

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ İLAÇ
UYUMU VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ETKİSİ**

MELİKE ERTEM

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ

DOKTORA TEZİ

İZMİR-2016

TEZ KODU: DEU.HSI.PHD-2012970135

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ İLAÇ
UYUMU VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ETKİSİ**

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ


DOKTORA TEZİ

MELİKE ERTEM


Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970135

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Melike ERTEM ‘ŞİZOFRENİ HASTALARININ İLAÇ UYUMU VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ETKİSİ’ konulu Doktora tezini 14.10.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
BAŞKAN
DEU Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
ÜYE
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi


Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER
ÜYE
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Esra ENGİN
YEDEK ÜYE
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Şizofreni.....	8
2.2. Şizofrenide Yaşanan Güçlükler.....	8
2.3. TEDAVİYE UYUM ve UYUMSUZLUK KAVRAMLARI.....	10
2.3.1. Şizofrenide Tedaviye Uyum Kavramı.....	10
2.3.2. Şizofrenide Tedavi Uyumsuzluğu.....	13
2.3.3 Tedavi Uyumsuzluğunun Sonuçları.....	15
2.3.4. Uyumsuzluğa Neden Olan Faktörler.....	16
2.3.4.1. Hastalığa Bağlı Etkenler.....	16
2.3.4.2. İçgörü Eksikliği.....	17
2.3.4.3. İlaçla İlgili Etkenler.....	18
2.3.4.4. Tedavi Ekibi.....	19
2.3.4.5. Hastaya İlişkin Etkenler.....	20
2.3.4.6. Ailesel ve Sosyal Etkenler.....	21
2.4. İÇGÖRÜ.....	23
2.4.1. Şizofrenide İçgörü Kavramı.....	23
2.5. ŞİZOFRENİDE TEDAVİYE UYUMU ve İÇGÖRÜYÜ ARTTIRMA YAKLAŞIMLARI.....	24
2.6. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME.....	28
2.6.1. Motivasyonel Görüşmenin Gelişimi.....	28
2.6.2. Motivasyonel Görüşme Süreci.....	29

2.6.3. Şizofreni Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşme.....	33
2.7. Şizofreni Hastaları ile Motivasyonel Görüşmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.3.1. Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....	37
3.3.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Oluşturulması.....	38
3.4. Çalışma Materyali	38
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.6. Veri Toplama Araçları.....	39
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	38
3.6.2. Morisky Uyum Ölçeği.....	38
3.6.3. İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği.....	38
3.6.4. Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketi.....	39
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	41
3.7.1. Araştırma Akış Şeması.....	43
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.10. Etik Kurul Onayı	44
3.11. Veri Toplama Süreci.....	45
3.11.1. Motivasyonel Görüşme İçeriğinin Oluşturulması.....	45
4. BULGULAR	46
4.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Tedavi Özellikleri ile İlgili Bulgular	49
4.2. Tedaviye Uyum Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	52
4.3. İçgörü Ölçeğine Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
4.4. Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketine Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	58
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER	82

Ek1. Başhekimlik kabul yazısı	82
Ek2. Psikiyatri Poliklinik kabul yazısı	83
Ek3. Kişisel Bilgi Formu	84
Ek4. Morisky uyum ölçeği	86
Ek5. İçgörü ölçeği	87
Ek6. Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketi	88
Ek7. Bilgilendirilmiş Onam.....	89
Ek8. Motivasyonel Görüşme Kursu Katılım Belgesi-1.....	90
Ek9. Motivasyonel Görüşme Kursu Katılım Belgesi-2.....	91
Ek10.Kurs Katılım Belgesi-3.....	92
Ek11. Etik Kurul Onayı	93
Ek12. Özgeçmiş.....	96

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Sosyodemografik ve Tedavi Sürecine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MG Öncesi, MG Sonrası, Üçüncü Ay Ve Altıncı Aydaki Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MG Öncesi, MG Sonrası, Üçüncü Ay ve Altıncı Aydaki İlgörü Düzeylerinin ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MG Öncesi, MG Sonrası, Üçüncü Ay ve Altıncı Aydaki Tedavi Uyum Tutum ile İlgili Bulguların Dağılımı.....	55



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Planı ve Takvimi.....	41
Şekil 2. Araştırma Akış Şeması.....	43



KISALTMALAR

DEÜ..... Dokuz Eylül Üniversitesi
MG.....Motivasyonel Görüşme
WHO.....World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ)
BDT.....Bilişsel Davranışçı Terapi



TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde ve sonlandırılmasında desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrubesinden güç aldığım değerli hocam Sn. Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman'a,
Araştırmanın planlanması, uygulanması sürecinde bilgi ve tecrübeleriyle destek olan değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Besti Üstün ve Sn. Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye,
Tezimin istatistikleri konusunda değerli katkı ve destekleri için Sn. Prof. Dr. Belgin Ünal ve Sn. Doç. Dr. Murat Bektaş'a,
Araştırmanın gerçekleştirilmesinde yardımcı olan başta Uzm. Psikolog Berna Yalınçetin'e ve psikoz birimi hekimlerine,
Sabrı ve hoşgörüsüyle, maddi manevi olarak her zaman beni destekleyen eşim Erhan Ertem'e,
Eğitim hayatım boyunca her daim ve her anlamda bana destek olan sevgili anne ve babama teşekkürü bir borç bilirim.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ İLAÇ UYUMU VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ETKİSİ

Melike Ertem, DEU Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği AD.

melike_yonder@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı; şizofreni tanılı bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin hastaların tedavi uyumları ve içgörülerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma deneysel araştırma deseninde olup, randomize kontrollü yapılmıştır. Morisky uyum ölçeği, İçgörü ölçeği ve Tedaviye yönelik uyum tutum anketi kullanılmıştır. Hastaların 20'si araştırma grubunu, diğer 20 hasta ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Motivasyonel görüşmeler bireysel olarak gerçekleştirilmiş olup, her bir görüşme, ortalama 60 dakika her hafta bir görüşme olmak üzere toplam altı görüşme şeklinde süreç tamamlanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının posttest sonrası üçüncü ve altıncı ay izlemi yapılmıştır.

Bulgular: Şizofreni tanılı bireylerin motivasyonel görüşme sonrası ($X^2 = 10.828$, $p=0.004$), üçüncü ay izlem ($X^2 = 21.933$, $p<0.001$) ve altıncı ay izlemde ($X^2 = 22.552$, $p<0.001$) yapılan değerlendirmelerde Morisky Uyum Ölçeğinin toplam puanlarında müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Program sonrası yapılan posttest ($U=-2.220$, $p=0.026$), üçüncü ay izlem ($U=-2.508$, $p=0.011$) ve altıncı ay izlemde ($U=-2.953$, $p=0.002$) İçgörü Ölçeği toplam puanları açısından müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların içgörü puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Sonuç: Motivasyonel görüşme yöntemi psikiyatri klinikleri, psikiyatri poliklinikleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde şizofreni hastaları ile tedavi işbirliğinin sağlanması, özbakımın sürdürülmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde kullanılabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Sözcükler: Motivasyonel Görüşme, Psikiyatri Hemşireliği, Şizofreni, Tedavi Uyumu, İçgörü.

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON TREATMENT ADHERENCE AND INSIGHT LEVELS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the effect of motivational interviewing on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia.

Method: The research was constructed in an experimental fashion as such a randomized controlled trial was utilized. The Morisky scale, Insight Scale, Adherence and attitude form were used. Twenty of the patients comprised the intervention group while the other twenty of the patients comprised the control group. Motivational interviews were carried out on an individual basis in the form of a total of 6 interviews held once in a week with an average of 60 minutes to complete for each session. After the initial posttest, the intervention and control groups underwent two more posttests on the 3rd and 6th month follow-ups.

Results: The posttests, based of Morisky Scale and carried out with the schizophrenic individuals from intervention and control groups following the last motivational interviews in three stages, showed meaningful differences. Respectively, first posttest conducted upon completion of the personal interviews yielded $X^2 = 10.828$, $p=0.004$, 3rd month follow-up yielded $X^2 = 21.933$, $p<0.001$ and 6th month follow-up yielded $X^2 = 22.552$, $p<0.001$. In terms of Insight Scale Total Scores, a meaningful difference was found. Respectively, first posttest conducted upon completion of the personal interviews yielded $U=-2.220$, $p=0.026$, 3rd month follow-up yielded $U=-2.508$, $p=0.011$ and 6th month follow-up yielded $U=-2.953$, $p=0.002$. The patients in the intervention group had significantly higher insight mean scores.

Conclusion: Motivational interview method plays a vital role in establishing treatment collaborations with patients who diagnosed schizophrenia, maintaining the continuity of self-care, and the acquisition of healthy lifestyle behaviors at the psychiatry clinics and the community mental health centers.

Key Words: Motivational Interview, Psychiatric Nursing, Schizophrenia, Treatment Adherence, Insight.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni, dünyada yaklaşık 24 milyon bireyi etkileyen, sıklıkla 15-35 yaşları arasında görülen, sıklığı düşük olmasına rağmen kronikliği nedeniyle yaygınlığı yüksek olan (WHO 2014), küresel olarak hastalık yüküne, yeti kaybına, kişisel ve ekonomik sorunlara yol açan psikiyatrik bozukluklardan biridir (Köroğlu, Güleç 2007; Işık 2006; WHO 2006; Murray, Vos, Lazono ve ark. 2013). Hastaların; hastalığı yönetme ve bakımın devamlılığını sağlamakla ilgili yaşadığı güçlükler, sağlık çalışanları, aile ve çevreden yeterince destek alamaması, içgörü eksikliğinin olması, damgalama, tedavinin meydana getirdiği yan etkiler ve tedaviye uyumsuzluk sonucu hastaneye tekrarlı yatışlar artmaktadır (Yıldız 2005; Öztürk, Uluşahin 2005). Şizofreni hastalarının %50 den fazlasının uygun bakım almadığı, hastalığa ve ilaç tedavisine uyum sorunları yaşadığı bilinmektedir (Perkins 2002; Beebe 2010; WHO 2014). Hastanın hastalığı ve tedavinin yararlılığı konusundaki inançlarının, ilaç yan etkilerinin, tedavinin sürdürülmesi sırasında karşılaşılan sosyal destek eksikliği gibi engellerin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir (Perkins 2002).

Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (Hussain, Hussain, Bukhari, Hashmi, et al. 2006; Kao ve Liu 2010; Kousalya, Vasantha, Ponnudura, Sumitkumar, et al. 2012). Tedaviye uyumsuzluk ise; reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek şeklinde çok boyutlu olabilmektedir (Docherty, Fiester 1985; Hussain ve ark. 2006; Kao ve Liu 2010; Kelleci ve Ata 2011). Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan uyum problemleri; hastalığın tekrarına, sağlık kuruluşlarının kullanımında artışa, hastaneye yatışa, maliyet artışına, genel durumun kötüleşmesine, yaşam kalitesinde azalmaya, sosyal izolasyona, madde bağımlılığında artışa, işsizliğe, şiddete, mağduriyet oranlarında artışa, tutuklanmalara ve ölüme neden olabilmektedir (Perkins 2002, Ascher-Svanum, Faries, Zhu, Ernst, Swartz, Swanson 2006; Tseng, Hemenway, Kawachi 2008).

Şizofreni tanılı bireylerde içgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğunun yaygın bir şekilde birliktelik gösterdiği ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olduğu belirtilmektedir. İçgörü, hastalığın farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlanmıştır (Jaspers 1997). Ruhsal hastalıklar kapsamında ele alınan içgörü; hastalığı

kabul etme, hastalık belirtilerini tanıma ve tedaviyi kabul etme boyutlarıyla değerlendirilmektedir (Aslan, Altınöz 2010). İçgörüsü zayıf olan bireyler aldıkları psikiyatrik tanıyı, hastalığın belirtilerini ve tedavilerini kabul etmeyip tedavilerine uyumsuzluk gösterebilirler. Lacro ve arkadaşları, ilaç uyumsuzluğu ve riskleri ile ilgili yazdıkları bir gözden geçirme makalesinde ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, Jeste 2002). Rusch ve Corrigan (2002) yaptıkları çalışmalarda içgörü ve uyum azlığının nörobilişsel yetersizlikler ve şizofreni tanılı bireylerin abartılı kullandıkları savunma mekanizmalarının (inkâr ve yansıtma) davranışa yansması gibi farklı sebepleri olabileceğini vurgulamışlardır (Holzinger, Loffler, Muller, Priebe, Angermeyer 2002; Rusch, Corrigan 2002).

Hastanın ilaç uyumsuzluğu ve ilaca direnç, relaps ve sık yatışın ana nedenidir. Bu durum da maliyeti arttıran önemli etmenlerden biri olarak bildirilmektedir (Robins, Regier 1991). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı olan bireylerin taburculuk sonrası ilk bir yıl içerisinde hastalığın relaps oranlarının %30-40, yineleyen yatış oranlarının ise %45-58 arasında olduğu belirtilmektedir (Herz, Lamberti, Mintz, Scott et. al. 2000). Byerly, Nakonezny, Lescouflair (2007) çalışmalarında şizofreni tanısı olan hastalarda, ilk yatıştan sonraki bir yıl içinde tedaviye uyumsuzluk sebebiyle % 40 oranında relaps görüldüğünü, Masand, Roca, Turner, Kane (2009) iki yıl içerisinde relaps oranının % 50-75 olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde ise Koç'un (2006) yaptığı çalışmada şizofreni hastaların % 26'sının tedaviye uyumunun iyi, % 74'ünün ise tedaviye uyumunun kötü olduğu bulunmuştur.

Birçok sağlık çalışanı şizofreninin tedaviye uyumda güçlüğüne yol açan bir doğası olduğunu ifade etmektedir. Bunun en büyük nedeni, hastalığa yönelik iç görünümün az olmasıdır (Chanut, Brown, Dongier 2005; Day, Bentall, Roberts, Randall, Rogers, Cattell, ve ark. 2005; Byerly, Nakonezny, Lescouflair 2007; Tsang, Fung, Corrigan 2009; Beck, Cavelti, Kvirgic, Kleim, Vauth 2011; Kousalya, Vasantha, Ponnudura, Sumitkumar, et al. 2012). İlaç tedavisine uyumsuzluğun diğer nedenleri arasında, hastalığın psikopatolojisi ve seyri gibi doğrudan kişinin mevcut psikiyatrik durumuyla ilgili nedenler sayılabileceği gibi yine hastaya bağlı içselleştirilmiş damgalama, ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler (Kao ve Liu 2010; Roberts and Velligan 2011; Arslan ve Işık 2012), ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması (Kelleci ve Ata 2011), ekonomik güçlükler, tedavi hakkında yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama (Kousalya ve ark. 2012), çoklu ilaç kullanımı (Yenilmez, Güleç, Büyükkınacı, Dayı ve ark. 2012), bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa yönelik tutumu, ilaç kullanımının

toplumsal hayatta yarattığı düşünölen güçlükler, kültürel inançlar, özellikle toplumumuzda sıkça görölen medyum, şifacı, hoca gibi insanlardan yardım beklentileri, tedavi konusunda görölen baskı gibi etkenler de belirleyici rol oynamaktadır (Doğan 2002; Çobanoğlu, Aker ve Çobanoğlu 2003).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerde, bireyin tedavi uyumunu arttırmak amacıyla birçok müdahale kullanılmaktadır. Müdahale yöntemleri arasında bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, aile girişimleri ve motivasyonel görüşme yer almaktadır (Addington, Piskulic, Marshall 2010). Motivasyonel Görüşme (MG), davranış değişikliği yaratmak amacıyla danışan odaklı, bir danışmanlık biçimidir (Britt, Hudson, Blampied 2004). Motivasyonel görüşmenin temel hedefi ambivalansı keşfetmek ve çözmektir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan duygu ve düşünceleri olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Önceleri alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler için kullanılan bu yöntem, günümüzde fiziksel ve ruhsal bozukluğu olan bireyler için de kullanılmaktadır (Dunn, Deroo, Rivara 2001; Rubak, Sandback, Lautritzen, Christensen 2005). Psikotik bozukluğu olan bireye göre uyarlanmış MG ile (Barkhof, Meijer, Sonnevile, Linszen, Haan 2012), tedaviye uyum başarılı bir şekilde artırıldığında tedavi daha etkin bir hale gelmektedir (Rüsch ve Corrigan 2002). Kemp ve arkadaşlarının, yapmış oldukları randomize çalışmalarda, psikoza olan kişilerde düzenli ilaç kullanımını sağlamak için motivasyonel görüşme müdahalesi uygulamışlardır. Çalışmaların sonucunda deney grubundaki hastaların ilaç uyum düzeyleri ile hastalığa yönelik içgörülerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt et. al. 1996; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward et. al. 1998). Vanderwaal (2015), MG'nin şizofreni tanılı bireylerin tedavi uyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları sistematik derlemede son 10 yıla ait altı çalışma incelenmiştir. Bunlardan bir tanesi MG ile uyum arasında bazıları ise iyileşme ve tekrarlı yatışlarda azalma ile doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir. Yapılan bu çalışmalarda hastalarda sağlıklı davranış değişikliği sağlamak üzere bireysel modellerin önemine vurgu yapılmakta olup, sağlık çalışanlarının motivasyonel görüşme yöntemine ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Psikiyatri hemşiresi, hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleri olup, alevlenmeyi önlemede, ilaç tedavisine uyumu artırma, ilaç etki ve yan etkilerini izlemede (Yıldırım ve Ekinci 2010) ve içgörüyü arttırmaya yardım etme gibi girişimlerde bulunmaktadır (Boyd 2008). Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikiyatri hemşireleri için hazırlamış olduğu psikofarmakoloji rehberinde ve ölkemizde de 2011 yılında yayınlanan

psikiyatri hemşirelerinin görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın beklenen ve beklenmeyen etkilerini bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite semptomlarını bilme, gözlemlene, hasta ve ailesini tedavi planına dahil etme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımını hakkında veri toplama, tedavinin yarar ve zararlarını bilme gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir (Fortinash 1996; Resmi Gazete 2011). Psikiyatri hemşireleri, psikiyatri hastaları ile psikiyatri hekimleri ve hekimlerin reçetelendirdiği tedavi arasındaki ilişkide köprü görevi görmektedirler (Hamrin, McGuinness 2013; Hewitt ve Coffey 2005). Hemşirelerin bakım verdikleri hastaların ilaç kullanımına ve tedaviye katılımını sağlamak amacıyla müdahale ve görüşme yöntemlerini bilmesi ve uygulayabilmesi böylece tedavi işbirliğini sürdürmesi beklenmektedir (Fortinash 1996; Hamrin, McGuinness 2013).

İlaça uyum ve içgörü ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisinde uyumunu güçlendirmek ve içgörüyü arttırmak amacıyla güçlü bir sağlık ekibi-birey ilişkisi ile sağlık davranışı değişikliğine yönelik “bireysel” uygulanacak modellerin kullanılmasına gereksinim olduğu belirtilmektedir (Clinical Practice Guidelines 2005; Çobanoğlu ve ark. 2003; Possidente, Bucci, McClain 2005). Hasta ile terapötik etkileşimde birey-merkezli yaklaşımın; hasta ile “birlikte olmanın, aynı çizgide yürümenin” bir yolu olduğu ifade edilmektedir (Baier 2010). Psikiyatri hemşiresi etkili iletişim ve terapötik ilişkiye dayanan hasta hemşire ilişkisi doğrultusunda tıbbi tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu ilişki, çeşitli problemlere yaklaşımda hemşire-hasta ile çalışma aşamalarını yavaş yavaş geliştirmekte ve tedavi uyumuna katkıda bulunmaktadır (Hamrin, McGuinness 2013; Hewitt ve Coffey 2005). Hemşirelik uygulamalarının temel noktasını bireylerin sağlık sorunlarıyla ortaya çıkan davranışlar ya da tepkiler oluşturmaktadır. Bu noktada davranış değişikliği yapmak üzere hastaları motive etmek önemli bir hemşirelik görevidir. Psikiyatri hemşirelerinin, hastaların tedaviye uyumsuzluğunu işaret eden durumları belirlemesi ve uyumsuzluğu önleyen programlardan MG yöntemini kullanabilmesi açısından profesyonel sorumluluğa sahiptir. Ayrıca bu çalışma, şizofreni hastalarının ilaç uyum ile içgörü düzeylerinin artırılmasında uygulanan müdahalenin psikiyatri polikliniklerinde psikoz ayaktan izlem birimlerine yönelik bir program modeli olması bakımından önem taşımaktadır. Konuyla ilgili yapılan sistematik derleme ve metaanaliz çalışmaları (Lundahl, Burke 2009; Vanderwaal 2015) hastalarda motivasyonu artırarak sağlıklı davranış değişikliğini sağlamak üzere bireysel modellerin kullanımına ve bununla ilgili yapılmış çalışmaların az sayıda olmasına dikkat çekmektedir. Araştırmanın bu yönleriyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; şizofreni tanılı bireylere uygulanacak motivasyonel görüşmenin hastaların tedavi uyumları ve içgörülerine etkisini incelemektir.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri:

Hipotez 1: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki ilaç tedavisine uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 2: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 2a: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği tedaviye uyum alt boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 2b: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği hastalığın farkında olma alt boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 2c: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 3: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki tedaviye yönelik uyum tutum anketi madde yüzdeleri arasında bir fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni; bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, kişiler arası ilişkiler ve iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen, yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir (Köroğlu, Güleç 2007). Şizofreni; pozitif, negatif, bilişsel ve affektif belirtilerle kendisini gösteren beynin gelişimsel bir hastalığıdır. Şizofreni, genellikle yaşam boyu sürerek yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve işlev yetersizliklerine yol açmaktadır (Kaplan, Sadock 2005; Köroğlu, Güleç 2007; Öztürk, Uluşahin 2015).

Nörogelişimsel bozukluk beynin “algı”, “bilişsel işlevler”, “düşünce” ve “duygulanım” gibi fonksiyonlarında sorun yaratarak karmaşık bir tablo ortaya çıkarır. Şizofrenide nörogelişimsel probleme genetik, çevresel ve sosyal faktörler de katkıda bulunur (Köroğlu, Güleç 2007; Öztürk, Uluşahin 2015). Şizofreni günümüzde her 1000 yetişkin birey arasından 7’sinde görülen bir hastalıktır. Her ne kadar insidansı düşük olsa da şizofreninin uzun dönem kronik hastalık prevalansı yüksek olarak belirtilmektedir (World Health Organization 2011). Binbay, Ulaş, Elbi, Alptekin (2011)’in yapmış olduğu sistematik derleme sonuçlarına göre, Türkiye’de şizofreninin yaşamboyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak belirtilmiştir. Alptekin, Ulaş, Akdede ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada klinik anlamlılığı olan psikoz benzeri yaşantılar %3,5 düzeyinde görülmektedir.

2.2. Şizofrenide Yaşanan Güçlükler

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının %50 den fazlasının uygun bakım almadığı, uyum sorunları yaşadığı ifade edilmiştir (Perkins 2002, Beebe 2010, WHO 2014). Hastanın hastalığı ve tedavinin yararlılığı konusundaki inançlarının, ilaç yan etkileri gibi algılanan maliyetin, tedavinin sürdürülmesi sırasında karşılaşılan sosyal destek eksikliği gibi engellerin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir (Perkins 2002). Bu süreçte yaşanan uyum problemleri; hastalığın tekrarına, sağlık kuruluşlarının kullanımında artışa, hastaneye yatışa, maliyet artışına, genel durumun kötüleşmesine, yaşam kalitesinde azalmaya, sosyal izolasyona, madde bağımlılığında artışa, işsizliğe, şiddete, mağduriyet oranlarında artışa, tutuklanmalara ve ölüme neden olabilmektedir (Perkins 2002; Ascher-Svanum ve ark. 2006; Tseng, Hemenway, Kawachi 2008).

Şizofreni tanılı hastaların; hastalığı yönetme ve bakımın devamlılığını sağlamakla ilgili yaşadığı güçlükler, sağlık çalışanları, aile ve çevreden yeterince destek alamaması, içgörü eksikliğinin olması, damgalama, tedavinin meydana getirdiği yan etkiler ve tedaviye

uyumsuzluk sonucu hastaneye tekrarlı yatışlar artmaktadır (Yıldız 2005; Öztürk, Uluşahin 2005). Şizofreni hastalarının %50 den fazlasının uygun bakım almadığı, bir takım uyum sorunları yaşadığı ifade edilmiştir (Perkins 2002; Beebe 2010; WHO 2014). Hastanın hastalığı ve tedavinin yararlılığı konusundaki inançlarının, ilaç yan etkileri gibi algılanan maliyetin, tedavinin sürdürülmesi sırasında karşılaşılan sosyal destek eksikliği gibi engellerin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir (Perkins 2002). Bu süreçte yaşanan uyum problemleri; hastalığın tekrarına, sağlık kuruluşlarının kullanımında artışa, hastaneye yatışa, maliyet artışına, genel durumun kötüleşmesine, yaşam kalitesinde azalmaya, sosyal izolasyona, madde bağımlılığında artışa, işsizliğe, şiddete, mağduriyet oranlarında artışa, tutuklanmalara ve ölüme neden olabilmektedir (Perkins 2002, Ascher-Svanum ve ark. 2006, Tseng ve ark. 2008).

Relaps oranlarında artış, şizofreni hastalarında ilaca zayıf uyum gösterme ya da uyumsuzluğun bir göstergesi olarak belirtilmektedir (Herz, Lamberti, Mintz, Scott et. al. 2000; Gilmer, Dolder, Lacro, Folsom, Lindamer, Garcia, Jeste 2004). Theida, Beard, Richter, Kane (2003)'in yapmış olduğu bir çalışmada antipsikotik tedavisine düşük düzeyde uyum gösteren hastaların hastaneye yatış oranı %75 iken, iyi düzeyde uyum gösterenlerde ise %35 oranında olduğu belirlenmiştir (Theida, Beard, Richter, Kane 2003). Yine bu konudaki yayınlarda, hastaneye tekrarlı yatışların en önemli nedeninin hastaların tedavilerine uyum sorunları olduğu bildirilmektedir (Abrams, 1998; Boyd ve Nihart 1998; Chen 1991; Coutreaut, Emmouns, McMorro 1992). Hastanın tedavi uyumunun olmaması; psikotik belirtilerin kötüleşmesine, relaps riskinin 5 kat artmasına, hastane yatışlarında artışa, komorbid madde kötüye kullanıma, suicidal ve komosidal eğilim ile şiddet davranışlarının artmasına yol açabildiği belirtilmektedir (Leucht, Hunt, Herings Valenstein 2010) Şizofrenide tedavinin önemli bir rolü olmasına rağmen reçete edilen tedaviye uyumsuzluk dünya genelinde yaşanan bir sorun olarak belirtilmektedir (WHO 2003). Klinik Antipsikotik Çalışmaların Müdahale Etkinliği (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-CATIE) sonuçlarına göre hastaların 74%'ü ilaç yan etkileri, ilacın yararını görememe ve diğer nedenlerden dolayı 18 ay içerisinde tedaviyi bırakmıştır (Lieberman, Stroup, McEvoy, Swartz, Rosenheck, Perkins 2005). Türkiye'de bir psikiyatri kliniğinde yatan hasta ve ailelerinin psikotrop ilaçlarla ilgili eğitim gereksinimlerini ve taburculuk sonrası ilaç kullanma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaların %46.7'sinin ilaç kullanmayı bırakma, %32.6'sının hastalık belirtilerinin alevlenmesi, %12'sinin ilaç yan etkisi ve %8.7'sinin de ilacı alamama nedenleriyle tekrar hastaneye yattığı belirlenmiştir. Bu sonuç

hastaların tekrarlı yatışlarındaki ana nedenlerinden birinin ilaç tedavisine uyumsuzluk olduğunu göstermektedir (Kelleci 2011).

Duman ve arkadaşları (2006) tarafından şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada ilaç tedavisi ve kontrollere uyumsuzluk oranları %57 olarak bulunmuştur (Duman, Kocaman, Üçok, Er, ark. 2006). Dilbaz ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında ise hastaların tedaviye uyumsuzluğunun uzun dönemde %25, akut dönemde ise %51 olduğu bulunmuştur (Dilbaz, Karamustafalıoğlu, Oral, Önder, Çetin 2006). Her iki dönemde de uyumsuzluk sebeplerinin başında hastalığın inkarı, damgalanma, ilacın oluşturduğu yan etkiler ve ilaç kullanımıyla ilişkili güçlüklerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Coldham, Addington ve Addington (2002)'un ilk epizodu geçirmekte olan psikoz hastalarında tedavi uyumunu değerlendirdikleri çalışmada, bir yıl içinde %40.9'unun uyumlu, %39.3'ünün uyumsuz, %19'unun ise uyumunun yetersiz olduğu bulunmuştur (Coldham, Addington, Addington 2002). Kampman, Lehtinen ve Lassila (2001), nöroleptik kullanan 100 hastada, hasta ve doktorların uyumu değerlendirmelerini karşılaştırdığı çalışmada, hastaların %27'si, doktorların %30'u hastaların tedaviye uyumlarını %50 veya daha az olarak değerlendirmişlerdir (Kampman, Lehtinen, Lassila 2001). Kozuki ve Froelicher (2003)'in şizofreni tanılı 132 hastada içgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu üzerine yaptıkları çalışmada, katılımcıların son üç hafta içinde %24.2'si uyumlu, %18.2'si kısmi uyumlu, %56.1'i ise tamamen uyumsuz olarak bulunmuştur (Kozuki, Froelicher 2003).

2.3. TEDAVİYE UYUM UYUMSUZLUK KAVRAMLARI

2.3.1. Şizofrenide Tedaviye Uyum Kavramı

Uyum, kelime anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen tarzda davranışı ifade etmektedir. Hedeflenen yönde davranış değişikliğinin kişide gözlenmesi uyumun göstergesidir (Oxford Dictionary 2003; Türkçe Sözlük, 2007)

Hasta uyumu, tedavi sonucunu etkileyen en önemli etkenlerden biridir ve tüm tedavilerde başarının ana unsurudur. İlaç uyumu, hastalık seyrini, hastalığa bağlı morbiditeyi, hastanın sosyal, mesleki ve ailesel işlevselliğini etkilemektedir (Demirkol, Tamam, Evlice, Karaytuğ 2015). Hipokrat döneminden bu yana bir sorun olarak vurgulanan tedaviye uyum-uyumsuzluk konuları 1950'li yıllarda tartışılmaya başlanmış ve 1970'li yıllarda ele alınan öncelikli konulardan biri olmuştur (Boyd, Nihart 1998; Norell 1985; Banning 2004).

Günümüzde tedavi uyumu ile ilgili yapılan çalışmalarda Compliance, Concordance ve Adherence kavramlarının birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir (Bell 2007; Aronson 2007). İngilizce literatürde kompliance (compliance) olarak ifade edilen bu sözcük “uyuma”, “itaat”, “rıza” anlamına gelmektedir. Kompliance eşdeğer olan bağlılık, sadakat, sürdürüm, işbirliği, kendi kendine düzenleme gibi sözcüklere bakıldığında da tedaviye uyumun özellikleri ve doğası ortaya çıkmaktadır (Oral, Şahin, Akman, Verimli 2002). Bissonnette (2008) tarafından yapılan bir kavram analizi çalışmasında “adherence” ve “compliance” sözcüklerinin literatürde kullanımı arasında belirgin bir fark bulunmamıştır. Diğer yandan bazı çalışmalarda ise “Tedaviye Uyum” (compliance) kavramının yerini “tedavi işbirliği” (adherence) kavramının alması gerektiği ileri sürülmektedir (Marland 1999; Sofuoğlu ve Turan 2000). Dolayısıyla bu eksikliği tamamlamak üzere “tedavi işbirliği” kavramı ön plana çıkmaktadır. Tedavi işbirliği (adherence), hastanın da kendi tedavisine katılımını destekleyen, sağlık çalışanı ile hasta arasındaki bağı güçlendiren bir ilişki niteliğindedir. Bu bağlamda hastanın otonomisi önem kazanmaktadır. Hasta ilaç kullanmayı reddettiğinde zarar görmemesi için hastayla birlikte aynı çizgide yürüyerek farklı alternatif yollar sunarak işbirliği sağlanır. Bu açıdan uyum ve uyuşma kavramlarından ayrılmaktadır (Bell 2007; Aronson 2007; Wahl, Gregoire, Teo, Beaulieu et. al 2005). Tedavi işbirliğinin kurulmaması (non-adherence) durumunda psikiyatri kliniklerine yatış sayısında, tutukluluk ve şiddet oranlarında, düşük düzey yaşam memnuniyeti ile madde kullanım problemlerinde artış olduğu belirtilmektedir (Drymalski, Campbell 2009; Weiden, Kozma, Grogg, Locklear 2004; Ascher-Svanum ve ark. 2006).

Frank, Perel, Mallinger, Thase ve Kupfer (1992) yapmış oldukları çalışmada tıbbi tedaviye uyumun 1980'lere kadar tedaviye uyum şeklinde tarif edildiğini belirtmiştir. Günümüzde bu yaklaşım halen devam etmektedir. Fakat bu yaklaşım klinik pratikte destek görmemektedir. Çünkü tıbbi tedaviye uyum, hastaların koşulsuz bir şekilde doktorun reçete ettiği tedaviye uyduğu bir durumdur. Bu kapsamda paternalistik (ebeveynvari) yaklaşım vurgulanmaktadır. Ancak modern ruh sağlığı hizmetleri tek merkezlikten çok hasta ile işbirliği içerisinde çalışmayı gerektirmektedir. Bu noktada “tedaviye uygunluk” (concordance) kavramı ele alınmaktadır. Tedaviye uygun hareket etme, hasta haklarını, bilgi ihtiyacını, çift yönlü etkileşimi (hekim-hasta ya da hemşire-hasta arasındaki) içermektedir. Uyum (compliance) modeline karşıt olarak tedaviye uygunluk (concordance) modeli, eğer hasta ilaç kullanmayı istemiyorsa ikna etmeksizin hastanın bu konudaki düşünceleri ve tutumu olduğu gibi kabul edilmektedir. “Concordance” kavramı, ilaç kullanımı, uyumu gibi tedavi ile ilgili hiçbir anlamı içermemektedir. (Gray, Wykes, Gournay 2002).

Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (Hussain ve ark. 2006; Çakır ve ark. 2010; Kao and Liu 2010; Kousalya ve ark. 2012). Sofuoğlu ve Turan (2000)'ın çalışmalarında belirttiği gibi “tedaviye uyum” gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standardına oranı olarak ifade edilir. Bu terim sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedaviye karışan bütün diğer faktörlere uyumu da içine almaktadır. Bunlar; tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına uymadır. Başka bir çalışmada Cameron (1996) uyumu, verilen tedaviyi takip etmek için hasta tarafından gönüllü bir tutum sergilemek ve bu konuda verilen tedavi planının hasta tarafından davranış olarak tam anlamıyla başarılmasıyla ilişkilendirmiştir. Tedaviye uyum, hastanın hekimi tarafından kendisine önerilenleri yapması, yapmaması gerekenlerden kaçmasıdır. Başka bir deyişle, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır. Uyum, vücutta etki yapan, biyolojik bir faktör değildir; ancak sağlanamadığında tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olan önemli bir etkidir. Bu açıdan, hastanın tedaviye uyumu, doğru tanı konması, tedavinin doğru ve zamanında başlanması kadar önem taşımaktadır (Akıncı ve Öz 2003). Bu tanım; yalnızca reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın sağlık çalışanlarının tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı kapsamaktadır (Çobanoğlu ve ark. 2003; Çakır ve ark. 2010). Tedavi uyumu hasta ve bakım vericisi arasında hastanın sağlık bakımı ve sağlıkla ilişkili kararlarına ilişkin işbirliğini ifade eder. Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak, tedaviye uyumunun öğeleridir (Yılmaz 2004; Possidente ve ark 2005; Dilbaz 2011).

Uyumun kısa ve kabul edilebilir tanımı; hastanın sağlığıyla ilgili önerileri kabul etmesidir. Aynı zamanda uyum sözcüğü, terapötik ilişki kurarken hekimin rolüne ve hastanın katılımına önem yükler. Uyum tanımı, kontrollere katılım ve sağlıklı bir hayat modeline tutunmayı, aynı zamanda reçete edilen ilaçları uygun zamanda ve uygun dozlarda almayı da içine alır. İlaçların fazla kullanımı veya kötüye kullanımı tedavi uyumsuzluğunun göstergesidir. Uyum tanımının zayıf yönü, “ya hep ya hiç” fenomeni olduğunun bildirilmesi ve insanların önerilen tedaviye kısmen veya aralıklı olarak uyum göstermesidir (Ateş ve Algül 2006). Hastalıklarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi hastaların uygulanan tedaviye uyumlu ve bağlı olmaları ile doğrudan ilişkilidir (Tel, Doğan, Özkan, Çoban 2010). Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp

tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak, tedaviye uyumun öğeleridir (Yılmaz 2004; Dilbaz 2011). Tedaviye uyum, hem prognozu etkileyen hem de tedavi maliyeti düşüren bir faktördür. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009)'ın yayınladıkları rehberde tedaviye uzun süreli devam etmenin, hastayı tekrarlayan yatışlardan koruduğu belirtilmiştir. Birçok çalışma hastaların 1/3'ünün ilaç tedavisine tamamen uyumlu, 1/3'ünün kısmen uyumlu (yazılan ilaç dozunu azaltma veya ilacı düzenli almama şeklinde), geri kalanın ise kesinlikle uyumsuz olduğunu ortaya koymuştur.

Tedaviye uyumu ölçmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar; hastanın kendi ifadesi ve yakınlarının ifadeleri, sağlık çalışanlarının raporları (Byerly, Nakonezny, Lescouflair 2007), klinik gözlemler, preparatların (tablet ya da kapsül) sayımı, eczane kayıtları, biyolojik ölçümlerle ilaç kan plazma düzeylerinin tespiti (Sajatovic, Velligan, Weiden, Valenstein et. al. 2010), elektronik izleme (ilaç şişe kapağına bir işlemci takarak bilgisayardan kapağın açılmasını ve kapanmasını, zamanını izleme)-Visual Feedback Therapy (VFT), hastanın durumunda kötüleşme, belirtilerde alevlenme, randevuların aksaması ve randevulara uymama şeklindedir (Çakır ve ark. 2010).

2.3.2. Şizofrenide Tedavi Uyumsuzluğu

Tedavi uyumsuzluğu; reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde çok boyutlu olabilmektedir (Docherty, Fiester 1985; Hussain ve ark. 2006; Kao ve Liu 2010; Kelleci ve Ata 2011). Repper ve Perkins (1998)'in belirttiğine göre “*uyumsuzluk (Non-compliance)*”, ruh sağlığı çalışanlarının önerdiği ilaçları almama, itaat etmeme olarak tanımlanmaktadır (Repper ve Perkins 1998).

Literatürde tedaviye uyumsuzluk kavramı farklı seviyelerde tariflenmiştir (Taj ve Khan 2002; Colom, Vieta, Tacchi, Sánchez-Moreno 2005).

Tam Uyumsuzluk: Hastanın doktor önerilerine hiçbir şekilde uymadığı durumdur. Bu hastalar içinde doktor kontrollerine devam edebilir ancak ilaç almayı reddederler.

Selektif Uyumsuzluk: Hastaların idame tedavi sırasında bazı psikiyatrik ilaçları almayı reddettiği durumdur.

Aralıklı Uyumsuzluk: Genellikle ilaç kullanan hastalarda görülmekte olup, hastaların tedaviyi hiçbir zaman tamamen kesmeme eğilimi gösterdiği bir durumdur. Ancak ilaç dozlarına uymayarak, bazılarını almayıp bazılarını alırlar. Bazı özel zamanlarda örneğin, hafta sonu veya iş görüşmelerinden önce ilaçlarını kendi kendilerine düşürürler.

Geç Uyum: Bazı hastalar ruhsal hastalığı olmadığını, tedaviye gereksinimi olmadığını söyleyerek başlangıçta tedaviye direnç gösterirler. Fakat relapslar ve tanıyı kabullenmesi ile tam veya kısmi uyum gösterirler.

Geç Uyumsuzluk: Tam uyumdan 2 veya 3 yıl sonra bazı hastalar idame tedaviyi sürdürmemeye başlarlar.

Kötüye Kullanım: Antidepresanların, antipsikotiklerin, benzodiazepinlerin ve atipik antipsikotiklerin kötüye kullanımını ifade etmektedir.

Davranışsal Tedaviye Uyumsuzluk: Bazı hastalar reçete edilen ilaçlara tam olarak uyarlar, fakat diğer risk içeren davranışların düzenlenmesinden kaçınırlar.

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyumsuzluk, diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir (Ervatan, Özel, Türkçapar, Atasoy 2003; Demirkol, Tamam, Evlice, Karaytuğ 2015). Ruhsal bozukluklar arasında ise tedavi uyumsuzluğunun en çok görüldüğü bozukluk şizofrenidir (Rungruangsiripan, Sitthimongkol, Maneesriwongul, Talley et al. 2011; Boden, Brandt, Kieler, Andersen et al 2011). Masand ve ark. (2009) iki yıl içerisinde yeniden yatış oranının %50–75 olduğunu ifade etmişlerdir (Byerly, Nakonezny, Lescouflair 2007; Masand et al. 2009). Üçok ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada bir yıllık takipte yeniden yatış görülen şizofreni hastalarının %70'inin tedaviye uyumunun düşük olduğu bulunmuştur (Uçok, Polat, Cakir, Genç 2006). Olfson ve arkadaşları tedavi uyumunu değerlendirdikleri 213 şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastayla 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada genellikle hastaların hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içinde yaklaşık %50'sinin kısmi uyumsuzluk, %20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini rapor etmişlerdir (Olfson ve ark., 2000). Aker ve arkadaşlarının (2000) psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yaptıkları bir çalışmada, hastaların hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıkları ve uyumsuzluğun başladığı bildirilmiştir. Byerly ve ark. (2007), şizofreni tanısı alan hastaların ortalama % 41'inin tedaviyi bıraktığını veya ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmadığını belirtmiştir. Araştırmalar antipsikotiklere başlamayı izleyen ilk 7-10 gün içinde hastaların % 25'inin verilen ilaçları almadığını, bir yılın sonunda bu oranın % 50 (Barnes ve Drake 2007; Kao ve Liu 2010; Kleinman, Levine, Roe, Shnitt et. al. 2011), iki yılın sonunda ise % 75 olduğunu göstermiştir (Boyd 2008; Barkhoff ve ark 2011; Kleinman ve ark. 2011; Sungur 2011). Bressington ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların %30'unun tedaviye uyumunun düşük olduğu saptanmıştır. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı ile takip edilen hastalarda yapılan bir çalışmada hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içerisinde hastaların yaklaşık % 50'sinin kısmi uyumsuzluk, % 20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini saptamışlardır (Olfson et al. 2000). Roberts ve Velligan (2011) yayınladıkları

“Uzman Görüş Birliği Rehberi: Ciddi ve Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Hastalarda Uyum Problemleri” (The Expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness) adlı konsensusuna 41 uzman katılmış ve şizofrenide tedavi uyumsuzluk oranının % 51-70 oranında değiştiği ve hastaların sadece % 10'unun ilaçlarını % 80-100 oranında reçete edildiği gibi kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Ülkemizde Koç'un (2006) yaptığı çalışmada şizofreni tanılı hastaların % 74'ünün tedaviye uyumsuz olduğu; Dilbaz ve ark. (2006)'nın Ankara'da yaptıkları çalışmada ise hastaların tedaviye uyumsuzluğunun uzun dönemde % 25, akut dönemde ise % 51 olduğu belirlenmiştir.

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

2.3.3. Tedavi Uyumsuzluğunun Sonuçları

Hastaların tedaviye uyum göstermemeleri ve ilaçlarını almaması, psikotik belirtilerin ve (Kleinman ve ark. 2011) kendine ve başkalarına karşı şiddet riskinin artmasına (Zygmunt ve ark. 2002; Staring ve ark 2009; Rungruangsiripan ve ark. 2011), olumsuz prognoza, acil psikiyatriye başvurma ve hastaneye yatma sayılarında artışa ve yüksek maliyete neden olmaktadır (Dilbaz 2006; Byerly ve ark. 2007; Novick ve ark. 2010; Kleinman ve ark. 2011; Kelleci ve ark. 2011; Rungruangsiripan ve ark. 2011; Boden ve ark. 2011). Şizofreni hastalarında görülen tedaviye uyumsuzluk durumu ise tekrarlayan yatış riskinin 3,7 ile 5 kat fazla olmasına neden olmakta (Zygmunt ve ark. 2002; Byerly ve ark. 2007; Barnes ve Drake 2007; Staring ve ark. 2009; Kao ve Liu 2010; Dilbaz 2011) ve tekrarlayan yatışlar hastaların sokaklarda yaşama riskini arttırmaktadır (Byerly ve ark. 2007). Tedaviye uyumsuzluk problemi olan hastalardaki bu durum, hastaların birlikte yaşadıkları kişileri de etkilemekte, tükenmişliğe neden olmakta ve sağlık bakımının maliyetini arttırmaktadır (Byerly ve ark. 2007; Tsang ve ark. 2009). Hastaların ilaç tedavilerine gösterdikleri uyumsuzluğun klinik

tedavilerin başarısını düşürdüğü, tedavinin gecikmesi nedeniyle kaynakların uygun bir şekilde kullanılmasını etkilediği ve bu nedenlerle etkin sağlık hizmetlerinin önünde bir engel oluşturduğu kabul edilmektedir (Cockburn, Gibberd 1987; Forman 1993; Playle ve Keely 1998). Uyumsuzluk topluma iş gücü, zaman, enerji ve ekonomik kaynaklar yönünden sağlık maliyetinin gereksiz yere yükseltilmesi olarak da yansımaktadır (Üstel 1985). Hastalıkların tekrarlama oranındaki artış; intihar riski, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi tıbbi, ekonomik ve psikososyal sorunlara yol açmaktadır (Terakye ve Demirkıran 2003). Ülkemizde yapılan bir çalışmada uyumsuzluğun en yaygın sebebinin hastalığın yadsınması olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ilaca bağlı ortaya çıkan sedasyon, uyuşukluk, sersemlik gibi yan etkiler, ilacın hastalığı daha da kötüleştireceğine dair düşünceler de uyumsuzluk nedenleri arasındadır (Dilbaz ve ark. 2006).

2.3.4. Uyumsuzluğa Neden Olan Faktörler

Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumsuzluğunun önlenmesi ve düzenli ilaç kullanımının sağlanması hasta ve sağlık ekibi için tedavinin en önemli amacıdır. Bunun için öncelikle uyum veya uyumsuzluğu etkileyen etmenleri belirlemek ve uyumsuzluğu önlemek gerekir (Yılmaz 2004; Kasper ve ark 2009). Uyumsuzluğa neden olan etmenler ruhsal bozukluğa, bireye, aileye, çevreye, tedaviye ya da tedavi ekibine bağlı olabilir (Çobanoğlu ve ark 2003; Tsang ve ark. 2011). Kronik psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğunun nedenleri; hastanın hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması, psikotik düzeydeki psikopatolojisi, ilaç kullanımına ilişkin yaşadığı korkular, hastalığın seyri, ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar, tedavi konusunda görülen baskı, hastanın ve ailesinin hastalık ve hastalığın yönetimi konusunda yetersiz bilgilerinin olması şeklinde belirtilmektedir (Dolder, Lacro, Dunn, Jeste 2002; Vanelli ve ark. 2001, Joanna Briggs Institute 2007).

2.3.4.1. Hastalığa Bağlı Etkenler

Uyumsuzluk, çeşitli psikopatolojik durumlar, organik ruhsal durumlar ve özellikle de sınırların içeriği ile ilişkilidir. Kötülük görme, büyüklük ve kontrol edilme sınırlarının ön planda olduğu pozitif belirtiler, tedavi uyumunu ciddi biçimde bozmaktadır. Şiddetli psikopatoloji de hastanın içgörüsünü olumsuz bir şekilde etkileyerek bir kısır döngü

oluşturmakta ve bu şekilde tedavi uyumunu bozmaktadır. Aker ve arkadaşları (2003) da çalışmalarında tedavi uyumsuzluğunu etkileyen etkenlerin başında şiddetli psikopatolojinin geldiğini (%64,9) bulmuştur. Hastalığın akut döneminde hostilite, hastalığın inkârı ve psikotik dağımlık gibi semptomlar tedavi reddine sebep olabilir. Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur (Aker ve ark. 2000, Çobanoğlu ve ark. 2003). Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (Aker ve ark. 2000; Çakır ve ark. 2010). Ayrıca negatif belirtiler, motivasyon eksikliği ve apatinin de uyumu bozduğu bildirilmektedir (Çobanoğlu ve ark. 2003; Gray 2012). Yapılan bazı çalışmalarda (Medalia ve Brekke 2010) şizofreni hastalarında motivasyon eksikliğinin tedavi uyumsuzluğunda rol oynadığı bildirilmiştir. Eşyanın varlığı uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktördür. Özellikle alkol ya da madde kullanımı eşyanın tedavi uyumunu en fazla bozan iki tanı olarak belirlenmiştir (Demirkol, Tamam 2016).

2.3.4.2. İçgörü Eksikliği

İçgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olur. Lacro ve arkadaşları tedavi uyumsuzluğu ve riskleri ile ilgili yazdıkları bir gözden geçirmede tedavi uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Lacro et al. 2002). İçgörü eksikliği, kişinin hastalığına karşı olan umutsuzluğu, bilgilenme eksikliğini de beraberinde getirir. Rusch ve Corrigan'ın çalışmalarında belirttikleri gibi içgörü ve uyum azlığının, nörokognitif defisitler ve şizofrenik bozukluğu olan bireylerin daha da abartılı kullandıkları savunma mekanizmalarının (inkâr ve yansıtma) davranışa yansımaları gibi farklı sebepleri olabilir (Holzinger et al. 2002).

Holzinger ve arkadaşları şizofreni hastalarında sübjektif hastalık teorisini ve tedaviye uyumu araştıran 2002'de yaptıkları bir çalışmada, hastaların yardım anlaşması açısından değerlendirilmesini uyumun en iyi tek göstergesi olarak tanımlanmışlardır. Hastalığı hakkında yeterince içgörüsü olmadığı halde ilaçlarını düzenli kullanan ve takiplerine düzenli gelen hastalar olabildiği gibi içgörüsü olduğu halde tedaviyi sürdürmeme eğiliminde olan hastalar da olabilmektedir. Bu nedenle durum tamamen hastaya göre değerlendirilmelidir (Kemp et al. 1998).

2.3.4.3. İlaçla İlgili Etkiler

İlaçla ilgili faktörler, tedavi rejiminin karmaşıklığı, olumlu etkilerin geç ortaya çıkması, ilacı kesmenin ardından uzunca bir süre sonra ortaya çıkan olumsuz etkiler ve istenmeyen yan etkiler şeklinde sayılabilir (Pan, Tamtam 1989). Farklı formlarda birçok ilacın aynı anda kullanılması ya da ilacı bölerek verme zorunluluğu gibi etkenler tedavi rejimini karmaşık hale getirir. Aker ve arkadaşlarının çalışmasında, uyum ile yazılan ilaç sayısı ve ilaç alınma sıklığı arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada en sık görülen uyumsuzluk şeklinin doz atlamak olduğu gözlenmiştir. Parenteral ilaç rejimleri de uyumu ciddi biçimde bozmaktadır. Aker ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında yapılan takiplerde parenteral ilaç kullananlarda %40 oranında tedaviye uyumsuzluk olduğu gözlenmiştir.

Uyumsuzluk aynı zamanda bazı sıkıntı verici yan etkiler yüzünden öğrenilen bir şey de olabilir. İlaçların istenmeyen yan etkileri hastayı sıkıntıya sokar ve uyumsuzluğa neden olur. Misdrahi ve arkadaşları (2002) yaptıkları bir çalışmada, hastaların tedaviyi bırakmalarının sebebinin nörolojik, endokrin, antikolinerjik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin ortaya çıkması olduğunu göstermiştir.

Yapılan çalışmalarda da hastaların %40'nın ilk 1 yıl içinde, %75'inin 2 yıl içinde çeşitli yan etkiler nedeni ile ilacı bıraktıkları bildirilmiştir (Olfson et al. 2000; Lindstrom, Bingerfors 2000; Janicak, Davis, Preskorn, Ayd 2001). Aker ve arkadaşlarının (2000) bir çalışmasında da yan etkiler nedeni ile görülen tedavi uyumsuzluğu yaklaşık %40 oranında ikinci sırada yer almıştır. Tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkan akut distoni, akatizi ve akinezi gibi yan etkiler tedaviye uyumu etkiler. Ayrıca nöroleptiklerin yol açtığı defisit sendromu yaşayanlar uyumsuzluk için özel bir risk grubu oluşturur. Sedasyon bireyin yerine getirmesi gereken alanlardaki işlevselliğini bozması nedeni ile bireyde uyumsuzluğa yol açar. Libido kaybı, erektil disfonksiyon, retrograd ejakülasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları %80 oranında gözlenir, bireyin bu tür yan etkilere maruz kalması hem psikozunu alevlendirebilir, hem de bu sebepten dolayı ilacı bırakmasına neden olur. Kilo alımı da uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir nedendir (Olfson et al. 2000; Lindstrom, Bingerfors 2000; Janicak et al. 2001). Parashos ve arkadaşları 2000 yılında şizofrenide tedavi uyumsuzluğu ile ilgili hasta ve yakınlarıyla görüşerek yaptıkları çalışmalarında, hastaların zihinlerinde ilaçlarla ilgili bazı yanlış düşünceler, korkular, önyargıların; ilaçlar ve hastalıkla ilgili çevreden gelen olumsuz yüklü ve yanlış bilgilerin de tedaviye uyumu bozucu etkileri üzerinde durmuşlardır. Buna göre belirlenen önyargılar ve olumsuzluklar: “İlaç kullanmak kişinin özdenetimini kaybetmesine neden olur; sürekli ilaç kullanmak kişiliğin değişmesine yol açar; sürekli ilaç kullanmak yetersizliğin göstergesidir; ilaçlar bağımlılık ve kısırlık yaparlar; yaşam boyu ilaç

kullanmak zorunda olmak çok kötüdür; ilaç kullanmak damgalanmaya neden olur; ilaçlar işe yaramayabilir, belki de boşuna kullanılmaktadır; ilaç kullanma nedeni ile kişinin yaşam biçimi değişir.”

2.3.4.4. Tedavi Ekibi

Tedavi ekibinin hastalığa karşı olan inanç ve tutumu, nüks ve tardiv diskinezi konusundaki bilgi ve tutumları hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilir. Olfson ve arkadaşlarının 2000 yılında 213 hastada yaptıkları çalışmalarında tedavi uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yatışları süresince tedavi ekibiyle terapötik uyumlarının zayıf olduğunu ve yatarak tedavi görmelerinin aileleri tarafından reddedildiğini göstermişlerdir. Tedavide süreklilik kadar tedavi ekibinin sürekliliği de önemlidir. Hastaların aynı tedavi ekibini her seferinde bulmaları zor olmaktadır. Öte yandan şizofreni gibi uzun süreli bir hastalığın tedavisinde ve rehabilitasyonunda başarı önemli ölçüde tedavinin ve tedavi ekibinin sürekliliğine bağlıdır. Tedavi ekibindeki süreklilik, aynı ekiple tedaviyi sürdürme anlamını taşımaktadır. Bu durum hem hasta açısından hem de ekip açısından çok büyük yararlar taşır. Hastanın tedavi ekibine yakınlığı, onları tanınması, güvenmesi, onlardan sürekli kabul ve destek görmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlayacağı gibi aynı ekip üyelerinin hastayı ve yakınlarını kendi olanaklarının boyutlarıyla tanıyor olmaları da hastaya yardımın zamanında ve etkin bir şekilde ulaşmasını sağlar (Lindstrom, Bingerfors 2000). Rettenbacher (2004) ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hasta ile sağlık çalışanı arasındaki terapötik ilişki düzeyinin tedavi uyumunu etkilediği saptanmıştır. Cruz ve arkadaşlarının (2001) bir makalesinde, randevulara uyumsuzluk oranının hastanenin hizmet kalitesinin de bir göstergesi olduğu, vaka yönetiminin önemi, ev ziyaretleri, hastaneye ulaşımın sağlanması, bireysel ve grup psikoterapileri, eğlence ve sosyal programlar, randevular için esnek programlar gibi müdahalelerin önemi belirtilmiştir. Kitcheman, Adams, Pervaiz, Kader, 2008 yılında genel psikiyatri kliniğinde, 764 hastada yaptıkları bir çalışmada; ilk randevunun 24-48 saat öncesinde gönderilen “oryantasyon eğitimi mektupları”nın uyumu önemli ölçüde arttırdığını ve ilk randevuya gelmenin devam eden takiplere uyumda önemli bir gösterge olduğunu bulmuşlardır. Orlosky ve arkadaşları 2007’de yayınlanan bir çalışmalarında; 2003 ve 2004 yıllarında genel psikiyatri hastanesinden taburcu olan, vaka yöneticisi tarafından evinde izlenen hastalarda ilk randevuya geliştiki uyumu, bu yöntemin kullanılmadığı önceki yıllardaki ilk randevuya uyum açısından karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak; evlerinde vaka yöneticisi tarafından izlenen hastaların %71,6’sının taburculuk sonrası ilk 7 gün içinde (önceki yıllardaki oran: %66,6), %88,3’ünün taburculuk sonrası ilk 30 gün içinde (önceki

yıllardaki oran: %84,0) ilk randevularına uyum sağladıklarını, dolayısıyla bu programın anlamlı ölçüde etkili olduğunu göstermişlerdir. Glyngdal ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, 6 aylık bir dönem içindeki hastaların 137'sinin (%32) ilk randevularına gelmediği belirlenmiş ve bu hastalarla bağlantı kurmak için yapılan (hatırlatma, randevu verme, ayaktan takip planı gibi) tüm çalışmaların uyumsuzluğu %16'ya düşürdüğü saptanmıştır. Agara ve Onibi'nin (2007) yaptığı bir çalışmada hastaneden taburcu olmadan önce yapılan grup psikoeğitiminin taburculuk sonrası uyuma etkisi araştırılmış ve bunun için şizofreni ve psikotik depresyon tanılı 48 hasta alınmıştır. Sonuç olarak hastanede yatmakta iken yapılan grup psikoeğitimi uygulamasının taburculuk sonrası randevulara uyumda 9 ay boyunca, tüm psikiyatrik tanılar ve yaş gruplarında etkili olduğu belirtilmiştir. Spiegel ve Wissler (1987) klinik ekip üyeleri tarafından şizofreni hastalarının ailelerine taburculuk sonrası akut sorunların, kişilerarası problemlerin çözümü ve ailelerin eğitimi için yapılan periyodik ev ziyaretlerinin uyuma etkisini araştırmışlar ve ev ziyaretlerinin önemi üzerinde durmuşlardır. Ancak takip randevularının süresi göz önüne alındığında ise, 2 yıl sonrasında hastaların %50'den fazlası tedaviyi bırakmaktadır. Bu oranlar psikotik hastalar söz konusu olduğunda daha da yükselmektedir (Percudani et al. 2002). Shoffner ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış oldukları çalışmada telefon hatırlatmalarının randevulara uyumda etkili olduğu görülmüştür.

2.3.4.5. Hastaya İlişkin Etkenler

Hasta ile ilgili olarak; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ve mental kapasite gibi değişkenlerin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmektedir. Yapılan çalışmaların bazılarında yaşı daha genç olanlarda, erkeklerde, bazı azınlık etnik grup bireylerinde uyumsuzluk daha fazla görülmekte, bazı çalışmalarda ise ileri yaş grubunda uyumsuzluk daha fazla görülmektedir. Demografik faktörler görece önemli olmayıp, her cins, yaş ve sosyal sınıfta uyumsuzluk olabileceği belirtilmektedir (Lacro et al. 2002). Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları tedaviye olan inancı azaltmaktadır (Lacro et al. 2002; Perkins 2002). Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Bireyin hastalık ve ilaçla ilgili inançları ve verilen önerilere uyumu kişilik özellikleri doğrultusunda olmaktadır. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması uyumu olumsuz biçimde etkilemektedir (Aker ve ark. 2000). Premorbid kognitif işlevselliğin bozuk olması, unutma, görme ve işitme azlığı hastaya ilişkin diğer uyumsuzluk etkenleridir (Rusch ve Corrigan 2002). Gallucci ve arkadaşları 2005 yılında yaptıkları bir çalışmalarında taburculuk sonrası ilk randevuya gelmemenin uyumsuzluğun iyi bir göstergesi olduğuna değinerek, ilk

randevuya kadar geçen bekleme süresinin, özellikle ilk 1 haftanın, önemi üzerinde durmuşlar ve ilk randevu için bekleme süresinin uzamasının sonraki randevulara uyumu bozduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ilk randevuya uyumsuzlukta genç ve erkek olmanın risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Marder'in bir çalışmasında (2003) şizofrenide tedaviye uyumsuzluğun nedenleri olarak ilaçların yan etkileri, psikotik semptomların ağırlığı, bilişsel bozukluk, ilaçların tedavideki rolünü anlayamama, hastaların hastalıkları hakkında bilgi eksikliğinin önemi belirtilmiş ve başatme stratejileri olarak da hastaların tedavi, ilaçlar ve yan etkiler konusunda eğitimi ve uzun etkili depo ilaçların kullanımının gerekliliği üzerinde durulmuştur.

2.3.4.6. Ailesel ve Sosyal Etkenler

Şizofrenide tedavi uyumunu birçok faktör etkilemektedir fakat bu etkenler arasında ailenin rolü üzerinde çok az durulmuştur. Ailenin ilaca ve hastalığa bakış tarzı ve tutumu ile duygu dışavurumunun yüksekliği tedaviye uyumu etkileyen nedenlerdir. Sellwood ve arkadaşlarının (2003) 79 şizofreni tanılı bireyin ailesiyle yaptıkları bir çalışmada bakım veren ailenin hastalıkla ilgili bilgisi ve duygu dışavurumunun tedavi uyumu ile ilişkisi araştırılmıştır. Ailenin duygu dışavurumunun değerlendirilmesinin hastanın tedavi uyumsuzluğunun anlaşılmasına yardımcı olabileceği ileri sürülmüştür (Sellwood ve ark. 2003). Aker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ailede başka psikotik hastaların bulunması, kullanılan ilaçların benzerliği ve yan etkilerinin gözlenmesi, hastada tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açtığı ve uyumsuzluğu arttırdığı gözlenmiştir. Duman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2007) şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan psikoğitim programının ve ailenin tedavi sürecine dahil edilmesinin hastaların ilaç uyumlarını arttırdığı bulunmuştur.

Sosyal ve çevresel destek eksikliği, hastalık süresi ile ilişkili görünmektedir. Hastalığın kronik seyri nedeniyle bakım verenlerin ilgilerinin azalması yanında, bakım verenlerin anne-baba olduğu olgularda, bakım verenlerin süreç içinde fiziksel engellerinin artması ve ölmeleri durumunda hastaların sosyal ve çevresel destekleri azalabilmektedir. Sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan coğrafi uzaklık, randevuları bekleme zamanı, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen önemli nedenlerdir (Çobanoğlu ve ark 2003). McGlashan ve arkadaşları (1981) yapmış oldukları bir çalışmada aile, arkadaş desteği veya bir işte çalışıyor olma da uyumu etkilediğini belirtmişlerdir. Herhangi bir işte çalışan hastalar, işyerinde ilaç kullanmaktan veya hastaneye gitmek için izin istemekten dolayı etiketlenebilecekleri kaygısı ile uyumsuz olabilirler, sıklıkla doz atlamak ve

randevulara düzensiz gelmek şeklinde uyumsuzluk gösterirler. Tedaviye uyum için önemli olan düzenli kontroller, sosyal ve çevresel desteğin zamanla azalmasıyla aksayabilir ve bu da hastalığın hem seyrini hem de şiddetini olumsuz yönde etkileyebilir. Hastanın psikososyal çevresi, tedaviye ve sağlıkla ilgili inanç kavramlarına yaklaşımını belirlemektedir. Başka hiçbir psikiyatrik ve tıbbi hastalıkta olmadığı kadar ön planda olan toplumsal boyut; hastalığın kronik ve yıkıcı doğası nedeniyle acil bir kamusal ve toplumsal çabayı hak etmektedir (Çakır ve ark. 2010). Yapılan araştırmalarda ruhsal hastalığa karşı olumsuz tutum ile hastalığın olumsuz seyri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Şizofrenisi olan bireyi etkileyen ve hastayı dışlama eğiliminde olan toplum için düzenli psikiyatrist ziyaretleri ve ilaç kullanımı, başka hiçbir hastalıkta olmadığı kadar hastalık hakkında olumsuz kanıların pekişmesini sağlayan iki etmendir. Bu hastanın tedavi arayışını güçleştirebilir (Aker ve ark. 2000; Smith, Birchwood 1990). Etiketlemeyi önleyici yaklaşımların, hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemesi yanında; hastanın iç gözü kazanmasında da faydalı olacağı vurgulanmaktadır (Çakır ve ark. 2010).

Lacro ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada da tedaviye bağlı olmama ile en çok ilişkili unsurlar arasında “*olumsuz çevre koşullarının*” yer aldığı saptanmıştır. Perkins (2002) tarafından yapılan ve 1980–2002 arasındaki yayınların incelediği çalışmada, uyumu etkileyebilecek unsurlar arasında tedaviye ulaşma kolaylığı, aile veya toplum desteğinin de bulunduğu dikkat çekilmektedir. Compton ve arkadaşları 2006’da, ruh sağlığı hastalıkları hastanesinden yeni taburcu olan 221 hastada yaptıkları bir çalışmada, hastaların taburculuk sonrası ilk randevuya gelmeme nedenleri arasında hastanın bir iş sahibi olmayışı da yer almaktadır. Kruse ve Rohland’ın (2002) yaptıkları bir çalışmada taburculuk sonrası ilk randevuya gelip gelmemenin tedaviye uyumun iyi bir göstergesi olduğu üzerinde durulmuş ve kentlerden gelen hastaların kırsal kesimden gelen hastalara göre ilk randevularına gelmede 5 kez daha uyumlu olduklarını ve etnik gruplar arasında ilk randevuya uyumda farklılıklar olduğunu saptamışlardır. Bu durumun da hastaların sosyoekonomik düzey ve kültürel değişkenlerle ilgisi olduğunu bildirmişlerdir. Hastaneye olan coğrafi uzaklık ilk randevuya uyumda anlamlı bir etken olarak saptanmamıştır. Bunun bölgesel merkezlerin azlığı, hastaların tedavi motivasyonu veya özelleşmiş merkezlerin ve üniversite hastanelerinin tercihi gibi açıklamaları olabileceği belirtilmiştir (Kruse, Rohland 2002). Aynı çalışmada randevularına gelmeyen psikoz hastalarına yönelik uyumsuzluk için önemli belirleyiciler tespit edilmiş olup bunlar arasında; etnik farklılıklar, yetersiz aile destek sistemi (maddi imkânsızlık dâhil), sağlık sigortası olmamak öne çıkan sosyal ve çevresel etmenler yer almaktadır.

2.4. İÇGÖRÜ KAVRAMI

İçgörü temel olarak kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi şeklinde tanımlanabilir. İçgörü kelimesi sözlük anlamında; ayırt etme, anlayış ve bilgelik (Oxford English Dictionary 2000), bir şeye verilen görme yetisi, ruhsal görüş ya da anlayış olarak tanımlanmaktadır. Teknik anlamları; psikolojik olarak çözümü hızla kavrama, biçimsel öğrenme, bireyin kendisini diğerlerinin gördüğü gibi görebilmesi, kendilik bilgisi şeklinde karşılık bulurken; psikiyatrideki özgül anlamı hasta kişinin ruhsal bir hastalığı olduğunu bilmesidir. (The Oxford American College Dictionary 2002).

2.4.1. Şizofrenide İçgörü Kavramı

Psikiyatride içgörüğü klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırmacılarından Jaspers, içgörüğü günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers'e göre psikotik hastalarda içgörü geçici olarak görülebilir, hastalar bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu fark edebilir, ancak bu sadece bir süre içindir sonra tekrar bu farkındalıklarını yitirirler (Jaspers 1997).

İçgörü; tek boyutlu bir kavram olmayıp, biyolojik ve psikolojik ve kültürel temellere sahiptir. Psikiyatrik değerlendirme içinde oldukça önemli bir basamaktır. Zihinselleştirme, zihin kuramı, biliş, inanç sistemi gibi kavramlarla bağlantılı olan içgörünün ruhsal hastalık söz konusu olduğunda hastalığı kabul etmek, hastalık belirtilerini tanımak ve tedaviyi kabul etme alt boyutları olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle "var ya da yok" olarak biçiminde değerlendirilmesi yeterli değildir. İçgörü, klinik ölçeklerle nesnel olarak ölçülebilmekte ve hastanın tedaviye katılımıyla doğrudan ilişkili olduğundan, hastalığın tedavi seyri konusunda da fikir verebilmektedir (McEvoy 1989, Aslan, Altınöz 2010).

Goodman'ın belittığıne göre özellikle psikotik hastalıklarda içgörü eksikliği sıklıkla görülebilmektedir. Bu durum tedavi rejiminin önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Psikoz tanılı hastaların genellikle hastalıklarının ve belirtilerinin farkında olmadığı belirtilmektedir. Ayrıca içgörü eksikliğinin hem tedaviye uyumsuzluk hem de hastaların hastalık hakkında düşük düzeyde bilgi sahibi olma durumu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Beck et al. 2011). İçgörünün çok boyutlu bir kavram olup, hastanın hastalığına ilişkin farkındalığının olmasını, tedavinin yararlılığına inanışını ve yaşamındaki sıra dışı olarak deneyimlediği durumları (delüzyon, halüsünasyon vb.) tanımlayabilmesini içermektedir. Şizofreni tanılı bireylerin

hastalık belirtilerini algılayışları, bunları nasıl tanımladıkları, hastalıklarının seyrinden ve tedaviden neler bekledikleri araştırılarak içgörünün düzeyi dolaylı olarak ölçülebilir. Şizofreni tanılı bireylerde içgörü, tedavinin seyri açısından önem taşımaktadır. Özellikle son yıllarda sanrı ve varsanılara yönelik olarak geliştirilen bilişsel ve davranışçı terapilerde hastanın içgörü düzeyi oldukça belirleyici olabilmektedir (Aslan, Altınöz 2010). Şizofreni tanılı hastalarda içgörüyü değerlendirmek üzere yapılan bir çalışmada hastaların %40'nın zayıf içgörüye sahip olduğu belirlenmiştir (Mhala et. al. 2014). Yapılan farklı çalışmalarda %50-80 düzeyinde zayıf ve kısmi içgörü düzeyi saptanmıştır (Arango, Amador 2011; Lincoln et al. 2007). Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde iç görüşü zayıf olan hastaların tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Dilbaz ve ark. 2006; Mohammed ve ark. 2009; Kao ve Liu 2010; Novick ve ark. 2010; Beck ve ark. 2011; Kleinman ve ark. 2011; Bressington ve ark. 2012; Umut ve ark. 2012).

İçgörünün tedavi uyumu ile ilişkisi incelendiğinde bu iki kavramın birbiriyle bağlantılı olduğu söylenebilir ancak diğer taraftan ikisi arasında doğrudan bir ilişki olduğu kanısı da yanıltıcı olabilmektedir. İçgörüsü çok az olan hastalık belirtilerinin farkında olmayan ve hasta olduğunu kabullenmeyen bir hasta tedaviye uyumda sorun çıkartmayabilir (McEvoy 1989). İçgörüsü olan hastalığı ve belirtileri tanıyabilen bir hasta ilaç tedavisine direnebilir (David 1990). Konuyla ilgili bu gözlemler ve araştırmalar tedavi uyumunun ve içgörünün örtüşen yanları ile beraber ayrı yönlerinin de ele alınması gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

2.5. ŞİZOFRENİDE TEDAVİYE UYUMU ve İÇGÖRÜYÜ ARTTIRMA YAKLAŞIMLARI

Tedavi uyumu, kronik hastalıklarda tedavinin temelidir. Ancak, gelişmiş ülkelerde hastaların %50'si, gelişmekte olan ülkelerde ise yarısından fazlası ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmamaktadır (WHO 2003). Bu da sağlığı geliştirmeye engel olmakta ve ülke ekonomisine zarar vermektedir (Gray 2012). Şizofreni hastalarının tedaviyi uzun süreli olarak takip etmesi ve tedaviye uyum sağlaması için değişik girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Hastaların kullandıkları ilacın başka birisi tarafından verilmesi, ilaç kutusunu kolay görülebilir bir yere koymak, ilaç kutuları hazırlamak, saat alarmı, randevu hatırlatıcı şeyler ve belirtilerin kötüleşebileceğini hatırlatma gibi basit önlemler hastanın ilaçlarını düzenli kullanmasına katkıda bulunacağı ifade edilmektedir (Çobanoğlu ve ark. 2003; Çakır ve ark. 2010).

Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu artıran stratejiler geliştirilmesini önermektedir (WHO 2003). Hastalarla iletişim kurma ve onları bilgilendirme, konsültasyon yapma, yan etkileri göz önünde bulundurarak basit, karmaşık olmayan etkin bir tedavi düzenleme ve sosyal destek sağlama, sağlık çalışanlarıyla iyi bir iletişim, tedavi edici ilişki ve reçete edilen ilaçları kullanma uyumun temel noktalarındandır (Çobanoğlu ve ark. 2003; Çakır ve ark. 2010). İlaçların düzenli kullanımında sağlık çalışanı ve hasta arasındaki işbirliği önem taşımaktadır. Ruh sağlığı çalışanları ilaç tedavisi konusunda hastayı eğitmesi, olabilecek yan etkiler hakkında bilgi vermesi beklenmektedir. Takiplerde yan etkilerin araştırılması ve hastanın tolere edebileceği bir ilaç rejimi uygulanması ve bu süreçte hastanın tedaviden beklentilerinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Staring ve ark. 2009). Ayrıca hastaların psikotik belirtileri, anlayışlı bir tutumla karşılanmalıdır. Bu yaklaşım hastaları hastalığın etkilerine karşı giderek daha duyarsız kıldığı gibi, hastalığın kendi yaşamları üzerindeki kısıtlayıcı etkilerini de ortadan kaldırmaya başlar. Bu şekilde hasta giderek kendi semptomlarına karşı bir iç görüşü kazanır (Çobanoğlu ve ark. 2003; Çakır ve ark. 2010). Bu konuyla ilgili olmak üzere hastaların hastalığa yönelik farkındalığını ve tedavi motivasyonunu arttırmak için psikoeğitim uygulamalarının kullanıldığı çalışmalar yapılmıştır. Almanya’da 2006 yılında Pitschel-Walz ve arkadaşları tarafından 386 hastada yapılan bir çalışmada ailelerin de katıldığı düzenli psikoeğitimin şizofreni tedavisindeki başarıyı arttırdığı gösterilmiş ve tüm hastalara psikoeğitim uygulanması önerilmiştir. Ancak Beverly ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmaları şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda psikoeğitimin tedavi uyumuna etkisi olmasına rağmen yalnızca tedavi uyumu esas alındığında beklenen etkiyi göstermediğini ve uzun dönemde uyumsuzluğu azaltmada anlamlı bir fark yaratmadığını göstermektedir. Hastaneye yatırılan hastalarda antipsikotiklere karşı tutumu araştıran Sajatovic ve arkadaşları (2002), yatıştan önceki dönemde bu hastaların ayaktan tedavileri süresince tutumun hemen hiç değişmediğini ve klasik ile atipik antipsikotikler arasında birini tercih ettirecek kadar önemli bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir.

Byrne ve Deane (2011) yaptıkları çalışmada, 46 ruh sağlığı çalışanına tedavi edici işbirliği eğitimi verilmiş ve bu profesyoneller 51 psikiyatri hastası ile eşleştirilmiştir. Bu eğitim, bilgi, beceri, tutum, tedavi uyumunu artırma ve hastaların tedaviye uyum, iç görüşü ve psikopatolojilerine yönelik 3 günlük bir eğitimidir. Çalışanların ve ayaktan takip edilen hastaların başlangıç, altı ay ve 12 aylık izlemleri yapılmış ve araştırma sonunda ruh sağlığı

çalışanlarının 12 ay sonunda bilgi düzeylerinin; hastaların ise tedavi uyumlarının ve iç görülerinin, tedavi edici işbirliğinin arttığı ve hastalık belirtilerin azaldığı belirlenmiştir.

Şizofreni tanılı bireylerde tedavi uyumunu artırmaya yönelik farklı programlar ve müdahaleler kısaca özetlenmiştir:

Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT): BDT, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, ‘burada ve şimdi’ ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir (Demiralp ve Oflaz 2007). BDT tekniklerini kullanan beceri geliştirme çalışmaları, bu becerilerin hastalara öğretildiği etkili yöntemlerden biridir ve şizofrenide işlevselliği önemli ölçüde artıran etkili girişimlerden biridir. Hastalık yönetimine ilişkin bu programlar, belirtilerin ve yinelemelerin azaltılmasına yönelik bilgileri sağlamakta, tedavi önerileri vermekte ve tedaviyi etkili bir biçimde yönetmek için gerekli stratejileri öğretmektedir (Yüksel ve Oflaz 2012). Toplumsal beceri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, kişilerarası beceri eğitimi, kendine yönelik eğitim, sorun çözme eğitimi, kendini izlem, psikolojik eğitim, inanç/düşünce düzenlenmesi, başa çıkma yöntemlerini artırmak, odaklanma, tekrar anlamlandırma-biçimlendirme-normalleştirme, kendi ve diğerleriyle ilgili işlevsel olmayan inançlara yönelme konularında BDT uygulanmaktadır (Thornicroft, Susser 2001). Wykes ve ark. (2008) BDT uygulanan 35 klinik çalışmayı inceledikleri meta analizde, çalışmaların büyük bir çoğunluğunun birincil tedavi hedefi olarak pozitif belirtilere odaklandığı, buna rağmen BDT'nin işlevsellik üzerine de olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Cochrane veri tabanında yer alan şizofreni, psikoz ve bipolar bozuklukta yapılan psikoterapotik girişimlerin incelendiği sistematik derlemede ise şizofreni tanısı alan hastalara bilişsel davranışçı tedavinin uygulandığı 19 çalışma ele alınmış ve bilişsel davranışçı tedavinin hastanede kalış süresini kısalttığı, kısa vadede ruhsal durumu iyileştirdiği; ancak hastalığın tekrarlaması ve tekrarlayan yatışlar üzerine etkili olmadığı saptanmıştır (Jung, Newton 2009).

Psikoeğitim: Psikoeğitim, psikososyal rehabilitasyonun esası olarak hizmet eder ve amacı bilgi ve davranışta bir değişim yaratmaktır. Psikoeğitim, bireylere problemleri ile nasıl baş edeceklerini öğretmeye odaklanır; hastalık hakkında bilgiyi, stresin ve potansiyel yeniden yatışların farkına varmayı, yaşam biçimini düzenlemeyi, belirtilerle başa çıkmayı, problem çözme becerilerini, iç görüyü artırma, ilaçların etkileri hakkında bilgiyi içerir. Psikoeğitsel grup uygulaması gibi sistematik, ekip çalışmasına dayalı yapılandırılmış aktiviteler, hastaneden çıkış sonrası hastanın ayaktan tedaviyi sürdürmesi ve motivasyonu açısından

önemlidir (Duman ve ark. 2006). Zygmunt ve ark.nın (2002) randomize kontrollü çalışmalardan oluşan sistematik derlemesinde, psikoeğitimin tek başına etkili olmadığı; yine McDonald ve ark. (2002) ile Dolder ve ark.nın (2003) sistematik derlemesinde psikoeğitimin tek başına kullanımının etkisiz olduğu ve kombine girişimlerin daha etkili olduğu ifade edilmiştir. Kurtz ve Mueser'in (2008) yapmış oldukları meta analiz çalışmasında, "Sosyal Beceri Eğitimi"nin işlevselliği artırdığı gösterilmiştir. Cochrane veri tabanında yer alan şizofreni, psikoz ve bipolar bozuklukta yapılan girişimlerin incelendiği sistematik derlemede, şizofreni tanısı alan hastalara psikoeğitim uygulanan çalışmalar değerlendirilmiş ve bu çalışmalarda tedavi uyumunun arttığı, hastaneye yeniden yatışların azaldığı, iyilik halinin arttığı, ancak iç görü düzeyinin, tedaviye yönelik tutumun ve hasta/hasta yakınlarının psikiyatri merkezlerinden memnuniyetinin değişmediği saptanmıştır (Jung, Newton 2009). Ülkemizde Duman ve ark. (2006) hastanede yatan hastalara uygulanan psikoeğitsel grup tedavisinin etkinliğini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların hastalıklarını yönetme, ilaçlar, hastalığın haberci belirtileri ve acil plan bilgilerinden oluşan dört alt grubun program öncesi ve sonrası puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu, dolayısıyla programın etkili olduğu belirlenmiştir. Yıldırım ve ark'nın (2012) Erzincan'da yaptıkları çalışmada ise, ayaktan izlenen şizofreni hastalarına uygulanan toplumsal beceri eğitimi sonrasında hastaların belirti düzeyinde iyileşme, işlevselliklerinde ve iç görülerinde artmada, damgalamayla mücadelede olumlu yönde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Sosyal Beceri Eğitimi (SBE): Sosyal Beceri Eğitimi, şizofren hasta ve aileleri için hazırlanmış yapılandırılmış eğitim programlarıdır. Bu programlardan biri olan UCLA Sosyal ve Bağımsız Yaşam Becerileri Programı (UCLA-Social and Independent Living Skills Program) Liberman ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş ve 23 dile çevirisi yapılmıştır (Liberman et al. 1993). Duman, Aştı, Üçok ve Kuşçu (2007) tarafından yapılan çalışmada bu programın şizofreni tanılı bireylerde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sungur, Güner, Üstün, Soygür ve Çetin (2008) klinik ve sosyal işlevlerde anlamlı düzeyde gelişme gösterdiği bulunmuştur.

Aile Müdahaleleri: Aile girişimleri, hastanın ailesi ve yakın çevresine yönelik girişimleri içermektedir. Hastaların büyük çoğunluğu aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Aileye ruhsal eğitim verilmesi girişimlerini de içeren Psikososyal Beceri Eğitimi programında aile bireylerinin hastalık konusunda eğitilmesi, hastaya sürekli yardımcı olmalarının sağlanması ve hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, sosyal işlevselliklerinin artırılması, daha bağımsız yaşamaları amaçlanmaktadır (Yıldırım ve Ekinci 2010). Aileye yönelik psikososyal girişimlerin amacı, şizofren hastaya bakım verenlerle işbirliği sağlanması, ailenin

problem çözüme yeteneğinin artırılması, duygu dışı vurumunun ve olumsuz aile atmosferinin azaltılması, hastadan beklentilerin sürdürülmesi, ailedeki bireylerin negatif inanç ve davranış sistemlerinin değişmesini sağlamaktır (Thornicroft, Susser 2001). Mari ve Streiner'in (1996) Cochrane veri tabanını tarayarak hazırladıkları sistematik derlemede tedavi kadar ailelere yapılan girişimlerin hastaneye yeniden yatışı azalttığı saptanmıştır. Birden fazla aileyi kapsayan girişimlerin tek bir aileye yapılan girişimden daha etkili olduğu ifade edilmektedir. Bunun aynı zamanda ailelerde tükenmişliği azaltarak, sosyal ağ kurmayı sağladığı belirtilmiştir (Thornicroft, Susser 2001). Cochrane veri tabanında yer alan şizofreni, psikoz ve bipolar bozuklukta yapılan psikoterapotik girişimlerin incelendiği bir başka sistematik derlemede, şizofreni tanısı alan hasta yakınlarına yönelik aile girişimlerinin yapıldığı 43 çalışma incelenmiş ve bu araştırmalar sonucunda hastaneye yatışların azaldığı, tedavi uyumunun arttığı, sosyal becerilerin arttığı ve yüksek dışı vurumun azaldığı belirlenmiştir (Jung, Newton 2009). Macleod ve ark. (2011), 1980–2008 yılları arasında şizofren hastalara bakım verenlere yönelik toplum ruh sağlığı hemşirelerinin girişimlerini içeren 88 araştırmayı değerlendirmiş ve eğitimin hasta ailelerinin bilgi düzeylerini artırmada kanıt dayalı bir girişim olduğunu, destekleyici aile girişimlerinin ailelerin baş etme becerilerini geliştirdiğini ve bu girişimlerin tükenmişliği azaltabileceğini belirtmişlerdir. Ülkemizde Duman ve ark.'nın (2007) çalışmasında, psikoeğitim uygulanan bakım verenlerin hastalarında, ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumun hastaneye yatış öncesine göre farklı olduğu saptanmıştır.

Motivasyonel Görüşme (MG): Psikotik bozukluğu olan bireye göre yapılandırılan MG ile tedaviye uyum başarılı bir şekilde artırılmaktadır (Barkhof ve ark. 2013). MG kişinin değişim için kaynaklarını ve iç motivasyonunu uyaran danışman ve birey arasında işbirliği yaklaşımıdır (Rüsch ve Corrigan 2002). Danışman, MG eğitimi alan hemşire, doktor ya da psikolog olabilir (Miller ve Rollnick 2009).

2.6 MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

2.6.1. Motivasyonel Görüşmenin Gelişimi

Motivasyonel görüşme; birey merkezli danışmanlık, bilişsel davranışsal tedavi, sosyal bilişsel teori, sağlık inanç modeli, transteoretik model gibi birçok modelden destek alınarak oluşturulmuştur (Miller, Rollnick çev: Karadağ ve Ögel 2009). Motivasyonel görüşme, birey odaklı bir yaklaşım olup, empatik yaklaşım ile bireyin davranış değişikliği konusunda yaşadığı çelişkileri çözümlemesine yardımcı olmak ve davranış değişikliğinin sağlanmasına

temellenmektedir (Miller, Rollnick çev: Karadağ ve Ögel 2009). Motivasyonel görüşme ile bireyin duygu ve düşünceleri belirlenerek değişim için bireyin iç motivasyonu arttırılmaktadır. Motivasyonel görüşmede danışman değişime zorlayıcı değil, değişime yardımcı bir ortam yaratmaktadır. Bireye “ben seni değiştireceğim” yerine “eğer istersen değiştirmene yardımcı olabilirim” şeklinde yaklaşılır (Miller, Rollnick(a) 2002). Motivasyonel görüşme, ilk kez Miller tarafından alkol kullanımıyla ilgili davranış değişikliğini sağlamak için alternatif bir model olarak geliştirilmiş ve farklı hasta gruplarında kullanılmaktadır. Motivasyonel görüşmenin diğer müdahale yöntemleri ile bütünleştirildiğinde daha etkili olduğu bildirilmektedir.

2.6.2. Motivasyonel Görüşme Süreci

Motivasyonel Görüşme (MG), davranış değişikliği yaratmak amacıyla danışan odaklı bir danışmanlık biçimidir (Britt ve ark. 2004). Temel hedefi ambivalansı keşfetmek ve çözmektir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan yaşayan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler için kullanılan bu yöntem, günümüzde fiziksel ve ruhsal bozukluğu olan bireyler için de kullanılmaktadır (Dunn ve ark. 2001; Rubak ve ark. 2005). Psikotik bozukluğu olan birey için uygulanan MG ile (Barkhof ve ark. 2013), tedavi işbirliği sağlandığında tedavinin rolü daha etkin bir hale gelmektedir (Rusch ve Corrigan 2002).

Motivasyon için üç önemli öge; isteklilik, yapabilir olmak ve hazır olmaktır. İsteklilik, değişimin kişi için önemini gösterir. Eğer değişimin önemliliği azsa, genelde bu durum inkar veya direnç olarak adlandırılmaktadır (Chanut ve ark. 2005). Yapabilirlik ise kişinin değişim için olan kendine güvenini, inancını gösterir. Bazı insanlar değişmeyi çok ister ama bunu yapamayacağını düşünür. Kişi, yapabileceğine inanırsa değişecektir. Hazır olmak ise aslında bir öncelik sorunudur. Değişim kişi için önemlidir, kendini bunu yapabilecek güçte hissediyordur ama daha zamanı değildir. “İstiyorum ama şimdi değil!” Gerçekten de kişi hazır değilse, ortam ne olursa olsun değişmemektedir (Chanut ve ark. 2005). Danışanın şimdiki durumun olumsuz yanlarının farkına varması, değişimin avantajlarının farkına varması, değişim yönündeki iyimserliğini göstermesi ve değişimden terapistin hedefini anlaması için değişimi konuşmak gerekir. Bu amaçla, danışanın değişim için isteği, değişebilme yeteneği, değişmek için nedenler, değişmek için ihtiyacı ve değişime bağlılığını araştırmak gerekir (Ögel 2009).

MG ambivalansın çözülmesi ve kişinin değişime yönelmesine yardım etmek amacıyla kullanılır. Taburculuk öncesi bir seanslık MG uygulanmasının ayaktan tedavi uyumunu arttırdığı görülmüştür (Ögel 2009). MG hastaya empati gösterilerek ve tartışmaktan kaçınılarak hastanın değişime karşı olan direncinin kırılmasını amaçlayan bir yaklaşımdır. Kişinin değişim için kaynaklarını ve iç motivasyonunu uyaran danışman ve birey arasında işbirliği yaklaşımıdır (Rusch ve Corrigan 2002).

Motivasyonel Görüşme standart yaklaşımlarda olduğu gibi sorunun çözümüne değil, hastanın kaygılarına odaklanmaktadır. Hedefleri reçete etmek yerine, hedeflerin birlikte belirlenmesine çalışmakta ve seçenekler sunmaktadır (Possidente ve ark., 2005; Ögel 2009; Miller ve Rollnick 2009). Genel görüşmelerde danışman hastanın bilgi eksikliğini belirler ve bu konuda bilgi verir, söylediklerini yapmasını bekler. Motivasyonel görüşmede ise hasta ile işbirliği kurulur, hasta kendi kararlarını söyleyebilir, karşılıklı bir fikir alışverişi vardır. Genel görüşmenin amacı hastayı motive etmek olurken, motivasyonel görüşmede motivasyon kazanarak davranış değişikliğini sağlamak amaçlanır. Genel görüşmede danışman hastayı davranış değişikliği için ikna etme çabası gösterir, motivasyonel görüşmede hastanın tutumlarını anlamaya çalışır ve kabul eder. Genel görüşmelerde danışman hastayı koruma eğilimi gösterirken motivasyonel görüşmelerde hastanın kendi kendini koruma çabasını göstermesi beklenir (Possidente ve ark., 2005). Yüzleştirmenin kullanıldığı tekniklerden farklı olarak motivasyonel görüşmede direnç inkar olarak görülmez, direncin terapist tarafından yaratıldığı düşünülür, direnç tartışma ile değil, yansıtma ile açılır (Arkowitz ve ark., 2007).

Literatürde motivasyonel görüşme ile birlikte bilişsel davranışçı terapinin birlikte kullanıldığı çalışmalar bulunmakta ve birlikte uygulanması önerilmektedir. (Driessen ve Hollon 2011; Kemp ve ark., 1996; Barrowclough 2001; Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme; danışana neyin ve neden değişeceği, değişimin ne kadar önemli olduğu ve ne zaman gerçekleştirileceği sorularını cevaplamak konusunda yardımcı olmaya odaklanır. Bilişsel terapide; danışana “neyin” “nasıl” değişeceği ve değişimin sürekliliği konusunda yardımcı olacak strateji ve teknikler verilir. Bilişsel terapideki olumsuz otomatik düşüncelerin motivasyonel görüşmedeki karşılığı “Değişim konuşması (change talk)”dır. Bilişsel terapideki “şemaların” motivasyonel görüşmedeki karşılığı “değerler (values)”dir. Bilişsel davranışçı yaklaşımın bileşenlerinden; danışana kendine yardım becerilerinin öğretimi, bilişsel yeniden yapılandırma, sorun çözme, beceri eğitimi ve empatik yüzleştirme boyutları motivasyonel görüşme yaklaşımına uyarlanması önerilmektedir. Bilişsel terapinin de, motivasyonel

görüşmenin ruhuna (işbirliği, açığa çıkarma, otonomi kazandırma) entegre edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Arkowitz ve ark., 2007; Miller ve Rollnick(b) 2002).

MG’de terapistin rolünün otoriter olmaması önerilmektedir. “Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğini sana söyleyeceğim” mesajından kaçınılması gerekmektedir. Hastalar her zaman bizim öğütlerimizi tutmak veya tutmamakta özgürdürler. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç hastanın içsel motivasyonunu artırmaktır (Ögel 2009).

Motivasyonel görüşmenin başlıca özellikleri aşağıda verilmiştir:

Kişi değişim yönünde karar vermediği sürece, MG sırasında çözüm önerileri sunulmaz.

MG, danışan merkezlidir.

MG, kişinin değişmesini sağlamak için bir tuzak görüşme değildir.

MG, insanlarla birlikte olmanın bir yoludur.

Terapotik ilişki uzman/alıcı rolünden çok bir ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir.

Terapist ikna etmeye çabalamaz.

Motivasyonel görüşmenin aşamaları çerçevesinde dört temel ilkenin kullanılması önemli rol oynamaktadır. Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri; empatinin gösterilmesi, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle çalışma ve kendine yeterliliği desteklemedir.

Empatinin gösterilmesi, samimi, destekleyen, saygı duyan ve ilgilenen bir yaklaşımı ifade etmektedir. Etkin bir yansıtıcı dinleme empati gösterilmesinde esastır. Hastanın ambivalansı normal olarak kabul edilmelidir. Kabul etme değişimi kolaylaştırmaktadır. Ancak kabul etme, onaylama, aynı fikirde olma anlamında değil, hastanın bakış açısını anlama amacı ile onu dinlemektir. Ambivalans, değişimin doğal bir parçası olarak kabul edilir (Ögel, 2009; Miller, Rollnick (c) 2002; Rollnick ve ark., 1999).

Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması, Dirençle çalışırken danışman, kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri hastanın zihninde ortaya çıkararak farkındalık kazandırmaktır. Bu süreç, kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaktır.

Dirençle Çalışma; Dirençle çalışırken danışman hastaya değişim yönünde teşvik eder. Hastanın algıları değiştirilebilir, yeni bakış açıları sunulur. Bu noktada hasta kendi sorunlarının çözümünü bulmak üzere çaba gösterir. Hastayla yapılan görüşmede direncin göstergeleri; tartışmaya girme, görüşmeyi kesme, inkar etme, aldırnamadır.

Kendine yeterliliği destekleme kavramı, kişinin belli bir görevi yada işi götürebilme kapasitesinin, başarabilmesinin teşvik edilmesidir. “bu hafta ilaçlarını baban getirmeden önce

sen kendin gidip aldın demek! Bu çok iyi...”, “buraya gelmekle büyük bir adım attın..” gibi. (Ögel, 2009).

Tanımlanan ilkeleri gerçekleştirebilmek için MG’yi yaparken dört temel terapötik beceri kullanılır. Bunlar;

- Yansıtmalı Dinleme,
- Açık uçlu sorular sorma,
- Onaylama,
- Özetleme

Yansıtmalı Dinleme

Danışanın ne söylediğini anlama ve onun ifadelerini ona yansıtmadır. Yansıtmalı dinlemenin amacı kişinin değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlamaktır. Yansıtmalı dinlemenin avantajı, kişinin anlattıklarının anlaşıldığı ve onun dinlendiğini göstermesi, değişimle ilgili olumlu cümleleri vurgulaması bakımından önemlidir (Ögel 2009; Levensky ve ark., 2007). Örneğin; hasta: tedavimi kendim almayı birçok kez denedim ama başarısız oldum. Danışman: hayal kırıklığına uğramanıza rağmen vazgeçmemişsiniz. Demek ki tedaviyi almak sizin için gerçekten önemli.”

Açık Uçlu Sorular Sorma

Kişinin istenen değişiklikleri yapma nedenlerini açıkça tartışma fırsatı sunar. Özellikle motivasyonel görüşmenin erken aşamasında danışanın daha çok kendini anlatması, danışmanın da açık uçlu sorular yönelterek hastayı teşvik etmesi gerekmektedir. Danışman cevabı evet yada hayır olan soruları olabildiğince kullanmamalıdır. Örneğin; “sence aldığın ilaçların olumsuz yönleri neler?”

Onaylama-Kabullenme

Görüşmede danışanın onaylanması ilişki kurmada büyük önem taşımakta ve kişinin kendini keşfetmesine, tanınmasına zemin hazırlamaktadır. Etkileşim sırasında hastanın anlattıklarının onaylanması onun öz etkililiğini, çabasını desteklemektedir. Örneğin: “bu hafta ilaçlarını almadığını söyleyerek dürüst davrandığın için seni takdir ediyorum”, “Buraya gelmek büyük bir adım”.

Özetleme

Bilgilerin toplanması ve yansıtmasını amaçlamaktadır. Özetlemede hedef aynı zamanda ambivalansın ortaya konmasıdır. Özetleme, görüşmenin ortasında başka bir konuya geçmek yada hastanın ambivalansının her iki yönüne de vurgulamak üzere kullanılır. Ayrıca özetleme, görüşmenin sonunda temel noktaları toparlamak için kullanılır.

2.6.3. Şizofreni Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşme

Yapılan çalışmalarda uzun dönem tedavi ve izlem gerektiren şizofreni tanılı bireylerde motivasyon kavramı üzerinde durulmuş ve bu bireylerde motivasyon eksikliğinin olabileceğine vurgu yapılmıştır (Chanut, Brown ve Dongier, 2005; Drymalski ve Campbell, 2009; Medalia ve Brekke, 2010; Choi ve Medalia, 2010). Barch, motivasyon kavramını tanımlamakta güçlük yaşandığına ve motivasyonun karmaşık yapıda olduğuna dikkat çekmiştir (Barch 2008). Motivasyon eksikliğinin ruhsal nedenleri toplumsal faktörlerle birlikte açıklanmaktadır. Medalia ve Brekke (2010), şizofreni tanılı bireylerin motivasyonunu etkileyen ruhsal ve toplumsal faktörlerin olduğunu belirtmekte, dışsal ve içsel motivasyon kavramlarını açıklamaktadırlar. Kişinin kendi içinden ve kendinden kaynaklanan motivasyon içsel; dış faktör kaynaklı motivasyon ise dışsal motivasyon olarak tanımlanmaktadır. Dışsal motivasyonda çevresel uyaranlar etkilidir. Şizofreni tanılı bireylerin istedikleri sonuca ulaşabilmesinde sergiledikleri davranışların önemine inanmaları gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca bu hastaların öz-yeterliliği sahip olabilmeleri için iç ve dış motivasyon kaynaklarının farkında olmalarının önemine vurgu yapılmıştır (Medalia ve Brekke, 2010). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde motivasyonun öneminin anlaşılmasıyla birlikte bir müdahale yöntemi olarak motivasyonel görüşme önem kazanmıştır.

Pussey-Murray ve arkadaşları tarafından (2010) yapılan bir çalışmada, hastaların tedavi uyumunu arttırmak için kullanılan psikoeğitim yöntemlerinin ve içeriğinin geliştirilmesi gerektiği ve hastaların gereksinimlerine göre ilaç eğitimlerinin yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (Pussey-Murray ve ark. 2010). İlaç uyumunu sağlamada sadece belli konularda hastalara bir takım bilgilerin aktarılması değil, onların duygu, düşünce ve davranışlarında değişim oluşturabilecek düzeyde sistemli eğitimlerin yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (Fernandez ve ark., 2006).

Şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumuyla ilgili yapılan çalışmalarda tedavi uyumunu güçlendirmek üzere güçlü bir sağlık ekibi-birey ilişkisi ile sağlık davranışı değişikliği için “bireysel” uygulanacak modellerin kullanılmasına gereksinim olduğu belirtilmektedir (Clinical Practice Guidelines, 2005; Çobanoğlu ve ark., 2003; Possidente ve

ark., 2005). Bunun için son yıllarda motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi öne çıkan nonfarmakolojik iki yaklaşımdır. Her iki yaklaşımın ortak amacı davranış değişimini sağlamak ve psikotik belirtilerle baş edebilmeyi kolaylaştırmaktır (Baier, 2010).

Şizofreni hastalarının tedavi uyumuna yönelik psikososyal girişimlerle ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalarda motivasyonel görüşme yönteminin tedavi uyumunda etkili olduğu belirtilmiştir (Zygmunt ve ark., 2002; Barrowclough ve ark., 2001). Graeber ve arkadaşlarının komorbid şizofreni ve alkol kullanımı tanısı olan bireylerle yapmış oldukları çalışmada, motivasyonel görüşme yönteminin, hastaların alkol kullanım oranını azalttığı saptanmıştır (Graeber ve ark., 2003). Drymalski ve Campbell (2009) tarafından yapılan sistematik derlemede motivasyonel görüşme yöntemi kullanılarak şizofreni hastalarında yapılan randomize kontrollü çalışmalara ulaşılmış (Rusch, Corrigan 2002; Kemp ve ark., 1996; O'Donnell, 2003; Hayward ve ark., 1995), bunlardan bazıları motivasyonel görüşmenin tedavi uyumunu geliştirdiğini (Rusch, Corrigan, 2002; Kemp ve ark., 1996; Hayward ve ark., 1995) belirtirken, bazı çalışmalar da motivasyonel görüşmenin herhangi bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Byerly ve ark., 2005; O'Donnell, 2003). Kemp ve arkadaşlarının, yapmış oldukları randomize çalışmada, psikoza olan kişilerde düzenli ilaç kullanımını sağlamak için motivasyonel görüşme müdahalesi uygulamışlardır. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyum düzeyleri ile hastalığa yönelik içgörülerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Barrowclough ve arkadaşları (2001) komorbid şizofreni ve alkol kullanım bozukluğu hastaları aileleri ile yaptıkları çalışmada motivasyonel görüşme, bilişsel davranışçı yaklaşım uygulamışlar ve aileleri de psikoeğitim programına katılmışlardır. Çalışma sonucunda bu programın şizofreni hastalarında pozitif belirtileri azalttığı, genel işlevlerde düzelme sağladığı ve alkol-madde kullanım oranında önemli düzeyde azalma sağladığı bulunmuştur.

Zygmund ve ark. (2002)'nin sistematik derleme yazılarında, psikotik hastaların tedaviye uyumunu arttırmada motivasyonel görüşme tekniğinin psikoeğitimden daha etkili olduğu vurgulanmıştır. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada psikoza tanısı almış hastaların ilaç kullanımına bağlı kalmasında motivasyonel görüşmenin etkili olduğu belirtilmiştir (Chanut ve ark. 2005). Swanson ve ark. (1999) psikiyatrik hastalıklarda motivasyonel görüşmenin tedaviye uyuma etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, taburculuk öncesi on beş dakika motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun kontrol grubuna göre taburculuk sonrasında izlem randevularına daha düzenli geldikleri saptanmıştır.

2.7. Şizofreni Hastaları ile Motivasyonel Görüşmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Şizofreni tanılı bireylerin antipsikotik ilaç kullanımı, hemşireler ve tedavi ekibi için önemli bir konudur. Hemşirelerin, hastaların tedavi işbirliğinin önemini daha iyi anlamasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Morton, Zubek 2013). Garcia ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, 160 psikiyatri hemşiresi şizofreni tanılı hastaların tedaviye yönelik uyumunu değerlendirmiştir. Hemşirelere göre psikotik relapsın primer nedeni tedavi uyumsuzluğudur. Bu çalışma sonucundan hareketle, özellikle uzun dönem etkili injektabl form ilaç kullanan şizofreni hastalarına yönelik hem tedavi işbirliğinin sağlanmasında hem de ilaç yönetiminde dikkat edilecek bazı stratejilerin önemi vurgulanmaktadır. Bunlar hastaya ilaç seçimi ve başvuru yöntemi konusunda bilgi verilmesi, enjeksiyon tarihlerini hesaplamının öğretilmesi, ilacın etki mekanizmasının ve amacının birlikte değerlendirilmesi, seçilen ilacın veriliş yolunun (oral, parenteral) avantajlarının tartışılması, ilaç kullanımı konusunda işbirliği yapılmamasının olası sonuçlarının vurgulanmasıdır. Ayrıca hastayla birlikte terapötik etkilerinin, tedavi işbirliğiyle hastaya ve bakımverenine yararlarının değerlendirilmesi ve tedavi işbirliği sürecinde görüşmelerin yönetilmesi gerektiği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Bu çerçevede ele alındığında, vaka yöneticisi ve tedavi ekibinin bir üyesi olarak hemşireler, hastaların antipsikotik ilaç kullanımında işbirliği sağlanması ve geliştirilmesi için oldukça önemli bir etkiye sahiptir. (Morton, Zubek 2013). Ayrıca hemşire, hastanın ilaç yan etkilerini tolere edip edemeyeceğini ve ilacın hastayı nasıl etkilediği konusunda dikkatli olmalıdır. Hastanın tedaviye devam etmesinde uygun ilaç seçimi, günlük doz programı çizelgeleri ve yan etkilerle başetme etkili olmaktadır. Hasta ve ailesi ile terapötik ilişki kurma, güçlü bir güven sağlama ile yan etkiler ve diğer zorluklar azaltılabilir. Hasta yan etkilerden rahatsızlık duyuyorsa hemşire hemen hastayı değerlendirmeli ve yan etkileri azaltıcı girişimler planlamalıdır. Uyumu değerlendirirken hastaları yargılamadan ve korkutmadan soru sorabilmek de çok önemlidir. Hasta ile birlikte olan diğer bireylerden de bilgi alınmalıdır. Diğer çevresel etkenleri azaltmak, örneğin; kliniğe gelmek için iki otobüs değiştirmek zorunda kalan bir hastayı evde ziyaret edecek bir evde bakım hemşiresini organize etmek ve analiz için evde kan alma, yan etkileri sorgulama gibi işlemler yapılabilir (Boyd 2008). Bütün bunlar yapılırken belirli yaklaşımları kullanmak, uygulayıcılar için rehber ve programlar oluşturmanın yararlı olacağı belirtilmektedir (Çobanoğlu ve ark. 2003; Çakır ve ark. 2010).

İlaç tedavisinin etkililiği değerlendirilirken etkinliğinin yanı sıra tolere edilebilirlik, güvenlik ve kabul edilebilirliği de ölçülmelidir. Etkili tedavi yönetimi, istendik hasta tedavi sonuçlarını alabilmek üzere reçete edilen ilaçların hastaya uygun biçimde belirlenmesi ve

yönetimi sürecini ifade etmektedir. Bu süreçte de psikiyatri hemşirelerinin önemli bir işbirlikçi rolü bulunmaktadır (Howland 2012). Terapötik etkileşimlerde birey-merkezli yaklaşımın, hasta ile “birlikte olmanın, aynı çizgide yürümenin” bir yolu olduğu ifade edilmektedir. Buradan hareketle psikiyatri hemşirelerinin MG yöntemi kullanabileceği belirtilmektedir (Hamrin, McGuinness 2013; Chia-Chen, Lin 2009). Psikiyatri hemşirelerinden hastanın tedavi sürecinde aktif katılımını desteklemek üzere saygı, içtenlik, empati ve umut kavramlarını kullanarak hastayı değişime hazırlamak üzere terapötik nitelikte ilişki kurmaları beklenmektedir (Mc Farland ve Thomas 1991; Hewitt ve Coffey 2005). Tüm hemşirelik uygulamalarının temel noktasını bireylerin sağlık sorunlarıyla ortaya çıkan davranışlar ya da tepkiler oluşturmaktadır. Bu noktada davranış değişikliği yapmak üzere hastaları motive etmek önemli bir hemşirelik görevidir (Mc Farland ve Thomas 1991). Motivasyonel görüşmede psikiyatri hemşiresi hastanın “değişim konuşması” yapmasını hedeflemelidir. Bu esnada değişimin gerekliliği göz önünde bulundurularak değişim artı ve eksi yönleri ele alınmalıdır. Sonuçta hasta değişim için kesin bir karar verebilmeli ve böylece sağlıklı davranış kazanabilmelidir. Hemşire uygun terapötik yaklaşım ilkelerini ve iletişim becerilerini motivasyonel görüşme yöntemi temel ilke ve becerileriyle birleştirerek danışmanlık rolünü sergileyebilmelidir (Hamrin ve McGuinness 2013; Hewitt ve Coffey 2005).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma deneysel araştırma deseninde olup, randomize kontrollü yapılmıştır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, 2012 yılı Haziran ayında literatür tarama ile başlamış olup; etik kurul onayı (Ek11) 23.05.2013 tarihinde alındıktan sonra Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi psikiyatri polikliniğinde Aralık 2014 ve Ekim 2015 tarihlerinde yürütülmüş olup, 2016 yılı Ekim ayında sonlandırılması planlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniği'nde her hafta Çarşamba ve Perşembe günleri şizofreni hasta ve ailelerine yönelik psikoz poliklinik hizmeti verilmektedir. Poliklinikte yer alan görüşme odasında bu günlerde takip için gelen sistemde kayıtlı olan şizofreni tanılı bireylere çalışma konusunda bilgi verilmiş ve çalışmada kullanılan ölçekler uygulanmıştır. Motivasyonel görüşme müdahalesi ve izlem çalışmaları Hemşirelik Fakültesi dersliklerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni ve örneklemini, Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni tanılı hastalar oluşturmaktadır. Örneklem özelliklerine uygun olan şizofreni tanılı bireyler, randomizasyon planına göre müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Örneklem büyüklüğü, %80 güç, %95 güven aralığında, Tip 1 hata 0.05, Tip 2 hata 0.20 olmak üzere 0.05 hata payı ile NCSS-PASS yazılım programında hesaplanmıştır. Kemp ve ark.'nın (1996) yapmış olduğu çalışma baz alınarak 4 zaman dilimindeki (pretest, 0., 3. ve 6. ay ölçümleri) tedavi uyumu ile ilgili ölçümler kullanılmış ve her bir grup için 10 kişi bulunmuştur. Hastaların görüşmeleri tamamlayamaması göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü müdahale ve kontrol grupları için 20 kişi olarak belirlenmiştir.

3.3.1. Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Örnekleme Dahil Olma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olması,
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşması,
- DSM-IV'e göre (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı) en az iki yıl önce I. Eksen

tanısı olarak şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk tanısı alan hastalar

- En az ilkokul mezunu olmak
- İzmir il merkezinde yaşaması
- Oral ve/veya Parenteral antipsikotik ilaç kullanan
- DEU Psikoz Birimi ayaktan takip hastası olan
- Morisky Uyum ölçeğinden en az bir maddesine “evet” yanıtını vermiş olması

Örneklemeden Dışlama Kriterleri

- Türkçe okuma yazma bilmiyor olmak,
- Organik Beyin Sendromu olanlar,
- Mental Retardasyonu olanlar

3.3.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Oluşturulması

Çarşamba ve Perşembe günleri psikoz biriminden takip edilen şizofreni tanılı hastalar, poliklinik görüşmesinden sonra ilgili hekimi tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Ayrı bir görüşme odasında hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formu (Ek7) doldurulmuştur. Ardından hastanın tedavi uyumunu belirlemek üzere Morisky uyum ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçekte yer alan dört sorudan en az birine “evet” yanıtını veren hastalar düşük uyum düzeyi olarak belirlenmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan, uyum düzeyi düşük ve orta olan hastalara polikliniğe geliş sırasına göre birden başlamak üzere numara verilmiştir. Rastgele sayılar tablosundan randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol grubu atamaları yapılmıştır (<http://www.stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>). Bu listeye göre 40 hastanın 20’si araştırma grubunu, diğer 20 hasta ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada deney hayvanı ya da insana ait biyolojik örnekler kullanılmamış olup, hastalara yönelik ölçüm araçları kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmada hastaların Morisky uyum ölçeğine göre tedaviye uyum düzeylerinin oranları ile içgörünün üç bileşeni ölçeğinden elde edilen toplam puan ve alt boyutları puan ortancaları, tedaviye yönelik uyum tutum anketinden elde edilen oranlar bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkeni; şizofreni tanılı hastalara uygulanacak motivasyonel görüşme tekniğine dayalı müdahaledir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık ve ilaçları ile ilgili bilgileri içeren kişisel bilgi formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Tedaviye uyum düzeyini değerlendirmek üzere Morisky Uyum Ölçeği, içgörü düzeyini belirlemek üzere İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği, hastaların tedaviye yönelik bilgi, tutum ve uyum davranışları belirlemek üzere araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketi kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu; çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ait bilgiler ve kullandıkları ilaçlarına ilişkin toplam 22 sorudan oluşmaktadır (Ek3).

3.6.2. Morisky Uyum Ölçeği (*Morisky's Questions-Self-Report Measure of Adherence*)

Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986'da Morisky, Gren ve Levine tarafından geçerlik çalışması yapılmıştır (Morisky, Gren ve Levine 1986). Ölçek, tedavi uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu dört sorudan oluşmaktadır. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır (Ek4). Soruların tümüne "hayır" yanıtı verilmişse uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse uyumu orta, üç veya dört soruya "evet" yanıtı verilmişse uyumu düşük olarak değerlendirilir. Yılmaz ve Buzlu tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 117 psikotrop ilaç kullanan hasta ile yürütülmüş ve ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.52 olarak bulunmuştur (Yılmaz 2004). Bu çalışmada Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.57 olarak bulunmuştur.

3.6.3. İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği

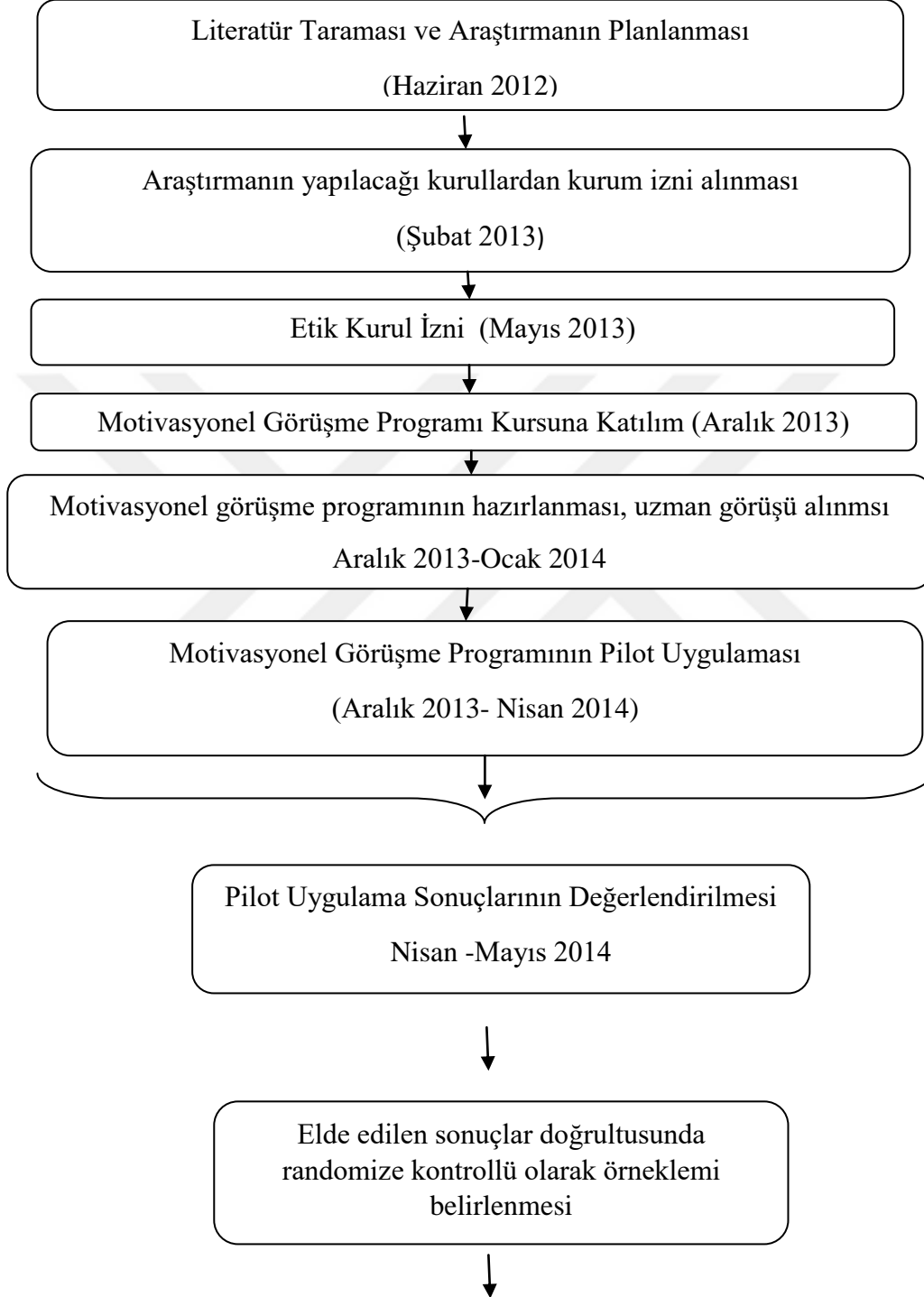
İçgörünün Üç Bileşeni Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ - Schedule for Assessing the Three Components of Insight), David (1990) tarafından geliştirilmiş olup, içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren ve şizofreni hastalarına yönelik bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek, içgörünün; tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma gibi üç bileşeni temel alınarak hazırlanmıştır (Ek5). İÜBDÖ, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin; hastalığın kabul edilmesini, psikotik yaşantıları anormal olarak adlandırma yetisini, tedaviye tutumu, geçmişteki ruhsal rahatsızlıklara dair farkındalığı değerlendirmeyi hedefleyen dört bölümü olup, toplam dokuz sorudan oluşmaktadır. Her bir madde “0,1,2” şeklinde değerlendirilmektedir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini göstermektedir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14’tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur ve bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18’dir. Bu çalışmada Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.86 bulunmuştur.

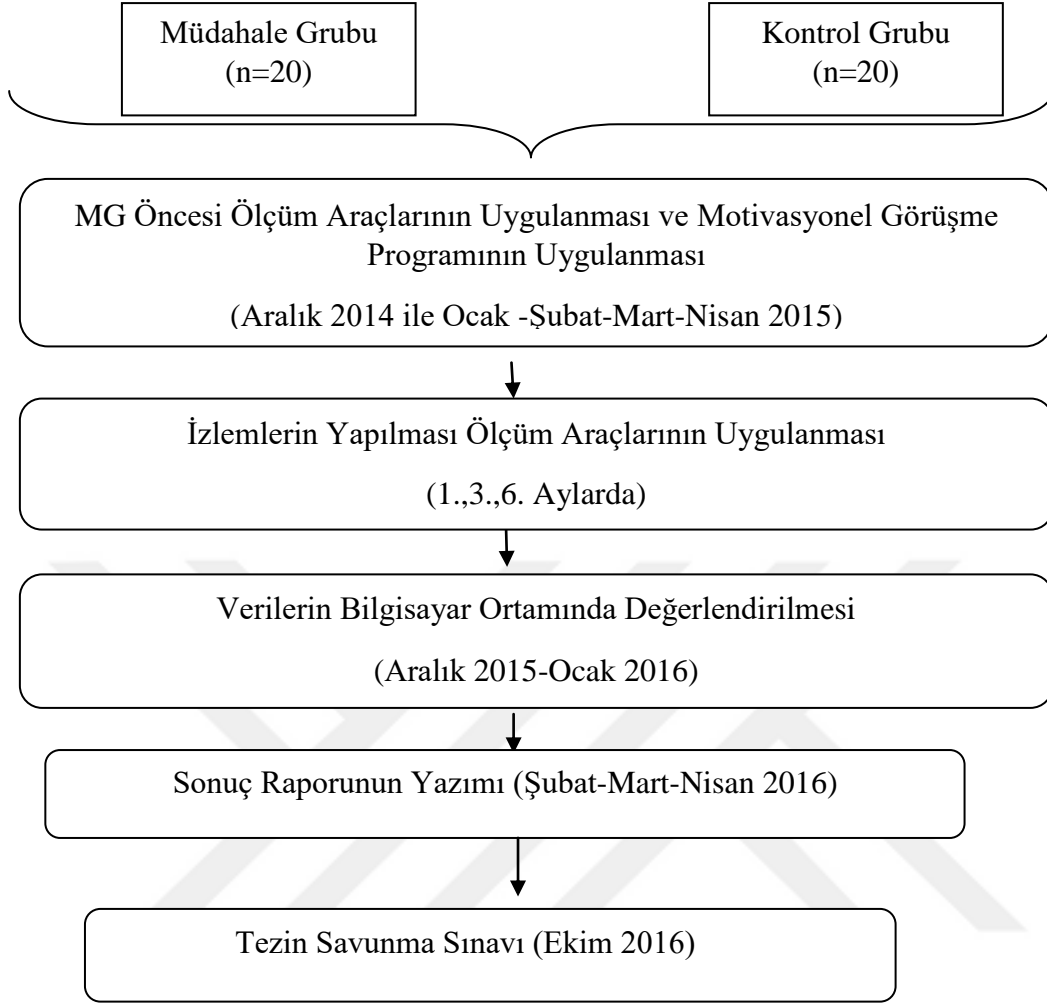
3.6.4. Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketi

İlgili literatür incelendiğinde şizofreni hastalarına yönelik tedavi uyumunu ve tutumunu birlikte kapsamlı değerlendiren bir ölçüm aracına ulaşılamamıştır. Bu konudaki anket ve araçlar incelenerek Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketi hazırlanmıştır. (Morisky, Gren ve Levine 1986; Saatçioğlu, Coşkun, Yanık 2010; Kay, Fiszbein, Opler 1987; Kostakoğlu, Batur, Tiryaki 1999; Yılmaz, Buzlu 2006; Heinrichs, Hanlon, Carpenter 1984; Soygür, Aybaş, Hınçal, Aydemir 2000; Günaydın 2012). Anket 28 sorudan ve üç alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar; düzenli ilaç kullanımı, tedaviye yönelik tutum-direnç, tedaviye yönelik bilgi-düşüncedir (Ek6).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

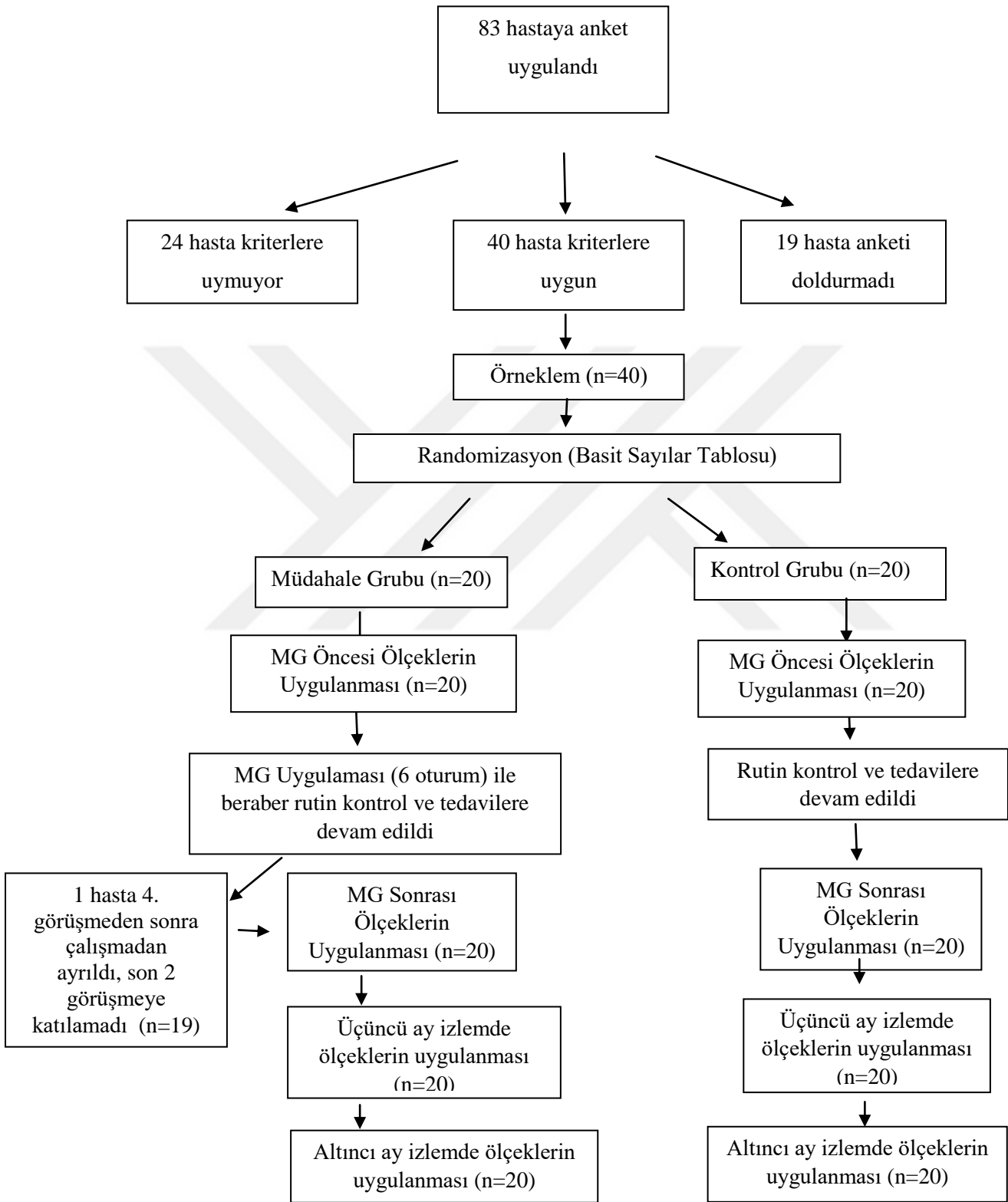
Araştırmanın planı ve takvimi Şekil 1’de verilmiştir.





3.7.1. Araştırma Akış Şeması

Araştırmanın uygulama sürecine ait akış şeması aşağıda belirtilmiştir.



Şekil 1. Araştırma Akış Şeması

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 (IBM Corporation, New York, United States) programı kullanıldı. Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Müdahale ve kontrol grubuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, kullanılmıştır. Kategorik verilerin bir biri ile karşılaştırılmasında ise Pearson Chi-Square testi kullanılmıştır. Güvenirlilik analizi için iç tutarlılık ve madde analizi yaklaşımları kullanılmıştır. İç tutarlılık Cronbach alpha değeri ile gösterilmiştir. Tablolarda ortalama \pm std.(standart sapma) ve medyan range (maximum-minimum) değerleri şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik veriler ise sayı ve yüzdelerle ifade edilmiştir. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05'ten küçük anlamlı kabul edilmiştir.

Müdahale grubunda bir hasta dört görüşmeden sonra çalışmadan ayrılmış ancak izlem ölçümleri eksiksiz olarak tamamlanmıştır. Örnekleme giren bireylerin; araştırmaya alım kriterlerine ait özelliklerinin değişip değişmediğine, önerilen girişime uyup uymadığına veya tedavi protokolünden çekilip çekilmediğine bakılmaksızın örneklem kayıplarını önlemek amacı ile önerilen “intention to treat” (ITT) analizi yapılmıştır.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Morisky Uyum ölçeğinin iç tutarlılık katsayısının orta düzey oluşu, sadece dört sorudan oluşması ve bu nedenle çok boyutlu olan tedavi uyumunu detaylı olarak değerlendirememesi, araştırmanın sınırlılıklarından birisidir. Morisky uyum ölçeğinin kapsamlı boyutları olan uyumu ölçmedeki yetersizliği nedeni ile “İlaç Kullanımına Yönelik Uyum Tutum Anketi” oluşturulmuş ve kullanılmıştır. Geliştirilen anketin geçerlilik güvenilirliği yapılamadığı için bu araca ait bulgular sayı ve yüzde ile verilmiş ve tartışılmıştır.

3.10.Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 2013/19-02 numarasıyla yazılı izin alınmış olup (Ek11), ayrıca çalışmanın yapılacağı Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Başhekimliği (Ek1) ile Psikiyatri Polikliniğinden de yazılı izin alınmıştır (Ek2). Görüşmelere başlamadan önce çalışmada yer alan hastalara araştırma konusu ile ilgili bilgi verilmiş olup, onam alınmıştır (Ek7).

3.11. Veri Toplama Süreci

İlk aşamada, Poliklinikten izlemi yapılan randomizasyon ve örnekleme dahil olma kriterlerini taşıyan müdahale ve kontrol grubundaki hastalara “İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği” “Morisky İlaç Uyum Ölçeği” ve “İlaç kullanımına yönelik tutum anketi” uygulanmıştır. Çalışma boyunca müdahale ve kontrol grubu hastaları rutin tedavilerini almaya devam etmiştir. Bu sürede kontrol grubuna rutin tedavileri dışında herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Müdahale grubundaki hastalarla motivasyonel görüşmeler bireysel olarak gerçekleştirilmiş olup, her bir görüşme ortalama 40-60 dakika sürmüştür, her hafta bir görüşme olmak üzere toplam 6 görüşme şeklinde süreç tamamlanmıştır. Görüşmeler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dersliklerinde yapılmıştır. Bu sürede müdahale grubunda yer alan bir hasta, o dönemde yaşadığı yoğun paranoid sanrıları nedeniyle evden çıkamadığı için motivasyonel görüşme programına devam edememiş ve çalışmadan ayrılmıştır. Müdahaleye devam etmeyen hastanın izlemleri yapılmıştır. Müdahale grubunun son görüşmelerinin bitiminde ölçüm araçları ikinci kez uygulanmıştır. Müdahale grubunun görüşmeleri tamamlandığında kontrol grubundaki hastalara da ölçüm araçları tekrar uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının 3. ve 6. ay izlemi yapılmıştır.

3.11.1. Motivasyonel Görüşme İçeriğinin Oluşturulması

Müdahale grubunda yer alan şizofreni tanılı bireylerde tedavi işbirliğini arttırmak üzere içgörüyü ve tedaviye uyumu arttırmaya yönelik motivasyonel görüşme ilkelerinin kullanıldığı bir program hazırlanmıştır. Program çalışma öncesi psikiyatri polikliniğinden izlenen şizofreni tanılı erkek hastada bir psikiyatristin süpervizyonu ile yürütülmüştür. Program yarı yapılandırılmış, birbiri ile bağlantılı altı görüşmeden oluşmaktadır. Aşağıda kısaca her görüşmenin amacı ve kullanılan yöntemler belirtilmiştir.

1. Görüşmede hastaların değişime karşı direncinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bununla ilgili olarak hastaların hastalığı, prognozu ve almakta olduğu tedavilerle ilgili görüşleri değerlendirilmiştir. Yaşadıkları uyum sorunları belirlenerek hastaların kabullenmeme, inkar ile ilgili duygu düşünceleri görüşülmüştür.

2. Görüşmede hastalığın belirtilerini anlama, düzenli ilaç kullanımını engelleyen faktörlerin değerlendirilmesi ve tedavinin yararları ve yan etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu görüşmede hastaların tedavisi ve hastalığı ile ilgili konular görüşülmekte, tedaviye ilişkin ambivalan duygular ortaya çıkarılmaktadır.

3. Görüşmede amaç; hastalığı anlama, ilaçların yan etkilerinin, tedavinin yararlarının incelenmesi ve farkındalık geliştirilmesidir. Bu aşamada hastaların yaşadığı yan etkileri hastalık semptomlarından ayırması için açık uçlu, yansıtıcı sorular sorarak farkındalık geliştirmesi ve motivasyonel görüşmenin temel ilkelerinden çelişkilerin ortaya çıkarılması sağlanmaktadır. Bu görüşmede hastalara ev ödevleri verilerek olumlu ve iyi olmayan etkilerini karşılaştırmada terazi yöntemi kullanılmakta ve yoğunluğuna ilişkin puan vermeleri istenmektedir. Verilen ev ödevleri üzerinden bireylerin aldığı ve kullanmakta direnç gösterdiği tedavilerinin bedeni üzerindeki etkilerinin önemini anlaması ve yan etkilerini fark etmesi sağlanmıştır.

4. Görüşmede değişim için cesaretlendirme amaçlanmıştır. Hastaların tedavi uyumuna yönelik olası ambivalan duygularını değerlendirmek için verilen ev ödevlerini tekrar puanlamaları istenerek puan değişimleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Hastaların geçmiş deneyimleri ele alınarak deneyimlerinin olumlu olumsuz etkilerini görmesi sağlanmış ve değişim için cesaretlendirilmiştir.

5. Görüşmede amaç relapsın önlenmesi ve uyumu geliştirmenin desteklenmesidir. Hastaların ifadeleri, aldıkları kararları değerlendirme ve hastalara yeniden güven vererek relapsın önlenmesi ve uyum geliştirilmesi çalışılmıştır.

6. Görüşmede hastaların tedavilerini sürdürmede kendi etkililiğinin desteklenmesi amaçlanmıştır. Sağlıklı iyi olmanın değeri üzerinde durularak, profilaktik ya da idame tedavinin gerekliliği değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik ve tedavi sürecine ilişkin verileri Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Sosyodemografik ve Tedavi Sürecine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi

		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)			
		$\bar{X}\pm ss$		$\bar{X}\pm ss$			
Yaş Ortalama		43.20±10.54		40.05±10.87			
		N	%	N	%	X²	p
Cinsiyet	Kadın	6	30.0	10	50.0	1.667	0.333
	Erkek	14	70.0	10	50.0		
Medeni Durum	Evli	3	15.0	6	30.0	0.256	0.451
	Bekar	17	85.0	14	70.0		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	7	35.0	4	20.0	0.568	0.710
	Lise	8	40.0	10	50.0		
	Üniversite	5	25.0	6	30.0		
Çalışma Durumu	Evet	4	20.0	6	30.0	0.465	0.716
	Hayır	16	80.0	14	70.0		
Yaşadığı Kişiler	Yalnız yaşıyor	3	15.0	5	25.0	0.429	0.695
	Aile ile yaşıyor	17	85.0	15	75.0		
İlaç Sayısı	1-2 adet	3	15.0	6	30.0	0.256	0.451
	3 ve daha fazla	17	85.0	14	70.0		
Günlük İlaç Dozu	1-2 adet	8	40.0	8	40.0	0.000	1
	3 ve daha fazla	12	60.0	12	60.0		
Doz Yeterliliği (Hastaya göre)	Evet	14	70.0	7	35.0	4.912	0.028
	Hayır	6	30.0	13	65.0		
		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol grubu (n=20)		X²	p
		N	%	N	%		
Doz Arttırıp Azaltma	Evet	6	30.0	11	55.0	2.558	0.200
	Hayır	14	70.0	9	45.0		
İlaç Hatırlatma	Evet	13	65.0	13	65.0	0.000	1
	Hayır	7	35.0	7	35.0		

		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		X²	p
İlaç Bilgilendirme	Evet	5	25.0	12	60.0	5.013	0.027
	Hayır	15	75.0	8	40.0		
Bilgi Düzeyi	Yeterli	3	60.0	8	61.5	0.004	1
	Yetersiz	2	40.0	5	38.5		
Tedavi Düşüncesi	İşe Yaramıyor	5	25.0	10	50.0	2.667	0.191
	İyileştiriyor	15	75.0	10	50.0		
Tedavi Bırakma	Evet	11	55.0	14	70.0	0.960	0.514
	Hayır	9	45.0	6	30.0		
		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		U	p
		<i>Median (Min.-Max.)</i>		<i>Median (Min.-Max.)</i>			
Hastalık Süresi (Yıl)		14.5	(6-32)	10	(5-32)	-1.519	0.128
İlaç Kullanım Süresi (Yıl)		14.5	(5-32)	10	(5-32)	-1.235	0.226

4.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Tedavi Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 1’de çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması incelendiğinde $41,63 \pm 10,68$ olup, müdahale grubu hastaların yaş ortalaması $43,20 \pm 10,54$; kontrol grubunun ise $40,05 \pm 10,87$ ’dir. Müdahale grubunun %70’i, kontrol grubunun ise %50’si erkek hastalardan oluşmaktadır. Müdahale grubundaki hastaların %85’i, kontrol grubunun ise %70’inin medeni durumu bekarıdır. Müdahale grubundaki hastaların %40’ı, kontrol grubunun ise %50’sinin eğitim durumu lisedir. Müdahale ve kontrol grubunun bireysel özellikleri incelendiğinde aralarında herhangi bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$, Tablo-1). Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastalar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu açısından homojenlik göstermektedir. Müdahale grubundaki hastaların %80’i, kontrol grubunun ise %70’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Müdahale grubundaki hastaların %85’i, kontrol grubunun ise %75’i ailesiyle birlikte kalmaktadır. Müdahale grubundaki hastaların %85’i, kontrol grubunun ise %70’inin günlük kullandığı psikiyatrik ilaç sayısı en az üçtür. Müdahale grubundaki ve kontrol grubundaki hastaların %60’ı günde en az 3 kez ilaç aldığını belirtmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %30’u aldığı ilaçların dozunu artırıp azaltmayı doktor bilgisi dışında yaparken, kontrol grubundaki hastaların %55’i doktor bilgisi dışında değiştirdiğini ifade etmiştir. Müdahale grubundaki ve kontrol grubundaki hastaların %65’i kullandığı ilaçları almayı unutmamak için hatırlatıcı destek aldığını belirtmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %75’i, kontrol grubundaki hastaların ise %40’ı aldığı ilaçlara ilişkin hekim ya da hemşirenin herhangi bir bilgilendirme yapmadığını belirtmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığını incelemek üzere kikare testi uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($X^2=5,013$, $p=0,027$). Müdahale grubu hastaların %60’ı, kontrol grubunun ise %61.5’i kullandığı psikiyatrik ilaçlara ilişkin bilgisinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %75’i, kontrol grubunun ise %50’si tedavinin işe yaradığını belirtmiştir. Müdahale grubu hastaların %55’i, kontrol grubunun ise %50’si daha önce tedaviyi doktor istemi dışında bıraktıklarını ifade etmişlerdir. İki grup arasında fark olup olmadığını incelemek üzere kikare testi uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Müdahale grubundaki hastaların %70’i aldığı ilaçların dozunu yeterli bulurken, kontrol grubundaki hastaların %65’i yeterli bulmadığını belirtmiştir. Yapılan kikare testi ile bu iki grubun doz yeterliliğine ilişkin görüşleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=4,912$, $p=0,028$). Hastaların aldıkları tanı süresi açısından her iki grup incelendiğinde müdahale grubundaki hastalarının 14.5 yıl, kontrol grubunun ise 10 yıl olduğu saptanmıştır. Hastaların ilaç kullanım süresi açısından her iki grup incelendiğinde müdahale grubundaki

hastalarının 14.5, kontrol grubunun ise 10 yıl olduğu saptanmıştır. İki grup arasında fark olup olmadığını incelemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.



Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MG Öncesi, MG Sonrası, Üçüncü Ay Ve Altıncı Aydaki Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Uyum Düzeyleri	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		X ²	p
	N	(%)	N	(%)		
MG öncesi						
Yüksek Düzey	0	(0.0)	0	(0.0)	0.125	1
Orta Düzey	15	(75.0)	14	(70.0)		
Düşük Düzey	5	(25.0)	6	(30.0)		
MG sonrası						
Yüksek Düzey	9	(45.0)	2	(10.0)	10.828	0.004
Orta Düzey	7	(35.0)	4	(20.0)		
Düşük Düzey	4	(20.0)	14	(70.0)		
3. ay						
Yüksek Düzey	11	(55.0)	1	(5.0)	21.933	0.001
Orta Düzey	9	(45.0)	6	(30.0)		
Düşük Düzey	0	(0.0)	13	(65.0)		
6. Ay						
Yüksek Düzey	14	(70.0)	1	(5.0)	22.552	0.001
Orta Düzey	6	(30.0)	8	(40.0)		
Düşük Düzey	0	(0.0)	11	(55.0)		

4.2. Tedaviye Uyum Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo-2’de belirtildiği üzere, müdahale grubundaki hastaların MG öncesi %75 orta, MG sonrası %45’i yüksek, 3. ay izlemde %55’i yüksek, 6. ay izlemde ise %70’i yüksek düzeyde uyum gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %70 orta, MG sonrası %70’i düşük, 3. ay izlemde %65’i düşük, 6. ay izlemde ise %55’inin düşük düzeyde uyum gösterdiği saptanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireyler arasında MG sonrası ($X^2=10.828$, $p=0.004$), 3. ay İzlem ($X^2=21.933$, $p<0.001$) ve 6. ay izlemde ($X^2=22.552$, $p<0.001$) Morisky Uyum Ölçeğine göre uyum düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 2). MG öncesi Morisky Uyum Ölçeği toplam puanlarında müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=0.125$, $p=1$).

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MG Öncesi, MG Sonrası, Üçüncü Ay ve Altıncı Aydaki İçgörü Düzeylerinin ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

İÇ GÖRÜ	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		U	p
	Median	(Min.-Max.)	Median	(Min.-Max.)		
MG öncesi	12.50	(5-18)	11.29	(3-18)	-1.060	0.303
MG sonrası	15.38	(6-18)	11.50	(3-18)	-2.220	0.026
3. Ay	16.67	(10-18)	13.67	(3-18)	-2.508	0.011
6. ay	17.36	(9-18)	14.00	(3-18)	-2.953	0.002
<i>Tedaviye Uyum</i>						
MG öncesi	3.47	(1-4)	2.82	(1-4)	-0.973	0.338
MG sonrası	3.67	(2-4)	2.94	(1-4)	-1.596	0.115
3. Ay	3.72	(2-4)	3.43	(1-4)	-1.272	0.216
6. ay	3.85	(3-4)	3.43	(1-4)	-2.033	0.038
<i>Farkında Olma</i>						
MG öncesi	4.70	(0-6)	3.71	(1-6)	-1.186	0.243
MG sonrası	5.29	(0-6)	4.00	(2-6)	-2.116	0.037
3. Ay	5.72	(2-6)	4.63	(0-6)	-2.943	0.004
6. ay	5.89	(2-6)	5.17	(0-6)	-2.771	0.005
<i>Psikotik Yaşantılar</i>						
MG öncesi	5.29	(1-8)	4.45	(0-8)	-1.194	0.240
MG sonrası	6.40	(1-8)	4.50	(0-8)	-2.206	0.030
3. Ay	7.29	(2-8)	5.17	(1-8)	-2.484	0.013
6. ay	7.60	(2-8)	5.17	(1-8)	-2.926	0.004

4.3. İçgörü Ölçeğine Ait Verilerin Değerlendirilmesi

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program sonrası yapılan posttest (U=-2.220, p=0.026), 3. ay izlem (U=-2.508, p=0.011) ve 6. ay izlemde (U=-2.953, p=0.002) İçgörü Ölçeği toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 3). Müdahale grubundaki hastaların içgörü puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi (U=-0.973, p=0.338) program sonrası (U=-1.596, p=0.115) ve üçüncü ay (U=-1.272, p=0.216) içgörü ölçeği *tedaviye uyum* alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların altıncı aydaki içgörü ölçeği *tedaviye uyum* alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (U=-2.033, p=0.038). Müdahale grubundaki hastaların *tedaviye uyum* alt boyutu puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sadece program öncesi hastalığın *farkında olma* alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (U=-1.186, p=0.243). Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program sonrası (U=-2.116, p=0.037) üçüncü ay (U=-2.943, p=0.004) ve altıncı aydaki (U=-2.771, p=0.005) içgörü ölçeği hastalığın *farkında olma* alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların *farkında olma* alt boyutu puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi hastalığın *farkında olma* alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (U=-1.186, p=0.243). Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program sonrası (U=-2.206, p=0.030) üçüncü ay (U=-2.484, p=0.013) ve altıncı aydaki (U=-2.926, p=0.004) içgörü ölçeği *psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma* alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların *psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma* alt boyutu puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MG Öncesi, MG Sonrası, Üçüncü Ay ve Altıncı Aydaki Tedavi Uyum Tutum ile İlgili Bulguların Dağılımı

Sorular		Uyum – MG Öncesi			Uyum – MG Sonrası			Uyum - 3. Ay			Uyum - 6. Ay		
		Müdahale	Kontrol	Total	Müdahale	Kontrol	Total	Müdahale	Kontrol	Total	Müdahale	Kontrol	Total
		(n=20)	(n=20)	(N=40)	(n=20)	(n=20)	(N=40)	(n=20)	(n=20)	(N=40)	(n=20)	(n=20)	(N=40)
<i>İlacımı almayı unutuyorum</i>	Asla	4 (20.0)	9 (45.0)	13 (32.5)	14 (70.0)	11 (55.0)	25 (62.5)	20 (100.0)	11 (55.0)	31 (77.5)	20 (100.0)	12 (60.0)	32 (80.0)
	Bazen	14 (70.0)	6 (30.0)	20 (50.0)	6 (30.0)	4 (20.0)	10 (25.0)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)
	Herzaman	2 (10.0)	5 (25.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)
<i>İlaç almayı unutmamak için çeşitli yöntemler kullanıyorum</i>	Asla	18 (90.0)	10 (50.0)	28 (70.0)	13 (65.0)	10 (50.0)	23 (57.5)	7 (35.0)	7 (35.0)	14 (35.0)	6 (30.0)	7 (35.0)	13 (32.5)
	Bazen	1 (5.0)	6 (30.0)	7 (17.5)	6 (30.0)	6 (30.0)	12 (30.0)	6 (30.0)	6 (30.0)	12 (30.0)	4 (20.0)	6 (30.0)	10 (25.0)
	Herzaman	1 (5.0)	4 (20.0)	5 (12.5)	1 (5.0)	4 (20.0)	5 (12.5)	7 (35.0)	7 (35.0)	14 (35.0)	10 (50.0)	7 (35.0)	17 (42.5)
<i>Eğer bir doz ilacımı almayı unutursam bir sonraki dozda iki doz birden alıyorum</i>	Asla	14 (70.0)	6 (30.0)	20 (50.0)	19 (95.0)	6 (30.0)	25 (62.5)	20 (100.0)	8 (40.0)	28 (70.0)	20 (100.0)	9 (45.0)	29 (72.5)
	Bazen	6 (30.0)	7 (35.0)	13 (32.5)	1 (5.0)	10 (50.0)	11 (27.5)	0 (0.0)	9 (45.0)	9 (22.5)	0 (0.0)	8 (40.0)	8 (20.0)
	Herzaman	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)
<i>İlacı aldığım sürece alma saatinin bir önemi yoktur</i>	Asla	14 (70.0)	12 (60.0)	26 (65.0)	17 (85.0)	14 (70.0)	31 (77.5)	20 (100.0)	16 (80.0)	36 (90.0)	20 (100.0)	15 (75.0)	35 (87.5)
	Bazen	5 (25.0)	4 (20.0)	9 (22.5)	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)
	Herzaman	1 (5.0)	4 (20.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)
<i>Kendimi iyi hissettiğim günlerde de ilaçlarımı almıyorum</i>	Asla	3 (15.0)	2 (10.0)	5 (12.5)	1 (5.0)	2 (10.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Bazen	2 (10.0)	2 (10.0)	4 (10.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)
	Herzaman	15 (75.0)	16 (80.0)	31 (77.5)	18 (90.0)	17 (85.0)	35 (87.5)	20 (100.0)	17 (85.0)	37 (92.5)	20 (100.0)	18 (90.0)	38 (95.0)
<i>İlacı yalnızca kendimi hasta hissettiğim zamanlarda kullanırım</i>	Asla	13 (65.0)	17 (85.0)	30 (75.0)	20 (100.0)	19 (95.0)	39 (97.5)	20 (100.0)	19 (95.0)	39 (97.5)	20 (100.0)	19 (95.0)	39 (97.5)
	Bazen	7 (35.0)	3 (15.0)	10 (25.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)
	Herzaman	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>İlacımı atladığım oldu</i>	Asla	8 (40.0)	5 (25.0)	13 (32.5)	15 (75.0)	7 (35.0)	22 (55.0)	18 (90.0)	13 (65.0)	31 (77.5)	19 (95.0)	13 (65.0)	32 (80.0)
	Bazen	6 (30.0)	11 (55.0)	17 (42.5)	5 (25.0)	10 (50.0)	15 (37.5)	2 (10.0)	5 (25.0)	7 (17.5)	1 (5.0)	5 (25.0)	6 (15.0)
	Herzaman	6 (30.0)	4 (20.0)	10 (25.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)
<i>Ailem/yakınlarım ilaç alma konusunda bana hatırlatma yaparlar</i>	Asla	5 (25.0)	4 (20.0)	9 (22.5)	6 (30.0)	6 (30.0)	12 (30.0)	8 (40.0)	4 (20.0)	12 (30.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	16 (40.0)
	Bazen	9 (45.0)	4 (20.0)	13 (32.5)	12 (60.0)	1 (5.0)	13 (32.5)	10 (50.0)	2 (10.0)	12 (30.0)	6 (30.0)	3 (15.0)	9 (22.5)
	Herzaman	6 (30.0)	12 (60.0)	18 (45.0)	2 (10.0)	13 (65.0)	15 (37.5)	2 (10.0)	14 (70.0)	16 (40.0)	2 (10.0)	13 (65.0)	15 (37.5)
<i>Maddi yetersizlikler nedeniyle ilaçlarımı aksattığım oluyor</i>	Asla	20 (100.0)	19 (95.0)	39 (97.5)	20 (100.0)	20 (100.0)	40 (100.0)	20 (100.0)	20 (100.0)	40 (100.0)	20 (100.0)	19 (95.0)	39 (97.5)
	Bazen	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Herzaman	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)

<i>İlaçları kullanmada zorluk yaşıyorum</i>	Asla	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (50.0)	19 (95.0)	7 (35.0)	26 (65.0)	20 (100.0)	6 (30.0)	26 (65.0)	20 (100.0)	7 (35.0)	27 (67.5)
	Bazen	5 (25.0)	5 (25.0)	10 (25.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	8 (40.0)	8 (20.0)
	Herzaman	2 (10.0)	8 (40.0)	10 (25.0)	0 (0.0)	6 (30.0)	6 (15.0)	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)
<i>İlacı almam gerekse de bazen almadığım oluyor</i>	Asla	13 (65.0)	8 (40.0)	21 (52.5)	18 (90.0)	10 (50.0)	28 (70.0)	19 (95.0)	13 (65.0)	32 (80.0)	19 (95.0)	13 (65.0)	32 (80.0)
	Bazen	5 (25.0)	12 (60.0)	17 (42.5)	2 (10.0)	10 (50.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)
	Herzaman	2 (10.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>İlaç kullanmak anlamsız geliyor</i>	Asla	12 (60.0)	3 (15.0)	15 (37.5)	18 (90.0)	4 (20.0)	22 (55.0)	19 (95.0)	9 (45.0)	28 (70.0)	19 (95.0)	9 (45.0)	28 (70.0)
	Bazen	6 (30.0)	14 (70.0)	20 (50.0)	2 (10.0)	14 (70.0)	16 (40.0)	1 (5.0)	11 (55.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	11 (55.0)	12 (30.0)
	Herzaman	2 (10.0)	3 (15.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>İlaç kullanmayı bıraktım.</i>	Asla	9 (45.0)	6 (30.0)	15 (37.5)	20 (100.0)	13 (65.0)	33 (82.5)	20 (100.0)	17 (85.0)	37 (92.5)	20 (100.0)	17 (85.0)	37 (92.5)
	Bazen	3 (15.0)	9 (45.0)	12 (30.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)
	Herzaman	8 (40.0)	5 (25.0)	13 (32.5)	0 (0.0)	3 (15.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>İlacı özgür irademle kullanıyorum</i>	Asla	2 (10.0)	1 (5.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Bazen	2 (10.0)	6 (30.0)	8 (20.0)	1 (5.0)	5 (25.0)	6 (15.0)	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)
	Herzaman	16 (80.0)	13 (65.0)	29 (72.5)	19 (95.0)	14 (70.0)	33 (82.5)	20 (100.0)	13 (65.0)	33 (82.5)	20 (100.0)	15 (75.0)	35 (87.5)
<i>İlaç kullanmak beni yorgun ve uyusuk yapıyor</i>	Asla	5 (25.0)	0 (0.0)	5 (12.5)	7 (35.0)	0 (0.0)	7 (17.5)	9 (45.0)	0 (0.0)	9 (22.5)	11 (55.0)	1 (5.0)	12 (30.0)
	Bazen	8 (40.0)	14 (70.0)	22 (55.0)	11 (55.0)	14 (70.0)	25 (62.5)	10 (50.0)	18 (90.0)	28 (70.0)	9 (45.0)	15 (75.0)	24 (60.0)
	Herzaman	7 (35.0)	6 (30.0)	13 (32.5)	2 (10.0)	6 (30.0)	8 (20.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)
<i>İlaç kullandığım zaman düşüncelerim daha net oluyor</i>	Asla	3 (15.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	2 (10.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	2 (5.0)
	Bazen	7 (35.0)	14 (70.0)	21 (52.5)	6 (30.0)	12 (60.0)	18 (45.0)	5 (25.0)	13 (65.0)	18 (45.0)	6 (30.0)	11 (55.0)	17 (42.5)
	Herzaman	10 (50.0)	6 (30.0)	16 (40.0)	12 (60.0)	8 (40.0)	20 (50.0)	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (50.0)	12 (60.0)	9 (45.0)	21 (52.5)
<i>Aldığım ilaçların dozunu kendim değiştirim</i>	Asla	12 (60.0)	8 (40.0)	20 (50.0)	19 (95.0)	9 (45.0)	28 (70.0)	20 (100.0)	13 (65.0)	33 (82.5)	20 (100.0)	13 (65.0)	33 (82.5)
	Bazen	5 (25.0)	7 (35.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)
	Herzaman	3 (15.0)	5 (25.0)	8 (20.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (5.0)
<i>İlaç kullanmaya dair olumlu düşüncelerim daha fazladır</i>	Asla	5 (25.0)	0 (0.0)	5 (12.5)	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Bazen	2 (10.0)	11 (55.0)	13 (32.5)	5 (25.0)	10 (50.0)	15 (37.5)	1 (5.0)	8 (40.0)	9 (22.5)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)
	Herzaman	13 (65.0)	9 (45.0)	22 (55.0)	14 (70.0)	10 (50.0)	24 (60.0)	18 (90.0)	12 (60.0)	30 (75.0)	19 (95.0)	13 (65.0)	32 (80.0)
<i>6 ay boyunca ilaçlarımı her gün düzenli alırsam iyileşirim, sonra da ilaç almaya gerek kalmaz</i>	Asla	11 (55.0)	6 (30.0)	17 (42.5)	17 (85.0)	8 (40.0)	25 (62.5)	18 (90.0)	5 (25.0)	23 (57.5)	19 (95.0)	4 (20.0)	23 (57.5)
	Bazen	4 (20.0)	1 (5.0)	5 (12.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	3 (7.5)	1 (5.0)	2 (10.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (2.5)
	Herzaman	5 (25.0)	13 (65.0)	18 (45.0)	1 (5.0)	11 (55.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	13 (65.0)	14 (35.0)	1 (5.0)	15 (75.0)	16 (40.0)
<i>Eğer kendimi huzursuz hisseder ve yerimde oturamazsam bu durumda aldığım ilaçları kesmeliyim</i>	Asla	15 (75.0)	7 (35.0)	22 (55.0)	19 (95.0)	10 (50.0)	29 (72.5)	19 (95.0)	11 (55.0)	30 (75.0)	19 (95.0)	10 (50.0)	29 (72.5)
	Bazen	3 (15.0)	2 (10.0)	5 (12.5)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (5.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	3 (7.5)	1 (5.0)	3 (15.0)	4 (10.0)
	Herzaman	2 (10.0)	11 (55.0)	13 (32.5)	0 (0.0)	9 (45.0)	9 (22.5)	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)
<i>Yeni bir alevlenme olasılığım ilaç kullanark azaltabilirim</i>	Asla	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Bazen	3 (15.0)	9 (45.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	6 (30.0)	7 (17.5)	1 (5.0)	6 (30.0)	7 (17.5)	1 (5.0)	6 (30.0)	7 (17.5)
	Herzaman	16 (80.0)	10 (50.0)	26 (65.0)	18 (90.0)	13 (65.0)	31 (77.5)	19 (95.0)	14 (70.0)	33 (82.5)	19 (95.0)	14 (70.0)	33 (82.5)

<i>Düşünce ve davranışlarımı ilaçların kontrol etmesi mümkün değil</i>	Asla	11 (55.0)	6 (30.0)	17 (42.5)	17 (85.0)	7 (35.0)	24 (60.0)	16 (80.0)	9 (45.0)	25 (62.5)	15 (75.0)	8 (40.0)	23 (57.5)
	Bazen	4 (20.0)	7 (35.0)	11 (27.5)	2 (10.0)	7 (35.0)	9 (22.5)	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (17.5)	4 (20.0)	5 (25.0)	9 (22.5)
	Herzaman	5 (25.0)	7 (35.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	6 (30.0)	7 (17.5)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	8 (20.0)
<i>İlaçları uzun süre kullanmanın zararlı etkileri olduğunu düşünüyorum</i>	Asla	3 (15.0)	1 (5.0)	4 (10.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	13 (32.5)	15 (75.0)	4 (20.0)	19 (47.5)	16 (80.0)	5 (25.0)	21 (52.5)
	Bazen	8 (40.0)	7 (35.0)	15 (37.5)	8 (40.0)	7 (35.0)	15 (37.5)	3 (15.0)	7 (35.0)	10 (25.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	7 (17.5)
	Herzaman	9 (45.0)	12 (60.0)	21 (52.5)	2 (10.0)	10 (50.0)	12 (30.0)	2 (10.0)	9 (45.0)	11 (27.5)	2 (10.0)	10 (50.0)	12 (30.0)
<i>İlacımı düzenli aldığım sürece asla tekrar hastalanmam</i>	Asla	2 (10.0)	2 (10.0)	4 (10.0)	4 (20.0)	3 (15.0)	7 (17.5)	10 (50.0)	3 (15.0)	13 (32.5)	11 (55.0)	4 (20.0)	15 (37.5)
	Bazen	7 (35.0)	14 (70.0)	21 (52.5)	8 (40.0)	14 (70.0)	22 (55.0)	6 (30.0)	13 (65.0)	19 (47.5)	6 (30.0)	12 (60.0)	18 (45.0)
	Herzaman	11 (55.0)	4 (20.0)	15 (37.5)	8 (40.0)	3 (15.0)	11 (27.5)	4 (20.0)	4 (20.0)	8 (20.0)	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (17.5)
<i>İlaç yan etkileri asla kontrol edilemez</i>	Asla	13 (65.0)	3 (15.0)	16 (40.0)	16 (80.0)	5 (25.0)	21 (52.5)	15 (75.0)	6 (30.0)	21 (52.5)	14 (70.0)	7 (35.0)	21 (52.5)
	Bazen	3 (15.0)	3 (15.0)	6 (15.0)	3 (15.0)	3 (15.0)	6 (15.0)	4 (20.0)	5 (25.0)	9 (22.5)	5 (25.0)	4 (20.0)	9 (22.5)
	Herzaman	4 (20.0)	14 (70.0)	18 (45.0)	1 (5.0)	12 (60.0)	13 (32.5)	1 (5.0)	9 (45.0)	10 (25.0)	1 (5.0)	9 (45.0)	10 (25.0)
<i>İlaç kullandığım zaman daha rahat hissediyorum</i>	Asla	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Bazen	8 (40.0)	15 (75.0)	23 (57.5)	2 (10.0)	14 (70.0)	16 (40.0)	3 (15.0)	12 (60.0)	15 (37.5)	4 (20.0)	12 (60.0)	16 (40.0)
	Herzaman	12 (60.0)	5 (25.0)	17 (42.5)	18 (90.0)	6 (30.0)	24 (60.0)	17 (85.0)	8 (40.0)	25 (62.5)	16 (80.0)	8 (40.0)	24 (60.0)
<i>Ağzım kurursa ve uyuklamaya başlarsam bile ilacımı almaya devam etmeliyim</i>	Asla	2 (10.0)	7 (35.0)	9 (22.5)	0 (0.0)	7 (35.0)	7 (17.5)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)
	Bazen	1 (5.0)	3 (15.0)	4 (10.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	3 (7.5)	1 (5.0)	5 (25.0)	6 (15.0)	1 (5.0)	5 (25.0)	6 (15.0)
	Herzaman	17 (85.0)	10 (50.0)	27 (67.5)	19 (95.0)	11 (55.0)	30 (75.0)	19 (95.0)	11 (55.0)	30 (75.0)	19 (95.0)	11 (55.0)	30 (75.0)
<i>İlacımı almaya uzun yıllar devam edersem ona bağımlı olurum</i>	Asla	6 (30.0)	4 (20.0)	10 (25.0)	18 (90.0)	4 (20.0)	22 (55.0)	19 (95.0)	5 (25.0)	24 (60.0)	19 (95.0)	5 (25.0)	24 (60.0)
	Bazen	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (17.5)	1 (5.0)	5 (25.0)	6 (15.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)
	Herzaman	11 (55.0)	12 (60.0)	23 (57.5)	1 (5.0)	11 (55.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	11 (55.0)	12 (30.0)	1 (5.0)	10 (50.0)	11 (27.5)

4.4. Tedaviye Yönelik Uyum Tutum Anketine Ait Verilerin Değerlendirilmesi

Tablo-4'te müdahale ve kontrol grubunda bulunan şizofreni hastalarının tedavi uyum tutum anketine ilişkin verileri sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Ankette yer alan “ilacımı almayı unutuyorum” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %70'i “bazen”, MG sonrasında ise “asla” olarak işaretlemişlerdir. 3. ve 6. ay izlemlerinde hastaların tamamı “asla” olarak belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesinde %45'i, MG sonrasında ve 3. izlemde %55'i, 6. Ay izlemde ise %60'ı “asla” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilaç almayı unutmamak için çeşitli yöntemler kullanıyorum” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %90'ı, MG sonrasında %65'i “asla” olarak ifade etmişlerdir. 3. izlemde %30'u bazen şeklinde belirtirken, 6. ay izlemde hastaların yarısı “asla” olarak belirtmişlerdir. MG öncesi ve sonrası kontrol grubundaki hastaların yarısı “asla” olarak ifade etmişlerdir. Hastaların %30'u 3. izlemde “bazen” derken, 6. ay izlemde %35'i “asla” olarak belirtmişlerdir.

“Eğer bir doz ilacımı almayı unutursam bir sonraki dozda iki doz birden alıyorum” ifadesini müdahale grubunda yer alan hastaların sırasıyla MG öncesinde %70'i, MG sonrasında %95'i, 3. ve 6. ay izlemlerinde ise tamamı “asla” olarak belirtmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi %35'i “her zaman”, MG sonrası ve 3. izlemde yarısı “bazen”, 6.ay izlemde ise %45'i “asla”olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilacı aldığım sürece alma saatinin bir önemi yoktur” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %70'i, müdahale sonrası %85'i, üçüncü ve altıncı aylardaki izlemlerde de bu gruptaki hastaların tamamı “asla” ifadesini seçmişlerdir. Kontrol grubundaki hastalarda ise aynı soruya başlangıçta “asla” seçeneğini işaretleyenler %60'larda olup, MG sonrasında %70, diğer ölçümlerde ise sırası ile %80 ve %75 olmuştur.

Ankette yer alan “kendimi iyi hissettiğim günlerde de ilaçlarımı almalıyım” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %75'i “her zaman” ifadesini seçip, MG sonrası (%90), 3. ay (%100), 6. ay (%100) aynen devam etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise aynı soruya “her zaman” diyenlerin oranı, MG öncesi %80 olup, diğer izlemlerde sırasıyla %85 ve %90 olmuştur.

“İlacı yalnızca kendimi hasta hissettiğim zamanlarda kullanırım” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %65'i olmak üzere müdahale sonrası ve diğer izlemlerde de tamamen “asla” ifadesini seçmiştir. Aynı soruya kontrol grubundaki hastalardan “asla” diyenlerin oranı ilk ölçümde %85'lerde olup, sonraki ölçümlerde %95'lere çıkmıştır.

Ankette yer alan “ilacımı atladığım oldu” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %40’ı, MG sonrasında %75’i, 3. ay izlemde %90’ı, 6.ay izlemde %95’i “asla” olarak belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların ise ilk aşamada %55’i, MG sonrası %50’si “bazen” olarak ifade etmiştir. 3. ay ve 6. ayda %65’i “asla” olarak ifade etmiştir.

“Ailem/yakınlarım ilaç alma konusunda bana hatırlatma yaparlar” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %45’i, MG sonrası %60’ı, 3. ay izlemde %50’si “bazen” olarak belirtmiş ve 6. ay izlemde de hastaların %10’u “her zaman” seçeneğini işaretlemiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi %60’ı, MG sonrası %65’i, 3. ayda %70’i ve 6. ayda %65’i “her zaman” olarak ifade etmiştir.

“Maddi yetersizlikler nedeniyle ilaçlarımı aksattığım oluyor” ifadesini MG öncesi, sonrası, 3. ay izlem ve 6. ay izlem değerlendirmelerinde müdahale grubunda yer alan hastaların tamamı “asla” olarak ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi %95’i, MG sonrası ve 3. ayda tamamı, 6. ayda da %95’i (n=19) “asla” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilaçları kullanmada zorluk yaşıyorum” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %65’i, MG sonrasında %95’i, 3. ve 6. ay izlemlerinde ise tamamı “asla” olarak ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi %40’ı “her zaman” olarak ifade ederken, MG sonrasında %35’i “asla” olarak ifade etmiştir. 3. ay izlemde %35’i “her zaman” ifadesini seçerken, 6.ay izlemde %40’ı “asla” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilacı almam gerekse de bazen almadığım oluyor” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %65’i, MG sonrasında %90’ı, 3. ve 6. ayda ise %95’i “asla” seçeneğini işaretlemiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesinde %60’ı “bazen” olarak ifade etmiş, MG sonrasında ise %50’si, 3. ve 6. ay izlemlerinde de %65’i “asla” olarak ifade etmişlerdir

“İlaç kullanmak anlamsız geliyor” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %60’ı, MG sonrasında %90’ı, 3. ve 6. ay izlemlerinde de %95’i “asla” olarak ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi ve MG sonrası %70’i, 3. ve 6. ay izlemlerinde %55’i “bazen” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilaç kullanmayı bıraktım” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %45’i ve diğer izlemlerde de tamamı “asla” şeklinde ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %45’i “bazen” derken, MG sonrasında %65’i, 3. ve 6.ay izlemde %85’i “asla” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilacı özgür irademle kullanıyorum” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %80’i, MG sonrasında %95’i, diğer izlemlerde tamamı “her zaman” demiştir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %65’i, MG sonrasında %70’i, 3. izlemlerde bu oran düşmüş (%65), ve 6. ayda da artarak (%75) “her zaman” olarak devam etmiştir.

Ankette yer alan “ilaç kullanmak beni yorgun ve uyusuk yapıyor” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %40’ı, MG sonrasında %55’i, 3. izlemlerde %50’si “bazen” derken, 6. ayda %55’i “asla” seçeneğini ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi ve sonrası %70’i, sonraki izlemlerde %90 ve %75 oranında olmak üzere “bazen” ifadesini seçmiştir.

Ankette yer alan “ilaç kullandığım zaman düşüncelerim daha net oluyor” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %50’si, MG sonrası %60’ı ve sırasıyla %65 ve %60’ı “her zaman” olarak belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %70’i, MG sonrasında %60’ı, 3. izlemlerde %65’i ve 6. ay izlemlerde de %55’i “bazen” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “aldığım ilaçların dozunu kendim değiştiririm” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %60’ı, MG sonrasında %95’i, 3. izlem ve 6. ay izlemlerinde ise tamamı “asla” olarak ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise MG öncesi %40’ı, MG sonrası %45’i ve diğer izlemlerde de %65’i “asla” olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan “ilaç kullanmaya dair olumlu düşüncelerim daha fazladır” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %65’i “her zaman”, MG sonrasında %70’i her zaman seçeneğini işaretlemiş ve bu oran diğer izlemlerde de (%90 ve %95) artarak devam etmiştir. Bu ifadeyi “her zaman” olarak işaretleyen kontrol grubundaki hastaların oranı %50 ile %65 arasındadır.

Ankette yer alan “6 ay boyunca ilaçlarımı her gün düzenli alırsam iyileşirim, sonra da ilaç almaya gerek kalmaz” ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %55’i “asla”, MG sonrasında %85’i, 3. izlemlerde %90 ve 6. ay izlemlerde de %95’i “asla” olarak işaretlemişlerdir. Aynı soruya kontrol grubundaki hastalar ise tüm izlemlerde %55 ile %75 oranında “her zaman” şeklinde yanıt vermişlerdir.

Ankette yer alan “eğer kendimi huzursuz hisseder ve yerimde oturamazsam bu durumda aldığım ilaçları kesmeliyim” ifadesini müdahale grubunda yer alan MG öncesinde %75, MG sonrasında ve diğer izlemlerde %95 oranında “asla” olarak yanıtlamışlardır.

Kontrol grubundaki hastaların %55'i MG öncesinde "her zaman" olarak ifade etmiş, MG sonrasında ise %50, 3. izlemde %55'i, 6.ay izlemde ise %50'si "asla" olarak yanıtlamışlardır.

Ankette yer alan "yeni bir alevlenme olasılığını ilaç kullanmaya devam ederek azaltabilirim" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %80'i, MG sonrasında da %90'ı ve diğer izlemlerde de %95 oranında "her zaman" olarak ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %50'si, MG sonrasında %65'i ve diğer izlemlerde ise %70 oranında "her zaman" şeklinde ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan "düşünce ve davranışlarımı ilaçların kontrol etmesi mümkün değil" ifadesini müdahale grubunda yer alan hastalar sırayla %55, %85, %80 ve %75 oranında "asla" olarak ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların ise sırayla %30, %35, %45 ve %40'ı "asla" olarak ifade etmişlerdir.

"İlaçları uzun süre kullanmanın zararlı etkileri olduğunu düşünüyorum" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %45'i "her zaman" olarak yanıtlarken, , MG sonrasında ise yarısı "asla" şeklinde belirtmiştir. Bu oran diğer izlemlerde artarak (%75, %80) devam etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesinde %60'ı, MG sonrasında yarısı, 3. izlemde %45'i ve 6.ay izlemde %50'si "her zaman" olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan "ilacımı düzenli aldığım sürece asla tekrar hastalanmam" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %55'i "her zaman", MG sonrası %40'ı "bazen", diğer izlemlerde ise sırasıyla %50 ve %55 oranında "asla" şeklinde yanıtlamışlardır. Bu soruyu kontrol grubundaki hastaların MG öncesinde ve sonrasında %70'i, 3. izlemde ise %65'i, 6.ay izlemde %60'ı "bazen" olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan "ilaç yan etkileri asla kontrol edilemez" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %65'i, MG sonrasında %80'i "asla" olarak yanıtlarken, 3. izlemde %75'i ve 6.ay izlemde %70'i "her zaman" şeklinde işaretlemiştir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesinde %70'i, MG sonrasında %60'ı ve diğer izlemlerde ise %45'i "her zaman" olarak ifade etmiştir.

Ankette yer alan "ilaç kullandığım zaman daha rahat hissediyorum" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %60'ı, MG sonrasında %90'ı, 3. izlemde %85'i ve 6.ay izlemde %80'i "her zaman" olarak ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %75'i, MG sonrasında %70'i, 3. ay izlemde %60'ı, 6.ay izlemde ise %60'ı "bazen" olarak ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan "ağzım kurursa ve uyuklamaya başlarsam bile ilacımı almaya devam etmeliyim" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %85'i, MG sonrası ve diğer izlemlerde ise %95'i "her zaman" olarak işaretlemiştir. Kontrol grubundaki

hastaların MG öncesi %50'si, MG sonrasında ve diğer izlemlerde ise %55' oranında "her zaman" şeklinde ifade etmişlerdir.

Ankette yer alan "ilacımı almaya uzun yıllar devam edersem ona bağımlı olurum" ifadesini MG öncesinde müdahale grubunda yer alan hastaların %55'i "her zaman" şeklinde yanıtlarken, MG sonrasında bu hastaların %90'ı, diğer izlemlerde de %95'i "asla" olarak ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların MG öncesi %60'ı, MG sonrasında %55'i, 3. izlemde %55'i, 6.ay izlemde ise %50'si "her zaman" olarak ifade etmişlerdir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşmenin şizofreni tanılı hastalarda etkinliğini belirlemek amacıyla randomize kontrollü ve tekrarlayan ölçümlü desende yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda ele alınmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların MG sonrası, üçüncü ay ve altıncı ay izlemlerindeki Morisky uyum ölçeği uyum düzeyleri ile İçgörü ölçeği ve alt boyut puan ortancaları incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. MG sonrası, 3. ve 6. ayda müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna göre uyum düzeyleri anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Müdahale grubundaki hastalarda motivasyonel görüşmeler sonrası içgörü ölçeği ve alt boyutları puan ortancalarında ise tedavi uyumu alt boyutu sadece 6. ayda artış göstermektedir. Genel olarak ele alındığında müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre motivasyonel görüşmeler sonrası tedavi uyumunun, içgörü düzeyinin artmış olması MG'nin etkili olduğunu göstermektedir.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde uyum ve içgörü kavramları birlikte ele alınmıştır. Bu çalışmada da uyum ve içgörü kavramları birarada tartışılmıştır.

Bu çalışmada MG yönteminin ve izlemlerin tedavi uyumunu etkilediği ve içgörü düzeyini arttırdığı görülmektedir. Müdahale grubundaki 20 hasta ile MG oturumlarında ilaç kullanımının önemi ve diğer bilgiler tartışılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarında MG sonrası ölçüm, 3. ay izlem ve 6. ay izlemlerinde Morisky ölçeği toplam puanlarında farklılık bulunmuştur. Müdahale grubundaki şizofreni tanılı hastaların orta ve yüksek düzey uyum oranlarının MG sonrası, 3. ve 6. aydaki ölçümlerde kontrol grubundaki şizofreni tanılı hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İzlemler ile de hastaların ilaçları kullanım durumlarının ve içgörü düzeylerinin tekrar değerlendirilmesi hastaların tedaviye uyum ve içgörü puanlarının artmasını etkilemiş olabilir. Uygulanan tedavi uyum tutum anketinden elde edilen veriler de bu bulguları destekler niteliktedir. Bu çalışmada yapılan izlemlerde; ankette yer alan ve tedavi uyumsuzluğu kapsamındaki “*eğer bir doz ilacımı almayı unutursam bir sonraki dozda iki doz birden alıyorum*” ifadesi MG öncesi deney grubunun %30'u bazen olarak belirtirken, müdahale sonrası %5 olarak saptanmıştır. 3. ve 6. ay izlemlerinde ise hiçbir hasta bu ifadeyi işaretlememiştir. Yine aynı ankette yer alan “*kendimi iyi hissettiğim günlerde de ilaçlarımı almalyım*” ifadesi MG öncesi %75, MG sonrası %90, 3. ve 6. ay izlemlerinde %100 olarak belirlenmiştir. Tedavi uyumsuzluğunun en

önemli nedenleri arasında yer alan *kullanılan psikiyatrik ilaçların bağımlılık yapacağı düşüncesi* deney grubunda MG öncesi aşamada %55, MG sonrası 3. ay ve 6. ay izlemlerinde %5 olarak belirlenmiştir. MG öncesi ve MG sonrası yapılan ölçümlerde elde edilen bu sonuçlar tedavi uyum boyutunda olumlu değişimin göstergeleridir.

Şizofreni tanılı hastaların tedavi uyumuyla ilgili çalışmalarda oranlar farklı olmakla birlikte, genel olarak bu uyum oranının düşük olduğu ve bunun uygulanan tedavilerin başarısının önünde önemli bir engel oluşturduğu konusunda bir görüş birliği vardır. Tedaviye uyumu ve içgörüyü artırmaya yönelik uygulanan MG temelli programların, hastalık hakkındaki bilgi düzeyini, içgörüyü ve tedaviye uyumu arttırdığı gösterilmiş olup, bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Umut ve arkadaşları (2012) tarafından 104 şizofreni hastasında şiddet davranışı ile içgörü, klinik belirtiler ve tedavi uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada tedavi uyumu içgörü düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Tedaviye uyum göstermeyen hastaların ölçekten almış oldukları puanların, uyum gösteren olgulardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmış olup, tedavi uyumunun içgörü ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kemp ve ark. (1998)'nın İngiltere'de hastanede yatan psikotik hastalarla yaptıkları çalışmada deney grubuna (n=37) MG içerikli müdahale, kontrol grubuna (n=37) ise 5 haftalık bireysel danışmanlık uygulamış olup, 18 aylık izlemde deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyum, iç görü ve tedaviye yönelik tutum puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Maneesakorn ve ark. (2007)'in yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada MG içerikli müdahale uygulanmış, deney grubundaki hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre tedaviye yönelik tutum, memnuniyet ve yan etki deneyimlerinde ön test ve son test arasında anlamlı fark saptanmıştır. Chien ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada şizofreni tanılı bireylere MG yöntemi kullanılarak 6 oturumdan oluşan uyum terapisi uygulanmıştır. Müdahale sonrası 18 aylık izlemde hastaların içgörü düzeyinde artış, hastanede yatış süresinde azalma ve tedavi işbirliği kurulması sağlanmış olup, bu sonuçtan hareketle MG yöntemi kullanarak hazırlanan uyum programının şizofreni hastalarında etkili olduğunu vurgulanmaktadır. Tay'ın (2007) şizofreni ve majör depresyon tanılı bireylerde yapmış olduğu çalışmada uyum terapisi motavasyonel görüşme yöntemi ile uygulanmış, hem bireysel hem grup çalışmalarına katılan hastaların tedavi tutumu ile ilgili davranışlarında olumlu düzeyde artış saptanmıştır. EvaMarina ve ark.'nın (2011), ayaktan izlenen 150 psikiyatri hastasıyla yaptıkları bir çalışmada hastaların antipsikotiklere ilişkin görüşleri ve hastalık hakkında farkındalıkları değerlendirilmiş, hastalığının farkında olmasının kişinin tedavi uyumuna katkıda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Barrowclough ve arkadaşları (2001) şizofreni ve alkol kullanım bozukluğu tanısı olan hastalar ile yaptıkları çalışmada motivasyonel görüşme ile bilişsel davranışçı yaklaşım uygulamışlardır. Çalışma sonucunda şizofreni hastalarında pozitif belirtilerin azaldığı, genel işlevlerde düzelme sağlandığı ve alkol-madde kullanım oranında önemli düzeyde azalma olduğu saptanmıştır. Zygmunt ve ark. (2002) tarafından ilaç uyumunu arttırmada kullanılan psikososyal müdahaleleri incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada 1980-2000 arasındaki yayınlar Medline, Psychlit veritabanlarında taranmıştır. Sistematik literatür taramasının sonucuna göre klinik olarak sıklıkla psikoeğitimsel yaklaşım ve aile terapileri kullanılsa da problem çözme ve motivasyon içerikli müdahalelerin önemine daha çok vurgu yapılmaktadır.

Staring ve ark. (2010) ayaktan takip edilen şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, randomize seçilen deney grubuna MG yönteminin kullanıldığı Tedaviye Uyum Programı (*Treatment Adherence Therapy*) uygulanmış ve deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre müdahale sonrası tedaviye uyumu artarken, hastaneye yatış sayısı da azalmıştır. Kemp ve arkadaşlarının (1996), yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada, psikoza olan kişilerde düzenli ilaç kullanımını sağlamak için 4-6 seanstan oluşan 10-60 dakika süreli motivasyonel görüşme programı uygulanmış, deney grubundaki hastaların ilaç uyum düzeyleri ile hastalığa yönelik içgörülerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeklerden elde edilen bulgular, bu araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Tedaviye yönelik uyum tutum anketinden elde edilen bulgular da literatürü desteklemektedir. Ankette yer alan “düzenli ilaç kullanımı”na yönelik maddelerin sonuçları MG sonrası ve izlem sürecinde artış göstermiştir. Yine ankette yer alan ve “tedaviye yönelik tutum –direnci” işaret eden maddelerden elde edilen sonuçlara göre müdahale grubundaki hastaların tedavilerine ilişkin sergiledikleri tedaviye direnç, olumsuz tutumlar ve ilaç reddinde azalma olduğu saptanmıştır. “Tedaviye yönelik bilgi ve düşünce” boyutunda ise hastaların ilaç etki ve yan etkilerine dair bilgi düzeyinde artış olduğu saptanmıştır.

Lundahl ve Burke’un (2009) yapmış olduğu meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre MG ile grup müdahalesi yerine bireysel çalışmanın önemi vurgulanmıştır. Vanderwool (2015) sistematik derleme niteliğindeki bir çalışmada, MG’nin şizofreni tanılı bireylerin tedavi uyumunda etkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla PsycINFO, OVID Medline, and PubMed isimli veri tabanları “şizofreni, tedavi uyumu, tedavi işbirliği ve MG” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Son 10 yıla ait araştırmalar incelendiğinde 6 çalışmaya ulaşılmış olup bunlardan bir tanesi MG ile uyum arasında bazıları ise psikotik semptomlarda iyileşme ve tekrarlı yatışlarda azalma ile doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra birçok çalışma ise MG’nin bu ilişkisini desteklememektedir. Yazarlar bu

bulgulardan hareketle MG'nin şizofreni tanılı bazı hastalarda yararlı olabileceğini ancak ilk adım olarak uygulanmasının doğru olamayacağını belirtmişlerdir.

O'Donnell ve ark.'nın (2003) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, MG yöntemi kullanılarak yapılan uyum terapisi ile bir yıllık izlemde deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyum, tedaviye yönelik tutum, iç görü, belirtileri, işlevleri ve yaşam kalitesi puanlarının değişmediği ve gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır. Anderson ve ark. (2010)'nın yaptıkları randomize kontrollü çalışmada deney grubuna MG yöntemi içeren müdahale uygulanmış, müdahale öncesi ve sonrası deney ve kontrol grubu arasında belirtiler ve tedaviye uyum yönünden anlamlı fark bulunmamıştır. Byerly ve ark. (2005) yaptıkları ön test son test tek grup yarı deneysel çalışmada, ayaktan takip edilen ve DSM-IV tanı kriterlerine göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastalara (N=30) içeriğinde MG yönteminin de yer aldığı uyum terapisi uygulanmış, hastaların yaşadıkları psikiyatrik belirtilerin, tedaviye uyum, iç görü ve tedaviye yönelik tutumlarının değişmediği saptanmıştır. Schultz ve ark. (2013), akut psikiyatri servisinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, deney grubuna (n=80) içeriğinde MG yönteminin kullanıldığı uyum terapisi uygulamış olup, deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre belirtilerinin azaldığı, ancak tedaviye uyum ve tedaviye yönelik tutumlarının değişmediği saptanmıştır. Gray ve ark. (2006) tarafından yapılan bir başka çalışmada MG içerikli uyum terapisinin şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesine etkisi incelenmiş, uyum terapisinin yaşam kalitesini arttırmada uygulanan sağlık eğitiminden daha etkili olmadığı saptanmıştır. Drymalski ve Campbell (2009) tarafından yapılan sistematik derlemede motivasyonel görüşme yönteminin tedavi uyumunda kesin olarak bir değişiklik ortaya çıkarmadığı sonucuna ulaşılmış ve bu konuya ilişkin başka çalışmalar yapılması önerilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar; O'Donnell ve ark. (2003), Byerly ve ark. (2005), Gray ve ark. (2006), Anderson ve ark. (2010), Schultz ve ark. (2013)'nın yaptıkları çalışma ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, MG içeriği, oturum sayısı, izlem sayısı ve sıklığı, görüşmecilerin MG konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmaması gibi birçok nedeni olabilir. Ayrıca görüşme süresi, görüşme sonrası izlem yapılması, bireysel ya da grup çalışması şeklinde planlanması, şizofreni tanısına ek tanı olan hasta grubuyla çalışılması (komorbid hastalar) gibi faktörlerin rol oynadığı ve sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada yapılan görüşmelerin ilaç uyumu ve içgörü arttırmada hasta ile işbirliği kurulmasına odaklı olması, izlemlerde ilk görüşmede saptanan ambivalans ve beraberinde hastalık belirtileri ile ilaç yan etkileriyle başedememe gibi sorunlara yönelik olarak bireysel planlanan görüşmelerin devam etmesi etkilemiş olabilir. Ayrıca MG yöntemi kullanılarak

yapılan görüşme içerikleri ile ölçülen değişkenlerin (uyum işbirliği, içgörü düzeyi) benzer olmasının da bu çalışmanın sonuçlarını etkilediğini göstermektedir.

Bu sonuçlara göre “*müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki ilaç tedavisine uyum ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark vardır,*” (H₁), “*Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır,*”(H₂), *Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği hastalığın farkında olma alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık vardır,*” (H_{2b}), “*Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık vardır.*(H_{2c})” hipotezleri MG sonrası, 3. Ay ve 6. Ay ölçümleri için kabul edilmiştir. “*Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki içgörü ölçeği tedaviye uyum alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık vardır*” (H_{2a}) ise sadece 6. ay izlemde kabul edilmiştir. Morisky uyum ölçeğinden ayrı olmak üzere İçgörü ölçeğinin “*tedavi uyumu*” alt boyutu puanları sadece altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu. Her iki ölçek tedaviye uyumu değerlendirirse de madde ifadeleri ve değerlendirmesi farklıdır. Farklılığın bu nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

- Araştırma sonucunda MG ile müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyum düzeyleri ve içgörü düzeyi artmıştır.
- Müdahale ve kontrol gruplarında MG sonrası ölçüm, 3. ay izlem ve 6. ay izlemlerinde Morisky ölçeği uyum düzeyleri arasında farklılık bulunmuştur. Müdahale grubundaki şizofreni tanılı hastaların yüksek ve orta düzey uyum oranlarının MG sonrası ölçüm, 3. ve 6. Ayda kontrol grubundaki şizofreni tanılı hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Müdahale grubundaki hastaların içgörü toplam puanları MG sonrası, 3. ay izlem ve 6. ay izlemde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Müdahale grubundaki hastaların *tedaviye uyum, farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma* alt boyutları puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- Müdahale grubundaki hastaların Tedaviye yönelik uyum tutum anketi sonuçlarına göre hastaların tedavilerine ilişkin direnç, olumsuz tutum ve ilaç reddinde azalma ile ilaç etki ve yan etkilerine dair bilgi düzeyinde artış olmuştur.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Bu programın komorbid hastalarda ve bipolar tanılı hasta grubunda da çalışılması,
- ✓ Motivasyonel görüşme sonrası izlem süresinin uzatıldığı (12 ay, 18 ay) çalışmaların yapılması
- ✓ Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda ve içgörü kazanmasında motivasyonel görüşmenin, hastalar psikiyatri polikliniğine başvurduğu ilk andan itibaren planlanmasının her sağlık kurumunda standart hale getirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abrams AC. Clinical Drug Therapy Retiotieles for Nursing Practice, Lippincott Company, Fifth ed. 1998;37.
- Addington J, Piskulic D, Marshall C. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science* 2010;19,260-263.
- Agara AJ, Onibi OE. Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuropsychiatric hospital in southwest Nigeria: a randomized control trial (RCT). *Ann Acad Med Singapore* 2007;36:272-275.
- Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 2000.
- Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme. *Düşünen Adam* 2003;16(4):211-218.
- Akıncı F, Öz F. Hiv/aids'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. *HIV/AIDS Dergisi* 2003.
- Alptekin K, Ulaş H, Akdede BB, ve ark. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44: 905-910.
- Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, et al. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19:340-9.
- Arango C, Amador X. Lessons learned about poor insight. *Schizophr Bull.* 2011;37(1):27-28. 3.
- Arkowitz H, Miller WR. Learning, applying, and extending motivational interviewing. In H. Arkowitz, H.A. Westra, W.R. Miller, S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*, New York: Guilford Press, 2008;1-25.
- Aronson JK. Compliance, concordance, adherence. *Br. J Clin Pharmacol* 2007;63:383-4.
- Arslan T, Işık U. Antipsikotik ilaçlar, yan etkiler, tedaviye uyum ve hasta takibi. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2012; 2(1), 28-35.
- Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;(67):453-460.
- Aslan S, Altınöz AE. İçgörü Kavramı ve şizofreni. *RCHP* 2010;4: 23-32.
- Aslan S, Kiliç BG, Karakiliç HG ve ark. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001;3:17-24.
- Ateş A, Algül A. Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2(29):60-64.
- Baier M. Insight in schizophrenia: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12:356-361.
- Banning M. Enhancing older people's concordance with taking their medication. *Br. J Nurs* 2004;13:669-74.

- Barch DM. Emotion, motivation, and reward processing in schizophrenia spectrum disorders: what we know and where we need to go. *Schizophrenia Bulletin* 2008;34,816-818.
- Barkhoff E, Meijer CJ, Sonnevile LMV, Linszen DH. et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia - A review of the past decade. *European Psychiatry* 2012;27,9-18.
- Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH. et. al. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2013;39(6),1242-1251.
- Barnes TRE, Drake R. Pharmacological strategies for relapse prevention in schizophrenia. *Specific Community Treatments* 2007;6(9),351-356.
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW. et. al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(10):1706-1713.
- Beck, E-M. Cavelti, M. Kvrđic, S. Kleim, B. Vauth, R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the rol of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Results* 2011;132, 42-49.
- Beebe LH. What community living problems do persons with schizophrenia report during periods of stability? *Perspect Psychiatr Care* 2010;46:48-55.
- Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2007;64(5):710-711.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine SistematiK Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;21.
- Bissonette JM. Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 63 (6), 634-643.
- Boden R, Brandt L, Kieler H, Andersen M, Reutfors J. Early non-adherence to medication and other risk factors for rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research* 2011;133, 36-41.
- Boyd MA, Nihart MA. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Lippincott Company, New York, 1998;192-243.
- Boyd MA. *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th edition). Lippincott, China, 2008;31-45.
- Bressington D, Mui J, Gray R. Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: A cross sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing* 2012;22 (1),35-36.
- Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling* 2004;53,147-155.

- Byerly MJ, Fisher R, Carmody T, Rush AJ. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66(8), 997-1001.
- Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouflair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30:437–52.
- Byrne, M.K. Deane, F.P. (2011). Enhancing patient adherence: Outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 284-295.
- Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24,244–250.
- Chanut F, Brown TG, Dongier M. Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005;50 (11):715-721.
- Chen A. Non compliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42(3), 282-287.
- Chien WT, Mui J, Cheung E, Gray RJ. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:270. doi:10.1186/s13063-015-0785-z.
- Choi J, Medalia A. Intrinsic motivation and learning in a schizophrenia spectrum sample. *Schizophrenia Research* 2010;118:12-19.
- Clinical Practice Guidelines Treatment of schizophrenia canadian psychiatric association, *Canadian Journal Of Psychiatry* 2005; 50(13):7.
- Cockburn J, Gibberd RW. Determinants of non-compliance with short term antibiotic regimens. *British Medical Journal* 1987;295(3),814-818.
- Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:286-90.
- Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005;7:24–31.
- Compton TC, Rudish EB, Craw J, Thompson T, Owens DA. Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. *Psychiatr Serv* 2006;57:531-537.
- Coutreaut-Quin, EA, Emmouns MA, McMorrow MJ. Adherence and accuracy selfmedication during inpatient psychiatric treatment. *Journal of Psychosociel Nutsitig* 1992;30(12), 32-36.
- Cruz M, Cruz RF, McEldoon W. Best practise for managing noncompliance with psychiatric appointments in communitybased care. *Psychiatr Serv* 2001;52:1443-1445.
- Çakır F, İlhem C, Yener F. Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23,50-59.

Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2003;16 (4), 211-218.

David A. Insight in psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.28

Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D. ve ark. Attitudes toward antipsychotic medication. *Archives of General Psychiatry* 2005; (2): 717-724.

Demiralp, M. Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132-139.

Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal* 2015;40:555-568.

Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016;85-93.

Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;(16): 223-232.

Dilbaz N. Tedavi işbirliği programı. *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği* 2011;1:3-6.

Dilbaz N. Tedavi işbirliği ışığında şizofreni tedavisinde tedavi uyumu. In: Dilbaz N, editor. *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği Uzman Görüşleri*, Sigma Publishing: İstanbul; 2011;12-23.

Docherty JP, Fiester SJ. Therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology. *Review of Psychiatry*. In: American Psychiatric Association (editor). *Psychiatry update*. Washington DC: American Psychiatric Press 1985;607-632.

Doğan, O. Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3, 240-248.

Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002;159:103-8.

Driessen E, Hollon SD. Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective *Cognitive and Behavioral Practice* 2011;(18):70-73.

Drymalski WM, Campbell TC. A review of Motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: evidence and recommendations *Journal of Mental Health*, February 2009;18(1): 6-15.

Duman ZÇ, Kocaman N, Üçok A, Er F ve ark. Yatan hastalarda psikoeğitsel tedavi grubun etkinliği. *Düşünen Adam* 2006;19:64-71.

Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8,91-101.

Drymalski WM, Campbell TC. A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: evidence and recommendations *Journal of Mental Health*, February 2009;18(1): 6-15.

- Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96,1725-1742.
- Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:5-11.
- Fernandez RS, Evans V, Griffiths RD, Mostacchi MS. Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: a review of the evidence. *Int J Ment Health Nurs* 2006;(15):70-80.
- Forman L. Medication: reasons and interventions for noncompliance. *Journal of Psychosocial Nursing* 1993;31(10), 23-29.
- Fortinash KM. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Mosby Year Book Inc., 1996.
- Frank E, Perel JM, Mallinger AG, Thase ME, Kupfer DJ. Relationship Of Pharmacologic Compliance To Long-Term Propylaxis in Recurrent Depression. *Psychopharmacol Bull* 1992; 28:231-235.
- Galucci G, Swartz W, Hackerman F. Impact of the wait for an initial appointment on the rate of kept appointments at a mental health center. *Psychiatr Serv* 2005;56:344-346.
- Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161: 692-699.
- Glyngdal P, Sorensen P, Kistrup K. Non-compliance in community psychiatry: failed appointments in referral system to psychiatric outpatient treatment. *Nord J Psych* 2002;56: 151-156.
- Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E. et. al. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal* 2003;39(3),189-202.
- Gray R. Adherence therapy; working together to improve health. a treatment manual for healthcare workers. University of East Anglia, United Kingdom. http://www.academia.edu/2436503/Adherence_therapy_manual.
- Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2002;9(3),277-284.
- Gutiérrez-Casares JR1, Cañas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borrajo R, Alonso-Escolano D. Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: the ADHERE study. *CNS Spectr* 2010;15:327-337.
- Günaydın NA. Depresyonlu hastalarda psikoeğitimin ilaç uyumuna etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
- Hamrin V, McGuinness T. Motivational interviewing: a tool for increasing psychotropic medication adherence for youth. *Journal of psychosocial nursing* 2013;51:6, 15-17.
- Hayward P, Chan N, Kemp R, Youle & David A. Medication of self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health* 1995;4,511-517.

- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984;10:388-398.
- Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 277-283.
- Herz MI, Lamberti SJ, Mintz J, Scott R, O'dell SP, Maccartan L. et al. A program for relaps prevention in schizophrenia a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-282.
- Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review *Integrative Literature Reviews And Meta-Analyses*, Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(5), 561–570.
- Holzinger A, Loffler W, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:597-603.
- Howland RH. Effective medication management. *Journal of psychosocial nursing*. 2012;50:3,13-15.
- Hussain A, Hussain K, Bukhari NI, Hashmi FK, et al. Study of non-compliance and its reasons in outdoor patients with mental illness of a public hospital. *Pakistan Journal of Pharmacy* 2006;16-19:21–3.
- Işık E. Güncel Şizofreni. Ankara. Format Matbaacılık, 2006;1.
- Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ (editors). Compliance; principles and practice of psychopharmacotherapy. Third Ed. Philadelphia:Lippincot Williams and Wilkins, 2001;43-44.
- Jaspers K. The Patient's attitude to his illness. Chapter VII, *General Psychopathology*, by Karl Jaspers, J. Hoenig (translator). The Johns Hopkins University Press; Reprint edition, 1997;414-425.
- Joanna Briggs Institute Educational Interventions For Patients Receiving Psychotropic Medication. *Nurs Stand* 2007;22:40-4.
- Jung XT, Newton R. Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: a systematic literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2009;18:239–49.
- Kampman O, Lehtinen K, Lassila V. The reliability of compliance assessments performed by doctors and patients during neuroleptic treatment: a comparison of compliance ratings. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(4): 299-304.
- Kao YC, Liu YP. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry* 2010;(51):557-565.
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Klinik Psikiyatri "Synopsis of Psychiatry"*. Ninth edit, (Çev.Ed. Hamdullah Aydın), 2. Baskı, Güneş Kitabevi, İstanbul. 2005;134-153
- Kasper S, Saya L, Tekin B, Loze JY. How to improve adherence to antipsychotic treatment: outcomes of the improving patient outcomes in psychiatry (IMPACT) Berlin 2009 Meeting Workshop. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2009;13,245-252.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizo-phrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.

Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı D, ve ark. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(3):128-135.

Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1996;345–349

Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomized controlled trial of compliance therapy. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-419.

Kitcheman J, Adams CE, Pervaiz A, Kader I, Mohandas D, Brookes G. Does an encouraging letter encourage attendance at psychiatric out-patient clinics? The Leeds PROMPTS randomized study. *Psychol Med* 2008;38:717-723.

Kleinman VB, Levine SZ, Roe D, Shnitt D. et. al. Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: A six-month naturalistic follow-up study. *Schizophrenia Research* 2011;130,176-181.

Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2006.

Kousalya K, Vasantha J, Ponnudura R, Sumitkumar G, et al. Study on nonadherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. *International Journal of Pharma and Bio Sciences* 2012;3(1Suppl.):102–9.

Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) validity and reliability of the Turkish version. *Türk Psikol Derg* 1999;14:23-32

Kozuki Y, Froelicher ES. Lack of awareness and nonadherence in schizophrenia. *West J Nurs Res* 2003;25; 57.

Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara. Hekimler Yayım Birliği, 2007;(2):184-204.

Kruse GR, Rohland BM. Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2002;53:473-476.

Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:491–504.

Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalance of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.

Leucht S, Barnes T, Kissling W, et. al. Relapse prevention in schizophrenia with new generation antipsychotics:a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003;160:1209-1222.

Levensky ER, Forcehimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations *AJN, American Journal of Nursing* 2007;107:10;50–58.

Lieberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman T, et al. Innovations in skills training for the seriously mentally ill. *Innovations and Research* 1993;2:43–60.

- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, et al. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness [CATIE]: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209–1223.
- Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull.* 2007;33(6):1324-1342
- Lindstrom E, Bingerfors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia: economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics* 2000;18:106-124.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R. et. al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling* 2013;93(2):157-168.
- Marder SR. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl.16): 3-9.
- Macleod SH, Elliott L, Brown R. What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2011;48:100–20.
- Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(7):1302-1312.
- Mari J, Streiner D. Family interventions for those with schizophrenia. *Cochrane Library* London: BMJ Publications; 1996.
- Marland GR. Atypical neuroleptics: autonomy and compliance? *J Adv Nurs* 1999;(29):615-622.
- Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009;11:147–54.
- McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA* 2002;288:2868–79.
- McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS ve ark. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43-47.
- McFarland GK, Thomas MD. *Psychiatric Mental Health Nursing*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, Philadelphia, 1991;809-814.
- McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Does attitude toward psychosis related to outcome? *Am J Psychiatry* 1981;138:797- 801.
- Medalia A, Brekke J. In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2010;36:5:912–918.
- Mhalla A, Essid N, Hassan Bouh F, Beltaief F, Elloumi H et. al. Cognitive insight in schizophrenia: study about 30 Tunisian patients.
- Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel görüşme: tıbbi ve halk sağlığı ortamlarında motivasyonel görüşme. (Çev: Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE.) *Hekimler yayın birliği*. Ankara, 2009;268-88.

Miller WR., Rollnick S.(a) Motivational Interviewing, Preparing People To Change Addictive Behavior. Phase 1: Building Motivation For Change New York: The Guildford Press, 2002;52-85.

Miller WR, Rollnick S. (b) Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. Variations on a Theme: Motivational Interviewing and Its Adaptations 270 Stephen Rollnick, Jeff Allison, Stephanie Ballasiotes, Tom Barth, Christopher C. Butler, Gary S. Rose, and David B. Rosengren New York: The Guildford Press, 2002;270-84.

Miller WR, Rollnick S. (c) Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. Phase 2: Strengthening Commitment to Change New York: The Guildford Press, 2002;126-40.

Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2002;28:266-272.

Mohammed S. Rosenbeck R. McEnvoy J. Swartz M. Stroup S. Lieberman JA. Cross-sectional and longitudinal relationship between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35(2):336-346.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.

Morton NK, Zubek D. Adherence challenges and long acting injectable antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing*, 2013;51:3, 13-18.

Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Aboyans V. 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. *The Lancet* 2013;380(9859): 2197-2223.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Guideline, London, England, Erişim tarihi 10.08.2016, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf>

Norell SE. Methods in assessing drug compliance. *Acta Med Scand* 1995;683(suppl.), 3540.

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

O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N. et al. Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal* 2003;327,834–837

Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51:216-222.

Oral ET, Şahin Ş, Akman B, Verimli A. İki uçlu duyugurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: 'farz edelim ki şeker hastasısn.' demek yeterli mi? *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3, 212-222.

Orlosky MJ, Caiati D, Hadad J, Arnol G, Camarro J. Improvement of psychiatric ambulatory follow-up care by use of care coordinators. *Am J Med Qual* 2007;22:95-97.

- Oxford English Dictionary. Oxford University Press, 2000.
- Oxford Dictionary. Glare GW. Oxford University Press, Italy, 2003.
- Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2009;2(2):41-4.
- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Ankara. Feryal Matbaası, 2008.
- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997;175-419.
- Pan PC, Tantam D. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatments, a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. Acta Psychiatr Scand 1989;79:564-570.
- Parashos IA, Xiromeritis K, Zoumbou V, Stamouli S, Theodotou R. The problem of noncompliance in schizophrenia: opinions of patients and their relatives. A pilot study. Int J Psych Clin Pract 2000;4:147-150.
- Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia [CME]. J Clin Psychiatry 2002;63:1121-1128.
- Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. Br J Psychiatry 2002;180:254-259.
- Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project study. J Clin Psychiatry 2006;67:443-452.
- Playle JF, Keely P. Non-compliance and professional power. Journal of Advance Nursing 1998;27,304-31
- Possidente CJ, Bucci KK, McClain WJ. Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? American Journal of Health-System Pharmacy 2005;62(12), 1311.
- Pussey-Murray AE, Bourne AP, Warren S, La Grenade J, et al. Medication compliance among mentally ill patients In Public Clinics In Kingston and St. Andrew, Jamaica. J Biomedical Science and Engineering 2010;(3):602-11.
- Rasgele Sayılar Tablosu, <http://www.stattek.com/statistics/random-number-generator.aspx> (Erişim: 10.08.2016).
- Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Kemmler G, Weiss EM, et al. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side-effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. J Clin Psychiatry 2004;65(9): 1211-8.
- Repper J, Perkins R. Different but normal: language, labels and professional mental health practice. Mental Health Care 1998;2,90-93.
- Roberts DL, Velligan DI. Medication adherence in schizophrenia. Drug Discover Today: Therapeutic Strategies, 2011;8 (1-2), 11-15.
- Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in america :the epidemiologic catchment area study. New York, Free Press, 1991.

- Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: A guide for practitioners. London: Churchill Livingstone, 1999.
- Rubak S, Sandback A, Lautritzen T, Christensen B. Motivastional interviewing: a systematic and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005;5,305-312.
- Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S et al. Mediciating role of illness represantation among social support, therapeutic alliance, experience of medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2011;25(4),269-28.
- Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002;(26):23–32.
- Saatçioğlu Ö, Coşkun S, Yanık M. Bakırköy kronik ruhsal hasta rehabilitasyon formu'nun yapılandırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010;47:183-195.
- Sajatovic M, Blow FC, Sivec HJ, Sultana D, Smith DA, Alamir S, Buckley P, Bingham CR. Insight into illness and attitudes toward medications among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2002;53:1319-1321.
- Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;69, 591-599.
- Sellwood W, TARRIER N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives, knowledge and expressed emotion. *Psychol Med* 2003;33:91-96.
- Shoffner J, Staudt M, Marcus S, Kapp S. Using telephone reminders to increase attendance at psychiatric appointments: findings of a pilot study in rural Appalachia. *Psychiatr Serv* 2007;58: 872-875.
- Smith J, Birchwood M. Relatives and patients as partners in management of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990;156:654-660.
- Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri:bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1(2):100-106.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Quality of life scale for patients with schizophrenia: reliability and structural validity study. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2000;13(4):204-210.
- Sönmez EU. Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008.
- Speigel D, Wissler T. Using family consultation as psychiatric aftercare for schizopreic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:1096-1099.
- Staring ABP, Mulder CL, Duivenvoorden HJ, Haan LD. Et. al. Fewer symptoms vs more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. *Schizophrenia Research* 2009;113,27-33.
- Stuart GW. Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. 10th Edition, China, Mosby. 2013.

Sungur M. Şizofrenide Tedavi İşbirliğini Artırmada Teknikler (LEAP) ve Tedavide Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği. Uzman Görüşleri. (Ed) N Dilbaz. Sigma Publishing, İstanbul, 2011;26-32.

Sungur MZ, Güner P, Üstün B, Soygür H, Çetin İ. Şizofrenide optimal tedavi: randomize, kontrollü, uzunlamasına bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(1), 27-32.

Swanson AJ, Pantolon MV, Cohen K. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. Journal of Nervous & Mental Disease 1999;187(10),630-635.

Taj R, Khan S, Khanum SA. Non-compliance to treatment in schizophrenic patients. J Pakistan Inst Med Sci 2002;13:691-3.

Tay C. Compliance Therapy An Intervention to Improve Inpatients' Attitudes Toward Treatment. Journal of Psychosocial Nursing 2007;45:6.

Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1:7-12.

Terakye G, Demirkıran F. Psikiyatri hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk sorunu ve hemşirelik yaklaşımları. Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi Anadolu University Journal Of Science And Technology 2003;4(2):131-144.

The Oxford American College Dictionary. Oxford University Press, 2002.

Theida P, Beard S, Richter A, Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. Psychiatric Services 2003;54,508-516.

Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. Br J Psychiatry 2001;178:2-4.

Tsang HWH, Fung KMT, Corrigan PW. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. Journal of Behaviour Therapy and Extremal Psychiatry 2009;40, 3-14.

Tseng KC, Hemenway D, Kawachi I. Travel distance and the use of inpatient care among patients with schizophrenia. Adm Policy Ment Health 2008;35:346-356.

Türkçe Sözlük. Ayverdi İ, Topaloğlu A. Kubbealtı Neşriyatı, 2007.

Umut G, Altun AZ, Danışmant BS, Küçükparlak İ. ve ark. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:212-20.

Üçok A, Polat A, Çakır S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006;256:37-43.

Üstel İ. Hasta Uyumu. Ankara Eczacı Odası Bülteni, 1985;7(3),273-277.

Vanderwaal FM. Impact of motivational interviewing on medication adherence in schizophrenia. Issues in mental health nursing 2015;36(11),900-904.

Vanelli M, Burstein P, Cramer J. Refill patterns of atypical and conventional antipsychotic medications at a national retail pharmacy chain. Psychiatr Serv 2001;(52):1248-50.

Varcolis E. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. 3. Edt, London, 1998.

Wahl C, Gregoire JP, Teo K, Beaulieu M. et. al. Concordance, compliance and adherence in healthcare: closing gaps and improving outcomes. *Healthc Q* 2005;8(1), 65-70.

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

World Health Organization Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. Geneva: World Health Organization. 2003.

World Health Organization. Mental Health-Schizophrenia. http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
<http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/> (Erişim tarihi: 1 Eylül 2016).

World Health Organization. The World Health Report 2006. Working Together for Health. World Health Organisation, Geneva, Switzerland, 2006.

Wu CC, Chiu-Chu L. The application of motivational interviewing in nursing practice. *The Journal Of Nursing* 2009;56:2:89-93.

Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008;34:523–37.

Yenilmez Ç, Güleç G, Büyükkınacı A, Dayı A, Turgut H, Uludağ YT. ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda çoklu ilaç kullanımı: geriye dönük bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012;25,43-50.

Yıldırım A, Aşilar RA, Erdiman S, Camcıoğlu TH, ve ark. Şizofreni Hastalarında Ruhsal Toplumsal Beceri eğitiminin hastalık belirtisi, içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi. II. Uluslararası & VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 'Poster Bildiri, Erzurum, 2012;149–50.

Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:195-205.

Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? (Ed. Candansayar S) *Neden Nasıl Şizofreni?* Ankara. Peday Yayınları, 2005; 2:237–268

Yılmaz S. Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.

Yılmaz S, Buzlu S. The reliability of Turkish form of liverpool university neuroleptic side effect rating scale (LUNERS). *Bull Clin Psycho-pharmacol* 2006;16(3):147-154.

Yüksel ÇT, Oflaz F. Antipsikotik ilaç kullanan bir grup yatan hastada ilaç yönetimi eğitiminin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3:67–74.

Zygmunt A, Olfson M, Boyer Ca, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159;1653-1664.

8.EKLER
Ek1



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : B.08.6.YÖK.2.DE.H.00.0.04.01
KONU :

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

15.04.2013*004335

İlgi:29.03.2013 tarih, 599 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Araş.Gör.Melike YÖNDER'in "Şizofreni Hastalarının İlaç Uyumu ve İçgörü Düzeylerine Motivasyonel Görüşmenin Etkisi" isimli doktora tezi için Psikiyatri Polikliniğinde çalışma yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur. Bilgilerinize arz ederim.



Ek:1

Prof.Dr.Mehmet Refik MAS
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Hasibe Topal
Elektronik ağ : www.deu.edu.tr



Ek2

	<p>T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI</p>	
---	--	---

BİRİM / BÖLÜM: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
SAYI : B.08.6.YÖK.2.DE.F.71.0.11.08/
KONU : 442


İZMİR
09.04.2013

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA ;

İLGİ: 04.04.2013 tarihli ve 3764 sayılı yazınız,

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde görev yapmakta olan Ara.Gör. Melike YÖNDER' in doktora tezini polikliniğimizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.


Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE
Anabilim Dalı Başkanı

T.C.	
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Hastanesi Başhekimliği	
Kayıt Tarihi:	09.04.13
Kayıt No:	6065

- yazı işleri



Ek3

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

1)Kadın 2)Erkek

3. Medeni durumunuz

1)Evlili 2)Bekar 3)Dul 4) Boşanmış 5)Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumunuz

1)İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3)Lise mezunu 4)Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz

1)Ev Hanımı 2)Memur 3)İşçi 4) Emekli 5)Öğrenci 6)Çalışmıyor 7)Serbest Meslek
8)Diğer (lütfen yazınız).....

6. Şu anda çalışıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

1)Yalnız yaşıyor 2)Anne-baba ile 3) Eş ve çocukları ile 4)Bakıcı ile
5)Diğer bir yakınla birlikte (lütfen yazınız).....

8. Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?:

1)Geliri giderinden az 2)Geliri giderini karşılıyor 3)Geliri giderinden fazla

9. Kaç yıldır bu tıbbi tanınız mevcut?.....

10. Ne kadar zamandır devamlı ilaç kullanıyorsunuz?

.....ay yıl

11. Devamlı olarak kullandığınız kaç adet ilaç var?

1)1 2)2 3)3 4)4 ve fazlası

12. Günde kaç kez ilaç alıyorsunuz? (Dr tarafından reçete edilen)

1)1 kez 2)2 kez 3)3 kez 4)4 kez ve fazlası

13. Kullandığınız ilaçların dozlarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Kısmen

14. Kullandığınız ilaçları doktorunuzun önerisi dışında artırdığınız yada azalttığınız oluyor mu?

1) Evet 2) Hayır

15. İlaç dozunu değiştirme nedeniniz nedir?

- 1) Şikayetlerimin artması nedeniyle arttırdım
- 2) Şikayetlerimin azalması nedeniyle azalttım
- 3) Yan etkilerin artması
- 4) İlaçsız Başarabilirim Düşüncesi
- 5) Unutkanlık
- 6) Diğer

16. Hergün ilaçlarınızı alırken birilerinin hatırlatmasına gereksinim duyuyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

17. İlaçlarınız reçete edildiğinde bir sağlık personeli tarafından ilaç hakkında bilgilendirildiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

18. Bilgilendirildiyse size göre ne kadar bilgilendirildiniz?

- 1) Yeterli 2) Yetersiz

19. Tedaviniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1) işe yaramıyor
2) iyileştiriyor
3) henüz emin değilim

20. Daha önce tedavinizi bıraktınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

21. Tedaviyi bıraktıysanız, bırakma nedeniniz ne idi?

- 1) Yan etkilerinin olması
2) Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi
3) İlaçsız başarabilirim düşüncesi
4) Unutkanlık
5) Bağımlılık yapmasından korkma
6) ilacı temin etmede zorluk
7) Diğer (lütfen yazınız.....)

22. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

Morisky Uyum Anketi

		Evet	Hayır
1.	İlacınızı almayı unutuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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)

- o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- o Hiçbir zaman =0

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- o Hiçbir zaman =0 (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)

- o Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş)
- o Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

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

2b. hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

2c (2b. eğer 1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?” diye sorunuz.

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

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da

“.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?”

- o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- o Hiçbir zaman =0

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

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

- o “Hastalığımın bir parçası” =2
- o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru:durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?(hasta çevreye

hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliy

Ek6

İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK UYUM TUTUM ANKETİ

Maddeler	Asla	Bazen	Her Zaman
<i>Düzenli İlaç Kullanımı</i>			
İlacımı almayı unutuyorum			
İlaç almayı unutmamak için çeşitli yöntemler kullanıyorum			
Eğer bir doz ilacımı almayı unutursam bir sonraki dozda iki doz birden alıyorum			
İlacı aldığım sürece alma saatinin bir önemi yoktur			
Kendimi iyi hissettiğim günlerde de ilaçlarımı almalıyım			
İlacı yalnızca kendimi hasta hissettiğim zamanlarda kullanırım			
İlacımı atladığım oldu			
Ailem/yakınlarım ilaç alma konusunda bana hatırlatma yaparlar			
Maddi yetersizlikler nedeniyle ilaçlarımı aksattığım oluyor			
İlaçları kullanmada zorluk yaşıyorum (ilacın bölünmesi, her gün dozun değişmesi, çoklu ilaç kullanımı ve ilaçları karıştırma vb.)			
İlacı almam gerekse de bazen almadığım oluyor			
<i>Tedaviye Yönelik Tutum-Direnc</i>			
İlaç kullanmak anlamsız geliyor			
İlaç kullanmayı bıraktım.			
İlacı özgür irademle kullanıyorum			
İlaç kullanmak beni yorgun ve uyuşuk yapıyor			
İlaç kullandığım zaman düşüncelerim daha net oluyor			
Aldığım ilaçların dozunu kendim değiştiririm			
<i>Tedaviye Yönelik Bilgi-Düşünce</i>			
İlaç kullanmaya dair olumlu düşüncelerim daha fazladır			
6 ay boyunca ilaçlarımı her gün düzenli alırsam iyileşirim, sonra da ilaç almaya gerek kalmaz			
Eğer kendimi huzursuz hisseder ve yerimde oturamazsam bu durumda aldığım ilaçları kesmeliyim			
Yeni bir alevlenme olasılığını ilaç kullanmaya devam ederek azaltabilirim			
Düşünce ve davranışlarımı ilaçların kontrol etmesi mümkün değil			
İlaçları uzun süre kullanmanın zararlı etkileri olduğunu düşünüyorum (kabızlık, iştahta artma, kilo alma, konsantrasyon güçlüğü, ...)			

Ek7.Bilgilendirilmiş Onam

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. Doktora tezi olarak, Şizofreni Hastalarının İlaç Uyumu ve İçgörü Düzeylerine Motivasyonel Görüşmenin Etkisi çalışmasını yapıyorum. Bu tezden elde edilecek sonuçların, şizofreni tanılı bireylerin ilaç uyum ile içgörü düzeylerini artırması bakımından katkı sağlayacağını düşünüyorum.

Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine kayıtlı hastalar bu çalışmanın örneğine alınmıştır. Size verilen anketi doldurduktan sonra araştırmacıya (bana) teslim ediniz. Proje sorumlusu ve araştırmacı tarafından hazırlanan müdahale planına düzenli bir şekilde katılım sağlamanız araştırma süreci için çok önemlidir.

Araştırmaya katılıp katılmama kararı size aittir. Araştırma süresi boyunca herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Yanıtlarınızın gizliliği korunacak ve bireysel yanıtlarınız kimseyle paylaşılmayacaktır. Ankette, kimliğinizi belirtecek soru sorulmamasına özen gösterilmiştir.

Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız, ilaç uyumu ile içgörü düzeylerinin artırılması ve bu konuya yönelik çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Sorularınız için iletişim bilgilerim:

İş adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Telefon: 0530 252 80 27

e-posta: melike_yonder@hotmail.com

Ayırdığınız zaman ve değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Melike YÖNDER ERTEM

Katılımcının Adı Soyadı

İmza

Telefon

Ek-8

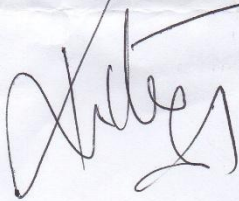
13 Aralık 2013

SayınMelike Yönder.....

13 Aralık 2013 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği
birinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğitici



Ek9.

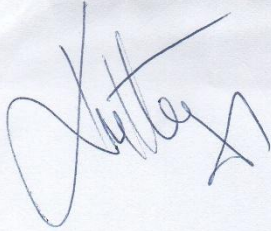
17 Ocak 2014

Sayın Melike YÖNDER

17 Ocak 2014 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği ikinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi



Ek10.



Ek11.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ÇİREŞİMSİZLİK OLMA YAN ARASTIRMALAR ETİK KURULU

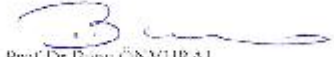
Konu: Kararlık - 360

27.05.2013

Siz ve Doç. Dr. Zekiye UTUNCUYA

Kurulumuz tarafından 23.05.2012 tarih ve 1521-GDA (uzaklaşım numarası 2012/19-02) karar numarasıyla gönderilen "Suzulu em Hastalılarında İlaç Uyumu ve İlgili Düzeylerine Motivasyonel Güçlendirme Etkisi" başlıklı araştırmanıza ilişkin Kararımız karar ekte sunulmuştur.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İçişleri 35500 İZMİR-TÜRKİYE
T: 0232 4122254 - 0232 4122258 / faks: 0232 4122211 / elektronik posta: etik.kurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1021-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarının İlaç Uyumu ve İçgörü Düzeylerine Motivasyonel Görüşmenin Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/19-02	Tarih: 23.05.2013
	Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Şizofreni Hastalarının İlaç Uyumu ve İlgörü Düzeylerine Motivasyonel Görüşmenin Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek12. Özgeçmiş

ADI SOYADI:

MELİKE ERTEM

TC Kimlik No / Pasaport No:	11014541984
Doğum Yılı:	12.09.1985
Yazışma Adresi :	DEU Hemşirelik Fakültesi K:4 No:414
Telefon :	05302528027
Faks :	
e-posta :	melike_yonder@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Lisans	Ege Üniversitesi	Hemşirelik	3.80	2008
TR	Y.lisans	Düzce Üniversitesi	Psk Hemşireliği	4.00	2012
TR	Doktora	Dokuz Eylül Ün.	Psk. Hemşireliği		

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
DEU Prematüre Yoğun Bakım Ünitesi	TR	İzmir	Yenidoğan	Hemşire	2008
AİBÜ Sağlık Yüksek Okulu	TR	Bolu	Psk Hem. AD.	Arş. Gör.	2008-2012
DEU Hemşirelik Fakültesi	TR	Izmir	Psk Hem. AD.	Arş. Gör.	2012-...

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Psikiyatri Hemşireliği

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslerle Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı	-	
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı	-	
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı	23	
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı	Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans	-
	Doktora	-

	Uzmanlık	-	-
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)	-		

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
<input type="checkbox"/>	-	--	-

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayımlanan makaleler

1. Usta YY, Demir Y, <u>Yönder M</u> , Yıldız A. "Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey". Archives of Gerontology and Geriatrics (2012).
2. Ertem M, Duman ZÇ. "Motivational Interviewing in a Patient With Schizophrenia to Achieve Treatment Collaboration: A Case Study". Archives Of Psychiatric Nursing. (2016).
3. Ertem MY, Keçeci A. "Ertem, Melike Yönder, and Ayla Kececi. "Ego States Of Nurses Working in Psychiatric Clinics According To Transactional Analysis Theory." Pakistan Journal of Medical Sciences (2016).

Diğer dergilerde yayımlanan makaleler

Dikmen YD., Yönder M., Yorgun S., Usta YY., Umur S., Aytekin A. "Hemşirelerin Profesyonel Tutumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" Journal Of Anatolia Nursing and Health Sciences (2014).
Çetinkaya Duman Z., Yönder Ertem M. "Şizofreni Tanılı Bireylerde Motivasyonel Görüşme Neden Önemli?" Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016.
Çetinkaya Duman Z., Yönder Ertem M. "Correlations Between Research Attitudes, Research Competency Research Anxiety Of Nursing Doctoral Students" International Journal of Current Research (2016).

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

<u>Melike Ertem</u> , Zekiye Çetinkaya Duman. "Motivasyonel Görüşme ile Psikiyatrik Hastalıkta Tedavi İşbirliği: Bir Olgu Çalışması". 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi.
Duman ZÇ, <u>Yönder M</u> . The Investigation of Relationship between Nursing PhD Students' Scientific Research Competence, Research Anxiety and Attitudes" Quality Indicators of Nursing PhD Education: International Symposium", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir,28-30 Kasım 2012.

Duman ZÇ, Ertem M. Şizofreni Tanılı Bireylerde Motivasyonel Görüşme Neden Önemli? 10 – 13 Eylül 2015, 21. Ulusal Psikiyatri Kongresi.

Melike Yönder Ertem, Ayla Keçeci. Ego States of Nurses Working Psychiatric Departments According to Transactional Analyses Theory. XVI World Congress of Psychiatry, Madrid Spain (2014).

