schizophrenia. *Adm Policy Ment Health*. 2008;35(5):346-356. DOI:10.1007/s10488-008-0175-x

Tunis SL, Faries DE, Stensland MD. An examination of factors affecting persistence with initial antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*. 2007;23:97–104

Uslu E, Buldukoğlu K. Tele hemşirelik uygulamalarının şizofreni hastalarının bakımına etkisi: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2016;27(1):47-56

Ünal S, Çakıl G, Elya Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:69-75

Vaccaro JV, Young AS, Glynn S. Community-based care of individuals with schizophrenia. Combining psychosocial and pharmacologic therapies. *The Psychiatric Clinics Of North America* 1993;16(2):387-99.

Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. . Schizophrenia Bulletin.2004;30:255–264

Velligan D, Satajovic M, Valenstein M et al. Methodological challenges in psychiatric treatment adherence research. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, Comprehensive Reviews. 2010b;74-91

Velligan DI, Diamond PM, Mintz J, et al.. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2008;34:483–493

Velligan DI, Dicocco M, Castillo D, et al. Obstacles in assessing adherence to oral antipsychotic medications. Schizophrenia Reseach. 2003;15(1):330

Velligan DI, Lam YWF, Glahn DC, Barrett JA, Maples NJ, Ereshefsky L, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. Schizophrenia Bulletin. 2006;32(4):724-742

Velligan DI, Wang M, Diamond P, et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. Psychiatric Services.2007;58:1187–1192

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. Journal of Psychiatric Practice. 2010a;16:34-45

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. Journal of Clinical Psychiatry.2009;70(4):1–46

Velligan DI, Mintz J, Maples N, Xueying L, Gajewski S, Carr H, Sierra C. A randomized trial comparing in person and electronic interventions for improving adherence to oral medications in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin.2013;39(5):999–1007

Vesely R. Telepsychiatry poised to take off, but obstacles remain. IHealthBeat, Reporting Technology's Impact on Health Care. 2014. Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2014 <http://www.ihealthbeat.org/insight/2013/telepsychiatry-poised-to-take-off-but-obstacles-remain>

Walker H. Computer-based education for patients with psychosis. Nursin Standard, 2006;20(30):49-56

Weiden P, Rapkin B, Zygmunt A, et al. Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. Psychiatric Services. 1995;46:1049–1054

Weiden PJ. Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007;68:14–19

Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 2004;55(8):886-891

Yang J, Ko YH, Paik JW, Lee MS, Han C, Joe SH. ve ark. Symptom severity and attitudes toward medication: Impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2012;134:226–231.

Yasamy MT, Cross A, McDaniel E, Saxena S. Living a healthy life with schizophrenia: paving the road to recovery. 2014. Erişim tarihi: 4 Mart 2015 http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/paper_wfmh.pdf?ua=1

Young KS. An empirical examination of client attitudes towards online counseling. CyberPsychology & Behavior. 2005;8(2):172-177.

EKLER



EK-1

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum. Araştırmacı Öğr. Gör. Esra USLU tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumle karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

Adresi:.....

.....

Telefon no:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

İmzası:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı: Esra USLU

EK-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Adres:

Ev telefonu:

Cep telefonu:

Hasta yakını adı soyadı:

Hastaya yakınlığı:

Hasta yakını cep telefonu:

1. Cinsiyetiniz;

- a. Kadın
- b. Erkek

2. Yaşınız;

3. Medeni durumunuz;

- a. Evli
- b. Bekar

4. Öğrenim durumunuz;

- a. Okur-yazar
- b. İlk öğretim
- c. Orta öğretim
- d. Üniversite
- e. Lisans üstü

5. Ekonomik durum algısı;

- a. İyi
- b. Orta
- c. Kötü

6. Birlikte yaşadığınız kişiler;

- a. Var
- b. Yok

7. Yaşamınızda size destek olacak kişiler;

- a. Var
- b. Yok

8. Şizofreni tamsına sahip olma süreniz;

.....

9. İlaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumu;

- a. İnanıyorum
- b. İnanmıyorum

10. Daha önce bir psikiyatrik ilaç kullanma durumu;

- a. Evet
- b. Hayır

11. Kullandığımız psikiyatrik ilaçları kendi isteğinizle bırakma durumunuz;

- a. Bıraktım (Evet ise 12. Soruya geçiniz)
- b. Bırakmadım

12. İlaç kullanımını bırakma nedeniniz;

EK-3

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

2	Sıklıkla	Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular
1	Bazen	Arada bir tedaviye neden gereksinim duyduğunu sorgular
0	Hiçbir zaman	

Eğer 1a; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

2	Sıklıkla	Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır
1	Bazen	Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir
0	Hiçbir zaman	Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel belirlenmemiş)

2	Sıklıkla	Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş
1	Bazen	Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş
0	Hiçbir zaman	Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa

Eğer 2a; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya sorunuz: "Bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?"

2	Sıklıkla	Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş
1	Bazen	Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş
0	Hiçbir zaman	Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa

Eğer 2b; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2c. Hastaya sorunuz: "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?"

2	Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar
1	Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar
0	Delüzyonel açıklamalar

3a.Hastaya sorunuz:
".....(özgül hezeyan)
konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz? " Ya da
".....(özgül halüsinasyon) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz? "

2	Sıklıkla	Birçok gün, günün çoğunda düşünmüş
1	Bazen	Bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş
0	Hiçbir zaman	Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa

Eğer 3a; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (.....Konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

2	Hastalığın bir parçası
1	Yorgunluk ve stres gibi dış olaylara bağlıyorsa
0	Dış güçlere bağlıyorsa (Delüzyonel olabilir)

Ek soru:.....durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

4	İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum
3	Bende bir hata olduğunu düşünürüm
2	Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem
1	Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim
0	Yalan söylüyorlar

EK-4**TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki soruları **geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı** en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız.

		EVET	HAYIR
1	Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?		
2	İlacınızı zamanında alma konusunda dikkatsiz misiniz?		
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4	Kendinizi kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5	İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		
6	Vücudumun ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değildir.		
7	İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor.		
8	İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim.		
9	İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum		
10	İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor.		

EK -5

İŞLEVSELLİĞİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sırtıavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar)
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. Aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. Geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. Depresif duygudurum ve hafif insomnia) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. Ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. Donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır)

41-50	Ağır semptomlar (örn. İntihar dűşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. Hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz)
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. Konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) ya da iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. Depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşıta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir ya da iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. Bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) ya da hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. Bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur)
11-20	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. Açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur, manik eksitasyon) ya da ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. Dışkı sürer) ya da iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. İleri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir)
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. Yineleyen şiddet gösterileri) ya da kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez ya da açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

Puan:

EK -6

SON DEĞERLENDİRME FORMU

1. İlaç tedavisinin gerekliliğine inanma durumu;

- a. İnanıyorum
- b. İnanmıyorum

2. Kullandığımız psikiyatrik ilaçları kendi isteğinizle bırakma durumunuz;

- a. Bıraktım
- b. Bırakmadım

TELEFONLA PROBLEM ÇÖZME MÜDAHALESİ PROTOKOLÜ (TPÇM)

İlk TPÇM oturumu; hastaların tedavileri hakkında konuşma ve problem çözümünün onlara nasıl yardımcı olabileceğine odaklanır. Oturum, hastanede ya da taburculuk sonrasında toplum ruh sağlığı merkezindeki randevusu sırasında yapılır. Sorun çözme sürecinde her adım, kısa bir açıklama ile birlikte hastaya anlatılır. Bu adımı araştırmacı yapar.

Anahtar ilkeler:

Zayıflamış bellek ve konsantrasyonun günlük sorunlarla başa çıkmayı nasıl zorlaştıracağını tartışın.

Problem çözme sürecinin herkese nasıl yardımcı olabileceğini açıklayın.

Problem çözme sürecinin her adımını açıklayın.

Soruları yanıtlayın.

TPÇM uygulayıcı: “İnsanlar bazen problemle karşılaştığı zaman ne yapacağını bilemeyebilir. Bu, hastalıkları nedeniyle bazı kişiler için daha da zor olabilir. Bazen şizofreni ve benzeri hastalıkları olan kişiler ilaç almayı ya da doktor randevusunu unutabilir ya da ne yapacağını bilmediği için kendini gergin hissedebilir. Problem çözme; zorluklarla karşılaştığınız zaman yardım arayışlarınıza destek olur. Her hafta sizi aradığımda birlikte problem çözme adımlarını kullanacağız.”

Devam etmeden önce hastanın söylemek istediklerini dinlemek gerekir. Soruları varsa yanıtlanmalıdır.

TPÇM UYGULAYICI: Merhaba, ben telefon çalışmasından (isminiz). Sizi bu hafta nasıl olduğunuzu öğrenmek için arıyorum.

PROTOKOL MADDESİ NO:1

Hastaneden ayrılırken reçete edilen ilaçları (tüm ilaçları adı ve dozuyla birlikte sıralayın) alıyor musunuz?

Herhangi bir dozu almadığınız oldu mu?

Cevap hayırsa: "Çok iyi" deyin. Sağlıklı kalmanız için ilaçlarınızı reçete edildiği şekilde almanız ve herhangi bir sorunla karşılaştığınız takdirde doktorunuza bildirmeniz çok önemlidir.

Cevap evetse: "Sağlıklı kalmanız için ilaçlarınızı reçete edildiği şekilde almanız çok önemlidir. Bu konuda size yardımcı olabilecek şeyler hakkında konuşalım." deyin. Sorunu tespit edin, "İlaç dozlarınızı kaçırmınıza/almanıza sebep olan sorun nedir?" deyin.

Daha önce yapılan araştırmalara göre, ilaç dozlarının kaçırılmasında etken olan en yaygın sebepler unutma, sıkıntı veren yan etkiler ya da ilaç almaya yetecek paranın olmamasıdır. Bu senaryoların her biri aşağıdaki tabloda sunulmuştur. Örnek konuşmalar:

UNUTMA	YAN ETKİLER	MALİ SORUNLAR
<u>Cözüm üretin</u> İlaçlarınızı almayı hatırlamanıza yardımcı olacak şeyler nelerdir?	<u>Cözüm üretin</u> Sizi en çok rahatsız eden yan etkiler nelerdir?	<u>Cözüm üretin</u> İlaçlarınızı almaya yetecek kadar paranızın olması için ne gerekir?
Kullanılabilecek çözümler arasında "hatırlatıcı bir işaret kullanma, aile bireylerinden hatırlatmasını rica etme ya da ilaç almayı dış fırçalamak" gibi rutin bir işle bağdaştırma vardır.	Antipsikotik ilaçların sık görülen yan etkileri arasında "kilo alma, kıpırdamadan oturamama hissi ve uyuşukluk hissi" vardır. Her bir yan etki konusunda yardımcı olabilecek şeyleri tartışın.	Kullanılabilecek çözümler arasında reçete edilen ilaçlar için bütçe oluşturma, aileden yardım isteme ya da sosyal hizmet uzmanından mali yardım olanaklarını araştırmasını isteme vardır.
<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?	<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?	<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?
<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?	<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?	<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?
<u>Takip</u> Pekala, ilaçlarınızı almayı unutmamak için _____ uygulamasını yapacaksınız ve önümüzdeki hafta konuştuğumuzda işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.	<u>Takip</u> Pekala, yan etkilerle ilgili olarak _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta konuştuğumuzda işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.	<u>Takip</u> Pekala, ilaçlarınızı satın alacak parayı bulmak için _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta konuştuğumuzda işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.

PROTOKOL MADDESİ NO:2

Bir sonraki randevunuzun ne zaman olduğunu biliyor musunuz? (Doktor ile olan randevular hakkında soru sorun)

Cevap evetse; tarihi ve yeri doğrulayın.

"Sağlıklı kalmanız için randevularınıza gitmeniz çok önemlidir." deyin.

Cevap hayırsa; "Sağlıklı kalmanız için randevularınıza gitmeniz çok önemlidir." deyin. Kayıtları inceleyip hastaya randevusu hakkında bilgi verin.

"Bu randevuları unutmanız için ne yapmanız gerektiğiyle ilgili konuşalım." deyin.

<u>Cözüm üretin</u> Bu randevuyu hatırlamak için ne yapmak işe yarayabilir?
Kullanılabilecek çözümler arasında "kendine not yazmak, aile bireylerinden hastaya hatırlatmasını istemek ya da hizmet sağlayıcının/araştırmacının telefonla hatırlatmasını sağlamak" olabilir.
<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta sözü geçen çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?
<u>Plan</u> Hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu? Eğer seçilen çözüm yolu kendine not yazmaksa, hasta defterine notu yazarken telefonda bekleyin. Notunu göz önünde olacak bir yere yerleştirilmesi konusunda hastaya yardımcı olun.
<u>Takip</u> Pekala, randevunuzu unutmamak için _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta konuştuğumuzda işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.

En son telefon konuşmanızdan bu yana hastanın bir randevusu olmuşsa, nasıl geçtiğini sorun. Kişilerin ilaç değişiklikleri hakkında endişeleri olabilir ya da randevu sırasında öğretilenlerin pekiştirilmesi gerekebilir.

PROTOKOL MADDESİ NO:3

Genellikle hastaneye yatış öncesinde görülen semptomlar; örneğin anksiyete, uykusuzluk ya da pozitif belirtiler hakkında sorular sorun. En son konuşmanızdan bu yana herhangi bir belirti görülüp görülmediğini sorun.

Cevap hayırsa; "Çok iyi" deyin.

"Sizi rahatsız eden bir belirti varsa size bakan/sizinle ilgilenen kişilere bildirmeniz önemlidir" deyin.

Cevap evetse; sorunun ne olduğunu sorun.

En sık rapor edilen belirtiler; "anksiyete, uykusuzluk ve halüsinasyonlar" olmuştur.

Bu senaryoların her biri aşağıdaki tabloda sunulmuştur: Örnek konuşmalar:

ANKSİYETE	UYKUSUZLUK	HALÜSİNASYONLAR
<u>Cözüm üretin</u> Size yardımcı olabilecek şeyler hakkında konuşalım.	<u>Cözüm üretin</u> Size yardımcı olabilecek şeyler hakkında konuşalım.	<u>Cözüm üretin</u> Size yardımcı olabilecek şeyler hakkında konuşalım.
Olası çözümler arasında "derin nefes alma, kitap okuma ya da rahatlatıcı müzik dinleme" yer alır.	Olası çözümler arasında "kahveyi azaltma, gün içinde uyumama ve uyku düzeni oluşturma" yer alır.	Olası çözümler arasında "televizyon izleme, müzik dinleme ve yürüyüş yapma" yer alır.
<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta sözü geçen çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?	<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta sözü geçen çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?	<u>Cözüm seçin</u> Bu hafta sözü geçen çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?
<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?	<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?	<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?
<u>Takip</u> Pekala, anksiyetenizle ilgili olarak _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.	<u>Takip</u> Pekala, uyku sorununuzla ilgili olarak _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.	<u>Takip</u> Pekala, duyduğunuz rahatsız edici seslerle ilgili olarak _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.

PROTOKOL MADDESİ NO:4

Rahatlamak ve sakinleşmek için tedaviniz dışında zararlı herhangi bir şey kullanma ihtiyacı duyduunuz mu?

Cevap hayırsa; "Çok iyi" deyin.

Cevap evetse; ne olduğunu sorun.

Daha önce yapılan araştırmalara göre; “yalnızlık hissi ya da başkaları ile çatışma yaşama” durumunun bu isteklere yol açtığı bulunmuştur.

<p><u>Cözüm üretin</u></p> <p>Alkol ya da uyuşturucu gibi bazı zararlı maddeler kullanma isteği yaşadığınızda size yardımcı olabilecek şeyler hakkında konuşalım.</p>
<p>Olası çözümler arasında, “güvendiği biri ile konuşmak, egzersiz gibi başka bir faaliyetle zihniniboşaltmak ya da başkalarıyla çatışma söz konusu olduğunda sakinleşmek için ara vermek” sayılabilir. Ayrıca, kişinin alkol ya da uyuşturucudan kurtulmaya yardım eden bir destek grubuna üye olup olmadığını ya da bu konuda öneri isteyip istemediğini sorabilirsiniz.</p>
<p><u>Cözüm seçin</u></p> <p>Böyle bir istek duyduğunuzda sözü geçen çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?</p>
<p><u>Plan</u></p> <p>_____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?</p>
<p><u>Takip</u></p> <p>Pekala, alkol ya da başka bir uyuşturucu kullanma isteği duyduğunuzda _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.</p>

PROTOKOL MADDESİ NO:5

Bu hafta çevrenizdekilerle iyi geçindiniz mi?

Cevap evetse; "Çok iyi" deyin.

Cevap hayırsa; sorunun ne olduğunu sorun.

Daha önce yapılan araştırmalara göre; hastalar, aile bireyleri ya da evdeki diğer kişilerle "çatışma" yaşamıştır.

<u>Çözüm üretin</u> Başkalarıyla geçinmenizde size yardımcı olabilecek şeyler hakkında konuşalım.
Olası çözümler arasında "arkadaşları ya da güvendiği kişileri aramak, ev işlerine yardımcı olmak ya da sorun yaşadığı kişilerin sağlık bakım sağlayıcısı ile konuşmasını sağlamak" sayılabilir.
<u>Çözüm seçin</u> Bu hafta sözü geçen çözüm yollarından hangisini denemek istersiniz?
<u>Plan</u> _____ hatırlamak için ne yapmak iyi bir çözüm olurdu?
<u>Takip</u> Pekala, başkalarıyla geçinme konusunda sorun yaşadığımızda _____ yapacaksınız ve önümüzdeki hafta işe yarayıp yaramadığını sizinle konuşacağız.

PROTOKOL MADDESİ NO:6

Bu hafta ile ilgili herhangi bir sorusu olup olmadığını sorun.

Cevap hayırsa; "Çok iyi" deyin.

Cevap evetse; istenen bilgiyi sağlayın.

Daha önce yapılan çalışmalarda, en sık sorulan soruların "ilaçların yan etkileriyle, bunların normal olup olmadığıyla ve bu konuda neler yapılabileceğiyle ilgili" olduğu görülmüştür. Öneriler için "Protokol Maddesi No:1" kapsamında verilen tabloya göz atın.

PROTOKOL MADDESİ NO:7

Bugün konuşmak istediğiniz başka bir konu var mı?

CEP TELEFONU FİZİBİLİTE DEĞERLENDİRMESİ:

Protokol Maddesi No.7 ile ilgili endişelere yanıt verdikten sonra;

1. Bu hafta cep telefonunuzla ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?
2. Cep telefonunuzu bulamadığınız oldu mu?
3. Cep telefonunuzu kullanma konusunda herhangi bir sorun yaşadınız mı?
4. Bu hafta cep telefonunuzu şarj etmeyi unuttuğunuz oldu mu?
5. Cep telefonunuzla ilgili söylemek istediğiniz başka bir şey ya da bildirmek istediğiniz bir sorun var mı?

TPÇM UYGULAYICI: "Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Önümüzdeki hafta ____ günü, saat ____'da sizi tekrar arayacağım." deyin.

TAKİP ARAMALARI

Her hafta ilk telefon görüşmesinden sonra, bir önceki hafta tartıştığınız başa çıkma çözümleri ile ilgili takipte bulunmanız önemlidir.

Adım 1: Önceki haftanın sorunlarını ve stratejilerini gözden geçirin. Şunları öğrenmeniz gerekecektir:

1. Kişinin çözüm yolunu deneyip denemediği
2. Denemediyse, sebebini
3. Denediyse, etkili olup olmadığını

Çözüm yolu unutkanlık sebebiyle denenmediyse, planlama adımına geri dönün ve başka bir hatırlatma stratejisi seçin.

Kişi çözüm yolunun işe yaramayacağını düşündüğü için denemediyse, denemesi konusunda teşvik edin. Bu stratejilerin birçok kişi için işe yaradığını söyleyin.

Eğer kişi çözüm yolunu denedi ve sonuç alamadıysa, detayları öğrenin. Strateji doğru şekilde ya da yeterince uzun bir süre uygulanmış mı? Bu konuda tam olarak ne yapılması gerektiğini netleştirmeniz gerekebilir, örneğin; "yürüyüş yapmak" dışarıya çıkıp, yaşanan yer civarında en az 10 dakika yürümek anlamına gelir, ya da alternatif bir strateji seçilmesi gerekebilir.

Adım 2: Diğer protokol maddeleri ile ilgili konuşun (yani, bir önceki hafta problemliler olarak tanımlanmayan maddeler).

Sık Görülen Sorunlar

Daha önce yapılan çalışmalarda en sık karşılaşılan güçlüklerden biri katılımcılarla telefon görüşmesi yapmak konusunda yaşanmıştır. Telefon görüşmesi yapma ile ilgili sorunların altında kişinin evde olduğu bir zamanı yakalayamamak, kişinin telefon hizmetinin olmaması ya da taşınmış olması gibi sebepler yatar. Daha önceki çalışmalarda, katılımcılarla iletişim kurmak için ortalama üç arama yapmak gerekmiştir. Günün farklı saatlerinde, belki de çok erken ya da çok geç saatlerde arama yapmanız gerekebilir. Her hafta arama için belirli bir gün ve saat ayarlamaya çalışın. Her hafta üç gün üst üste, günde üç defa arama yapmayı denemeli ve iletişime geçemediğiniz takdirde, bir sonraki haftaya kadar bekleyip tekrar denemelisiniz. Hastalara bu çalışmada kullanmaları için telefon temin etmeniz yararlıdır olacaktır.

Nadir Görülen Sorunlar

Daha önce yapılan çalışmalarda, konuşmayı reddeden hasta oranı %2'nin altındadır. Böyle bir durum olması halinde, hastaya kibarca neden konuşmak istemediğini sorun. Yalnızca kötü bir zamanda aramış olabilirsiniz. Dostane tavrınızı koruyun, kişiye istemediği takdirde konuşmak zorunda olmadığını açıklayın ve bir sonraki hafta tekrar arayacağınızı söyleyerek araştırma sözleşmesini uygulayın. Konuşmak istememe nedenine bağlı olarak (örneğin; paranoya ya da öfke) doktoru ya da hemşireyi yüz yüze değerlendirme yapması için uyarmanız gerekebilir.

Önceki çalışmalar sırasında, 66 farklı şizofreni hastasına, 500 defadan fazla telefonla müdahalede bulduk. Hiçbir durumda, kişiler kendine ya da herhangi birine zarar verme ile ilgili düşüncelerden bahsetmedi. Yine de, düşük de olsa var olan intihar ya da cinayet ile ilgili düşünce ihtimali göz önünde bulundurulmalı ve uygun bir yanıt hazırlanmalıdır. Eğer TPÇM uygulaması sırasında kişi kendine ya da başkalarına zarar verme ile ilgili düşünceler ifade ederse, yalnız olup olmadığını belirleyin. Eğer kişinin yanında bir başkası varsa, o kişiyle konuşmak istediğinizi belirtin. Durumu açıklayın ve kişinin hastayı acil değerlendirmeye götürüp götürmeyeceğini sorun. Eğer kişi bu konuda isteksiz davranırsa ya da hastayı acil değerlendirmeye götürme imkanı yoksa ya da hasta yalnızsa, olay yerine acil durum personeli göndermek için başka bir telefondan 155'i ya da 112'yi arayın. Durumu açıklayın. 155 ya da 112 personeli durumu değerlendirecek ve uygun adımı atacaktır. Yardım gelene kadar hasta ile telefonda kalın.

EK -8

TELEFONLA PROBLEM ÇÖZME MÜDAHALESİ GÖRÜŞME FORMU

Hasta Adı, Soyadı:

TELEFON GİRİŞİMLERİ			
	Gün	Zaman	NOTLAR
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Hasta Adı, Soyadı:

Görüşme günü:

Başlama zamanı:

Bitirme zamanı:

1. İlaçlarınızı (ilaç isim ve dozları) önerilen şekilde alıyor musunuz? Herhangi bir dozu unuttuğunuz oldu mu?	Dozları unutmayla ilgili ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz? (Sıralayınız)	Hemşirelik girişimi:
2. Bir sonraki randevunuzun ne zaman olduğunu biliyor musunuz?	Hastayı, takiple ilgili bilgilendirin. “Şimdi bu randevuları nasıl aklınızda tutacağınızı konuşalım”.	Hemşirelik girişimi:
3. Bu hastaya özel endişe, uykusuzluk gibi belirtilere dair sorular sorunuz. “Son konuşmamızdan itibaren bu belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı?”	Belirtileri sıralayınız.	Hemşirelik girişimi:
4. Rahatlamak ve sakinleşmek için tedaviniz dışında zararlı herhangi bir şey kullanma ihtiyacı duydunuz mu?	Problem durumları sıralayınız.	Hemşirelik girişimi:
5. Bu hafta çevrenizdekiler ile ilişkileriniz nasıldı?	Kişilerarası ilişkiler ile ilgili problemleri sıralayınız.	Hemşirelik girişimi:
6. Bu hafta sizi rahatsız eden ve benimle paylaşmak istediğiniz bir konu var mı?	Sorununu yazınız.	Soruları cevaplayınız/ bilgi veriniz.
7. Konuştuklarımızın dışında iletmek istediğiniz başka bir şey var mı?		

EK-9

İL AÇ TEDAVİ SENE UYUM EĞİTİMİ

İLAÇLARIM HAKKINDA

MERAK ETTİKLERİM



BU EĞİTİM KİTAPÇIĞININ SAHİBİ

ADI:

SOYADI:

TARİH:

ÖNSÖZ

SAYIN

Bu eğitim kitapçığı, katılımcısı olmayı kabul ettiğiniz doktora tez çalışmasının bir parçasıdır.

Kitapçık öğretim görevlisi ESRA USLU tarafından hazırlanmıştır ve size vereceği eğitimler sırasında kullanılacaktır.

Kitapçık; ilaç tedavisi konusunda en sık sorulan soruların cevaplarını içerecek şekilde hazırlanmıştır. Gereksinim duyduğunuzda kullanabilmeniz için eğitim sonunda size verilecektir.

İlaçlarınızla ilgili merak ettiğiniz tüm sorulara cevap bulabilmenizi diliyorum.

2016

Öğr. Gör. ESRA USLU
esrauslu@akdeniz.edu.tr



İÇERİK PLANI

- **BİRİNCİ BÖLÜM;** İlaç kullanım bilgisi
- **İKİNCİ BÖLÜM;** Yan etkiler için çözüm önerileri



-BİRİNCİ BÖLÜM-

"İlaç kullanım bilgisi"

Şizofreni nasıl bir hastalıktır?

Duygu, düşünce ve davranış üzerine etki eden bir hastalıktır.

Kişilerin gerçeği fark etme becerisini etkileyen bir hastalıktır.

Aile ve arkadaşlarla kurulan ilişkileri etkileyen bir hastalıktır.

Vücudumuzda DOPAMİN isimli bir madde bulunur.

DOPAMİN miktarındaki değişiklikler şizofreni hastalığına neden olur



İlaçlar şizofreni belirtilerini yatıştırır...

Hastalığım nasıl tedavi edilir?

TEDAVİ

Kişiyi ruhsal ve sosyal yönden destekleyen uygulamalar ile ilaç kullanımını kapsar

İLAÇLAR

UZUN SÜRE ve DÜZENLİ kullanılmalıdır



İlaçlar hayali düşünce ve yaşantıları düzeltir...

Neden ilaç kullanmalıyım?

ÇÜNKÜ İLAÇLAR:

- Şizofreni belirtilerini yatıştırır
- Hayali düşünce ve yaşantıları düzeltir
- Saldırganlığı ve öfkeyi azaltır
- Huzursuzluğu giderir
- Belirtilerin tekrar ortaya çıkmasını önler
- İnsanlar ile sağlıklı ilişkiler kurmayı sağlar
- Sık ve tekrarlı yatışları önler



İlaçlar kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar...

Hangi ilaçları kullanıyorum?

Kullandığınız temel ilaç grubu
ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR'dır

ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR

Beyninizde yer alan
sinir hücreleri arasındaki
DOPAMİN maddesi üzerine etki eder



İlaçlar saldırganlığı azaltır...

İlaçlarımı kullanırken nelere dikkat etmeliyim?

YAPMAM GEREKENLER

-İlaçları *her gün, düzenli* olarak kullanın

-İlaçların etki gösterebilmesi için **4-6 HAFTA** gereklidir.



YAPMAMAM GEREKENLER

İlaçların miktarını kendi kendinize değiştirmeyin

- İlaçları kendi kendinize bırakmayın

-İlaçları içmeyi unutursanız toplu olarak içmeyin

-Kendi başınıza yeni ilaçlar kullanmayın

-İlaç kullanırken alkol kullanmayın



İlaçlarım bağımlılık yapar mı?

KORKMAYIN!

Şizofreni tedavisinde kullanılan temel ilaç grubu **BAĞIMLILIK YAPMAZ...**

İlaç kullanırken ortaya çıkan uyusukluk, uyku hali, halsizlik gibi belirtiler

İLAÇ YAN ETKİSİDİR. BAĞIMLILIK BELİRTİSİ DEĞİLDİR.



İlaçlar öfkeyi azaltır...

İlaçlarımın yan etkileri nedir?

SIKLIKLA KARŞILAŞILAN YAN ETKİLER

İştah artışı
Kilo artışı
Kabızlık

İç sıkıntısı
Yerinde duramama
Sürekli dolaşma isteği

Uykuya eğilim
Yorgunluk
Uyuşukluk
Baş dönmesi

Cinsel istekte azalma
Cinsel tatmin sorunları
Ereksiyon güçlüğü

Hareketlerde yavaşlama, el ve ayak titremesi
mimik azalması,
Göz problemleri
Ağız kuruluğu

İlaçlar huzursuzluğu giderir...

İlaçlarımın yan etkisi olursa
ilacı bırakmalı mıyım?

HAYIR BIRAKMAYIN!!!

İlaç yan etkileri ilacı kullanan her kişide
görülmebilir...

İLAÇ YAN ETKİSİ GÖRÜLÜRSE

Hekiminizin kontrolünde;

- ✓ İlaç dozları yeniden ayarlanabilir
- ✓ İlaç değiştirilebilir
- ✓ Yan etkileri giderecek yardımcı ilaçlar verilebilir

İlaçlar belirtilerin tekrar ortaya çıkmasını önler...

İlaçlarımı düzenli kullanmayı unutuyorum. Ne yapabilirim?

HAFTALIK İLAÇ TAKİP KUTUSU
HATIRLATMA ALARMLI İLAÇ KUTUSU
temin edebilirsiniz
HAFTALIK İLAÇ TAKİP PROGRAMI
yapabilirsiniz



AİLENİZDEN BU KONUDA
DESTEK İSTEMEKTEN
ÇEKİNMEYİN!

İlaçlar insanlar ile sağlıklı ilişkiler kurmayı sağlar...

HAFTALIK İLAÇ TAKİP PROGRAMI

- ✓ Hangi ilacı hangi saatte alacağınızı her gün için yazınız.
- ✓ İlacı içtikten sonra + işareti koyunuz

GÜNLER	ZAMAN			
	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM	GECE
PAZARTESİ				
SALI				
ÇARŞAMBA				
PERŞEMBE				
CUMA				
CUMARTESİ				
PAZAR				

İlaçlar hastaneye tekrar yatmayı önler...

ÖRNEKLER

HAFTALIK
İLAÇ TAKİP
PROGRAMI

GÜNLER	ZAMAN			
	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM	GECE
PALAZETZİ	İLAÇ 1 İLAÇ 2 İLAÇ 3		İLAÇ 1 İLAÇ 2	İLAÇ 3
SAĞ				
ÇARŞAMBA				
PERŞEMBE				
CUMA				
ÇUMARTI				
PAZAR				

HAFTALIK
İLAÇ TAKİP
KUTUSU



HATIRLATMA
ALARMLI
İLAÇ KUTUSU



İlaçlar uygunuzu düzenler...



BUGÜN

- ✓ Şizofreninin nasıl bir hastalık olduğu
- ✓ Bu hastalığın nasıl tedavi edildiği
- ✓ Neden ilaç kullanılması gerektiği
- ✓ Hangi ilaçların kullanıldığı
- ✓ Bu ilaçların nasıl etki ettiği
- ✓ İlaç kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği
- ✓ İlaçların bağımlılık yapıp yapmadığı
- ✓ İlaçların en sık karşılaşılan yan etkilerinin neler olduğu
- ✓ İlaçları düzenli kullanmak için neler yapabileceği

HAKKINDA KONUŞTUK



-İKİNCİ BÖLÜM-

" Yan etkiler için çözüm önerileri"

İştah artışı, kilo artışı, kabızlık için
çözüm önerileri

İştah artışı
kontrol etmek
için

- ✓ MUTLAKA 3 ANA 3 ARA ÖĞÜN ALINI!
- ✓ ÇAY, KAHVE ve ENERJİ İÇECEKLERİ TÜKETMEYİN!
- ✓ HAZIR PAKET BESİNLERİNİN TÜKETİMİNİ AZALTINI!

Kendinizi daha
iyi hissetmek için

- ✓ OMEGA-3 İÇEREN BESİNLER TÜKETİN!
(Semizotu, Ispanak, Balık, Kabak çekirdeği, Ceviz,)
- ✓ E VİTAMİNİ İÇEREN BESİNLER TÜKETİN!
(Ay çekirdeği, Badem, Çam fıstığı, Yer fıstığı, Kivi)
- ✓ C VİTAMİNİ İÇEREN BESİNLER TÜKETİN!
(Kamabahar, Brokoli, Portakal, Çilek, Kivi)

Kilo artışı
engellemek için

- ✓ GÜNLÜK 10 BARDAK SU İÇİN!
- ✓ ŞEKER ve YAĞ İÇERİĞİ YÜKSEK OLAN BESİNLERDEN UZAK DURUN!
- ✓ MEYVE ve SEBZE TÜKETİMİNİ ARTIRIN!
- ✓ TUZ TÜKETİMİNİ AZALTINI!
- ✓ FİZİKSEL HAREKETİ ARTIRIN!
- ✓ DİYET HAPLARI KULLANMAYIN!



İlaçlar şizofreni belirtilerini yatıştırır...

Uykuya eğilim, yorgunluk, uyuşukluk,
baş dönmesi için çözüm önerileri

BAŞINIZ DÖNERSE;

- ✓ GÖZLERİNİZİ **KAPATMAYIN!**
- ✓ UYANDIĞINIZDA;
 - ÖNCE **DİK OTURUR** POZİSYONA GELİN,
 - **1 DAKİKA** KARŞIYA BAKIN,
 - BU SÜRE ZARFINDA BAŞINIZI **KIPIRDATMAYIN**



KENDİNİZİ YORGUN HİSSEDERSENİZ;

- ✓ UYKU YAPAN İLAÇLARINIZI SAKINCASI YOKSA **AKŞAM SAATLERİNDE** ALIN!
- ✓ AKŞAM YATACAĞINIZ VE SABAH KALKACAĞINIZ **SAATİ BELİRLEYİN!**
- ✓ GÜNDÜZ UYKULARINIZIN SÜRESİ **1 SAATİ** AŞMASIN!
- ✓ GÜN İÇERİSİNDE **AKTİF OLUN!**
(Ailenize ev işlerinde yardım etme, kısa yürüyüşler yapma)



İlaçlar hayali düşünce ve yaşantıları düzeltir...

İç sıkıntısı, yerinde duramama, sürekli
dolaşma isteği için çözüm önerileri

BU BELİRTİ

İLAÇ BAŞLADIKTAN KISA BİR SÜRE SONRA YA DA İLAÇ DOZUNUN
ARTTIRILMASINDAN HEMEN SONRA ORTAYA ÇIKABİLİR

**ÖNCE
BELİRTİYİ FARK EDİN!**

Bireyler

- ✓ Oturuyorsa, kalkar,
ayaktaysa yatar, yatıyorsa
oturur.
- ✓ Sürekli pozisyonunu
değiştirir ve hiçbir
konum da rahat edemez.

SONRA

DERİN NEFES ALIP VERİN!

- ✓ **3 SANİYE** NEFES ALIN
- ✓ **ALDIĞINIZ NEFESİ 3 SANİYE**
TUTUN
- ✓ **YİNE 3 SANİYEDE** NEFESİ
VERİN
- ✓ **BUNU 3 KEZ** TEKRARLAYIN

MUTLAKA

**HEKİMİNİZE YA DA HEMŞİRENİZE
BU ŞİKAYETİNİZİ İLETİN!**

**BELİRTİNİN DÜZELMESİ İÇİN
İLAÇ VERİLEBİLİR**



İlaçlar öfkeyi azaltır...

Cinsel istekte azalma, cinsel tatmin sorunları, ereksiyon güçlüğü için çözüm önerileri

BUNUN GEÇİCİ BİR SÜREÇ OLDUĞUNU UNUTMAYIN!
KENDİNİZİ SUÇLAMAYIN!

EŞİNİZE, BU DURUMUN
HASTALIKTAN YA DA İLAÇ YAN ETKİLERİNDEN
KAYNAKLANABİLECEĞİNİ SÖZLEYİN!

AÇIK OLUN VE BU PROBLEMI
EŞİNİZLE PAYLAŞMAKTAN
ÇEKİNMEYİN!

EŞİNİZE, ONA KARŞI HİSSETTİĞİNİZ
GÜZEL DUYGULARDAN BAHSEDİN!

YAŞADIĞINIZ CİNSEL SORUNLARI
HEKİMİNİZE YA DA HEMŞİRENİZE
İLETİN!



İlaçlar kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar...

EK OLARAK

- ✓ GÖZÜNÜZ AĞRIRSA; BUNU HEMEN HEKİMİNİZE YA DA HEMŞİRENİZE BİLDİRİN!
- ✓ IŞIK YA DA GÜNEŞ RAHATSIZ EDERSE; DIŞARIDA GEZERKEN GÜNEŞ GÖZLÜĞÜ KULLANIN!
- ✓ BULANIK GÖRÜRSENİZ; TEHLİKELİ İŞLERDEN BİR SÜRE UZAK DURUN! NORMAL GÖRÜŞ GERİ DÖNECEKTİR.

AĞZINIZ KURURSA;

- ✓ SIK ARALIKLARLA YUDUM YUDUM SU İÇİN!
- ✓ DUDAK NEMLENDİRİCİLERİ SÜRÜN!
- ✓ ŞEKERSİZ SAKIZ ÇİĞNEYİN!
- ✓ GARGARA YAPIN!

HAREKETLERİNİZ YAVAŞLAR, MİNİK ADIM ATAR, EL VE AYAKLARINIZ TİTİRER, MİMİKLERİNİZ AZALIR, TÜKÜRÜĞÜNÜZ ARTARSA;

- ✓ MUTLAKA HEKİMİNİZE YA DA HEMŞİRENİZE ŞİKAYETİNİZİ İLETİN!
- ✓ İLAÇ KULLANMANIZ GEREKEBİLİR!

İlaçlar belirtilerin tekrar ortaya çıkmasını önler...

DİKKAT!!!

BURADA YAZILANLARIN DIŞINDA
BİR PROBLEM YAŐARSANIZ
MUTLAKA
HEKİMİNİZE YA DA HEMŞİRENİZE
İLETİN!!!



İlaçlar insanlar ile sağlıklı ilişkiler kurmayı sağlar...

BUGÜN

- ✓ İŞtah artışı, kilo artışı, kabızlık Őikayetleriniz olursa neler yapmanız gerektiği
- ✓ Uykuya eğilim, yorgunluk, uyuşukluk, ve baş dönmesi Őikayetleriniz olursa neler yapmanız gerektiği
- ✓ İç sıkıntısı, yerinde duramama ve sürekli dolaşma isteği Őikayetleriniz olursa neler yapmanız gerektiği
- ✓ Cinsel istekte azalma, cinsel tatmin sorunları, ereksiyon g¼çlüđü Őikayetleriniz olursa neler yapmanız gerektiği
- ✓ Hareketlerde yavaşlama, el ve ayak titremesi, mimik azalması, ağız kuruluğu ve göz Őikayetleriniz olursa neler yapmanız gerektiği
- ✓ Size bahsedilmeyen fakat sizi rahatsız eden bir Őikayetiniz olursa neler yapmanız gerektiği

HAKKINDA KONUŞTUK

EĞİTİMİ TAMAMLADINIZ :)



KAYNAKLAR

- Alphan MET (2014). Hastalıklarda beslenme Tedavisi. 2. Baskı. Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara
- Çam O, Engin E (2014). Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul
- Güleç C (2009). Psikiyatrinin ABC'si. 2. Baskı. Say Yayınları, İstanbul
- Güleç C, Köroğlu E (1997). Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Hofling C.K, Leininger MM (1981). Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Çeviri Editörü: Aysel Kumral. 2. Basım, Doğan Ofset Yayıncılık ve Matbaacılık, İstanbul
- Kaplan H, Sadock B (2004). Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü: Ercan Abay. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul
- Keltner NL, Schweeke LH, Bostrom CE (2003). Psychiatric Nursing. 4. Edition. Mosby, Philadelphia.
- Köroğlu E (2009). Psikiyatri El kitabı. 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Köroğlu E (2010). Umut Kapısı Psikiyatri Hastalar, Danışanlar ve Yakınları için Psikiyatri Elkitabı Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Öz F, Demiralp M (2014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara
- Shives LR, Isaacs A (2002). Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. 5. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Stuart GW, Laraia MT (2005). Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8.Edition. Mosby, Philadelphia
- Şizofreni Federasyonu. Şizofreni Soru ve Yanıtlar. 4. Basım. Erişim Tarihi: 10.10.2015
<http://www.sizofrenifederasyonu.com/dergi/sizofreni-sorular-cevaplar/#/1/>
- Taylor CM (1994). Essentials of Psychiatric Nursing. 14. Edition. Mosby, Philadelphia.
- Valfre MM (2005). Foundations Of Mental Health Care. 2. Edition. Mosby, Philadelphia

İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM EĞİTİMİ PROTOKOLÜ

Bu protokol Veligan ve arkadaşları (2009) tarafından hazırlanan "“uzman uzlaş kılavuz serisi” ve Beebe tarafından geliştirilen TPÇM Protokolü göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır.

	Oturum İçerikleri	Öğrenme Hedefleri Ve Kazanımlar
1. Oturum	<p>İLAÇ KULLANIM BİLGİSİ</p> <ul style="list-style-type: none"> - İlaç kullanım nedenleri - İlaç kullanırken dikkat edilmesi gerekenler - İlaçların etki ve yan etkileri - İlaç tedavisine uyumu kolaylaştıran yöntemler 	<p>Hedefler</p> <p>-Bireyin ilaçlarını uygun şekilde kullanması</p> <p>Kazanımlar</p> <p>Birey;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neden ilaç kullanması gerektiğini bilir. - İlaç kullanırken dikkat etmesi gereken noktaları bilir. - İlaçlarının etkisini ve olası yan etkisini bilir. - İlaç tedavisine uyumu artırmak için yapabileceklerini bilir.
2. Oturum	<p>YAN ETKİLER İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kilo artışı için çözüm önerileri - Sedasyon için çözüm önerileri - Akatizi için çözüm önerileri - Cinsel sorunlar için çözüm önerileri - Diğer sorunlar için çözüm önerileri *Göz problemleri *Ağız kuruluğu *Parkinsonizm 	<p>Hedefler</p> <p>Bireyin ilaç kullanım sorunlarını tanımlaması</p> <p>Bireyin ilaç kullanım sorunlarını yönetmesi</p> <p>Kazanımlar</p> <p>Birey;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kilo artışı ile mücadele yöntemlerini bilir. - Sedasyon belirtilerini ve mücadele yöntemlerini bilir. - Akatizi belirtilerini ve mücadele yöntemlerini bilir. - Cinsel sorunların belirtilerini ve mücadele yöntemlerini bilir - Göz problemleri belirtilerini ve mücadele yöntemlerini bilir - Ağız kuruluğu belirtilerini ve mücadele yöntemlerini bilir - Parkinsonizm belirtilerini ve mücadele yöntemlerini bilir. - Kitapçıkta tanımlanmamış bir durumla karşılaştığında ne yapması gerektiğini bilir.

EK -11

ÖLÇEK VE PROTOKOL KULLANIM İZİNLERİ

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği hk.

Selcuk Aslan [selcukaslan86@gmail.com]

📎 🔄 🔄 🔄 Eylemler -

Kime: Esra Uslu

Ekler: (2) Tüm ekleri karşıdan yükle

📎 beck içgörü 2005 geçerlik.pdf (122 KB) [Web Sayfası Olarak Aç]; 📎 içgoru ve sizofreni RCHP7int.pdf (985 KB) [Web Sayfası Olarak Aç]

04 Haziran 2015 Perşembe 09:54

evet tekrar gondereyim.
burda bilgiler vardı review

TIPS protocol

Beebe, Lora L Humphrey [lbeebe1@utk.edu]

Kime: Esra Uslu

Bilgi: kadriye buldukoglu [kadriyebuldukoglu@gmail.com]

All the best to you in your work! I would love to hear more as you progress and please let me know how I can be supportive!
Dr BB 😊

Lora Humphrey Beebe, PhD, PMHNP-BC
Professor & Coordinator
Psychiatric Mental Health Graduate Concentration
University of Tennessee College of Nursing
1200 Volunteer Blvd Knoxville TN 37996
(o) 865 974 3978
(c) 865 809 5062

MARS hk.

aysegul koc [agulkoc@hotmail.com]

Kime: Esra Uslu

- 01.03.2016 14:43 tarihinde yanıtladınız.

Esra hanım çalışmanızda geçerlilik güvenilirliğini yaptığım MARS (Tıbbi tedaviye uyum Oranı Ölçeği'n) kullanmanıza onay veriyorum,,
Çalışmanızda Başarılar dilerim.

ETİK KURUL İZİNİ

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Sayı: 70904504/ Konu:		2015
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok I. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADU/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Telefona Problem Çözme Müdahalesinin Şizofreni Tanılı Bireylerin İlaç Tedavisine Uyumunun Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 225	Tarih:13.05.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	
Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı		
Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL Başkan	Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL Başkan Yardımcısı	Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ Oye
Prof.Dr. Oktay ERAY Oye (İznil)	Prof.Dr. Bülent KARSLI Oye (İznil)	Prof.Dr. Can ÇETİNKOL Oye
Prof.Dr. M. Mustafa CANPOLAT Oye	Doç.Dr. Ebru Nur BARÇIN Oye	Doç.Dr. Yeşim ŞENOL Oye (İznil)
Doç.Dr. Hasan MUTLU Oye	Doç.Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN Oye	Doç.Dr. Gülşen Üçer BAĞCI Oye

EK -13

KURUMSAL İZİN

Tarih ve Sayısı: 12/08/2015-29489



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Hastane Başmüdürlüğü, Personel İşleri Birimi



Sayı : 26708535-900/2024
Konu : Tez Çalışması

04/08/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 15/07/2015 tarih ve 64833 sayılı yazınız.

Fakülteniz öğrencilerinden Esra USLU'nun, Telefonla Problem Çözme Müdahalesinin Şizofreni Tanılı Bireylerin İlaç Tedavisine Uyumuna Etkisi başlıklı tez çalışmasını, Hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde yapma talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Murat ÇORHAN
Rektör Yardımcısı
Dekan Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Uyruğu	T.C
Soyadı	Uslu	Tel no	03328130572/5369
Doğum tarihi	10.07.1985	e-posta	esrauslu@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Sarıyer Vehbi Koç Vakfı Süper Lisesi-İstanbul	2003
Lisans	Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü	2007
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği YL Programı	2011
Doktora	Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Özel Anadolu Hastanesi-Antalya	2007-2009
Eğitim Hemşiresi	Özel Andeva Yıldız Hastanesi-Antalya	2009-2010
Sorumlu/Spervisor Hemşire	Özel Andeva Yıldız Hastanesi-Antalya	2010-2011
Araştırma Görevlisi	Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu	2011-2011
Öğretim Görevlisi	Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu	2011-(devam ediyor)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil	68.750

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşireler için web tabanlı iletişim eğitimi programının hazırlanması ve kullanımının değerlendirilmesi.	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	2009-2011

Yayınlar ve Bildiriler:

- **Uluslararası hakemli dergiler de yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Artsand Humanities)**
Uslu E, Buldukoğlu K (2016). The Effect of Tele-Nursing Practices to the Schizophrenia Patient Care: A Systematic Review. Turkish Journal of Psychiatry, 27(1):47-56

- **Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**
Ulusoy M.N, Uslu E, Yıldırım A (2015). Nursing informatics in nursing education. Innovational Journal of Nursing and Healthcare 1(1):123-127

Uslu E, Buldukoğlu K, Zayim N (2015). The usability and effectiveness of a web-based nurse-patient communication training program. Innovational Journal of Nursing and Healthcare, 1(2):128-134

Uslu E, İnfal S, Ulusoy M.N, (2016). Cinsel Sorunların Çözümünde PLISSIT Modelinin Etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 8(1): 52-63

Tunç Tuna P, Uslu E, Kurşun Ş (2017). İntestinal stomanın cinsel yaşam üzerine etkisi: sistematik derleme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi6(2):113-121

Uslu E, Buldukoğlu K (2017). Psikiyatri hemşireleri şefkat yorgunu mu?Sistematik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Basım aşamasında)

- **Uluslararası Sözel Bildiriler**
Uslu E, Yıldırım A, Ulusoy M.N (2014). Web based training programs in nursing education. 2nd Annual International Conference on Health & Medical Sciences, Athens, Greece

Ulusoy M.N, **Uslu E**, Yıldırım A (2014). Nursing informatics in nursing education.2nd Annual International Conference on Health & Medical Sciences, Athens, Greece

Yıldırım A, Ulusoy M.N, **Uslu E** (2014). Evidence-based nursing practices.2nd Annual International Conference on Health & Medical Sciences, Athens, Greece

Uslu E, Buldukoğlu K, Zayim N (2014). Web-based training: readiness and perceptions of nurses. 25th European Medical Informatics Conference - MIE2014, Istanbul, Turkey (Tam metin)

Uslu E, İnfal S, Ulusoy M.N, (2015). The effect of the PLISSIT model on solution of sexual problems of the people: systematic review. 15th International Academic Conference, Roma, Italy

İnfal S, Ulusoy M.N, **Uslu E**, (2015). The effects of modern contraceptive methods for males on the sexual quality of life and sexual satisfaction: systematic review. 15th International Academic Conference, Roma, Italy

Uslu E, Aker M.N, İnfal S (2016). İmplications of telenursing practices on nursing care: Turkey profile. 22nd International Academic Conference, Lisbon, Portugal (Tam metin)

İnfal S, **Uslu E**, Aker M.N, (2016) Use of desicion support systems in nursing field: Turkey profile. 22nd International Academic Conference, Lisbon, Portugal (Tam metin)

Aker M.N, İnfal S, **Uslu E**, (2016). Web-based education practices in education of nursing students: Turkey profile.22nd International Academic Conference, Lisbon, Portugal (Tam metin)

- **Uluslararası Poster Bildiriler**

Uslu E, Türkmen H.Ö (2014). Ethical impacts of tele-nursing applications on the patient care. 25th European Medical Informatics Conference - MIE2014, Istanbul, Turkey

- **Ulusal Sözel Bildiriler**

- **Ulusal Poster Bildiriler**

