



**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR HASTALARDA  
MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE  
TELEPSİKİYATRİK İZLEMİN  
İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

**ZARİF GAYE GÜLCÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI**

**SİVAS-2018**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR HASTALARDA  
MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE  
TELEPSİKİYATRİK İZLEMİN  
İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

**ZARİF GAYE GÜLCÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. MERAL KELLEÇİ  
SİVAS-2018**

**“Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telepsikiyatrik İzlemin İlaç Uyumuna Etkisi”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan \_\_\_\_\_  
Üye \_\_\_\_\_  
Üye \_\_\_\_\_  
Üye \_\_\_\_\_  
Üye (Danışman) \_\_\_\_\_

### **ONAY**

Bu tez çalışması, ..... tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösterirken, hoşgörü ve ilgisini benden esirgemeyen, beni her zaman motive eden, bilimsel gelişmemde en büyük paya sahip olan, çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meral KELLEÇİ' ye,

Tezimin istatistiksel analizinde danışmanlık aldığım, bilgi ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR' a,

Tez çalışmamın uygulama sürecinde, her türlü yardım ve kolaylığı sağlayan, Sivas Numune Hastanesi Psikiyatri Servisi ile Toplum Ruh Sağlığı hemşireleri ve tüm çalışanlarına,

Tezimin çalışmasına katılan, çalışmaya zamanlarını, emeklerini, kendilerini katan ve çalışmamın yapılmasına büyük katkı sağlayan tüm hastalarım,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışmam sırasında da beni sürekli maddi ve manevi açıdan destekleyen, emeklerini ve ilgilerini esirgemeyen, varlıkları en değerli hazinem olan anneme, babama ve kardeşlerime minnettarlığımı sunar, çok teşekkür ederim.

## ÖZET

### **BİPOLAR HASTALARDA MOTİVAYONEL GÖRÜŞME VE TELEPSİKİYATRİK İZLEMİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

Zarif Gaye Gülcü

Yüksek Lisans Tezi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meral Kelleci

2018, 114 sayfa

Bu araştırma, ayaktan tedavi alan bipolar affektif bozukluğu olan hastalara Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bireysel olarak verilen motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programının ve telepsikiyatrik izlemin (telefonla) hastaların ilaç uyumuna olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, randomize kontrollü deneysel araştırma özelliğindedir. Bu çalışma, Sivas Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bipolar affektif bozukluk tanısı ile takip edilen araştırmanın işleme kriterlerine uyan 54 hasta ile yürütüldü. Araştırmanın verileri Bilgi Formu, Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği ile toplandı. Deney grubuna Motivasyonel Görüşmeye Dayalı İlaç Uyumunu Arttırma Programı (MGIUP) uygulandı. Program 6 oturumdan oluşmakta ve toplam 240-270 dk. sürmektedir. Program uygulandıktan sonra deney grubundaki hastalara 3 ay süresince ilaç saatlerinde SMS hatırlatıcılar gönderildi. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastalara 3. ve 6. ayın bitiminde ölçekler tekrar uygulanarak ilaç uyumları değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Friedman testi, Mann-witney U testi, Ki-kare testi ve korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, deney grubundaki hastaların uygulama öncesi Morisky İlaç Uyumu Ölçeğine göre ilaç uyumsuzluklarının  $2,96\pm 0,69$ , uygulama sonrası 3. ay izlemde  $0,46\pm 0,83$ , 6. ay izlemde  $0,14\pm 0,44$

olduğu bulundu. Deney grubundaki hastaların program ve telefon izlemi sonrası ilaca uyum puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubundaki hastalarda ise ilaç uyum düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmadı ( $p > 0.05$ ). Bipolar hastaların ilaç uyumlarının artırılmasında motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin kullanılabilceği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Bipolar affektif bozukluk, motivasyonel görüşme, toplum ruh sağlığı merkezi, ilaç uyumu, telepsikiyatri, psikiyatri hemşireliği



## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AND TELEPSYCHIATRIC FOLLOWING ON MEDICATION ADHERENCE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS**

Zarif Gaye Gülcü

Master Thesis

Nursing Department of Mental Health and Diseases

Supervisor: Associate Dr. Meral KELLEÇİ

2018, 114 pages

This study was conducted for the purpose to determine the effect of an individualized motivational interview-based to improve medication adherence program and telepsychiatric follow-up (by telephone) on outpatients with bipolar affective disorder's medication adherence at the Community Mental Health Center.

The research is a randomized-controlled experimental research. This study was conducted with 54 patients who met the sampling criteria of 92 patients who were followed-up with bipolar affective disorder in Sivas Community Mental Health Center. The data were collected using Information Form, the Morisky Medication Adherence Scale and the Medication Adherence Rating Scale. Motivational interview-based to improve medication adherence program was applied to the experimental group. The program consists of 6 sessions and lasts 240-270 minutes in total. After the program was applied, SMS reminders were sent during the medication hours for 3 months patients in the experimental group. The patients in the experimental and control group were re-administered scales at the end of the third and sixth month to assess medication adherence. Variance analysis, significance test



of difference between two means, Friedman test, Mann-witney U test, Chi-square test and correlation analysis were used in the evaluation of the data.

According to the results obtained from the study, medication nonadherence found  $2,96 \pm 0,69$  before application,  $0,46 \pm 0,83$  after applicaiton 3 months follow-up and  $0,14 \pm 0,44$  after applicaiton 6 months follow-up by the Morisky Medication Adherence Scale of patients in the experimental group. The difference between the groups in terms of averages of medication adherence scores of the patients in the experimental group after the program and telephone monitoring was found statistically significant ( $p < 0.05$ ). There was no significant change in medication adherence levels in the control group of patients ( $p > 0.05$ ). The result reached that motivational interview and telepsychiatric follow-up can be used to increase medication adherence of bipolar patients.

Key Words: Bipolar affective disorder, motivational interview, community mental health center, medication adherence, telepsychiatry, psychiatric nursing.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
KISALTMALAR DİZİNİ	1
1. GİRİŞ	2
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	2
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK	9
2.1.1 Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi	9
2.1.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Etiyolojisi	10
2.1.3. Bipolar Affektif Bozukluk Çeşitleri	12
2.1.4. Bipolar Affektif Bozukluğun Belirti ve Bulguları	13
2.1.5. Bipolar Affektif Bozukluğun Tedavisi	16
2.2. İLAÇ UYUMU VE UYUMSUZLUĞU	17
2.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE TEMEL İLKELERİ	21

2.3.1. Motivasyonel Görüşme Yöntemleri	23
2.3.2. Motivasyonel Görüşme Çalışmaları	24
2.4. TELEPSİKİYATRİ VE ÇEŞİTLERİ	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	30
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	30
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	30
3.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	31
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	32
3.6.1. Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMAS) (Ek-1):	32
3.6.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUOÖ (Medication Adherence Rating Scale-MARS) (Ek-2):	33
3.6.3. Bilgi Formu (Ek-3):	33
3.7. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME İLE İLAÇ UYUMUNU ARTIRMA PROGRAMI (MGIUP)	34
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULAMA	38
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	40
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	40
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
6.1. SONUÇLAR	60
6.2. ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	64
EKLER	80
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	80
EK-2 MORİSKY İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ (MMAS)	83
EK-3 TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ	84

EK-4 DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	85
EK-5 KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	89
EK-6 İZİN BELGELERİ	93
EK-7 MOTİVASYONEL GÖRÜŞME EĞİTİM SERTİFİKASI	97
ÖZGEÇMİŞ	99



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	42
Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunun Hastalık ve İlaç Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi Morisky İlaç Uyumu Ölçeği'ne Göre Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	46
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, 3 Ay ve 6 Ay sonrası Morisky İlaç Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	47
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama öncesi, 3 ay ve 6 ay sonrası Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. Cinsiyete göre Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	51
Tablo 7. Medeni Duruma Göre Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 8. Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	54

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b><u>Sayfa No</u></b>
Şekil 1. Örneklem Seçimi .....	39
Şekil 2. Uygulama Akış Şeması.....	41



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BAB</b>	Bipolar Affektif Bozukluk
<b>TRSM</b>	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>MGIUP</b>	Motivasyonel Görüşmeye Dayalı İlaç Uyumunu Artırma Programı
<b>SMS</b>	Kısa Mesaj Servisi
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>MMAS</b>	Morisky İlaç Uyumu Ölçeği
<b>TTUOÖ</b>	Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
<b>MR</b>	Manyetik Rezonans
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar affektif bozukluk (BAB) yineleyen mani, hipomani, depresyon ve karma dönemleri ile karakterize ve bu dönemler arasında kişinin hastalık öncesi duygudurum haline genellikle dönebildiği süregelen seyir gösteren, tekrarlama riski yüksek, kronik, belirgin bilişsel, işlevsel bozulma ve psikososyal yetersizliğe neden olan, morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir duygudurum bozukluğudur (Tohen ve ark., 2003, Aydemir, 2004; Fagiolini, 2005; Morgan ve ark., 2005, Uğur, 2012). Bipolar affektif bozukluk tanısı almış kişilerin; genel nüfustaki oranı %1' dir (Videbeck, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalıkların orta ve ağır engellilik prevelansı sıralamasında BAB'un on ikinci, ruhsal hastalıklar sıralamasında ise üçüncü sırada yer aldığı belirtilmiştir (WHO, 2011). BAB tanılı hastaların %25-50'si ciddi bir özkıyım girişiminde bulunurlar (Berk ve ark., 2010) ve bu hastaların %10-20'si hastalıkları sırasında özkıyım nedeniyle yaşamlarını kaybederler (Post ve Altshuler, 2007).

Bipolar affektif bozukluk; yüksek yatış oranına sahip olması, akademik başarıyı düşürmesi, mesleki ve sosyal açıdan uyumu bozması ve yasal güçlükler nedeniyle insanların hayatlarına ciddi zararlar vermektedir (Angst ve ark., 2005; Sierra ve ark.; 2005; Turhan, 2007; Miasso ve ark., 2009; Crowe, 2011). BAB, uzun dönemde ruhsal ve bedensel ek hastalıklara, belirgin yeti yitimine, madde ve alkol kullanımında artışa ve aile fonksiyonlarında bozulmaya neden olabilmektedir (Sierra ve ark., 2005; Baldessarini ve ark., 2008). Amerika'da yapılan bir çalışmada tedavi dışı maliyetlerin 38 milyar dolar olduğu, bunun 17 milyar dolarının (%45'i) işgücü kaybı ve 8 milyar dolarının intihar sonrası insan kaybı nedeni olduğu gösterilmiştir (Das ve Guest, 2002). Yirmi yıllık uzun süreli izleme verilerine göre, tam iyileşme gösteren BAB hastalarının oranı yalnızca %24'tür (Angst ve ark., 2005). Tüm bu nedenlerle BAB psikiyatrideki temel hastalıklardan biridir ve tedavisi de hastalığın tekrarını önlemede oldukça önemlidir (Çakır ve ark., 2010, Cipriani ve ark., 2013).



İlaç uygulaması BAB' ta tedavinin temel unsurudur. Bu nedenle hastalık semptomlarını kontrol altına almak ve relapsı önlemek için en önemli faktörlerden biri hastanın tedavisine olan uyumudur (Vieta, 2005, Lingam ve Scott, 2002). Tedaviye uyum hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip uygulamasıdır. Bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, kontrollere gelmek, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, yaşam biçimini düzenlemek, hastalığı yönetmek tedaviye uyumun öğeleridir (Roy ve ark., 2005; Velligan ve ark., 2010). Tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer davranışlarda bulunmak şeklinde olabilmektedir (Çakır ve ark., 2010, Gorevski ve ark., 2011).

Bipolar affektif bozuklukta, ilaç tedavisi hem akut dönemde hem de tedavinin devam ettirilmesinde çok önemlidir (Berk ve ark., 2010). BAB tanılı hastaların yaklaşık olarak %20 ile %70'inin kısmen ya da tamamen ilaç almayı bıraktıkları bilinmektedir (Montoya ve ark., 2007; Perlick ve ark., 2004; Aksoy ve Kelleci, 2016). Her 10 BAB hastasından dokuzu hayatlarında en az bir kez ilaçlarını kullanmayı bıraktığını kabul etmiştir. Ayrıca BAB tanısı olan hastaların en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 başarısızdır (Colom ve ark., 2005; Sajatovic ve ark., 2007a). Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte; Demirtaş (1995)'in BAB tanılı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %56'sı, Aksoy ve Kelleci (2016)'nin çalışmasında ise hastaların %55,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur. BAB tanılı hastalarda ilaç kullanımına uyumun düşük olması relapsın en temel nedenlerinden biridir. Tedaviye uyumsuz hastaların yüksek maliyete neden olduğu ve hastalığın gidişini kötü yönde etkilediği bildirilmiştir (Colom ve Lam, 2005).

Tedaviye uyumsuzlukla ilgili etkili ve yararlı teknikler geliştirebilmek için öncelikle tedavi uyumunu etkileyen nedenlerin belirlenmesi önem taşır (Kasper ve ark., 2009). BAB tanılı hastalarla yapılan çalışmalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörler; çevresel ve demografik, hasta ile ilişkili, hastalıkla ilişkili, tedavi ile ilgili ve sağlık profesyonelleri ile ilişkili faktörler olarak sınıflandırılabilir. Çevresel ve demografik faktörler; genç yaş, cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, sağlık güvencesine sahip olmama, evsiz olma, yetersiz aile desteği, ailenin olumsuz inanç

ve tutumlara sahip olması, sağlık kuruluşuna uzak yerde yaşamaktır. Hasta ile ilişkili faktörler; unutkanlık, randevu tarihini yanlış hatırlama, psikiyatrik açıdan kötü durumda olma, yüksek düzeyde anksiyete yaşama, hastalığa karşı içgörünün olmamasıdır. Hastalıkla ilişkili faktörler; süregen seyir ve yineleme, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, nevrotik bozukluklar, tanının net olmadığı durumlardır. Tedavi ile ilgili faktörler; ilaç rejiminin şekli, hastalık ve tedavi konusunda bilgi eksikliği olarak sayılabilir. Sağlık profesyonelleri ile ilişkili faktörler zayıf hasta hekim ilişkisi kurulması, empati yoksunluğu, iletişim kusurları ve yetersiz takiptir (Mitchell ve Selmes, 2007; Sofuoğlu ve Turan, 2000; Ünal ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2007b; Çakır ve ark., 2010).

İlaç tedavisine uyumsuzluğun en temel nedeni ilaçların yan etkileri değil hastaların BAB ile ilgili tutum ve düşünceleri olduğu ifade edilmektedir (Scott ve Pope, 2002). Düzenli ilaç kullanmaya engel olan nedenlerin; ilaç kullanarak düzeleceğine inanmama (%32,4), yan etki yaşama (%27,4), iyileştiğini düşünme (%9,8), ilaç içmeyi unutma (%7,8), uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissi (%5,9), hasta olmadığını düşünme (%5,9) ve diğer nedenlerin (%10,8) olduğu belirlenmiştir (Aksoy ve Kelleci, 2016). Algılanan ve içselleştirilen damgalanma bazı hastaların ilaçları reddetmesinin iyi bilinen nedenidir (Colom ve ark., 2000; Scott ve Pope, 2002; Sajatovic ve ark., 2004; Colom ve ark., 2005; Satatovic ve ark., 2007). Uzun süreli tedavilerde, ilaç tedavisi uyumsuzluğu öyküsü olan BAB olan bireyler, gelecekte de uyum göstermeme açısından “yüksek risk” grubunu oluştururlar. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk gösteren BAB hastalarında tedaviye devamlılığın sağlanması önemlidir (Scott ve Pope, 2002; Clatworthy ve ark., 2007; Soykan, 2013).

İlaç uyumsuzluğunun hastaya ve ailesine verdiği zararları azaltmak için hastanın ilaç uyumunun artırılması gerektiği açıktır. Hastalığın neden olduğu yeti yitimi ve bu kayıpların her atakla birlikte ağırlaşarak devam etmesi ile birlikte hastalığın yineleyici özellikte olması nedeniyle bu yinelemelerin öngörülebilir ve engellenebilir olma olasılığı koruyucu tedavinin gerekliliğini güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Ayar, 2006; Turhan, 2007; Yılmaz, 2007). BAB'ta koruyucu tedavi ile %70-80 oranında başarı sağlanabilmektedir. Bu

başarı hastaların %70-80'inde sağlanabileceği gibi hastadaki başarının oranı aynı oranda olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda tedavi uyumunu geliştirmeye yönelik en pozitif kanıt ve bulgular ilaç tedavisi ile birlikte belirli psikososyal tedavilerin kullanıldığı çalışmalardan gelmektedir (Satatovic ve ark., 2004). Bilişsel Davranışçı Terapi uzun dönem etkili olması ve yinelemeleri önlemesi açısından ilaç tedavisine gösterilen uyumu da desteklemektedir. Benzer şekilde, psikoeğitim de ilaç tedavisine uyumu arttırmakta, bu nedenle giderek ilaç tedavisinin yanında standart bir uygulama niteliği kazanmaktadır (Vieta ve ark., 2012). Bu yöntemlerin yanı sıra hastaların tedaviye uyumlarını bozan inançlarını ele almakta ve bunlara müdahale etmeye çalışmakta olan “Motivasyonel görüşme” veya “ilaç takip çizelgesi oluşturmak” ve hastanın ilaç aldığı günleri işaretlemesi gibi davranışsal yöntemlerde bulunmaktadır (Maçkalı ve Tosun, 2011). Bu yaklaşımların hepsinin ortak noktası, psikoeğitimi ve hastalığı kendi başına yönetme yetisini geliştirmeleri ve relapsların engellenmesini vurgulayan işbirlikçi bir yaklaşıma sahip olmalarıdır (Miklowitz ve ark., 2000; Colom ve ark., 2005; Satatovic ve ark., 2007). Klinik uygulamalarda psikoeğitim en çok önerilen ve uygulanan yöntem olmasına karşın yararı ve geçerliliği konusunda kanıtlar kısıtlıdır. Birçok psikoeğitimin etkisiz kalması hastanın ilaç tedavisi konusunda bilgisinin geliştiği fakat bunun tek başına tedaviye bağlılığı iyileştirdiği anlamına gelmeyeceği durumunu ortaya koymaktadır (Haddad ve ark., 2014). Bu durum da bu tarz programlarda bilginin gerekli ancak yeterli bir öge olmadığı vurgulanmaktadır (Tacchi ve Scott, 2005).

Tedaviye uyum ve bunun pozitif sonuçları değişim için motivasyonel görüşme ile motivasyon oluşturulmasına bağlıdır (Miller ve Rollnick, 2002; Çev: Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme yönlendirici, bireylere ambivalansı keşfetmeleri ve çözmeleri için yardım ederek davranışsal değişimi açıklığa kavuşturan hasta merkezli danışma stili olarak tanımlanmıştır (Rollnick ve Miller, 1995). Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Motivasyonel görüşme ambivalansın çözülmesi ve kişinin değişime yönelmesine yardım etmek amacıyla kullanılır. Zaten bazı ilaç kullanımıyla ilgili yanlış inanç ve tutumları bulunan, isteksiz veya güvensiz hastaların ihtiyaç duyduğu şey de tümüyle budur. Bu yöntem davranışsal analizi ve bireylere kendileri için

davranışlarının avantaj ve dezavantajlarını keşfetme olanağı bulmalarını sağlayan çabaları içermektedir (Rollnick ve Miller, 1995; Ögel, 2009). Şizofrenide motivasyonel görüşmenin ilaç tedavisine bağlılığı geliştirmede başarılı olduğu belirtilmiştir (Rüsch ve Corrigan, 2002). Swanson ve ark. (1999) psikiyatrik hastalıklarda motivasyonel görüşmenin tedavi uyumuna olan etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, taburculuk öncesi on beş dakika motivasyonel görüşme uygulanan deney grubunun kontrol grubuna göre taburculuk sonrasında izlem randevularına daha düzenli geldikleri saptanmıştır. Hetteema ve ark. (2005)'nin meta analiz çalışmalarında motivasyonel görüşmenin tedaviye uyumu arttırdığı saptanmıştır. Zygmunt ve ark. (2002)'nin sistematik derlemesinde, psikotik hastaların tedaviye uyumunu arttırmada motivasyonel görüşmenin psikoeğitimden daha etkili olduğu vurgulanmıştır. Psikiyatri hemşirelerinin görevi sadece hastaya bilgi vermek değil aynı zamanda değişim yönünde eylem yapmasını sağlamaktır. Bu bağlamda motivasyonel görüşme ile kişinin ilaç kullanımı ile ilgili ambivalansını çözümlemesi ve değişim yönünde bir karar vermesi sağlanarak, kişinin içsel motivasyonu ortaya çıkarılıp öz-ilaç yönetimini gerçekleştirmesi, bunun sonucu olarak düzenli ve bilinçli olarak ilaç kullanımını gerçekleştirmesi beklenmektedir. Bununla birlikte BAB hastalarının ilaç almayı unuttukları ve yaşam biçimi haline dönüştürmedikleri görülmektedir (Harkın, 2008; Taj ve ark., 2008; Sajatovic ve ark., 2011; Rollnick ve Miller, 1995; Ögel, 2009).

Motivasyonun yanı sıra kişinin alışkanlıkları ve unutma davranışı davranış değişikliğinin kazanılmasını etkileyen önemli faktörlerdir. Uyumu artırmak için elektronik hatırlatma ve izleme sistemlerine artan bir ilgi vardır (Haddad ve ark., 2014). Hatırlatıcılar, uyumsuzluk hastanın ilaç almayı unuttuğu ya da ilaç alım rutini olmadığı zamanlarda ortaya çıkmışsa yani kasıtsız direnç varsa faydalı olabilirler. Bu konuda yapılan çalışmaların ortak sonuçlarına bakıldığında, telefonla yapılan eğitim, danışmanlık ve izlemelerin, hastaların yineleyen yatışlarını ve hastanede kalış sürelerini azalttığı, randevulara uyumda etkili olduğu saptanmıştır (Hayler ve Gangure, 2003; Craig ve Patterson, 2005; Shoffner ve ark., 2007). İlaç alımının öneminin hastaya düzenli şekilde hatırlatılması ve randevularını kaçıran hastaların sıkı takibi tedaviye bağlılığa yardımcı olabilir (Haddad ve ark., 2014).

Uyumsuzlukla başa çıkmada sadece tek bir yöntem yoktur. Çok yönlü yaklaşımlar tekyönlü yaklaşımlara nazaran daha etkilidirler. İlaç tedavisine uyum derecesini geliştirmek dinamik ve devamlı bir süreçtir (Haddad ve ark., 2014). Zygumt ve ark. (2002)'nin, randomize kontrollü çalışmalardan oluşan sistematik derlemesinde, psikoeğitimin tek başına etkili olmadığı; yine McDonald ve ark. (2002) ve Dolder ve ark. (2002)'nin sistematik derlemesinde kombine girişimlerin daha etkili olduğu belirtilmiştir. Diğer bir ifadeyle hastaların motivasyonel görüşme ile motivasyonlarının artırılarak eğitilmeleri, SMS hatırlatıcılarla desteklenmeleri ve telepsikiyatrik izleme ilaç uyumsuzluğunun bildirilen en önemli nedenlerine yönelik kombine bir girişim olduğundan ilaç uyumunu sağlama olasılığının yüksek olacağı tahmin edilmektedir (Levin ve ark., 2016; Laakso, 2012).

Tüm bunlar bir arada ele alındığında ilaç tedavisine uyumu arttırmayı amaçlarken ilaç kullanmanın önünde engel olarak beliren unutma, motivasyon düşüklüğü, ambivalans, ilaç kullanımı hakkındaki olumsuz otomatik düşünceleri, kendine aşırı güvenme ya da güvensizlik ile baş etmede ve bunu yapabilmek için ilaç kullanmayı reddetmenin ve işlevselliği olmayan benzeri düşüncelerin avantaj ve dezavantajlarını gözden geçirmekte, hatırlatma yöntemleri aracılığıyla ilaç tedavisine uyumu arttırmaya çalışmakta bu çalışmanın etkili olacağı öngörülmektedir. Türkiye’de, BAB hastalarına motivasyonel görüşme, ilaç eğitimi, SMS mesaj ile hatırlatma ve telefon izlemelerinin birlikte yürütüldüğü çalışmaya rastlanmamıştır. Türkiye’de mevcut sağlık hizmetlerinde BAB’ lı hastaların tedavi ve bakımları, önemli ölçüde hastaneye yatışlarında yapılırken, hastanın taburculuğu ile beraber evde izlemeleri yapılamamaktadır (Levin ve ark., 2016; LeRouge ve Garfield, 2013).

Motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı sonrası evde telefon ile izlenme yoluyla sağlanan destek ve danışmanlık, hastaların yalnız olmadıklarını hissetmelerinde, tedavi ve bakımın evde de sürdürüldüğünü düşünmelerinde ve ilaç uyumunun sağlanmasında etkili olabilir. Böylece hastaların hastalığın yönetimiyle ilgili sorunları azaltılarak ve ilaç uyumları artırılarak yineleyen hastane yatışları önlenebilir, hastaların relaps sayılarında azalma, remisyon sürelerinde ve yaşam kalitelerinde artış sağlanabilir. Bu amaca ulaşmada psikiyatri hemşireleri en uygun konumda olan sağlık profesyonelleridir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, ayaktan tedavi alan bipolar affektif bozukluk hastalarına Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bireysel olarak verilecek motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin (telefonla) hastaların ilaç uyumuna olan etkisini belirlemek amacıyla randomize, ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel araştırma deseninde yapıldı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bipolar Affektif Bozukluk

Bipolar affektif bozukluk (BAB) yineleyen mani, hipomani, depresyon ve karma dönemleri ile karakterize ve bu dönemler arasında bireyin hastalık öncesi duygudurum haline genellikle dönebildiği süreğen seyir gösteren, tekrarlama riski yüksek, kronik, belirgin bilişsel, işlevsel bozulma ve psikososyal yetersizliğe neden olan, morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir duygu durum bozukluğudur (Tohen ve ark., 2003, Aydemir, 2004; Fagiolini, 2005; Morgan ve ark., 2005, Uğur, 2012). Depresyon ve mani döneminin ortak özelliği, kişinin duygu durumunda olağan gidişten farklı ve süreklilik gösteren emosyonel bir yaşantı olmasıdır. Bu farklılık, depresyon döneminde duygulanımda izlenen elem ve kederde artış (disfori) ya da mani döneminde izlenen neşe (öfori) tarzında bir artıştır (Işık, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

#### 2.1.1 Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Ömür boyu yaygınlık tahminleri Bipolar-I için % 0,6, Bipolar-II için % 0,4 olup (Merikangas ve ark., 2011), bipolar affektif bozukluk tanısı almış kişilerin genel nüfustaki oranı ise %1' dir (Videbeck, 2011).

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı değişkenlik gösterse de, genellikle 15-25 yaşları arasında, en yaygın erkeklerde 18, kadınlarda 20 yaşında başlar (Rihmer ve Angst, 2007; Akdeniz, 2008). Bipolar I ve Bipolar II' nin başlangıç yaşı benzer olmasına rağmen Bipolar II bozukluğun biraz daha geç başladığı bildirilmektedir (Sadock ve Sadock, 2007). Duygudurum bozukluğu yönünden pozitif aile öyküsü bulunan bipolar bozukluğu olan bireylerde, hastalık belirgin biçimde daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Ketter, 2010; Rihmer ve Angst, 2007).

Bipolar bozukluğun yaygınlığı cinsiyet açısından benzer olsa da, cinsiyetin hastalığın fenomenolojisi ve seyri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Bipolar bozukluk tip I prevalansı kadınlarla erkeklerde benzerdir ancak bipolar bozukluk tip II kadınlarda daha sık görülmektedir (Diflorio ve Jones, 2010). Kadınlarda hastalık daha çok depresif dönemle başlar ve hastalığın seyrinde

depresif dönemler erkeklere göre daha baskındır (Nivoli ve ark., 2011). Erkeklerde ise hastalık kadınlara göre daha çok manik dönemle başlamakta ve manik dönemler daha sık görülmektedir (Kawa ve ark., 2005; Sadock ve Sadock, 2007). Kadınlarda mevsimsel depresyon, atipik görünümlü bipolar depresyon, ilaçla manik kayma, özkıyım girişimleri, depresif mizaç, hızlı döngülü, depresif ve karma dönemler erkeklere göre daha sıktır. (Kawa ve ark., 2005; Rihmer ve Angst, 2007; Kesebir ve ark., 2013; Ketter, 2010; Azorin ve ark., 2013).

Bipolar bozukluğun yaygınlık oranı ırk, etnisite, sosyoekonomik durum yönünden farklılık göstermemekte, bekar, dul ya da boşanmış olma, ailede bipolar bozukluk öyküsünün olması, hastalığın görülme riskini arttırmaktadır (Hilty ve ark., 2006; Akkaya ve ark., 2012; Levin ve ark., 2016; Sajatovic ve ark., 2006).

Hastalar yaşamları boyunca ortalama olarak 8–10 epizod geçirirler. Ancak hızlı döngülü bipolar hastalarda olduğu gibi, bazı hastalarda atak sayısı çok daha fazladır (Işık, 2003; Davidson, 2012). Hastaların %28'inde ataklar mevsimsel özellik gösterir. Hastalığın kalıtsal yüklülüğü sonucunda bir sonraki nesilde tekrarlandığında daha erken yaşta başlamakta ve prognozu daha kötü seyretmektedir (Işık, 2003; Turhan, 2007).

### **2.1.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Etiyolojisi**

Bipolar bozukluğun kesin etiyolojisi tam olarak belirlenmese de genetik, biyokimyasal ve psikososyal faktörlerin kombinasyonunu inceleyen ve çoklu nedenleri destekleyen kanıtlar gittikçe artmaktadır (Townsend, 2015, Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Bipolar affektif bozukluk tanısı almış kişilerin; genel nüfustaki oranı %1 iken, birinci derece akrabalarının hastalık riski %3-8 arasında değişmektedir. (Videbeck, 2011). Bir ebeveynde bipolar bozukluk varsa çocukta görülme olasılığının %28 olduğu ve eğer her iki ebeveynde de bipolar bozukluk varsa riskin 2-3 kat arttığı bildirilmiştir. Evlat edinme çalışmalarında bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin biyolojik çocuklarının sağlıklı ebeveynler tarafından büyütülmüş olsalar da bipolar bozukluk gelişimi açısından yüksek riskli olduğu gösterilmiştir (Townsend, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Shives, 2012). Çalışmalar; bipolar



bozukluğun monozigot ikizlerde %60-80 oranında, dizigot ikizlerde ise %10-20 oranında görüldüğünü göstermiştir. Monozigotların genlerinin aynı olması dizigotların ise genlerinin sadece yarısının aynı olması genlerin etiyolojide majör rol oynadığını ve genetik yatkınlığı göstermektedir (Townsend, 2015). Kalıtım önemli bir faktör olmasına rağmen tek yumurta ikizlerinde hastalık oranı %100 değildir ve bu nedenle genetik tek başına bipolar bozukluktan sorumlu değildir (Videbeck, 2011).

Bipolar affektif bozukluğun patofizyolojisinde biyolojik aminlerden özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin (5HT) üzerinde durulmakla birlikte hastalık gelişiminde dopamin (DA) ve melatonin mekanizmalarındaki anormal değişikliklerin de rol oynadığı bildirilmektedir. Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozuklukları (kolinerjik yetersizlik) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir (Turhan, 2007). Manik epizod sırasında beyin omurilik sıvısında dopamin metaboliti olan homovalinik asit, serotonin metaboliti 5-Hidroksi indol asetik asit ve sodyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Depresif epizodda ise bu metabolitler tersine azalmakta, karma epizodlarda ise bazı olgularda yükselme, bazı olgularda ise azalma gözlenmiştir (Işık, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Shives, 2012).

Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların beyin görüntüleme çalışmalarında dorsolateral prefrontal korteks, ön singulat, amigdala, üst temporal girus ve korpus kallosum gibi beynin özellikle duygu durum ve bilişlerle ilgili alanlarında yapısal ve işlevsel anormallikler gösterilmektedir (Işık, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2011). Limbik sistem, temporal bazal alanlar, bazal gangliyon ve talamustaki sağ yanlı lezyonların sekonder maniye neden olduğu bildirilmektedir. MR çalışmalarında bipolar bozukluğu olan kişilerde 3. ventrikülde genişleme ve subkortikal beyaz madde ve periventriküler yoğunlukta artış olduğu açığa çıkarılmıştır (Townsend, 2011).

Maniye ait birçok psikoanalitik kuram, manik dönemlerin altta yatan depresyona karşı bir "savunma" aracı olarak görmektedir. İlkel benlik egoyu baskılar ve disipline edilmemiş hazcı bir çocuk olarak iş görür (Videbeck, 2011). Klein, manik savunmanın aslında sevgi nesnesi durumunda olan "iyi nesnenin" korunması

ve yeniden inşası amacıyla kullanıldığını ve bunun "kötü nesnenin" kontrolü için gerekli olduğunu düşünmektedir. Manik hastadaki kendini üstün ve güçlü görme, gerçeği yadsıma, idealizasyon, kurallara karşı gelme, karşıdaki kişileri aşağılama sık izlenen klinik belirtiler olup bunların gerçekte, kişinin iyi nesneye ihtiyaç duymadan yaşayabileceğini göstermeye yönelik olduğu düşünülmektedir (Işık, 2003; Shives, 2012).

'Duyarlılaşma Modeli' ne göre; kişinin ilk atak öncesi yaşadığı travmatik deneyim gen açılımına neden olarak ilk atağı tetiklemekte, ancak tekrarlayan duygu durum dönemleri sonucunda beyin biyokimyasında oluşan değişimlerle kişi çevresel stresörlere karşı daha hassas hale geldiğinden sonraki epizotlar büyük bir strese maruz kalmaksızın ortaya çıkabilmektedir (Turhan, 2011).

### **2.1.3. Bipolar Affektif Bozukluk Çeşitleri**

Son olarak 2013 yılında güncellenmiş olan DSM-5' e göre bipolar bozukluk yedi alt tipte sınıflandırılmıştır:

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk (APA 2013).

Bipolar bozukluk I tanısı en az bir mani dönemi ve öncesinde ya da sonrasında bir hipomani ya da bir depresyon dönemi ile karakterizedir, tanı için depresyon ve hipomani döneminin görülmesi zorunlu değildir . Mani ve depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla açıklanamaması gerekir (Işık, 2003, APA 2013).

Bipolar bozukluk II tanısı ise mani dönemi yaşanmaksızın en az bir hipomani ve en az bir depresyon döneminin yaşanması ve dönemler arası geçişlerin kişinin işlevselliğini etkilemesi ile karakterizedir. Hipomani ve depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla açıklanamaması gerekir. Depresyon belirtileri ya da dönemler arasında sık gelip gitmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (APA 2013).

Manik veya depresif dönemler bir yıl içinde dörtten fazla yaşanıyorsa, bu duruma da “hızlı döngülü bipolar bozukluk” denilmektedir. Bipolar affektif bozukluk tanısı, o sıradaki veya en son dönemin türüne ve o sıradaki ağırlığına, çeşitli klinik özelliklerin varlığına ve yatışma durumuna bağlı olarak konulur. Bu amaçla bozukluk için gidiş belirleyicileri tanımlanmıştır. Bunlar; karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, psikoz özellikleri gösteren (duygu durumla uyumlu veya duygu durumla uyumlu olmayan), katatoni ile giden, doğum zamanı (peripartum) başlayan, mevsimsel örüntü gösteren, tam yatışma gösteren/göstermeyen, ağır olmayan/orta derecede/ağır olarak sıralanmıştır (APA 2013).

#### **2.1.4. Bipolar Affektif Bozukluğun Belirti ve Bulguları**

DSM-5’ e göre duygu durum dönemleri; mani, hipomani ve majör depresyon dönemlerinden oluşmaktadır. Mani dönemi tanısı için kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygu durumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması ile birlikte benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma, fikir uçuşmaları, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma semptomlarından en az üçü daha mevcut tabloya eşlik etmelidir (APA 2013).

Akut mani hipomani semptomlarının şiddetinde artma ile veya direkt olarak görülebilir. Mani döneminde duygulanımda aşırı neşe, coşku ve sıklıkla da öfke egemendir. Duygu durumu taşkın, coşkuludur ve oldukça değişkendir, yüksek sesle gülme periyotları iritabileden öfkeye hatta üzüntü ve ağlamaya kadar değişiklik gösterebilir. Aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızar, engellenince saldırgan olabilir. Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle yerindedir. Dikkat dağınıklığı ve delüzyonlarda yaygındır (Townsend, 2015; Videbeck, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Psikotik manide halüsinasyonlar görülebilir. Halüsinasyonlar duygudurumla uyumlu olup büyüklük, üstünlük belirten sesler işitilebilir. Hızlı düşünme düşüncelerin parçalanmasına yol açar, devamlı ve hızlı konuşma, konudan konuya atlamalarla kendini gösterir. Fikir uçuşmaları yoğun olduğunda konuşma karmaşık ve anlamsız olabilir. Ara vermeden yüksek sesle ve hızlı olan basınçlı konuşma ayırıcı semptomlardan biridir. Hasta diğerlerini dinlemez ve basınçlı konuşma ile karşısındakinin konuşmasını keser. Başkalarının konuşma isteğini belirten sözel ve sözsüz işaretleri önemsemezler ve anlaşılır veya anlaşılmaz olan konuşmalarına sürekli devam ederler, bir dinleyiciden diğerine dönerler, ya da hiç kimse olmadığında konuşurlar. Eğer konuşmaları kesilirse manik hastalar çoğunlukla tekrar baştan başlarlar. Düşünce içeriği sıklıkla benlik kabarmasını yansıtır. Büyüklük düşünceleri giderek büyüklük sınırlarına dönüşür. İçgörü sınırlanmıştır (Townsend, 2015; Videbeck, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Psikomotor aktivite aşırıdır ve cinsel ilgi artmıştır. Süperegö denetimi azdır, dürtülerini kontrol edemez ve hazzı erteleyemezler. Sorumluluklarını yerine getiremezler. Aşırı para harcama yaygındır. Akut manili bireyler başkalarına isteklerini yaptırmak için hileye sık başvururlar ve işler yolunda gitmediğinde yetersizlik sorumluluğunu başkalarına yüklerler. Uyku gereksinimleri azalmıştır buna rağmen yorgun hissetmezler ve enerjileri tükenmez. Hasta yükselmiş duygu durumunu yansıtan parlak renkli, dikkat çekici, gösterişli ve dekolte giysiler giyebilir. Aşırı makyaj yapma ve aşırı takı takma yaygındır (Townsend, 2015; Videbeck, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Hipomani dönemi ise; mani dönemi belirtilerinin en az dört ardışık gün sürdüğü, kişinin belirtisiz olduğu zamanlardakine göre işlevselliğinde değişikliğin görüldüğü bir dönemdir. Ancak bu değişiklik mani döneminden farklı olarak; toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zararının dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir (APA 2013). Hipomanik bireyin duygu durumu neşelidir ve abartılıdır. Bireyin istekleri yerine getirilmediğinde hızla belirginleşen iritabilite vardır. Benlik, değerlilik ve yetenek algıları yüksektir. Fikirler hızlı ifade edilir. Hipomanik bireyler motor aktivite artışı gösterirler. Birey kendinden çok başkalarıyla ilgilenir ve konuşur, ancak kişilikleri dostluk kuracak kadar derin ve samimi değildir. Çok fazla konuşur ve sıklıkla uygunsuz ve çok yüksek sesle gülerler. Libido artışı genellikle yaygındır (Townsend, 2015).

DSM-5'e göre bir majör depresif dönemin başlıca özelliği ya depresif duygudurum ya da neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgi kaybının veya artık bunlardan zevk alamamanın eşlik ettiği en az iki hafta süren bir dönemin olmasıdır. İştahta ya da kiloda, uykuda ve psikomotor etkinlikte değişiklikler olması; enerji kaybı; değersizlik düşünceleri ya da suçluluk duyguları; düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada ya da karar vermede güçlük çekme, yineleyen ölüm ya da intihar düşünceleri, tasarıları ya da girişimlerinin olduğu belirti kümesinden en azından dört belirtiyi daha içermelidir (APA 2013). Depresif dönemde duygulanımda derin üzüntü ve iç acısı duyma derecesine varan artma görülür, hastalar sık ve kolay ağlamaktan yakınabilirler. Sabah bunaltısı ağır çökkünlüklerin tanısında önemli bir bulgudur. Ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalması nedeniyle unutkanlık sık görülür. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Bazı hastalarda depersonalizasyon, derealizasyon belirtileri görülebilir. Düşünce hızı yavaşlamıştır, düşünce içeriği pişmanlıklar ve gelecek korkusu ile doludur. Hastanın özsaygısı azalmıştır, Suçluluk, değersizlik düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar. Ölüm isteği ve intihar düşünceleri gelişir. Hipokondriyak uğraşlar ve bedensel yakınmalar görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

### 2.1.5. Bipolar Affektif Bozukluğun Tedavisi

Bipolar affektif bozukluğun tedavisinde ilaçlar ve psikoterapiler önemli yer tutmakta ve hastalığın kontrolü için sürekli ilaç tedavisi gerekmektedir. Mevcut ilaçlar olmadan, hastalar yetişkin yaşamlarının dörtte birini hastanede yatarak ve yarısını önemli fonksiyonel sınırlılıklar içerisinde geçirirlerdi. Kullanılan etkili ilaçlar, psikoterapi ile birlikte bipolar bozukluğu olan hastaların %75–80 normal bir hayat geçirmelerine imkân sağlamaktadır (Miasso ve ark., 2009). Tedavideki amaç epizodların sıklığı ve şiddetini kontrol altına almak, olumsuz psikososyal sonuçları önlemek, eşlik eden morbidite ve mortaliteyi azaltmak, epizodlar arası işlevselliği düzeltmek ve artırmak, tedavi sürecinde oluşabilecek relapsları engellemektir (Gönül ve ark., 2000; Işık, 2003; Darling ve ark., 2008; Eroğlu ve Özpoayraz, 2010; Mahmood, 2010).

Bipolar affektif bozukluğun tedavisi 3 dönemden oluşur. İlk olarak akut dönem tedavisi yapılır. Akut dönem tedavisi genellikle 2 ile 12 hafta sürer. Bunun ardından sürdürme dönemi gelir ve relaps riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Bu dönem yaklaşık olarak 2 ile 9 ay sürebilir. Bu dönemde kalıntı belirtilerin varlığı relaps riskinin yüksek olduğunu gösterir. Bu dönemden sonra hastanın yeni bir ataktan korunması amacını taşıyan, hastanın yaşam boyu ilaç kullanacağı koruyucu tedavi dönemi gelir (Stuart, 2013; Yüksel, 2003, Berk, ve ark., 2010). BAB tanısı olan hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar duygudurum düzenleyicileri, antidepresanlar ve atipik antipsikotiklerdir (Davidson, 2012; Jones ve ark., 2016) BAB'ın tedavisinde ilk seçenek lityum veya valproatin tek başına kullanılmasıdır. Bu yöntemlere yanıt vermeyenlerde ikinci seçenek atipik antipsikotik ilaçlardır. Üçüncü seçenek ise karbamazepin, lamotrijin, gabapentin, topiramet gibi ilaçlar veya bu ilaçların kombinasyonudur (Yüksel, 2003; Nivoli ve ark., 2011). Eğer hasta farmokoterapiye yanıt vermiyorsa ya da tolere edemiyorsa ve klinik durum çok şiddetli ise EKT kullanılabilir. Hasta 6-8 EKT ile yatışınca antipsikotiklerle veya lityumla tedaviye devam edilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Bipolar affektif bozukluk tanısı olan hastaların önemli bir bölümünde ömür boyu koruyucu tedavi gereklidir (Yüksel, 2003; Berk ve ark., 2010). İki manik atak, bir ağır mani, BAB için pozitif aile öyküsü veya 5 yılda üç affektif epizod yaşanması

durumunda uzun süreli veya yaşam boyu koruyucu tedavinin gerektiği kabul edilmektedir. Gençlerde ilk psikotik ataktan sonra uzun süreli koruma gerekebilir. Bazı bilim adamları yaşam boyu yineleme olasılığının %95 gibi bir oranda olması nedeni ile ilk ataktan sonra koruyucu tedavi önermektedirler. Ayrıca atak sayısı arttıkça ilaçların koruyuculuğunun azalması da bu kararı vermede önemli bir etkindir (Yüksel, 2003; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Bununla birlikte koruyucu tedavinin uygulanmaması intihar riskinin yaklaşık %15'lere varması, atakların daha sık tekrarlanması, hastalığa bağlı olarak toplumsal ve mesleki işlevselliğin ciddi olarak bozulması ile sonuçlanabilir (Bowden, 2005). BAB'ta maninin ortalama süresi 3.5–8 aydır. İlk atakta süre daha kısadır, fakat sonraki ataklarda süre gittikçe uzamaktadır. Tedavi edilmeyen hastalarda maninin bir yıl içinde yineleme olasılığı %48, 5 yıl içinde %81 kadardır. Karışık tipte ise ilk yılda yineleme oranı %57, 5 yılda %91 kadardır. Hastalık ilerledikçe ataklar sıklaşmaktadır. İkinci atak ilk ataktan erkekte ortalama 4.6, kadında 4.3 yıl sonra; üçüncü atak ikinciden erkekte 2.8, kadında 2 yıl sonra olmaktadır. Dördüncü atakta bu süreler 1,2 ve 1,4 yıldır (Yüksel, 2003; Townsend, 2015; Videbeck, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Laakso, 2012).

Bipolar affektif bozuklukta farmakoterapi ile birlikte bilişsel terapi, kişilerarası sosyal ilişki terapisi, davranış terapisi, psikoanalitik yönelimli terapi ve aile terapisi de kullanılır. Bu terapiler hastanın hastalığını kabullenmesi, içgörü kazanması, işlevselliğini ve ilaç uyumunu artırması amacıyla uygulanmaktadır (Scott ve ark., 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

## **2.2. İlaç Uyumu ve Uyumsuzluğu**

İlaç uygulaması bipolar bozuklukta tedavinin temel unsurudur. İlaç tedavisindeki başarı oranı ise doğrudan uyumla ilişkilidir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Geddes ve ark., 2004; Sajatovic ve ark., 2007b). Tedaviye uyum hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip uygulamasıdır. Bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, kontrollere gelmek, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, yaşam biçimini düzenlemek, hastalığı yönetmek tedaviye uyumun öğeleridir (Roy ve ark., 2005; Velligan ve ark., 2010). Tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer

davranışlarda bulunmak şeklinde olabilmektedir (Çakır ve ark., 2010, Gorevski ve ark., 2011).

Bipolar affektif bozuklukta, ilaç tedavisi hem akut dönemde hem de tedavinin devam ettirilmesinde büyük bir öneme sahiptir (Berk ve ark., 2010). İlaçlar reçetelendiği şekliyle düzenli olarak alınmadığında pozitif klinik sonuçlar beklenemez ve hastalık belirtileri ve atak sayısı, hastanede yatış sayısı, intihar oranı ve hastalık maliyeti artar. Bu yüzden ilaç uyumsuzluğu psikiyatri hastalarında olumsuz klinik sonuçların en önemli risk faktörüdür (Riley ve ark., 2009; Mahmood, 2010). Diğer kronik sağlık durumlarında olduğu gibi, BAB'ta da çeşitli faktörlerin ilaç uyumunu etkilemesinden dolayı birçok hasta için uyumun sürdürülmesi önemli bir sorundur (Levin ve ark., 2016). BAB hastalarının yaklaşık %20 ile %70'inin kısmen ya da tamamen ilaç almayı bıraktıkları bildirilmiştir (Montoya ve ark., 2007; Perlick ve ark., 2004). Her 10 BAB hastasından dokuzu yaşamları boyunca en az bir kez ilaçlarını kullanmayı bıraktığını kabul etmiştir. Ayrıca BAB tanısı olan hastaların en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 oranında başarısız bulunmuştur (Colom ve ark., 2005; Sajatovic ve ark., 2007a).

Uyumsuzluk oranları, kısmen hasta örneklerinin heterojenliği nedeniyle çalışmalar arasında önemli ölçüde değişiklik gösterir. BAB I' li ayaktan tedavi alan 150 hastayı inceleyen 2012 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada, serum ilaç düzeyleri ile birlikte hasta ve bakım verici raporları değerlendirilmiş %32 oranında kötü uyum saptanmıştır (Murru ve ark., 2013) . Col ve arkadaşlarının (2014) , tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, ayaktan tedavi gören bipolar bozukluk I bozukluğu tanısı konmuş 78 gönüllü örnekleminde Tedavi Uyumu Değerlendirme Ölçeği ile ilaç uyumları ölçülmüş ve %42.3'lük bir uyumsuzluk oranı bulunmuştur. Bipolar bozuklukta temel gelişmiş uzmanlık merkezlerinden (FACE-BD) elde edilen verilerin kullanıldığı birçok merkezli kesitsel bir çalışmada, BAB olan 382 hastanın %25'inde açıkça hastaların zayıf uyum gösterdikleri bulunmuştur (Belzeaux ve ark., 2013). Benzer şekilde, bir toplum sağlığı merkezindeki BAB I olan 140 hastanın prospektif kesitsel bir çalışmada, hastaların %19.3' ünün ilaca uyumsuz olduklarını bildirilmiştir (Sajatovic ve ark., 2009). Levin ve ark. (2015), örneklemini zayıf uyum gösteren 86 BAB hastasının



oluşturduğu 3 aylık izlem çalışmasında uyumsuzluk oranlarını, son bir haftada %40.2 ve son bir ayda %42.8 olarak bulmuştur.

Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte; Demirtaş (1995)'ın BAB tanılı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %56'sı, Aksoy ve Kelleci (2016)'nin çalışmasında ise hastaların %55,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur. Mert ve ark. (2015) çalışmalarında bipolar bozukluğu olan hastaların hastaneye yatmadan önceki 6 ay içerisinde ilaç uyumsuzluk oranlarının %45.5 olduğunu, ilaç uyumsuzluğu nedeniyle hastaneye yatış oranlarının diğer hasta gruplarından daha yüksek olduğunu ve en önemli uyumsuzluk nedenlerinin ilaç kullanmayı istememe, hastalığı kabul etmeme ve yan etkilerden rahatsız olma olduğu belirlenmiştir.

Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörler; süregen seyir ve yineleme, yaş ve cinsiyet, ilaç rejiminin şekli, yetersiz aile desteği, hastalık ve tedavi konusunda bilgi eksikliği, ailenin olumsuz inanç ve tutumlara sahip olması olarak sayılabilir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Ünal ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2007a; Çakır ve ark., 2010). İlaç tedavisine uyumsuzluğun en temel nedeni ilaçların yan etkileri değil hastaların BAB ile ilgili tutum ve düşünceleri olduğu ifade edilmektedir (Scott ve Pope, 2002). Düzenli ilaç kullanmayı engelleyici faktörler olarak; ilaç kullanarak düzeleceğine inanmama (%32,4), yan etki yaşama (%27,4), iyileştiğini düşünme (%9,8), ilaç içmeyi unutma (%7,8), uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissi (%5,9), hasta olmadığını düşünme (%5,9) ve diğer nedenler (%10,8) belirlenmiştir (Aksoy ve Kelleci, 2016). Algılanan ve içselleştirilen damgalanma bazı hastaların ilaçları reddetmesinin iyi bilinen nedenidir (Colom ve ark., 2000; Scott ve Pope, 2002; Satatovic ve ark., 2004; Colom ve ark., 2005; Satatovic ve ark., 2007). Uzun süreli tedavilerde, ilaç tedavisi uyumsuzluğu öyküsü olan BAB tanılı hastalar, gelecekte de uyum göstermeme yönünden “yüksek risk” grubu olarak sınıflandırılabilirler. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk gösteren BAB hastalarında tedaviye uyumun sürdürülmesi önemlidir (Scott ve Pope, 2002).

Sınırlı içgörü ve hastalık ciddiyetinin inkâr edilmesi genel olarak hastanın hastalığını kabul etmesini yetersizleştirdiğinden uyumsuzluk için de önemli risk

faktörleridir (Sajatovic ve ark., 2009; Mert ve ark., 2015; Colom ve ark., 2005; Jónsdóttir ve ark., 2013). Kötü uyum ile ilişkilendirilen diğer psikolojik değişkenler, zayıf motivasyon (Arvilommive ark., 2014), tedavinin yan etkileri ile ilgili daha yüksek endişe düzeyleri, algılanan tedavi gereksiniminin daha düşük düzeyleri (Clatworthy ve ark., 2009), damgalanma ve ailenin ve destek gruplarının, ilacı hem gereksiz hem de istenmeyen olarak algılamasını içerir (Sajatovic ve ark., 2009). Literatürde hem hasta hem de bakıcı perspektifinden değerlendirildiğinde BAB'da ilaç uyumsuzluğun en önemli nedenleri arasında unutkanlık ve rutinlerin eksikliği olduğu da belirtilmiştir (Sajatovic ve ark., 2011).

Literatür ayrıca, ilaç uyumunun önemli belirteçleri olarak genelde ilaca yönelik olumsuz tutumlara (Casaletto ve ark., 2016; Arvilommive ark., 2014), hastalığa karşı tutumlara (Colom ve ark., 2005) ve belirli bir ilaç tedavisine karşı olumsuz tutumlara (Zeber ve ark., 2011; Arvilommive ark., 2014) işaret etmektedir. Zayıf uyumla ilişkili tutumlar, ilaca bağımlı olma korkusu, psikiyatrik ilaç almaktan utanç duyma, ilacı doğal olmayan veya sağlıksız olarak düşünme, kişinin ruhsal durumunu ilaçla kontrol altına almanın rahatsızlığı, ilaç almaya isteksizlik (Mert ve ark., 2015) ve ilaç alma davranışı için düşük öz-yeterliliği kapsar (Casaletto ve ark., 2016). Benzer şekilde, dışarıdan gelen bir kontrol odağı ya da kontrol edilemeyen dış güçler tarafından etkilenen yaşam olaylarına inanç, uyumsuzlukla ilişkilidir (Sajatovic ve ark., 2009), buna karşılık iç kontrol odağı olarak sağlığı üzerinde öz yönetimi olduğuna inanmanın daha iyi uyumla ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Darling ve ark., 2008). Bu özellikle hastalıkları üzerinde daha fazla kişisel kontrole sahip olduğu inancına sahip olan genç hastalar için geçerlidir (Hou ve ark., 2010). Ayrıca, hastaya bakım verenler, hastanın kendilerini daha iyi hissettikleri dönemlerde ilaçlara artık ihtiyacı olmadığı inancının zayıf uyumun kuvvetli bir belirleyicisi olduğunu düşünmektedirler (Vieta ve ark., 2012).

Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumunun düşük olması relapsın en temel nedenlerinden biridir. İlaç tedavisine uyumsuz hastaların yüksek maliyete neden olduğu ve hastalığın gidişini kötü yönde etkilediği bildirilmiştir (Colom ve Lam, 2005). Hong ve ark. (2011) yaptıkları 21 aylık izlem çalışmasında sonucunda hastaların ilaç uyumsuzluk oranı %23,6 ve uyumsuz bipolar hastaların iyileşme ve remisyonda kalma oranının ilaç tedavisine uyumlu olan hastalardan daha

düşük olduğu, atak geçirme, hastaneye tekrar yatma ve intihar girişimi riskinin ve maliyetin tedaviye uyumlu hastalardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

### **2.3. Motivasyonel Görüşme ve Temel İlkeleri**

Motivasyon, kişiye ait sabit bir özellik olmayıp değişebilen bir durumdur. Motivasyon, dış faktörlerden etkilenen içsel bir durum olup değişime hazır veya istekli olmak olarak tanımlanır, dolayısıyla duruma ve zamana göre farklılık gösterir. Tedaviye uyum ve bunun olumlu sonuçları motivasyonel görüşme ile bireyin duyu ve düşünceleri belirlenerek bireyin iç motivasyonunun artırılıp değişimin sağlanmasına bağlıdır. İlk kez William Miller tarafından 1983' te Davranışsal Psikoterapi Dergisi'nde söz edilen motivasyonel görüşme; bilişsel davranışsal tedavi, sosyal bilişsel teori, birey odaklı danışmanlık, sağlık inanç modeli ve transteoretik model gibi birçok modelden destek alınarak oluşturulmuştur (Miller ve Rollnick, 2002; Çev: Ögel, 2009).

Motivasyonel görüşme yönlendirici, bireylere yaşadıkları ambivalansı anlamaları ve çözümlenmeleri için yardım ederek davranış değişikliğini ortaya çıkaran birey odaklı danışma stili olarak tanımlanmıştır (Rollnick ve Miller, 1995). Bu yöntem özellikle değişime isteksiz olan veya değişimle ilgili ambivalan olan bireylerde kullanışlı bir yöntemdir. Aslında ilaç kullanımı ile ilgili olarak yanlış inanç ve tutumlara sahip olan, isteksiz ya da güvensiz hastaların tam olarak gereksinimi budur. Bu yöntem bireyin davranışsal analizini ve bireylere davranışlarının kendileri için yarar ve zararlarını keşfetme imkânı sağlayan çabaları içerir (Rollnick ve Miller, 1995; Miller ve Rollnick, 2002; Çev: Ögel, 2009).

Motivasyonel görüşme sırasında kişi davranış değişikliğine karar verene kadar, çözüm önerileri sunulmaz ve tavsiyede bulunulmaz (Allshop, 2007). Ambivalansı çözmek danışmanın değil danışanın görevidir ve terapistin yapması gereken, bireyin kendi enerjisini kullanmak, değişime yönelik isteğini ortaya çıkarmak, danışanın davranışları ile ilgili otonomisine ve tercih özgürlüğüne saygı duymaktır (Miller ve Moyers, 2007; Miller ve Rollnick, 2002; Çev: Ögel, 2009).

Motivasyon için üç önemli bileşen; istekli olmak, yapabilir olmak ve hazır olmaktır. İstekli olma, değişimin kişi için ne kadar önemli olarak algılandığını

gösterir. Eğer değişimin önemliliği azsa, çoğunlukla bu durum inkâr veya direnç olarak tanımlanmaktadır. Aslında bu durum, üstünde çalışılması gereken ve değişebilir bir durumdur (Chanut ve ark., 2005; Ögel, 2009). Yapabilir olma ise bireyin değişim için kendine ne kadar güvendiğini ve inandığını gösterir. Hazır olma ise bir öncelik sorunudur. Kişi değişime önem verir ve bunu yapabilecek gücü de vardır ama şu an değişim için öncelikli değildir. Gerçekten de birey değişime hazır değil ise, koşullar ne olursa olsun değişmemektedir (Chanut ve ark., 2005). Danışanın şimdiki durumun dezavantajlarını fark etmesi, değişimin avantajlarını keşfetmesi, değişim yönündeki iyimserliğini göstermesi ve değişimden terapistin amacını anlaması için değişimi konuşmak gereklidir. Bu amaçla, danışanın değişim için isteği, kendine güveni, hazır oluşluğu, değişmek için nedenleri, değişmeye duyduğu ihtiyaç ve değişime bağlılığı araştırılmalıdır (Çev: Ögel, 2009).

Motivasyonel görüşmenin 4 temel ilkesi vardır:

1) Empatiyi ifade etmek: Sıcak, kabullenici ve saygılı yaklaşım gösterilir. Amaç, kişinin yaşantılarıyla özdeşim yapma değildir. Kişinin anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. Bu öğrenilebilecek bir yetenektir. Terapist kendi yargılarının ön plana geçmesine ve eyleme dönüşmesine izin vermemelidir. Böyle bir durumda, kabullenilmediğini düşünen hasta direnç geliştirebilir ve tedaviyi terk edebilir. Kabullenme değişimi kolaylaştırır. Etkin bir yansıtmalı dinleme empati gösterilmesinde esastır. Ambivalans değişimin doğal bir parçası kabul edilmelidir.

2) Çelişkiyi geliştirme: Motivasyonel görüşmenin genel amacı hastaların kendilerini oldukları gibi kabul etmeleri ve buldukları yerde kalmalarını sağlamak değildir. Bir kişi hayatını tehdit edecek bir madde kullanıyorsa bu alışkanlığını değiştirmek için motive edilmelidir. Bu noktada kişinin kullandığı maddenin ya da alışkanlıklarının olumsuz yönleriyle yani bir başka deyişle gerçekte yüzleştirilmesi gerekmektedir. Dirençle çalışırken danışman, kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri hastanın zihninde ortaya çıkararak hastanın farkındalık kazandırmasını kişiyi değişim yönünde motive eder.

3) Dirençle çalışma: Dirençle çalışırken danışman hastaya değişim yönünde teşvik eder. Kişinin algıları değiştirilebilir, yeni bakış açıları sunulur. Hastanın kendisi sorunların çözümünü bulmak için değerli bir kaynaktır. Hastayla yapılan

görüşmede direncin göstergeleri; tartışmaya girme, görüşmeyi kesme, inkâr etme, aldırmamadır.

4) Kendine yeterliliği destekleme – Değişme olasılığının olduğuna olan inanç çok önemli bir motivasyon kaynağıdır. Birey kişisel değişimi seçmeden ve bunu sürdürmekten sorumludur. Alternatif yaklaşımları seçme umudu korunmalıdır (Miller ve Rollnick, 2002; Çev: Ögel, 2009; Saunders ve ark., 1995; Tubman ve ark., 2002).

### **2.3.1. Motivasyonel Görüşme Yöntemleri**

Motivasyonel temelle görüşme iki aşamadan oluşur. Motivasyonel görüşmede birinci aşama değişim için motivasyon kurulmasıdır. Bunun için ilk adım önemlilik ve güven-yeterlilik ölçeğinin uygulanmasıdır (Rollick ve Miller, 2002; Çev: Ögel, 2009). Motivasyonel görüşmede beş erken yöntem açık uçlu sorular sormak, yansıtmalı dinleme, özetleme, kabullenme ve değişimi konuşmaktır.

1) Açıklayıcı sorular sormak: Danışanın evet ya da hayır şeklinde yanıtlayamayacağı soruları danışana yönlendirmektir. Böylece danışanın kendini anlatmasını terapistinde hasta ile ilgili kapsamlı bilgi elde etmesini sağlar. Mümkün olduğunca danışanı konuşur durumda tutmada yansıtmalı dinleme kullanılır.

2) Yansıtmalı dinleme: Yansıtmalı dinleme danışanın ne söylediğini anlama ve onun söylediğini ona yansıtmadır. Yansıtmalı dinlemenin amacı kişinin değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlamaktır. Yansıtmalı dinlemenin yararı, kişinin söylediklerini anladığınızı ve onu dinlediğinizi göstermesi, değişimle ilgili olumlu cümleleri vurgulaması, direnci yayması ve direnci dağıtmasıdır. Farklı tiplerde yansıtmalı dinleme yöntemleri vardır. Bunlar;

1. Tekrarlama
2. Yeniden anlamlandırma
3. Empatik yansıtma
4. Yeniden çerçeveleme
5. Duygusal yansıtma

6. Abartılmış yansıtma
7. Çift taraflı yansıtma

3) Kabullenme: Görüşmede danışanı desteklemek ilişki kurmada büyük önem taşır. Kişinin kendini keşfetmeye başlaması için de önemli bir adımdır. Övgü ve beğenide bulunmak, onu anladığınızı belirtmek yararlı olabilir.

4) Özetleme: Bilgilerin toplanması ve yansıtmasını amaçlar. Özetlemeden sonra başka bir konuya geçmek daha uygundur. Özetlemede hedef aynı zamanda ambivalansın ortaya konmasıdır. Özetleme, yansıtmadan daha uzundur. Özetler, görüşmenin ortasında başka bir konuya geçmek ya da hastanın ambivalansının iki tarafını da aydınlatmak için kullanılmalıdır.

5) Değişimi konuşmak: Danışanın şimdiki durumun olumsuz yanlarının farkına varması, değişimin avantajlarının farkına varması, değişim yönündeki iyimserliğini göstermesi ve değişimden terapistin kastını anlaması için değişimi konuşmak gerekir. Bu amaçla, danışanın değişim için isteği, değişebilme yeteneği, değişmek için nedenler, değişmek için ihtiyacı ve değişime bağlılığını araştırmak gerekir. Değişimin artı ve eksilerinin keşfi danışanların:

- 1) Ambivalanslarının her iki yanını da aynı anda görmelerine,
- 2) Terapistin onların ambivalanslarının sadece artılarıyla değil her iki tarafıyla da ilgilendiklerini fark etmelerine
- 3) Kendi ambivalanslarının her iki tarafı hakkında daha derin düşünme ve bunu ifade edebilmelerine yardımcı olur.

İkinci aşama ise değişim taahhüdünü güçlendirmektir. Bu amaçla görüşmelere değerlendirme, sorun ve değişim konusunda gelinen noktayı özetleme ile başlanır. Anahtar sorularla devam edilir, gerektiğinde bilgi ve tavsiye vermede kullanılabilir (Miller ve Rollnick, 2002; Çev: Ögel, 2009; Laakso, 2012).

### **2.3.2. Motivasyonel Görüşme Çalışmaları**

Motivasyonel görüşmenin danışanların davranışlarını değiştirmede etkin olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Bu tekniğin ergenlerde yetişkinlere benzer

şekilde etkin olduğu da saptanmıştır (D'amico ve ark., 2008; Carroll ve ark., 2006). Araştırmalarda motivasyonel görüşmenin vücut kitle indeksi, total kan kolesterolü, kan basıncı, kan alkol konsantrasyonu ve standart etanol içeriği üstüne etkileri olduğu bulunmuştur. Bu etkilerin klinik olarak anlamlı olduğu da gösterilmiştir. Yapılan meta analizlerde kısa görüşmelerde bile (15 dakika) etkin olduğu belirtilmiştir (Rubak ve ark., 2005; Adamson ve ark., 2008). Tekniğin başarısı terapistin eğitim geçmişine (doktor veya psikolog vb.) dayanmadığı iddia edilmektedir. Etkinlik daha çok danışman ve danışan arasındaki ilişkinin kalitesinden ve terapistin aldığı motivasyonel görüşme tekniğindeki yeterliliği veya yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (Anton ve ark., 2006; Martino ve ark., 2008). Araştırmalar motivasyonel görüşme tekniğinin çeşitli yaşam biçimleri sorunlarında etkili olduğunu, sorunun fizyolojik veya psikolojik olmasının herhangi bir etki göstermediğini saptamıştır. Bu durum, motivasyonel görüşmenin davranış sorunları yaşayan farklı ve geniş gruplarda uygulanabilirliğinin olduğunu göstermektedir. Bunlar arasında alkol bağımlılığı tedavisi, beyin felcinin rehabilitasyonu, kardiyak bakım, çocuk koruma, kronik ağrı, diyabet, diyet, madde bağımlılığı, HIV/AIDS korunma, kazaları önleme, anksiyete bozukluğu, depresyon, post travmatik stres bozukluğu, cinsel davranış değişikliği, tütün bağımlılığı, kilo verme sayılabilir (Baker ve ark., 2006; Britton ve ark., 2008).

Zygmunt ve ark. (2002)'nin radomize kontrollü çalışmalardan oluşan sistematik derlemesinde, psikotik hastaların tedaviye uyumunu arttırmada motivasyonel görüşme tekniğinin psikoeğitimden daha etkili olduğu vurgulanmıştır. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada psikoz tanısı almış hastaların ilaç kullanımına bağlı kalmasında motivasyonel görüşmenin etkili olduğu belirtilmiştir (Chanut ve ark., 2005). Şizofrenide motivasyonel görüşmenin ilaç tedavisine bağlılığı geliştirmede başarılı olduğu belirtilmiştir (Rüsch ve Corrigan, 2002). Swanson ve ark. (1999) psikiyatrik hastalıklarda motivasyonel görüşmenin tedavi uyumuna olan etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, taburculuk öncesi on beş dakika motivasyonel görüşme uygulanan deney grubunun kontrol grubuna göre taburculuk sonrasında izlem randevularına daha düzenli geldikleri saptanmıştır. Hettema ve ark. (2005)'nin meta analiz çalışmalarında motivasyonel görüşmenin tedaviye uyumu arttırdığı saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde bipolar bozukluk hastalarının ilaç uyumlarını artırmak için yapılan kontrollü olmayan iki ve kontrollü olan bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan birinde 15 hastaya ilki yüzyüze ikisi telefonla olmak üzere 3 kez 3 haftalık motivasyonel görüşme uygulanmış ve katılımcıların ilaç uyumunda, öz-yeterliliğinde ve değişim motivasyonunda belirgin artış olduğu gösterilmiştir (McKenzie ve Chang, 2015). BAB' lı 50 yaş üstündeki 21 hastada uygulanan yarı deneysel bir çalışmada eğitim, motivasyon eğitimi, ilaç yönetimi ve semptom yönetimini içeren 12 haftalık ilaç uyumu beceri eğitiminin ilaca uyumsuz olduğunu bildirenlerin uyumsuzluk oranlarının yüzdesinde %15 azalma ve ilaçlarını almakla ilgili sorun yaşadığını bildiren hastaların oranında %31 düşüş sağladığı bulunmuştur (Deep ve ark., 2007). Moore ve ark. (2015), BAB ve HIV tanılı 25 deney ve 25 kontrol grubunu içeren randomize kontrollü deneysel çalışmalarında cep telefonu ile otomatikleştirilmiş, kişiselleştirilmiş iki yönlü mesajlaşma sistemi ile eğitsel, motivasyonel ve hatırlatıcı mesajları göndermiş ve deney grubunun ilaçlarını önemli düzeyde istenilen zamanda aldıklarını, uyumsuzluk oranlarında ise her iki grup arasında önemli düzeyde farklılık olmadığı bildirilmiştir (kontrol grubunda %54.5, deney grubunda %41.7).

#### **2.4. Telepsikiyatri ve Çeşitleri**

Telepsikiyatri, sağlık sistemindeki hızlı gelişmelerin sonucu olarak ortaya çıkan, hasta ve klinisyene yarar sağlayan bir uygulamadır (Mair, 2000). Etkin olduğu gösterilen telefon, internet, e-posta ve kısa mesaj (SMS) gibi uygulamalar telepsikiyatri kapsamında yer almaktadır (Maritz ve Holroyd, 2006). Son yıllarda, taşınabilir teknolojik cihazların artışı, ucuz ve güvenilir iletişim sistemlerinin geliştirilmesi, yer ve zaman koşullarının uygun olmadığı durumlarda da telepsikiyatrinin sunumunu sağlamıştır. Hastanın tercihi etmiş olduğu yer ve zamanda sağlık hizmetine ulaşması daha kolay bilgilendirme ve tedaviye uyumları artırma gibi avantajlar sağlamaktadır. Doktor muayenehanesinde rahat olamayan hastalarda daha etkili olabilir. Kısıtlı hareket kabiliyeti olan evde bakım hastaları, yaşlı ve engelli hastalar için telepsikiyatri hizmeti ideal olan en uygun bir yöntemdir. (Ikelheimer, 2008; Rabinowitz ve ark., 2010).



Evde telepsikiyatrinin yanı sıra hapisane ve islahavlerinde de uzaktan psikiyatrik değerlendirme yapılarak ilaç tedavisinin dñzenlenmesi, intihar riskinin izlenmesi, şartlı tahliye kararının verilmesi gibi alanlarda adli telepsikiyatriden yararlanılır (Deslich ve ark., 2013). Hastanelerin acil servislerine başvuran, kendisine veya başkasına zarar verme riski taşıyan acil psikiyatri hastalarının konsültasyonunda ise acil servis telepsikiyatristinden yararlanılarak acil servislerin yükü azaltılmaktadır (Shore ve ark., 2007).

Potansiyel sınırlılıklarından dolayı telepsikiyatrinin terapötik ilişki kurulmasında olumsuzluklar yaratacağı belirtilmiş (Simpson ve Reid, 2014) ve bu sınırlılıkları azaltmak için, hasta ile görüşmecinin daha önceden en az bir kere yüz yüze görüşmeleri önerilmiştir. Ancak Kaliforniya terapötik ilişki ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada ise hastanın psikiyatristiyle ilk kez yüz yüze veya telepsikiyatri yoluyla görüşmesi arasında, terapötik ilişkinin gelişmesi yönünden belirgin bir farklılık bulunmamıştır (Manning ve ark., 2000). Video konferans yöntemiyle de bu ilişkinin kurulamayacağına dair belirgin bir kanıt ortaya konamamıştır. Bu konudaki bir çalışmada post travmatik stres bozukluğu hastalarında, yüz yüze veya videokonferans yoluyla görüşmede terapötik ilişkinin kurulma düzeyi karşılaştırılmıştır. Çalışmada hastaların 17'sine videokonferans ile, 29'una ise yüz yüze bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Tedavi boyunca beş farklı zamanda, terapötik ilişkinin kalitesini ölçen anketler uygulanmış ve her ikisinde de tedavi edici ilişkinin iyi düzeyde kurulduğu ve belirgin bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Frueh ve ark., 2007). Telepsikoterapide duygusal yüklü sözel iletişimin kullanılması, terapötik ilişkiyi ve uygulamanın etkinliğini arttırmıştır (Bouchard ve ark., 2011).

Evde bakım hizmetleri alan yaşlılarda telepsikiyatrinin etkinliğini araştıran bir çalışmada, katılımcılar video konferans seanslarını rahat, tatmin edici ve ulaşılabilir bulmuşlardır (Choi ve ark., 2014). Günlük aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken bu hasta grubu için, telepsikiyatrinin sunduğu kolaylıkların yüz güldürücü sonuçları olmaktadır. Telepsikiyatrinin etkinliğine karşın, hastaların büyük bir kısmı ruhsal hastalıklarını kabul etmediklerinden ve damgalanma kaygısı taşıdıklarından tedaviyi onaylamamaktadırlar. Bu nedenle görüşmelerin yüz yüze ya

da uzaktan telepsikiyatriyle yapılmasından önce, ruhsal hastalıklar konusunda eğitim verilmeli ve tedaviye motivasyon sağlanmalıdır (Bal ve ark., 2015)

Telepsikiyatrinin ümit verdiği alanlardan birisi de ruhsal desteğe gereksinim duyan sığınmacılara ve göçmenlere, kendi dillerini ve kültürlerini bilen profesyoneller tarafından hizmet sunulmasını sağlamaktır. Bu bireyler ağır ruhsal sorunlar yaşamakta, fakat sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çekmektedirler. Suriyeli mültecilerle yapılan bir çalışmada, bu grubun %41'nde tedavi gerektirecek düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Bunlardan %45'i telepsikiyatri uygulamasını kabul etmişlerdir. Telepsikiyatri yoluyla görüşülen hastalar yüksek düzeyde memnuniyet göstermiş ve ilerleyen görüşmelerin bu yolla yapılmasını onaylamışlardır (Jefee-Bahloul ve ark., 2014).

Telepsikiyatrinin şizofreni hasta grubunda kullanımı ise, günümüzde henüz aile bireylerinin eğitimine destek sağlamakla sınırlı kalmıştır. Şizofreni hastalarında, psikoeğitimin ve tedavi takibinin düzenli telefon görüşmeleriyle yapılması, ilaç tedavisine uyumu ve toplumsal işlevselliği arttırmıştır (Özkan ve ark., 2013). Çeşitli sebeplerle rutin mesaisine gelemeyen bir psikiyatristin, bir hafta süresince telepsikiyatri aracılığıyla kliniği yönetmesini belgeleyen bir çalışma yapılmıştır (Grady, 2012). Yapılan bir çalışmada, telepsikiyatrinin etkinliğinin yüz yüze psikiyatrik görüşmeye eşdeğer olduğu vurgulanmıştır (Hilty ve ark., 2013). Telepsikiyatrinin, ruh sağlığı hizmetine ulaşmayı kolaylaştırdığı, düzenli görüşmelerin hastaneye yatırma oranlarını %25 azalttığı ve toplam sağlık harcamalarını düşürdüğü belirtilmiştir. Telepsikiyatri büyük bir potansiyele sahipse de, hayata geçmesi henüz geniş kapsamlı olamamıştır. Teletıp teknolojisinin kurulumu ve personelin teknik eğitiminin maliyeti dezavantajları arasındadır. Sağlık hizmeti sunucularının alıştıkları ortamın değişmesi ve teletıp teknolojisine uyum sağlayabilmesi kolay olmamaktadır. Bu yeni yaklaşımın ilerlemesinin önündeki asıl engelin klinisyenleri teşvik edecek ve telepsikiyatri sunumunu kolaylaştıracak politikaların oluşturulması çözülmesi gereken konulardır. Ruh sağlığı alanında çalışanlara, telepsikiyatri uygulamalarının hastalara yararı kanıtlarıyla gösterilmelidir. Teknolojinin kolay kullanılabilir oluşu, yararlılığı konusundaki algıyı artıracaktır. Geri ödeme sisteminin yeterince bütünleştirilememesi telepsikiyatri sunumundaki önemli engellerden birisidir. ABD' de devlete bağlı sağlık sigortası

kurumlarının yaklaşık yarısı, teletıp uygulamalarına geri ödeme yapmaktadır (LeRouge ve Garfield, 2013).

Telepsikiyatrinin hastalara, sağlık kuruluşlarına ve ödemeyi yapan kurumlara yararı görüldükçe, bu konularda yasa ve düzenlemeler yapılmasının önü de açılacaktır. Zamanla, yüz yüze ve telepsikiyatri yoluyla yapılan görüşmeler arasındaki ücret farkının azalacağı, hastanın sağlık kuruluşuna gelmeden evinden psikiyatri hizmeti alabileceği, düşük gelir sınıfındaki hastaların da ruh sağlığı hizmetinden kolaylıkla yararlanabileceği öngörülmektedir. Belli başlı sigorta kurumları, gelecekteki önemli rolünü görüp, tele tıbbın sağlık sistemine uyarlanması konusundaki araştırmalara ödenek ayırmaktadırlar (LeRouge ve Garfield, 2013; Ikelheimer, 2008).

Kişinin alışkanlıkları ve unutkanlık davranış değişikliğinin kazanılmasını etkileyen önemli faktörlerdir. Uyumu artırmak için elektronik hatırlatma ve izleme sistemlerine artan bir ilgi vardır (Haddad ve ark., 2014). Hatırlatıcılar, uyumsuzluk hastanın ilaç almayı unuttuğu ya da ilaç alım rutini olmadığı zamanlarda ortaya çıkmışsa yani kasıtsız direnç varsa faydalı olabilirler. Bu konuda yapılan çalışmaların ortak sonuçlarına bakıldığında, telefonla yapılan eğitim, danışmanlık ve izlemelerin, hastaların yineleyen yatışlarını ve hastanede kalış sürelerini azalttığı, randevulara uyumda etkili olduğu saptanmıştır (Hayler ve Gangure, 2003; Craig ve Patterson, 2005; Shoffner ve ark., 2007). İlaç alımının öneminin hastaya düzenli şekilde hatırlatılması ve randevularını kaçıran hastaların sıkı takibi tedaviye bağlılığa yardımcı olabilir (Haddad ve ark., 2014).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, randomize kontrollü ön test ve son test kontrol gruplu tekrarlayan ölçümlü deneysel araştırma özelliğindedir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 20 Temmuz 2015-30 Ağustos 2016 tarihleri arasında Sivas Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 1 psikiyatrist, 5 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 5 iş uğraş eğitmeni, 1 sekreter ve 5 yardımcı personel görev yapmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 4 uğraş odası, 1 aletli jimnastik odası, 1 masa tenisi odası, 1 bilgisayar odası, 1 yemekhane ve beceri eğitimi mutfağı, 1 görüşme odası, 1 tedavi odası, 1 grup terapi odası ve hastaların gün boyu vakit geçirebilecekleri dinlenme alanı bulunmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın çalışma evreni, Sivas Numune Hastanesi'nden son bir yıl içinde taburcu olan ve Sivas Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olan BAB tanısı almış 92 hastadan oluşmuştur. Bu araştırmada, çalışmanın evreni sınırlı ve az sayıda olduğu için örnekleme yapmadan "Tam Sayım Yöntemi" ile araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm BAB olgularıyla çalışılmıştır.

#### 3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini içleme kriterlerine uyan toplam 92 hasta oluşturdu. Hastalardan 5 kişi il dışına taşındığı, 10 kişinin telefon numarası ve adresinin yanlış olduğu, 2 kişi telefonunu açmadığı, 10 kişinin ilaç uyumları iyi olduğu ve 5 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için toplam 60 hastaya ulaşıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 60 hasta ile yüz yüze veya telefonla görüşülerek bilgi verildikten sonra hastalarla randevu alınarak görüşüldü. Deney grubuna 30 hasta kontrol grubuna 30 hasta alındı. Deney grubuna alınan hastalardan 2 sinin uygulama

süresi içinde hastaneye yatışı yapıldığından örneklemden çıkarıldı. Kontrol gurubunda bulunan 4 hasta ise hastane yatışı nedeniyle örneklemden çıkarıldı. Çalışma deney grubunda 28 hasta, kontrol grubunda 26 hasta ile tamamlandı.

#### **Dahil Edilme Kriterleri**

- DSM-5' e göre BAB tanısı alan,
- En az ilkokul mezunu,
- 18-65 yaşları arasında,
- Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)'nden 1-7 arası puan alan,
- Şehir merkezinde oturan,
- Cep telefonuna sahip olan hastalardır.

#### **Örneklemden Dışlama Kriterleri**

- Alkol ve madde bağımlılığı olan,
- Görme engeli olan,
- Fiziksel hastalığı bulunan,
- Eksen-II tanısı olan,
- Algılama ve iletişim sorunları olan hastalardır.

### **3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

#### **Bağımsız Değişkenler:**

Motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı (MGIUP) ve SMS hatırlatıcılar

### **Bağımlı Değişken:**

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ), Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMAS) puanıdır.

### **Kontrol değişkenleri:**

Cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, sosyal güvence sahibi olma kontrol değişkenidir.

### **Araştırmanın Hipotezleri**

**H1.** Motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı (MGIUP) ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının uygulamadan altı ay sonraki ilaç uyumları uygulama öncesindeki ilaç uyumlarından daha yüksektir.

**H2.** MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının uygulamadan üç ay sonraki ilaç uyumları uygulama öncesi ilaç uyumlarından daha yüksektir.

**H3.** MGIUP ve telepsikiyatrik izlem sonunda üçüncü ayda MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının ilaç uyumları MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanmayan BAB hastalarının ilaç uyumlarından daha yüksektir.

**H4.** MGIUP ve telepsikiyatrik izlem sonunda altıncı ayda MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının ilaç uyumları MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanmayan BAB hastalarının ilaç uyumlarından daha yüksektir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında “Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMAS)” (Ek 1), “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUOÖ (Medication Adherence Rating Scale-MARS)” (Ek 2) ve “Bilgi Formu” (Ek 3) kullanılmıştır.

**3.6.1. Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMAS) (Ek-1):** Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986’da Morisky ve arkadaşları tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışması ve Türkçeye

uyarlanması Yılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır (Yılmaz, 2004). Ölçek 4 maddeden oluşmakta, “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu “iyi”(0 puan), “orta” (1-2 puan) ve “kötü” (3-4 puan) şeklinde üç düzeyde göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.63'dür (Yılmaz, 2004). Ölçek, çalışmada hastaların ilaç uyumunu ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Hastaların uyum düzeyleri tüm sorulara “evet” cevabı verenler “uyumlu”, en az bir soruya “hayır” cevabı verenler “uyumsuz” olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,72' dir.

**3.6.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUOÖ (Medication Adherence Rating Scale-MARS) (Ek-2):** Thompson ve ark. (2000) tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte Evet/Hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Koç 2006). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Koç'un çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında alanların ise yüksek olduğu belirtilmiştir. Türkçeye uyarlanmış MARS'ın test re-test güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur (Koç, 2006). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,83 dir.

**3.6.3.Bilgi Formu (Ek-3):** Kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak geliştirilmiştir. Form üç bölümden oluşmaktadır. Formun ilk bölümünde hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumu, sağlık güvencesi, fiziksel hastalık öyküsü, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, intihar öyküsünden oluşan demografik özellikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuş 14 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastanın psikiyatrik tanısı, hastalık süresi, hastaneye yatış sıklığı, hastaneye yatış nedeni, madde ve alkol kullanım öyküsünü içeren 8 soru bulunmaktadır. Üçüncü bölüm ise ilaçlarla ilgili özellikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuş ilaç kullanım süresi, reçete edilen ilaçlar, ilaçla iyileşeceğine inanma, ilacı düzenli kullanma, ilaç kullanımına ailenin desteği, ilaçlar hakkında bilgi alma, aile desteği, ilaçlarını günlük alma durumu, ilaç bırakma öyküsünü ve nedenini içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

### **3.7. Motivasyonel Görüşme ile İlaç Uyumunu Artırma Programı (MGIUP)**

Motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı (MGIUP) motivasyonel görüşme yöntemlerinden temelini alan, işbirliğine dayanan, hasta merkezli ve bireysel görüşme ile verilen, ilaç eğitimini ve SMS hatırlatıcılarını da içeren bir programdır. MGIUP 6 oturumdan oluşmaktadır.

Motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı 6 oturumdan oluşmaktadır. Toplam 240-270 dakika sürmektedir. Programın ilk beş oturumunda hastalarla bireysel olarak görüşülecek son oturumda ise kullanılan ilaçlarla ilgili eğitim verilecektir. İlk 3 oturum ambivalansı çözmeyi ve değişim için motivasyon oluşturmaya, 4 ve 5. Oturumlar ise değişime bağlılığı güçlendirmeyi, son oturum ilaç eğitimi ile bilgi eksikliğini artırmayı amaçlamaktadır. Program uygulandıktan sonra deney grubundaki hastalara 3 ay süresince ilaç saatlerinde SMS hatırlatıcılar gönderilecektir. Programın amacı bireyin ilaç kullanımına yönelik ambivalansını çözümlenerek ilaç tedavilerini kendisinin yönetmesinin ve ilaç tedavisine bağlılığının güçlendirilmesini sağlamak, ilaçlara yönelik bilgi eksikliğini gidermek ve davranış değişikliğini desteklemektir.

#### **1.Oturum: İlaç Tedavisine Uyumun ve İlaç Tedavisinin Öneminin Tanılanması ve Özetlenmesi**

İlk oturum tanılamayı ve ön testlerin uygulanmasını kapsamaktadır. Buradaki amaç, hastanın ilaç tedavisi hakkındaki bakış açısını, öyküsünü, ilaç uyumu, ilaç tedavisinin önemi ve bu konudaki kendine güveninin belirlenmesidir. Hastayla tartışmadan, yargılamadan işbirlikçi, empatik bir yaklaşımla eğer ilaç kullanmak istemiyorsa, bunun nedenlerinin neler olduğunu belirlemektir. Hastanın öyküsünü bilmek ve endişelerini aydınlatmak önemlidir. Hasta öyküsünü anlatırken, davranış değişikliği için hedeflenebilecek potansiyel alanların neler olduğu görülebilir. Önemlilik cetveli (Ek-5) ile kişinin düzenli ilaç kullanımını gerçekleştirmeye olan isteklilik düzeyi ve güven cetveli (Ek-6) ile de kişinin kendisinin değişimi gerçekleştirebileceğine olan inancı değerlendirilecektir. Bir kişi için değişmek önemliyse ve bu değişikliği yapma konusunda kendine yeterince güven duyuyorsa, bu değişimi gerçekleştirebilir. Bunu araştırmak ve kişiye kazandırmak için 0 ile 10



arasında bir skala üstünden değerlendirme yapması istenecektir. Bu skalalar üzerinden konuşularak, değişimin öneminin artırılması ve geçmiş deneyimlerinin gündeme getirilmesi ile kişi değişim için cesaretlendirilecektir. Oturum süresi 40-45 dk. olarak belirlenmekle birlikte görüşme sırasında zaman ihtiyaca göre esnetilebilecektir. Bu oturumda ulaşılması beklenen hedefler ise;

- Empatik atmosferin kurulması
- Ön testlerin uygulanması
- İlaç uyumu ile ilgili hastanın öyküsünün alınması
- Hastanın endişelerini aydınlatmak
- İlaça yönelik tutum ve inançlarını belirlemek
- İlaç kullanmama nedenlerini belirlemek (Ek-4)
- Önem ve güven cetvellerinin uygulanıp konuşulması olacaktır.

## **2.Oturum: İlaç Tedavisiyle İlgili Ambivalansı Keşfetmek ve Değişim Konuşmasını Ortaya Çıkarmak**

Bu oturumun süresi esnek olmakla birlikte 40-45 dk. olarak belirlenmiştir. Bu oturumun amacı hastanın ambivalansını tanımlamak, ortaya çıkarmak, özetlemek, ambivalansının farkına varmasını sağlamak ve değişim yönünde bir sonuca varmasıdır. Bu oturum kişinin ambivalansını görmesine, değerlendirmesine ve yeniden değerlendirmesine yardımcı olacaktır. Bu oturumda hastalara ilaç almanın iyi olan ve iyi olmayan yönlerini ve ilacı bırakmanın iyi olan ve iyi olmayan yönlerini listelemeleri istenir. Karar dengesi kağıdı (Ek-7) doldurulması ile kişinin ambivalansının doğrudan bir resmi olarak hem lehine hem de aleyhine olan şeyleri görmesini sağlanmaya çalışılır. Bu oturum ile hedeflenen kişinin şimdiki durumunun dezavantajlarını fark etmesi, değişimin avantajlarını fark etmesi, değişimle ilgili iyimserlik ifade etmesi ve değişim niyetini ifade etmesidir. Özetleme, onaylama, açık uçlu sorularla detaylandırma, yansıtıcı dinleme ve değişim konuşmasını ortaya çıkaran çağrıştırmacı sorular sorma, karar dengesinin araştırılması, geçmişe ve geleceğe bakma, hedeflerin ve değerlerin araştırılması gibi yöntemlerin uygulanmasını

içermektedir. Bu oturumda, ilaç kullanımının avantaj ve dezavantajlarının farkına vardırılması amacıyla;

- İlacı bırakmaya bağlı yaşadığı sorunlar nelerdir?
- İlaçların iyi ve iyi olmayan yanları nelerdir?
- İlacı devam etmenin yararları nelerdir?
- Sizce ilacı bırakmanın yararları nelerdir? Soruları tartışılacaktır.

### **3.Oturum: İlaç Tedavisiyle İlgili Güven Konuşmasını Ortaya Çıkarmak ve Güçlendirmek**

Güven, kişinin kendisini değiştirmeye ne kadar yeterli hissettiğini anlatmak için kullanılan bir terimdir. Güven konuşması bir çeşit değişim konuşmasıdır. Motivasyonel görüşme şekliyle tutarlı bir yaklaşım kişinin kendi fikirlerini, deneyimlerini ve algılarını ortaya çıkarmaktadır. Bu oturumda geçmiş başarılarının gözden geçirilmesi, kişisel güçlü yönleri ve desteklerinin vurgulanması, beyin fırtınası, güveni desteklemede yardımcı bilgi ve tavsiyeler sağlamak, yeniden çerçeveleme, varsayımsal değişim konuşmaları yöntemleri ile güven konuşmasının ortaya çıkarılması ve güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu oturumda;

- İlaçlarınızı aksatmadan aldığınız bir dönem söyleyebilir misiniz? Ne kadar süre bunu başarabildiniz?
- Eğer ilaçlarınızı düzenli kullandığınız bir dönem olduysa bunu başarmanızı sağlayan etkili yöntemler nelerdi?
- İlaçlarınızı düzenli kullandığınız dönemde kendinizde ne gibi olumlu değişiklikler fark ettiniz?
- İlaçlarınızı düzenli kullanmanızı kolaylaştıran güçlü yönleriniz nelerdi?
- İlaçlarınızı düzenli kullanmanız için size destek olan yakınların kimlerdi? Nasıl yardımcı oldular? Soruları tartışılacaktır.

#### **4.Oturum: İlaç Tedavisine Bağlılığı Güçlendirmek ve İlaç Uyum Planını Tartışmak**

Bireyde tedaviye uyumla ilgili içsel motivasyon oluşturulduktan sonra kişinin değişime hazır olup olmadığının değerlendirildiği ve hazır olmanın fark ettirilmesi ve hasta ile birlikte hastanın aktif rol üstlendiği bir değişim planının oluşturulmasını içerir. Hastaya bilgi verme sonrasında hastanın hedef belirlemesi, değişim seçeneklerini değerlendirmesi ve bir değişim plan taslağı oluşturulması hedeflenmektedir. Bu oturumda;

- Bugün ve gelecek hakkında düşünme ve pekiştirmeler ( ilaçlarımızı düzenli kullanırsanız gelecekte neler olacaktır? Gelecekte nasıl birisi olmayı istiyorsunuz? ),
- İlaç eğitimi ile hastanın farkındalığının artırılması,
- Değişim planının oluşturulması hedeflenmiştir.

#### **5.Oturum: Bipolar Affektif Bozukluk İlaç Tedavisini Tanıma ve Yönetme**

Bu oturum BAB hastalığı ve tedavisi ile ilgili önemli temel bilgilerin hastaya öğretilmesini içermektedir. Hastanın ilaç uyumunu artırmada doğru bilgilerin verilmesinin ilaç uyumuna katkıda bulunması amaçlanmıştır. Bu oturum hastanın BAB ilaç tedavisi, ilaç tedavisinin yan etkileri ve yan etki yönetiminin öğretilmesini ve eğitimin değerlendirilmesini içerir.

#### **6. Oturum: Değerlendirme**

Programın hasta ile genel değerlendirilmesini, program sonrası planlamaların konuşulmasını içermektedir.

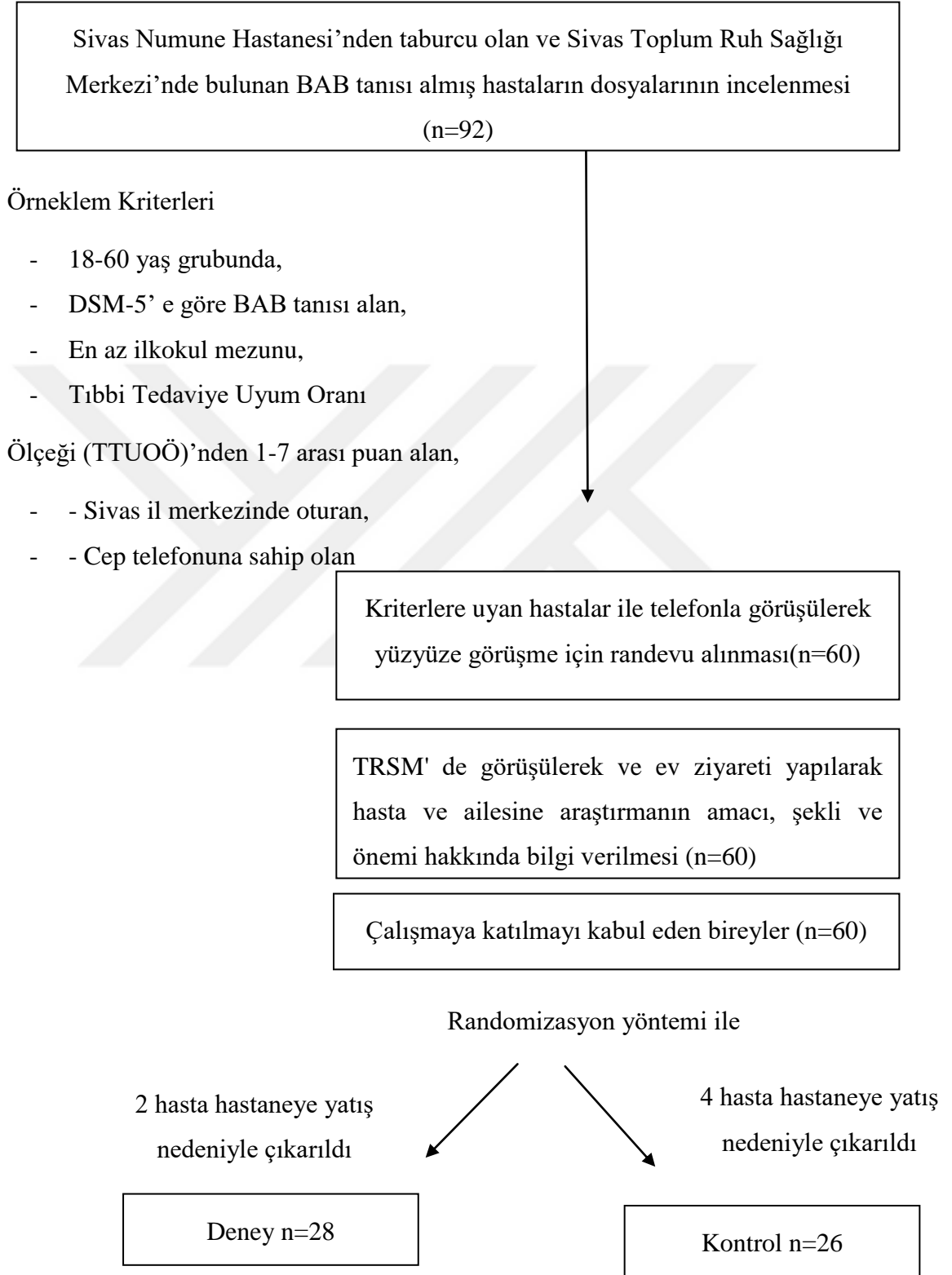
Program sonrası deney grubuna alınan hastaların 3 ay süre ile ilaç tedavisini hatırlatma ve bir motivatör olması amacıyla cep telefonları üzerinden ilaç saatlerinde SMS hatırlatıcılar gönderilecektir. Deney grubundaki hastalara gönderilecek SMS içeriği 'İlaçlarınızı almayı unutmayın lütfen' şeklinde olacak ve SMS günlük olarak hastanın ilaç tedavi saatlerinde gönderilecektir. Telepsikiyatrik izlem ile değerlendirmeler ise programın uygulanmasından sonra 3. ve 6.ayda gerçekleştirilecektir. 3. ayda deney ve kontrol grubundaki hastalarla telefonla

görüşmeler yapılarak ve 6.ayda yüz yüze görüşmelerle Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMAS) ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ) uygulanarak hastaların uyumları değerlendirilecektir.

### **3.8. Verilerin Toplanması ve Uygulama**

Araştırmanın işleme kriterlerine uyan 60 hasta randomizasyon yöntemi (yazı-tura) ile deney ve kontrol gruplarına atandı. Deney ve kontrol gruplarına “Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMAS)” , “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)” ve “Bilgi Formu” uygulandı. Deney grubuna 6 oturumdan oluşan, haftada 2 oturum ve her oturumu 40-45 dakika süren motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumu artırma programı uygulandı, son oturumda hastaya ilaçlarla ilgili eğitim verildi. Program sonrası deney grubuna 3 ay süresince ilaç saatlerinde SMS hatırlatıcılar gönderildi. Deney grubuna uygulanan motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı tamamlanınca, üç ve altı ay sonra; deney ve kontrol grubuna son testler tekrar uygulandı (Şekil-1).

## ÖRNEKLEM SEÇİM SÜRECİ



Şekil 1. Örneklem Seçimi

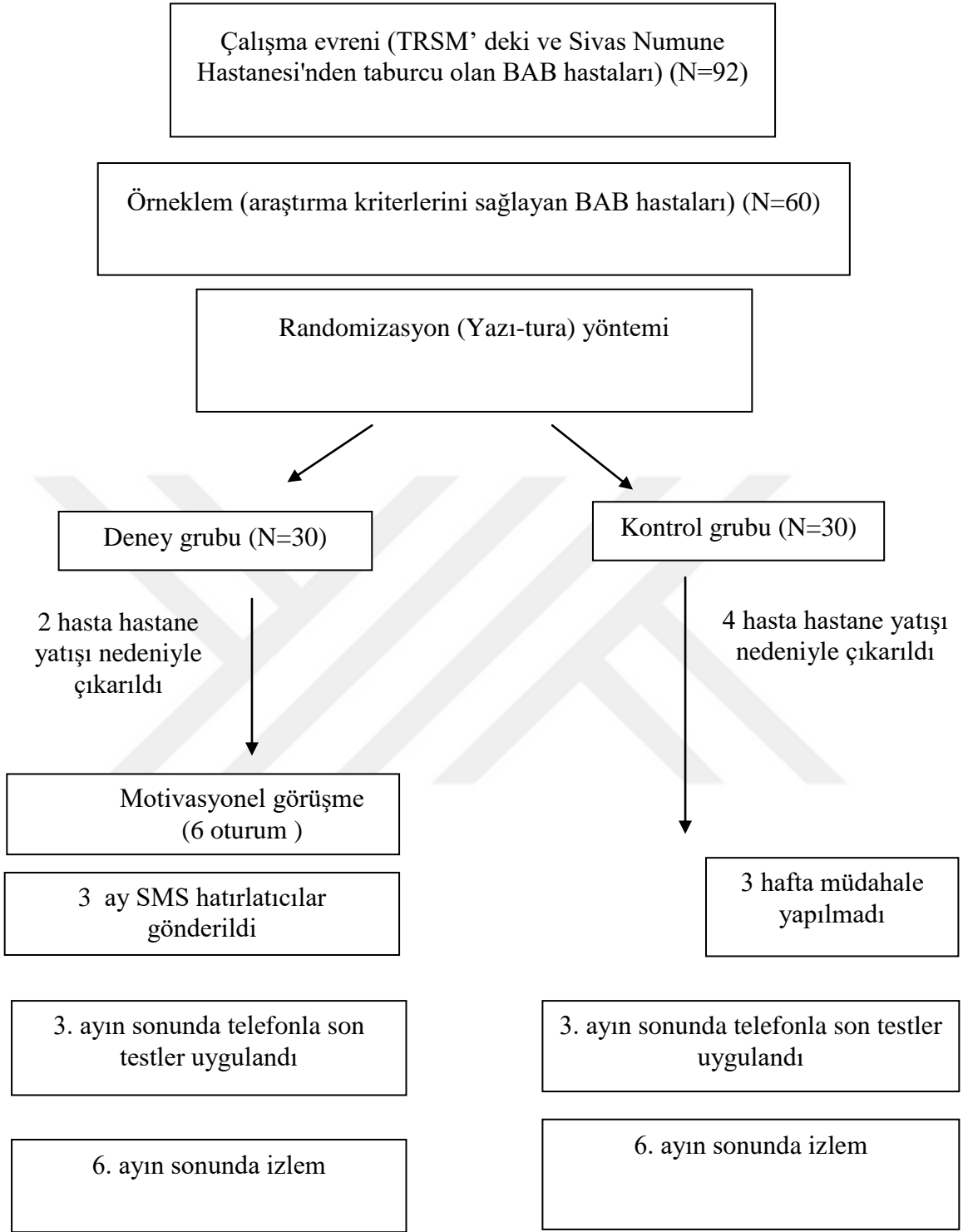
### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Ver:22.0) programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde (Kolmogorov Smirnov), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tekrarlı ölçümlerde Varyans analizi, parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde Friedman testi, Wilcoxon testi, Mann Whitney U testi, Khi-kare testi ve korelasyon analizi kullanıldı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmacı, ülkemizde Motivasyonel Görüşmeyi geliştiren Miller ve Rollinck'ten Motivasyonel Görüşme Eğitici Eğitimi alan iki kişiden biri olan Prof. Dr. Kültegin Ögel'den ayda bir oturum olmak üzere, iki oturum olan Motivasyonel Görüşme eğitimini tamamlamıştır.

Etik Kurul İzni Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurul Komitesinden 17.04.2015 tarih ve 2015-04/17 karar nolu alınmıştır. Kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara bilgilendirme yapılarak yazılı onamları alınmıştır.



**Şekil 2.** Uygulama Akış Şeması

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması**

ÖZELLİKLER	Deney		Kontrol		Test/p
	N	%	N	%	
<b>Yaş Ortalaması</b>	42,42±10,05		42,11±10,17		t= 0,11 p= 0,910
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	13 15	46,4 53,6	12 14	46,2 53,8	X <sup>2</sup> = 0,00 p= 0,984
<b>Medeni Durum</b> Evli Bekar Boşanmış	19 2 7	67,9 7,1 25	17 4 5	65,4 15,4 19,2	X <sup>2</sup> = 1,03 p= 0,595
<b>Eğitim Durumu</b> İlköğretim Lise Üniversite ve yükseklisans	19 6 3	67,9 21,4 10,7	16 5 5	61,6 19,2 19,2	X <sup>2</sup> = 2,27 p= 0,517
<b>Çalışma Durumu</b> Çalışıyor Çalışmıyor	11 17	39,3 60,7	10 16	38,5 61,5	X <sup>2</sup> = 0,00 p= 0,951
<b>Ekonomik durumu</b> Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla	9 11 8	32,1 39,3 28,6	7 15 4	26,9 57,7 15,4	X <sup>2</sup> = 2,12 p= 0,345
<b>Aile tipi</b> Çekirdek Geniş	23 5	82,1 17,9	23 3	88,5 11,5	X <sup>2</sup> = 0,42 p= 0,514
<b>İntihar öyküsü</b> Var Yok	9 19	32,1 67,9	5 21	19,2 80,8	X <sup>2</sup> = 1,17 p= 0,279
<b>Toplam</b>	28	100.0	26	100.0	



Tablo 1’de deney ve kontrol grubunun demografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi deney grubunun yaş ortalaması  $42,42 \pm 10,05$ , %53,6’sı erkek, %67,9’u evli, %67,9’u ilköğretim mezunu, %60,7’si çalışmamakta, %82,1’i çekirdek aile yapısında, %39,3’ünün gelir-gider düzeyi birbirine eşit olup %32,1’i intihar girişiminde bulunmuştur. Kontrol grubunun yaş ortalaması  $42,11 \pm 10,17$ , %53,8’i erkek, %65,4’ü evli, %61,6’i ilköğretim mezunu, %61,5’i çalışmamakta, %88,5’i çekirdek aile yapısında, %57,7’sinin gelir-gider düzeyi birbirine eşit olup, hastaların %19,2’ si intihar girişiminde bulunmuştur. Bu özellikler açısından deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Deney ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile yapısı ve intihar öyküsü açısından benzerdir.

**Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunun Hastalık ve İlaç Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması**

ÖZELLİKLER	Deney		Kontrol		Test/p
	N	%	N	%	
<b>Tanı</b> BAB 1 BAB 2	24 4	85,7 14,3	23 3	88,5 11,5	$X^2= 0,09$ $p= 0,764$
	<b>X ± SD</b>		<b>X ± SD</b>		
<b>Hastalık Süresi(Yıl)</b>	13,67±9,05		12,00±8,75		$z=324,000$ $p= 0,488$
<b>Hastaneye Yatış(Yıl)</b>	4,21±5,02		6,61±7,47		$z=304,500$ $p= 0,295$
<b>İlaç Süresi (Yıl)</b>	11,21±8,08		10,88±8,59		$z=344,500$ $p= 0,735$
<b>Genelde Hastaneye Yatış Nedeni</b> ilaç kullanmamak belirtilerin artması stres yaşantısı	25 0 3	89,3 0,0 10,7	9 8 9	34,6 30,8 34,6	$X^2= 18,48$ <b><math>p= 0,001</math></b>
<b>İlaç Bırakma Nedeni</b> tedavi edici etkisine inanmama yan etki yaşama	22 6	78,6 21,4	12 14	46,2 53,8	$X^2= 6,07$ <b><math>p= 0,014</math></b>
<b>Düzenli kullanma</b> Evet Hayır	3 25	10,7 89,3	3 23	11,5 88,5	$X^2=0,00$ $p=0,923$
<b>Bilgi alma</b> Evet Hayır	9 19	32,1 67,9	12 14	46,2 53,8	$X^2=1,11$ $p=0,291$

**Tablo 2'nin devamı**

<b>Aile Desteğini Hissetme</b>					
Var	18	64,3	19	73,1	X <sup>2</sup> =0,48 p=0,487
Yok	10	35,7	7	26,9	
<b>İlaçlarını Alma durumu</b>					
Yardımsız	14	50,0	20	76,9	X <sup>2</sup> =8,42 p=0,038
yardımla	5	17,9	2	7,7	
zorla	6	21,4	0	0,0	
almıyor	3	10,7	4	15,4	
<b>Tedaviyi Reddetme</b>					
Evet	26	92,9	25	96,2	X <sup>2</sup> =0,27 p=0,597
Hayır	2	7,1	1	3,8	
<b>Toplam</b>	28	100,0	26	100,0	

Tablo 2' de deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların hastalık ve ilaç ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Deney grubundaki hastaların %85,7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %88,5'inin BAB 1 olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık süresinin ortalaması 12,00±8,75 yıl, deney grubundaki hastaların hastalık süresinin ortalaması ise 13,67±9,05 yıldır. Hastalık süresi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Hastaneye yatış sayısı açısından gruplar incelendiğinde deney grubunda bulunan hastaların ortalamasının 4,21±5,02 yıl, kontrol grubunda bulunan hastaların ise ortalama 6,61±7,47 yıl hastaneye yattıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar ilaç tedavilerini reddetme açısından karşılaştırıldıklarında deney grubundaki bireylerin %92,9'unun, kontrol grubundaki bireylerin ise %96,2'sinin ilaçlarını bıraktıkları tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar genelde hastaneye yatış nedeni açısından karşılaştırıldıklarında aralarında farklılık istatistiksel olarak önemli

bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tabloda da görüldüğü gibi deney grubundaki bireylerin %89,3'ü ilaç kullanmadıkları için hastaneye yatmışlardır.

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar genelde ilaçlarını bırakma nedeni açısından karşılaştırıldıklarında aralarında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tabloda da görüldüğü gibi deney grubundaki bireylerin %78,6'sı ilaçların tedavi edici etkisine inanmadığı, kontrol grubundaki bireylerin %53,8'i ise ilaçların yan etkisi nedeniyle ilaçlarını bırakmışlardır.

Buna göre tanı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç süresi, düzenli ilaç kullanma, bilgi alma, aile desteği, tedaviyi reddetme açısından deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların benzer özellikler gösterdikleri söylenebilir.

**Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi Morisky İlaç Uyumu Ölçeği'ne Göre Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması**

UYUM DÜZEYLERİ	DENEY		KONTROL		Test/p
	N	%	N	%	
<b>Orta</b>	7	25,0	9	34,6	X <sup>2</sup> =0,59 p=0,439
<b>Uyumsuz</b>	21	75,0	17	65,4	
<b>Toplam</b>	28	100,0	26	100,0	

Tablo 3'de deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Deney grubunun %25'i, kontrol grubunun ise %34,6'sı orta düzeyde uyumlu olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0.05$ ). Uyumsuzluk oranları incelendiğinde ise deney grubunun %75'i kontrol grubunun ise %65,4'ü ilaç tedavisine uyumsuz olup aradaki fark önemsizdir ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi tüm hastalar

TTUO ölçeği' ne göre uyumsuz olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubunun ilaç uyumu açısından düzeylerinin benzer olduğu görölmektedir.

**Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, 3 Ay ve 6 Ay sonrası Morisky İlaç Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Test/ p</b>
	<b>X<sub>±</sub>SD</b>	<b>X<sub>±</sub>SD</b>	
Uygulama Öncesi	2,96 <sub>±</sub> 0,69	2,96 <sub>±</sub> 0,91	t= 0,01 p= 0,990
3. ayda	0,46 <sub>±</sub> 0,83	2,84 <sub>±</sub> 0,83	t= 10,46 <b>p= 0,001*</b>
6. ayda	0,14 <sub>±</sub> 0,44	3,15 <sub>±</sub> 1,00	t= 14,36 <b>p= 0,001*</b>
<b>Test/ p</b>	X <sup>2**</sup> =48,84 <b>p=0,001*</b>	X <sup>2**</sup> =4,29 p=0,117	

\*:p<0,05 önemli

\*\* :Friedman X<sup>2</sup>

Tablo 4'de görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların uygulama öncesi, 3. ayda ve 6. ayda ölçülen Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçümler arası farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında uygulama öncesi ile 3. ay MMAS puan ortalamaları, uygulama öncesi ile 6. ay MMAS puan ortalamaları arasındaki farklılık önemli bulunurken (X<sup>2</sup>=48,84 p=0.001), 3. ay ile 6. ay MMAS puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (p>0.05). Buna göre motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı (MGIUP) ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının uygulamadan altı ay sonraki ilaç uyumları uygulamaya öncesindeki ilaç

uyumlarından daha yüksek olduğundan H1 hipotezi ve MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının uygulamadan üç ay sonraki ilaç uyumları uygulama öncesi ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, 3. ayda ve 6. ayda ölçülen Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçümler arası farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 4’de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemsiz bulunurken ( $p>0,05$ ), 3. ayda ve 6. ayda ölçülen Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puan ortalamaları yönünden gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre MGIUP ve telepsikiyatrik izlem sonunda üçüncü ayda MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının ilaç uyumları MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanmayan BAB hastalarının ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H3 hipotezi kabul edilmiştir. MGIUP ve telepsikiyatrik izlem sonunda altıncı ayda MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının ilaç uyumları MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanmayan BAB hastalarının ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H4 hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama öncesi, 3 ay ve 6 ay sonrası Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.**

	Deney	Kontrol	Test/ p
	X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	
Uygulama Öncesi	4,17 $\pm$ 1,78	3,65 $\pm$ 1,83	t =1,06 p= 0,292
3. ayda	7,46 $\pm$ 1,95	3,61 $\pm$ 1,83	t= 7,45 <b>p= 0,001*</b>
6. ayda	8,57 $\pm$ 1,68	3,80 $\pm$ 1,81	t= 10,00 <b>p= 0,001*</b>
<b>Test/ p</b>	X <sup>2</sup> **=48,59 <b>p=0,001*</b>	X <sup>2</sup> **=0,47 p=0,789	

\*:p<0,05 önemli

\*\* :Friedman X<sup>2</sup>

Tablo 5’de görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların uygulama öncesi, 3. ayda ve 6. ayda ölçülen TTUOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçümler arası farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında uygulama öncesi ile 3. ay TTUOÖ puan ortalamaları, uygulama öncesi ile 6. ay TTUOÖ puan ortalamaları ve 3. ay ile 6. ay TTUOÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur (X<sup>2</sup>=48,59 p=0,001). Buna göre motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programı (MGIUP) ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının uygulamadan altı ay sonraki ilaç uyumları uygulama öncesindeki ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H1 hipotezi ve MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının uygulamadan üç ay sonraki ilaç uyumları uygulama öncesi ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, 3. ayda ve 6. ayda ölçülen TTUOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçümler arası farklılık önemsiz bulunmuştur (p>0,05). Tablo 5’ de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki

hastaların uygulama öncesi TTUOÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemsiz bulunurken ( $p>0.05$ ), 3. ayda ve 6. ayda ölçülen TTUOÖ puan ortalamaları yönünden gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre MGIUP ve telepsikiyatrik izlem sonunda üçüncü ayda MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının ilaç uyumları MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanmayan BAB hastalarının ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H3 hipotezi kabul edilmiştir. MGIUP ve telepsikiyatrik izlem sonunda altıncı ayda MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanan BAB hastalarının ilaç uyumları MGIUP ve telepsikiyatrik izlem uygulanmayan BAB hastalarının ilaç uyumlarından daha yüksek olduğundan H4 hipotezi kabul edilmiştir.





**Tablo 6. Cinsiyete göre Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçekler	Deney Grubu		t/p	Kontrol Grubu		t/p
	Kadın	Erkek		Kadın	Erkek	
	X ± SD	X ± SD		X ± SD	X ± SD	
<b>Morsky İlaç uyumu</b>						
Uygulama Öncesi	3,07±0,75	2,86±0,63	0,79/0,43	3,08±0,79	2,85±1,02	0,62/0,54
3. Ay ölçüm	0,23±0,43	0,66±1,04	1,39/0,17	3,08±0,66	2,64±0,92	1,36/0,18
6. Ay ölçüm	0,07±0,27	0,20±0,56	0,71/0,47	3,33±0,77	3,00±1,17	0,83/0,41
<b>F/p</b>	<b>114,23/0,001</b>	<b>51,66/0,001</b>		1,32/0,28	0,65/0,21	
<b>Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği</b>						
Uygulama Öncesi	4,76±1,64	3,66±1,79	1,68/0,10	3,03±1,41	4,21±2,00	1,75/0,09
3. Ay ölçüm	8,38±1,38	6,66±2,05	<b>2,54/0,01</b>	3,92±2,00	3,92±1,85	0,93/0,35
6. Ay ölçüm	9,15±0,89	8,06±2,05	1,76/0,08	3,08±1,62	4,42±1,78	1,99/0,05
<b>F/p</b>	<b>48,19/0,001</b>	<b>34,38/0,001</b>		0,18/0,83	1,17/0,32	

Tablo 6 'da cinsiyete göre Morisky İlaç uyumu ölçeği ve TTUOÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Cinsiyete göre Morisky ilaç uyum ölçeği ve tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları açısından deney grubunda uygulama öncesi, uygulama sonrası 3. ay ve 6. ay ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise cinsiyete göre her

üç ölçüm açısından ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Tıbbi tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları açısından kadınların 3. ay ölçüm puan ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



**Tablo 7. Medeni Duruma Göre Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçekler	Deney Grubu			F/p	Kontrol Grubu			F/p
	Evli	Bekar	Dul		Evli	Bekar	Dul	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD		X ± SD	X ± SD	X ± SD	
<b>Morsky İlaç uyumu</b>								
Uygulama Öncesi	3,05±0,70	2,50±0,70	2,85±0,69	0,67/0,52	2,88±0,85	3,00±0,81	3,20±1,30	0,22/0,80
3. Ay ölçüm	0,47±0,90	0,50±0,70	0,42±0,78	0,00/0,99	2,88±0,88	2,75±0,95	2,80±1,09	0,04/0,95
6. Ay ölçüm	0,05±0,22	0,00±0,00	0,42±0,78	2,05/0,14	3,17±0,88	3,25±1,50	3,00±1,21	0,07/0,92
<b>F/p</b>	<b>109,88/0,001</b>	<b>21,00/0,04</b>	<b>21,14/0,001</b>		2,75/0,07	0,36/0,71	1,71/0,24	
<b>Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği</b>								
Uygulama Öncesi	3,94±1,80	5,00±0,00	4,57±1,98	0,52/0,60	3,82±1,70	3,75±2,21	3,00±2,23	0,37/0,69
3. Ay ölçüm	7,63±1,80	8,00±1,41	6,85±2,54	0,46/0,63	4,00±1,73	2,75±1,70	3,00±2,23	1,10/0,34
6. Ay ölçüm	8,78±1,18	9,00±1,41	7,85±2,73	0,84/0,44	3,58±1,90	5,25±0,50	3,40±1,81	1,59/0,22
<b>F/p</b>	<b>62,72/0,001</b>	<b>13,00/0,07</b>	<b>11,74/0,001</b>		1,29/0,28	3,16/0,11	2,66/0,13	

Tablo 7 'de medeni duruma göre Morisky İlaç uyumu ölçeği ve TTUOÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Medeni duruma göre Morisky ilaç uyum ölçeği ve tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları açısından deney grubunda uygulama öncesi, uygulama sonrası 3. ay ve 6. ay ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise medeni duruma göre her üç ölçüm açısından ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8. Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Ölçekler		Tedaviye Uyum Ölçeği					
		Deney Grubu			Kontrol Grubu		
		Ön test	3. ay	6. ay	Ön test	3. ay	6. ay
<b>Morsky ilaç uyum ölçeği</b>							
Ön test	r	-.414			-.582		
	p	0.29			0.002		
3. ay	r	-.671			-.668		
	p	0.0001			0.001		
6. ay	r				-.699		
	p				0.0001		
					-.312		
					0.121		

Tablo 8'de Morsky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tedaviye Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki ilişki verilmiştir. Deney grubunun 3. ve 6. Ay ölçümlerinde Morsky İlaç Uyumu Ölçeği ve Tedaviye Uyum Ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve 3. Ay ölçümlerinde ölçek puanları arasında orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, TRSM' de takip edilen 54 BAB hastasının (28 deney, 26 kontrol ) ilaç uyumları üzerine motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumunu artırma programının ve SMS hatırlatıcıların etkisi tartışılmıştır.

İlaçlar reçetelendiği şekliyle düzenli olarak alınmadığında pozitif klinik sonuçlar beklenemez ve hastalık belirtileri ve atak sayısı, hastanede yatış sayısı, intihar oranı ve hastalık maliyeti artar. Bu yüzden ilaç uyumsuzluğu psikiyatri hastalarında olumsuz klinik sonuçların en önemli risk faktörüdür (Riley ve ark., 2009; Mahmood, 2010). BAB olan hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğu davranışlarının dürtüsel ve yüksek riskli doğası nedeniyle ciddi bir problemdir (Merrill ve Zieve, 2010).

Bu çalışmada uygulama öncesi deney grubundaki hastaların Morisky İlaç Uyumu Ölçeği' ne göre uyumsuzluk oranı %76,7, kontrol grubundaki hastalarda ise %60 olarak bulunmuştur. Uyumu artırmaya yönelik yapılan MGIUP sonrasında deney grubundaki hastaların MMAS' ye göre uyumsuzluk oranı 3. ayda %73,4, 6. ayda ise %66,7 azalmıştır. Kontrol grubundaki hastalarda ise Morisky İlaç Uyumu Ölçeği' ne göre uyumsuzluk oranının yapılan ilk ölçüme göre değişmediği, 6. ayda ise %13,1 arttığı bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların TTUOÖ ölçeği' ne göre uyumsuzluk oranı 3. ayda %33,3, 6. ayda ise %86,7 azalmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise TTUO ölçeği' ne göre uyumsuzluk oranının 3. ayda %4,2, 6. ayda ise %13,05 arttığı bulunmuştur.

Uyumsuzluk oranları, kısmen hasta örneklerinin heterojenliği nedeniyle çalışmalar arasında önemli ölçüde değişiklik gösterebilir BAB hastalarının yaklaşık %20 ile %70'inin kısmen ya da tamamen ilaç almayı bıraktıkları bildirilmiştir (Montoya ve ark., 2007; Perlick ve ark., 2004; Murru ve ark., 2013). Genellikle hastaların tedavi planlarını ilk yıl içinde terk ettikleri gösterilmiştir (Berk ve ark., 2010; Sajatovic ve ark., 2006). Levin ve ark. (2015), örneklemini zayıf uyum gösteren 86 BAB hastasının oluşturduğu 3 aylık izlem çalışmasında uyumsuzluk oranlarını, son bir haftada %40,2 ve son bir ayda %42,8 olarak bulmuştur. Bu

çalışmalardaki uyumsuzluk oranlarına ait veriler bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bizim çalışma bulgularımız literatürü desteklemektedir.

Son yıllarda yüzlerce araştırmada motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmıştır (McKenzie ve Chang, 2015). Ancak literatür incelendiğinde bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumunu artırmaya yönelik motivasyonel görüşme, sms hatırlatıcıların ve telefonla izlemin birlikte uygulandığı hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamıza benzer araştırmalar incelendiğinde bipolar bozukluk hastalarının ilaç uyumlarını artırmak için yapılan kontrollü olmayan iki ve kontrollü olan bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan birinde 15 hastaya ilki yüz yüze ikisi telefonla olmak üzere 3 kez 3 haftalık motivasyonel görüşme uygulanmış katılımcıların ilaç uyumunda, öz-yeterliliğinde ve değişim motivasyonunda belirgin artış olduğu gösterilmiştir (McKenzie ve Chang, 2015). BAB tanılı 50 yaş üstündeki 21 hastada uygulanan yarı deneysel bir çalışmada eğitim, motivasyon eğitimi, ilaç yönetimi ve semptom yönetimini içeren 12 haftalık ilaç uyumu beceri eğitiminin ilaca uyumsuz olduğunu bildirenlerin uyumsuzluk oranlarında %15 azalma ve ilaçlarını almakla ilgili sorun yaşadığını bildiren hastaların oranında %31 düşüş sağladığı bulunmuştur (Deep ve ark., 2007). BAB hastalarında ilaç uyumunu artırmak için yapılan motivasyonel görüşme ve psikoeğitimi içeren çok yönlü randomize kontrollü bir deneysel çalışmada 6 aylık izlemde hastaların ilaç uyumlarının Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puanları ve serum ilaç düzeylerine göre %35 arttığı bulunmuştur (Pakpour ve ark., 2017). Jones ve ark. (2011), motivasyonel görüşme grubundaki katılımcıların, tedavi uyumunda, dürtüsellik seviyelerinde ve madde kullanımında belirgin bir azalma ve ruhsal durumlarında önemli iyileşme gösterdiklerini bulmuştur. Benzer şekilde, grup yöntemi olarak kullanılan motivasyonel görüşme, manide relaps olasılığını azaltmak ve bir yıl boyunca tüm depresif belirtilerde daha çok azalma da dahil olmak üzere olumlu sonuçlar doğurmuştur (Simon ve ark., 2005). Bulgularımız, motivasyonel görüşmenin BAB hastalarında tedavi uyumu artırdığını gösteren daha önceki çalışmalarla tutarlıdır.

Kemp ve ark. (1998), yatarak tedavi alan bir grubun tedavisine motivasyonel görüşme tekniklerini dahil ettikleri çalışmalarında bu hastaların tekrar yatışlarının daha az ve daha uzun sürede olduğunu buldular. Buna ek olarak, bu sonuçlar zamanla korunmuştur. Şizofrenide motivasyonel görüşmenin ilaç tedavisine bağlılığı

geliştirmede başarılı olduğu belirtilmiştir (Rüsch ve Corrigan, 2002). Swanson ve ark. (1999) psikiyatrik hastalıklarda motivasyonel görüşmenin tedavi uyumuna olan etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, taburculuk öncesi on beş dakika motivasyonel görüşme uygulanan deney grubunun kontrol grubuna göre taburculuk sonrasında randevularına daha düzenli geldikleri saptanmıştır. Hettema ve ark. (2005)'nin meta analiz çalışmalarında motivasyonel görüşmenin tedaviye uyumu arttırdığı saptanmıştır. Zygmunt ve ark. (2002)'nin sistematik derlemesinde, psikotik hastaların tedaviye uyumunu arttırmada motivasyonel görüşme tekniğinin psikoeğitimden daha etkili olduğu vurgulanmıştır.

Bipolar affektif bozukluk hastalarında tedaviye devamlılığın sağlanması önemlidir (Scott ve Pope, 2002). Bipolar bozukluğu olan bir kişinin uzun dönem duygudurum düzenleyicilere uyma sürelerinin ortalama 5 ay olduğu belirtilmektedir (Otto ve ark., 2003). Bipolar hastaların ilaç uyumunun önündeki en önemli sorunlardan bir tanesi de uyumun sürekliliğiyle ilgilidir. Hatırlatıcılar, uyumsuzluk hastanın ilaç almayı unuttuğu ya da ilaç alım rutini olmadığı zamanlarda ortaya çıkmışsa yani kasıtsız direnç varsa faydalı olmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmaların ortak sonuçlarına bakıldığında, telefonla yapılan eğitim, danışmanlık ve izlemelerin, hastaların yineleyen yatışlarını ve hastanede kalış sürelerini azalttığı, randevulara uyumda etkili olduğu saptanmıştır (Hayler ve Gangure, 2003; Craig ve Patterson, 2005; Shoffner ve ark., 2007). Bu nedenle hastalara 3 ay süresince her gün SMS hatırlatıcılar gönderilmiştir sonrasında yapılan ölçümde de SMS hatırlatıcılarının ilaç uyumunun devam ettirilmesinde önemli olduğu görülmüştür. Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Moore ve ark. (2015), BAB ve HIV tanılı 25 deney ve 25 kontrol grubunu içeren randomize kontrollü deneysel çalışmalarında cep telefonuyla otomatikleştirilmiş, kişiselleştirilmiş iki yönlü metin mesajlaşma sistemi ile eğitsel, motivasyonel ve hatırlatıcı metin mesajları göndermiş ve deney grubunun ilaçlarını önemli düzeyde istenilen zamanda aldıklarını, uyumsuzluk oranlarında ise her iki grup arasında önemli düzeyde farklılık olmadığı bildirilmiştir (kontrol grubunda %54,5, deney grubunda %41,7). Bu çalışma sonucuna göre SMS gönderme yönteminin unutkanlığı önleme ve rutin oluşturma da etkili olduğu, ilaç uyumsuzluk

oranlarını değiştirmemesi uyumsuzluk nedenlerinin daha çok unutkanlık, rutin eksikliği ve kasıtlı direnç olabileceği söylenbilir.

İlaç tedavisine uyum bazı hastalar için zordur çünkü genellikle davranışsal rutinleri değiştirmeyi gerektirir. Bipolar hastalar bu değişikliklerin fayda sağlayacağını kabullenseler bile, bu değişikliklerle ilgili ambivalans yaşarlar. İlaçlarını almaya yönelik böyle bir ambivalans, bipolar bozukluğu olan bireylerin tedavisindeki etkinliğin azalması ve sağlık sonuçlarının zayıflamasına neden olabilir (Laakso, 2012). Literatür incelendiğinde kötü uyumun, zayıf motivasyon, tedavinin yan etkileri ile ilgili daha yüksek endişe düzeyleri, ilacı hem gereksiz hem de istenmeyen olarak algılama ile ilişkili olduğu görülmüştür (Arvilommive ark., 2014; Sajatovic ve ark., 2009). İlaç tedavisine uyumsuzluğun en temel nedeni ilaçların yan etkileri değil hastaların BAB ile ilgili tutum ve düşünceleri olduğu ifade edilmektedir (Scott ve Pope, 2002). Düzenli ilaç kullanmayı engelleyici faktörler olarak; ilaç kullanarak düzeleceğine inanmama (%32,4), yan etki yaşama (%27,4) , iyileştiğini düşünme (%9,8), ilaç içmeyi unutma (%7,8), uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissi (%5,9), hasta olmadığını düşünme (%5,9) ve diğer nedenler (%10,8) belirlenmiştir (Aksoy ve Kelleci, 2016). Çalışmamızda ilaç kullanmama nedenleri karşılaştırıldığında deney grubundaki hastaların %62,1' inin ilaç kullanarak dzeleceklerine inanmadıkları için ilacı bıraktıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda uyumsuz hastaların daha fazla oranda ilaçların tedavi etkinliği ile ilgili olumsuz tutum ve düşüncelerinin olması bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Motivasyonel görüşme, psikoterapötik müdahale ve kanıta dayalı bir yaklaşım olup, hastaların davranışsal sağlık rejimlerine ve tedavi önerilerine uyumunu arttırmakta ve daha iyi tedavi nerileri getirmektedir (Hetteema ve ark., 2005; Levensky ve ark., 2007). Motivasyonel görüşme, gelişmiş Psikiyatri Hemşireliği uygulamaları için değerli bir araçtır, çünkü terapötik işbirliğini kurmada ve bir terapist olarak yargılayıcı olmayan bir tutum ile yaklaşımı yararlıdır (Karzenowski ve Puskar, 2011) . Genel olarak ele alındığında deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre MGIUP programı sonrası tedavi uyumunun düzeyinin artmış olması MGIUP' nın etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda uygulanan motivasyonel görüşmenin kabullenici tavırla, uzman rolüne girmeden, geçmişteki olumsuz ilaç deneyimleri, ilaç kullanımına karşı olumsuz



tutum, düşünce ve ambivalansın tartışılmasını teşvik etmesi, hastaların davranışsal analizini ve davranışlarının kendilerine yarar ve zararını hastanın tartışması, katılımcıların ilaçlarla ilgili ambivalansını çözümlenmesine yardımcı olması, hastaların öz yönetimini desteklemesinin hastanın daha bilinçli karar almasını destekleyerek ilaç uyumunu artırdığı, SMS gönderiminin ise unutkanlığı önlediği, hastaya rutin oluşturduğu ve davranış değişikliği kararının sürdürülmesini desteklediği için ilaç uyum oranlarını artırdığı düşünülmektedir. İzlemler ile de hastaların ilaç kullanım durumlarının tekrar değerlendirilmesi hastaların ilaç uyumu puanlarının artmasını etkilemiş olabilir (Montoya ve ark., 2007; Perlick ve ark., 2004; Murru ve ark., 2013; Hayler ve Gangure, 2003; Craig ve Patterson, 2005; Shoffner ve ark., 2007).

Çalışmamızda hastaların daha önceki hastaneye yatışlarının nedeni incelendiğinde kontrol grubundaki hastaların ise %43,3' ünün ilaç kullanmadıkları için hastaneye yattıkları saptanmıştır. Uzun süreli tedavilerde, ilaç tedavisi uyumsuzluğu öyküsü olan BAB olan bireyler, gelecekte de uyum göstermeme açısından “yüksek risk” grubu olarak sınıflandırılabilirler (Scott ve Pope, 2002). Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların ilaç uyumsuzluk oranlarında 6 aylık izlem süresince farklılık olmaması uyumsuzluk öyküsüne sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin bipolar hastaların ilaç uyumuna etkisi incelenmiştir. Cinsiyet ve medeni duruma göre programın etkisi değerlendirildiğinde deney grubu puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da medeni durum ve cinsiyetin BAB tanılı hastaların ilaç uyumunu etkilediği, kadınların ilaç uyumlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Leclerc ve ark., 2013; Casaletto ve ark., 2016). Benzer şekilde, bekar veya yalnız yaşamak, uyumsuzluk için bir risk faktörü olarak tanımlanmış ve evli olan BAB tanılı hastaların ilaç uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Leclerc ve ark., 2013; Pompili ve ark., 2013; Sajatovic ve ark., 2011; Gonza'lez-Pinto ve ark., 2010; Sajatovic ve ark., 2007; Demirkol ve ark., 2015). Çalışmamızda kadınların erkeklere göre, evlilerin bekar ve dullara göre ilaç uyumlarının daha yüksek olması bu çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

Araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Deney grubundaki hastaların uygulama öncesi Morisky İlaç Uyumu Ölçeğine göre ilaç uyumsuzluklarının  $2,96 \pm 0,69$ , uygulama sonrası 3. ay izlemde  $0,46 \pm 0,83$ , 6. ay izlemde  $0,14 \pm 0,44$  olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda MGIUP uygulanan hastaların ilaç uyum düzeyleri anlamlı olarak artmıştır ( $p < 0,005$ ).
- Kontrol grubundaki hastaların MMAS' ye göre ilaç uyumsuzluklarının  $2,96 \pm 0,91$ , 3. ay izlemde  $2,84 \pm 0,83$ , 6. ay izlemde  $3,15 \pm 1,00$  olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda kontrol grubundaki hastaların ilaç uyum düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmamıştır.
- Deney grubundaki hastaların uygulama öncesi TTUOÖ' ne göre ilaç uyumlarının  $4,17 \pm 1,78$ , uygulama sonrası 3. ay izlemde  $7,66 \pm 1,95$ , 6. ay izlemde  $8,57 \pm 1,68$  olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda MGIUP uygulanan hastaların ilaç uyum düzeyleri anlamlı olarak artmıştır ( $p < 0,005$ ).
- Kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi TTUOÖ' ne göre ilaç uyumlarının  $3,65 \pm 1,83$ , uygulama sonrası 3. ay izlemde  $3,61 \pm 1,83$ , 6. ay izlemde  $3,80 \pm 1,81$  olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda kontrol grubundaki hastaların ilaç uyum düzeylerinde farklılık bulunmamıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilaç uyum düzeyleri karşılaştırıldığında MGIUP sonrasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ).

- Cinsiyete göre Morisky ilaç uyum ölçeği ve tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları açısından deney grubunda uygulama öncesi, uygulama sonrası 3. ay ve 6. ay ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Tıbbi tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları açısından kadınların 3. ay ölçüm puan ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- Medeni duruma göre Morisky ilaç uyum ölçeği ve tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları açısından deney grubunda uygulama öncesi, uygulama sonrası 3. ay ve 6. ay ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Deney grubunun 3. ve 6. Ay ölçümlerinde Morisky İlaç Uyum Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ).

## 6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ;

- Çalışmamız sınırlı bir bölgede ve sınırlı hasta sayısına ulaşılarak yapılmıştır. Ülkemizde ise BAB hastalarının ilaç uyumlarını artırmaya yönelik motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemi içeren hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle BAB hastalarının ilaç uyumlarını artırmaya yönelik motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemi içeren farklı çalışmaların daha büyük örneklem grubuyla izlem çalışmalarının yapılması,
- TRSM' lerinde takip edilen ve psikiyatri kliniklerinden taburcu edilen hastaların ilaç uyum düzeylerini belirlemeye yönelik olan ölçeklerin belirli periyotlarla telepsikiyatrik izleme uygulanarak ilaca uyum oranlarının tespit edilmesi,
- Bipolar affektif bozukluk dışındaki psikiyatri hastalarının ilaç uyumlarını artırmaya yönelik motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemi içeren farklı çalışmaların yapılması,
- Sağlık kurumlarında hastaların tedaviye uyumunu, hemşirenin tedavideki rolünü, etkinliğini arttıran motivasyonel görüşme yöntemlerinin kullanılması,
- Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin hastalar psikiyatri polikliniğine başvurduğu ilk andan itibaren programlanmasının her sağlık kurumunda standart hale getirilmesi,
- Taburculuğu takiben hasta topluma yeniden katıldığında hastanın ve ailesinin taburculuk sonrasında gereksinimleri olduğunda kolayca ulaşabilecekleri bir iletişim kanalının açık tutulması, gerektiğinde hastaya ve aileye telefon aracılığıyla kısa süreli danışmanlık verilmesi, hastalara düzenli kontrol randevusu tarihi verilmesi, hastaların randevuya gelmesinin telefon veya SMS ile teşvik edilmesi, tedaviye

uyumsuzluk riski olan hastalar için bu durumun en aza indirilmesi için düzenlemeler yapılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Adamson, S.J., Sellman, J.D. (2008). Five-Year Outcomes of Alcohol-Dependent Persons Treated With Motivational Enhancement. *J Stud Alcohol Drugs*, 69(4):589-93.
2. Allsop, S. (2007). What is this thing called motivational interviewing?. *Addiction*, 102(3):343-5.
3. Akdeniz, F. (2008). Bipolar bozukluk. E. Işık, E. Taner, U. Işık (Eds.). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Golden Print Matbaası, Ankara, s:155-173.
4. Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., Kurt, E. (2012). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 22(1):31-42.
5. Aksoy, A., Kelleci, M. (2016). Bipolar Hastalarda İlaç Uyumu: Stresle Başetme ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29:210-218.
6. Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W., Merikangas, K.R. (2005). Prevalence of mental disorders in the zurich cohort study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psichiatr Soc.*, 14:68-76.
7. Anton, R.F., O'Malley, S.S., Ciraulo, D.A., Cisler, R.A., Couper, D., Donovan, D.M., et. all. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*, 295:2003-17.
8. APA. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. (Çeviren: Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:63-91.
9. Arvilommi, P., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Valtonen, H., Isometsä, E. (2014). Predictors of adherence to psychopharmacological and

- psychosocial treatment in bipolar I or II disorders - an 18-month prospective study. *J Affect Disord.*, 155:110–7.
10. Ayar, D. (2006). İkiüçlü Bozuklukta Hastalar ve Hasta Yakınlarının Elektrokonvülsif Tedaviye İlişkin Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
  11. Aydemir, Ö. (2004). Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(3):61-64.
  12. Azorin, J.M., Belzeaux, R., Kaladjian, A., Adida, M. et. all. (2013). Risks associated with gender differences in bipolar I disorder. *J. Affect. Disord.*, 151(3): 1033-1040.
  13. Bal, U., Yılmaz, E., Tamam, L., Çakmak, S. (2015). Telepsikiyatri: Şimdi ve Burada. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(2):136-148.
  14. Baldessarini, R.J., Perry, R., Pike, J. (2008). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol*, 23:95-105.
  15. Baker, A., Bucci, S., Lewin, T.J., Kay-Lambkin, F., Constable, P.M., Carr, V.J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 188:439-48.
  16. Belzeaux, R., Correard, N., Boyer, L., Etain, B., Loftus, J., Bellivier, F., et. all. (2013). Depressive residual symptoms are associated with lower adherence to medication in bipolar patients without substance use disorder: results from the FACE-BD cohort. *J Affect Disord.*, 151(3):1009–15.
  17. Berk, L., Halam, K.T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., Berk, M. (2010). Enhancing Medication Adherence İn Patients With Bipolar Disorder. *Human Psychopharmacol*, 25:1–16.
  18. Britton, P.C., Williams, G.C., Conner, K.R. (2008). Self-Determination Theory, Motivational Interviewing, and the Treatment of Clients With Acute Suicidal Ideation. *J Clin Psychol*, 64(1):52-66.

19. Bouchard, S., Dumoulin, S., Michaud, M., Gougeon, V. (2011). Telepresence experienced in videoconference varies according to emotions involved in videoconference sessions. *Stud Health Technol Inform*, 167:128-132.
20. Bowden, C.L. (2005). *Klinik Psikofarmakolojinin Esasları*, Schatzberg, A.F., Charles B. Nemeroff, C.B. (Eds.) (Çeviri: M. Emin Ceylan, Can Ger, Özden Arısoy). Esin Ofset Matbaa ve Reklamcılık A.Ş., İstanbul, s:415.
21. Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C., Kunkel, L.E., et. all. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multi site effectiveness study. *Drug Alcohol Depend*, 81:301-12.
22. Casaletto, K.B., Kwan, S., Montoya, J.L., Obermeit, L.C., Gouaux, B., Poquette, A., et. all. (2016). Predictors of psychotropic medication adherence among HIV+ individuals living with bipolar disorder. *Int J Psychiatry Med.*, 51(1):69-83.
23. Chanut, F., Brown, T.G., Donguier, M. (2005). Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11):715-721.
24. Choi, N.G., Wilson, N.L., Sirrianni, L., et. all. (2014). Acceptance of home-based telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults: qualitative interviews with the participants and aging-service case managers. *Gerontologist*, 54:704-713.
25. Cipriani, A., Reid, K., Young, A.H., Macritchie, K., Geddes, J. (2013). Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(10): CD003196.
26. Clatworthy, J., Bowskill, R., Rank, T., Parham, R., Horne, R. (2007). Adherence To Medication In Bipolar Disorder: A Qualitative Study Exploring The Role Of Patients Beliefs About The Condition And Its Treatment. *Bipolar Disord*, 9:656–664.



27. Clatworthy, J., Bowskill, R., Parham, R., Rank, T., Scott, J., Horne, R. (2009). Understanding medication non-adherence in bipolar disorders using a necessity-concerns framework. *J Affect Disord.*, 116(1–2):51–5.
28. Col, S.E., Caykoylu, A., Karakas, U.G., Ugurlu, M. (2014). Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *Gen Hosp Psychiatry.*, 36(2):208–13.
29. Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., et. all. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*, 61(8):549-55.
30. Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M.J., Sanchez-Moreno, J., Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord.*, 7 Suppl 5:24–31.
31. Colom, F., Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorders. *European Psychiatry*, 20(5):359- 364.
32. Craig, J., Patterson, V. (2005). Introduction to the practice of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11:3-9.
33. Crowe, M., Wilson, L., Inder, M. (2011). Patients' Reports Of The Factors Influencing Medication Adherence In Bipolar Disorder – An Integrative Review Of The Literature. *International Journal Of Nursing Studies*, 48:894-903.
34. Çakır, F., İlnem, C., Yener, F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:50–59.
35. D'amico, E.J., Miles, J.N., Stern, S.A., Meredith, L.S. (2008). Brief Motivational Interviewing for Teens at Risk of Substance Use Consequences: a Randomized Pilot Study in a Primary Care Clinic. *J Subst Abuse Treat*, 35(1):53-61.
36. Darling, C.A., Olmstead, S.B., Lund, V.E., Fairclough, J.F. (2008). Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentmen. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(3):113–126.

37. Das, G.R., Guest, J.F. (2002). Annual Cost Of Bipolar Disorder To UK Society. *Br J Psychiatry*, 180:227–233.
38. Davidson, M.R. (2012). *Mood Disorders. A Nurse's Guide to Women's Mental Health*. Springer Publishing Company, New York, p:213–225.
39. Demirkol, M.E., Tamam, L., Evlice, Y.E., Karaytuğ, M.O. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Çukurova Medical Journal*, 40(3):555-568.
40. Demirtaş, S. (1995). Bipolar Bozukluğu Olan Tedaviye Uyumlu ve Uyumsuz Hastaların Hastalıklarına İlişkin Atıfları ve Sosyal Destek Sistemleri Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
41. Deslich, S.A., Thistlethwaite, T., Coustasse, A. (2013). Telepsychiatry in correctional facilities: using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations. *Perm J*, 17:80-86.
42. Diflorio, A., Jones, I. (2010). Is sex important? gender differences in bipolar disorder. *International review of psychiatry*, 22:437-452.
43. Dolder, C.R., Lacro, J.P., Dunn, L.B., Jeste, D.V. (2002). Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents?. *Am J Psychiatry*, 159:103-8.
44. Eroğlu, M.Z., Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:206–236.
45. Fagiolini, A., Kupfer, D.J., Masalehdan, A., Scott, J.A., Houck, P.R., Frank, E. (2005). Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord.*, 7:281–285.
46. Frueh, B.C., Monnier, J., Grubaugh, A.L., Elhai, J.D., Yim, E., Knapp, R. (2007). Therapist adherence and competence with manualized cognitive-behavioral therapy for PTSD delivered via videoconferencing technology. *Behav Modif*, 31:856-866.

47. Geddes, J.R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., Goodwin, G.M. (2004). Long-term lithium therapy for bipolar disorder, systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry*, 161:217-222.
48. Gonza'lez-Pinto, A., Reed, C., Novick, D., Bertsch, J., Haro, J.M. (2010). Assessment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry.*, 43(7):263–70.
49. Gorevski, E., Mogilishetty, G., Minkara, A., Bian, B., et. all. (2011). PSU12 Immunosupressant Therapy Adherence And Rejection Outcomes in Liver and Kidney Transplantat patients. *Value in Health*, 14:A88.
50. Gönül, A.S., Oğuz, A., Yabanoğlu, I., Eşel, E. (2000). Tedaviye Dirençli Bipolar Hastalarda Lamotrijin Kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10:171-175.
51. Grady, B. (2012). Promises and limitations of telepsychiatry in rural adult mental health care. *World Psychiatry*, 11:199-201.
52. Haddad, P.M., Brain, C., Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*, 5:43-62.
53. Harkın, Ş. (2008). Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Düzce.
54. Hayler, S.E., Gangure, D.P. (2003). A review of the cost of telepsychiatry. *Psychiatr Serv*, 54:976-80.
55. Hettema, J., Steele, J., Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1:91-111.
56. Hilty, D.M., Leamon, M.H., Lim, R.F., Kelly, R.H., Hales, R.E. (2006). A Review of Bipolar Disorder in Adults. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(9):43–55.
57. Hilty, D.M., Ferrer, D.C., Parish, M.B., et. all. (2013). The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health*, 19:444-454.

58. Hou, R., Cleak, V., Peveler, R. (2010). Do treatment and illness beliefs influence adherence to medication in patients with bipolar affective disorder? A preliminary cross-sectional study. *Eur Psychiatry*, 25(4):216–9.
59. Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J.M., Aguado, J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study. *Psychiatry Research*, 190:110–114.
60. Ikelheimer, D.M. (2008). Treatment of opioid dependence via home-based telepsychiatry. *Psychiatr Serv*, 59:1218-1219.
61. Işık, E. (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel sanatlar yayınevi, 1.Baskı, Ankara, s:467-483.
62. Jefee-Bahloul, H., Moustafa, M.K., Shebl, F.M., Barkil-Oteo, A. (2014). Pilot assessment and survey of Syrian refugees' psychological stress and openness to referral for telepsychiatry (PASSPORT Study). *Telemed J E Health*, 20:977-979.
63. Jones, S.H., Barrowclough, C., Allott, R., Day, C., Earnshaw, P., Wilson, I. (2011). Integrated motivational interviewing and cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder with comorbid substance use. *Clin Psychol Psychother.*, 18(5):426-37.
64. Jones, J.S., Fitzpatrick, J.J., Rogers, V.L. (2016). Bipolar and Related (Mood) Disorders. *Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach* (2. Edition). Springer Publishing Company, New York, 216–222.
65. Jónsdóttir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A.B., Simonsen, C., Engh, J.A., Ringen, P.A., et. all. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.*, 127(1):23–33.
66. Karzenowski, A., Puskar, K. (2011). Motivational Interviewing: A Valuable Tool for the Psychiatric Advanced Practice Nurse. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:436–440.

67. Kasper, S., Saya, L., Tekin, B., Loze, J.Y. (2009). 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*, 13:245-252.
68. Kawa, I., Carter, J.D., Joyce, P.R., Doughty, C.J., Frampton, C.M., Wells, J.E., et. all. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord*, 7:119–125.
69. Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., David, A. (1998). Randomized control trial of compliance therapy: 18month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172:413–419. doi:10.1192/bjp.172.5.413.
70. Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, H.B., Cengiz, F. (2013). Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar -Current Approaches in Psychiatry*, 5(2):220-231.
71. Ketter, T.A. (2010). Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 71(6):e14. doi: 10.4088/JCP.8125tx11c.
72. Koç, A. (2006). Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
73. Konuk, N., Kocabaşoğlu, N. (2000). Bipolar affektif bozuklukta güncel tedaviler. *Yeni Symposium*, 38:52-62.
74. Laakso, L.J. (2012). Motivational interviewing: addressing ambivalence to improve medication adherence in patients with bipolar disorder. *Issues Ment Health Nurs*, 33(1):8-14. doi: 10.3109/01612840.2011.618238.
75. Leclerc, E., Mansur, R.B., Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *J Affect Disord.*, 149(1–3):247–52.1.
76. LeRouge, C., Garfield, M. (2013) Crossing the telemedicine chasm: have the U.S. barriers to widespread adoption of telemedicine been significantly reduced?. *Int J Environ Res*, 10:6472-6484.

77. Levensky, E.R., Forcehimes, A., O'Donohue, W.T., Beitz, K. (2007). Motivational interviewing: an evidence based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *American Journal of Nursing*, 107:50–58.
78. Levin, J.B., Tatsuoka, C., Cassidy, K.A., Aebi, M.E., Sajatovic, M. (2015). Trajectories of medication attitudes and adherence behavior change in non-adherent bipolar patients. *Compr Psychiatry*., 58:29–36.
79. Levin, J.B., Krivenko, A., Howland, M., Schlachet, R., Sajatovic, M. (2016). Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder: A Comprehensive Review. *CNS Drugs*, 30:819–835.
80. Lingam, R., Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders . *Acta Psychiatr Scand*, 105:164–72 .
81. Mair, F.W.P. (2000) International telepsychiatry: a study of patient acceptability. *J Telemed Telecare*, 14:241-243.
82. Maçkalı, Z., Tosun, A. (2011). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4):571-594.
83. Mahmood, K.T., Khalid, N., Makhdum, Z. (2010). Adherence TO Drug Therapy In Psychiatric Patients, *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2(11):700–703.
84. Manning, T.R., Goetz, E.T., Street, R.L. (2000). Signal delay effects on rapport in telepsychiatry. *Cyber Psychol Behav*, 3:119-127.
85. Maritz, J., Holroyd, S. (2006). Characteristics of telephone calls in a psychiatric outpatient practice. *J Psychiatr Pract*, 12:195-199.
86. Martino, S., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T.L., Carroll, K.M. (2008). Community Program Therapist Adherence and Competence in Motivational Enhancement Therapy. *Drug Alcohol Depend*, 96(1-2):37-48.
87. McDonald, H.P., Garg, A.X., Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*, 288:2868–79.

88. McKenzie, K., Chang, Y.P. (2015). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care*, 51(1):36–44.
89. Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., et. all. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 68(3):241–251.
90. Merrill, M.B., Zieve, D. (2010). Bipolar disorder. *PubMed Health*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001924/>
91. Mert, D.G., Turgut, N.H., Kelleci, M., Semiz, M. (2015). Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Preference Adherence*, 9:87–93.
92. Miasso, A.I., Monteschi, M., Giacchero, K.G. (2009). Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence And Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service, *Rev Latino-Am Enfermagem*, 17(4):548– 556.
93. Miller, W.R., Rollnick, S. (2009). Motivasyonel görüşme: insanları değişime hazırlama. (Çeviren: Figen Karadağ, Kültegin Ögel, Ahmet Ertan Tezcan). *HYB Yayıncılık, Ankara*, 3-319.
94. Miller, W.R., Moyers, T.B. (2007). Eight stages in learning motivational interviewing. *J Teach Addict*, 5(1): 13-17.
95. Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C., Rychtarik, R. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH Monograph Series, Vol. 2)*. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; p:13-26.
96. Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., et. all. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, 48:582-92.
97. Mitchell, A.J., Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Adv. Psychiatry Treat.*, 13:336–46.

98. Montoya, A., Perez, J., Gilaberte, I., Gonzalez-Pinto, A., Haro, J., Vieta, E., Tohen, M. (2007). Patterns of drug treatment for manic episode in the clinical practice. Outcomes of the Spanish sample in the EMBLEM Study. *Actas Esp Psiquiatr*, 35:315–322.
99. Moore, D.J., Poquette, A., Casaletto, K.B., Gouaux, B., Montoya, J.L., Posada, C., et. all. (2015). Individualized texting for adherence building (iTAB): improving antiretroviral dose timing among HIV-infected persons with co-occurring bipolar disorder. *AIDS Behav.*, 19(3):459–71.
100. Morgan, V.A., Mitchell, P.B., Jablensky, A.V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: Sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord.*, 7(4):326-37.
101. Murru, A., Pacchiarotti, I., Amann, B.L., Nivoli, A.M., Vieta, E., Colom, F. (2013). Treatment adherence in bipolar I and schizoaffective disorder, bipolar type. *J Affect Disord*, 151(3):1003–8.
102. Nivoli, A.M., Pacchiarotti, I., Rosa, A.R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., et.all. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133: 443-449.
103. Otto, M.W., Reilly-Harrington, N., Sachs, G.S. (2003). Psychoeducational and cognitive behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1):171–181.
104. Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2(2):41-4.
105. Özkan, B., Erdem, E., Özsoy, S., Zararsız, G. (2013) Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14:192-199.
106. Öztürk O., Uluşahin A. (2011) Duygulanım Bozuklukları.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Baskı). Tuna Matbaacılık A.Ş., Ankara, Cilt 1, s:337-428.
107. Pakpour, A.H., Modabbernia, A., Lin, C.Y., Saffari, M., Ahmadzad Asl, M., Webb, T.L. (2017). Promoting medication adherence among patients with



- bipolar disorder: a multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. *Psychol Med.*, 47(14):2528-2539. doi:10.1017/S003329171700109X.
108. Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Maciejewski, P.K., Sirey, J., Struening, E., Link, B.G. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Service*, 55: 1029-35.
109. Pompili, M., Venturini, P., Palermo, M., Stefani, H., Seretti, M.E., Lamis, D.A., et. all. (2013). Mood disorders medications: predictors of nonadherence—review of the current literature. *Expert Rev Neurother.*, 13(7):809–25.
110. Post, R.M., Altshuler, L.L. (2007). Duygudurum bozuklukları: iki uçlu bozukluğun tedavisi. İçinde Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. (8. Baskı). (Çeviren: H. Aydın, A. Bozkurt). Ankara: Güneş Kitabevi, 1661-1707.
111. Rabinowitz, T., Murphy, K.M., Amour, J.L., Caputo, M.P., Newhouse, P.A. (2010). Benefits of a telepsychiatry consultation service for rural nursing home residents. *Telemed J E Health*, 16:34-40.
112. Rihmer, Z., Angst, J. (2007). Duygudurum bozuklukları: epidemiyoloji. İçinde Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. (8. ed.). (Çeviren: H. Aydın, A. Bozkurt). Ankara: Güneş Kitabevi, 1575-1581.
113. Riley, W., Velligan, D., Sajatovic, M., Valenstein, M., Safren, S., Lewis-Fernandez, R., Weiden, P., Ogedegbe, G. (2009). Adherence to Psychiatric Treatments, *CML – Psychiatry*, 20(4):89–96.
114. Rollnick, S., Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 23:325–335.
115. Roy, R., Jahan, M., Kumari, S., Chakraborty, P.K. (2005). Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: A centre based study. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 31:24-8.

116. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55:305-12.
117. Rüsçh, N., Corrigan, P.W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, 26(1):23–32.
118. Scott, J., Pope, M. (2002). Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry*, 63(5):384-390.
119. Scott, J., Colom, F., Vieta, E. (2007). A meta analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 10(1):123-129.
120. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadoc’s Synopsis of Psychiatry* (10. Edition). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p:527-562.
121. Sajatovic, M., Davies, M., Hrouda, D.R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 55(3): 264-9.
122. Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F.C., Ganoczy, D., Ignacio, R.V. (2006). Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8(3):232–241.
123. Sajatovic, M., Chen, D., Dines, P., Shirley, E.R. (2007a). Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Disease management and health outcomes*, 15(3): 181-192. DOI: 10.2165/00115677-200715030-00006.
124. Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F.; Ganoczy, D., Ignacio, R. (2007b). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 58(6):855-863.
125. Sajatovic, M., Ignacio, R.V., West, J.A., Cassidy, K.A., Safavi, R., Kilbourne, A.M., Blow, F.C. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*, 50(2):100–7.

126. Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano, E., Cassidy, K.A., Tatsuoka, C., Jenkins, J.H., (2011), Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3):280–287.
127. Saunders, B., Wilkinson, C., Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme, *Addiction*, 90(3): 415-424.
128. Shoffner, J., Staudt, M., Marcus, S., Kapp, S. (2007). Using telephone reminders to increase attendance at psychiatric appointments: findings of a pilot study in rural Appalachia. *Psychiatr Serv*, 58(6):872-875.
129. Shore, J.H., Hilty, D.M., Yellowlees, P. (2007). Emergency management guidelines for telepsychiatry. *Gen Hosp Psychiatry*, 29(3):199-206.
130. Shives, L.R. (2012). Mood Disorders. *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing* (8. Edition). Wolters Kluwer/Lippicott Williams &Wilkins, Philadelphia, p:297-307.
131. Sierra, P., Livianos, L., Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord*, 7(2):159-65.
132. Simon, G.E., Ludman, E.J., Unutzer, J., Bauer, M.S., Operskalski, B., Rutter, C. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35(01):13–24. doi:10.1017/S0033291704002624.
133. Simpson, S.G., Reid, C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Aust J Rural Health*, 22:280-299.
134. Sofuoğlu, S., Turan, T. (2000). Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(2):100-106.
135. Soykan, A. (2013). İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, 3(Suppl. 1):9-10.

136. Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Emotional Responses and Mood disorders, Elsevier Mosby, Tenth Edition, p:289-323.
137. Swanson, A.J., Pantolon, M.V., Cohen, K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10):630-635.
138. Tacchi, M.J., Scott, J. (2005). Improving Adherence in Schizophrenia and Bipolar Disorders. Wiley, Chichester, UK.
139. Taj, F., Tanwir, M., Aly, Z., Khowajah, A.A., Tariq, A., Syed, F.K., Waqar, F., Shahzada, K. (2008). Factors associated with non-adherence among psychiatric patients at a tertiary care hospital, Karachi, Pakistan: a questionnaire based crosssectional study. *J Pak Med Assoc*, 58(8):432–6.
140. Tubman, J.G., Wagner, E.F., Gil, A.G., Pate, K.N. (2002). Brief Motivational Intervention for Substance-Abusing Delinquent Adolescents: Guided Self-Change as a Social Work Practice Innovation. *Health & Social Work*, 27 (3): 208-212.
141. Turhan, N. (2007). Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
142. Tohen, M., Zarate, C.A., Hennen, J., Khalsa, H.M, Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P., Salvatore, P., Baldessarini, R.J. (2003). The McLean–Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*, 160(12): 2099–2107.
143. Townsend, M.C. (2015). Mood Disorders. *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (8.Edition). F.A. Davis Company, Philadelphia, p:498-505.
144. Uğur, K. (2012). Bipolar Bozuklukta Özkıyım Davranışının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana.
145. Ünal, S., Çakıl, G., Elyas, Z. (2006). Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:69–75.

146. Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J.P. (2010). Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract*, 16(1):34-45.
147. Vieta, E. (2005). Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J Clin Psychiatry*, 66(1):24–9.
148. Vieta, E., Azorin, J.M., Bauer, M., Frangou, S., Perugi, G., Martinez, G., Schreiner, A. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *J Affect Disorders*, 143(1–3):125–30.
149. Videbeck, S.L. (2011). *Mood Disorders. Psychiatric-Mental Health Nursing* (5. Edition). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p:280-313.
150. World Health Organization. (2011). World report on disability. (URL: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)) p:297.
151. Yılmaz, G. (2007). *Bipolar Affektif Bozuklukta Komorbid Anksiyete Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması*, Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir.
152. Yılmaz, S. (2004). *Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri Ve İlaç Uyumu*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
153. Zygumt, A., Olfson, M., Boyer, C.A., Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 159(10):1653-1664.
154. Zeber, J.E., Miller, A.L., Copeland, L.A., McCarthy, J.F., Zivin, K., Valenstein, M., Greenwald, D., Kilbourne, A.M. (2011). Medication adherence, ethnicity, and the influence of multiple psychosocial and financial barriers. *Adm Policy Ment Health*, 38(2):86–95.

## EKLER

### EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**Anket No:**

**Görüşme tarihi:**

**Cep Telefonu:**

**Adresi:**

#### A.Hasta Özellikleri

**1. Hastanın Adı Soyadı:**

**2. Yaşınız:**

**3. Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın ( ) Erkek

**4. Medeni Durumu:** ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış /Dul

**5. Eğitim Durumu:** ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar  
( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite  
( ) Lisansüstü

**6. Mesleği:** ( ) Ev hanımı ( ) Öğrenci ( ) Memur  
( ) Serbest Meslek ( ) Emekli ( ) İşçi ( ) Yok

**7. Çalışma Durumu:** ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

**8. Ekonomik durumunu:** ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi

**9. Sağlık güvencesi:** ( ) Yok ( ) Var

**10.Fiziksel hastalık öyküsü:** ( ) Var.....

( ) Yok

**11. Aile tipi:** ( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( ) Parçalanmış aile

**12. İntihar öyküsü:** ( ) Var(kaç kez).....( ) Yok

- 14. Birlikte yaşadığı kişiler:** ( ) Yalnız ( ) Eşi ve Çocukları  
( ) Anne-baba ( ) Arkadaşlar ( ) Akrabalar  
( ) Bakım evinde ( ) Evsiz

**B. Hastalık İle İlgili Özellikler**

- 15. Tıbbi Tanısı:** ( ) Bipolar bozukluk-1  
( ) Bipolar bozukluk-2  
( ) Eksen II tanısı

**16. Psikiyatrik hastalık süresi: .....**

**17. Genelde hastaneye yatış nedeniniz:**

- ( ) İlaç Kullanmamak  
( ) İlaç Kullanmaya Rağmen Belirtilerin Artması  
( ) Stres Yaşantısı  
( ) Diğer

**18. Madde Kötüye Kullanım Öyküsü:** ( ) Var ( ) Yok

**19. Alkol Kötüye Kullanım Öyküsü:** ( ) Var ( ) Yok

**C. İLAÇ BİLGİ FORMU**

**20. Kaç yıldır psikiyatrik ilaç kullanıyorsunuz: .....**

**21. Evde mevcut olan ve hastanın kullandığı ilaçların isimleri ve kullanım zamanları:**

İlaç ismi-dozu	Kullanım sıklığı-zamanı


**22. İlaçların rahatsızlığınızı iyileştireceğine inanıyor musunuz?**

( ) İnanıyorum ( ) İnanmıyorum

( Açıklayınız):

**23. Sizce ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?**

( ) Evet → Nasıl kullanıyorsunuz?

( ) Hayır → İlaçlarınızı düzenli kullanmama nedeniniz nedir?

**24. İlaçlar konusunda herhangi bir şekilde bilgi aldınız mı?**

( ) Evet (Kimden?).....( ) Hayır

**25. Ailenizde ilaç kullanmanızda size yardımcı olan birileri var mı?**

( ) Var ( ) Yok

**26. İlaçlarını günlük alma durumu;** ( )Yardımsız alabiliyor

( )Yardımla alıyor

( )Zorla veriliyor

( )Almıyor

**27.Son iki yılda doktorun önerdiği tedaviyi hiç bıraktınız mı?**

( )Evet .....Neden? \_\_\_\_\_

Kaç kez? \_\_\_\_\_

( )Hayır



## EK-2 MORİSKY İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ (MMAS)

Uyum Anketi	EVET	HAYIR
1. İlacınızı almayı unutuyor musunuz?		
2. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?		
4. İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?		

### EK-3 TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ

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

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

## **EK-4 DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

### **C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “ Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telepsikiyatrik İzlemin İlaç Uyumu Üzerine Etkisidir.” Bipolar bozukluk, hayattan zevk alamama, isteksizlik, değersizlik, uykusuzluk veya çok uyuma, hareketlerde yavaşlama gibi belirtileri olan dönem ile aşırı neşe, öfke, sürekli hareket etme isteği, uykusuzluk, kendini her şeyi yapabilecek kadar güçlü ve önemli hissetme gibi belirtilerin olduğu dönem olmak üzere iki farklı dönemi içeren ruhsal bir bozukluktur. Motivasyon, kişiyi bir davranışı veya hedefi gerçekleştirmeye teşvik eden bir ihtiyaç, kişinin bir şeyi yapabileceğine olan inancıdır. Telepsikiyatrik izlem ise telefon yolu ile iletişim kurularak tedavinizin değerlendirilmesidir.

Bu araştırmanın amacı, bipolar hastalarda motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin ilaç uyumu üzerine olan etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada başlangıçta size üç adet ölçek uygulanacaktır. Bunlardan ilki “Morisky Uyum Anketi” dir. Bu anket sizin ilaçlarınızı önerilere uygun kullanıp kullanmadığınızı ölçen 4 adet sorudan oluşmaktadır ve bu soruların yanıtlanması yaklaşık iki dakika sürmektedir. İkinci anket “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği” dir. Bu anket sizin ilaçlarınızı önerilere uygun olarak alıp almadığınızı ölçen 10 adet sorudan oluşmaktadır ve bu soruların yanıtlanması yaklaşık beş dakika sürmektedir. Üçüncü anket ise sizinle, hastalığınızla ve ilaçlarınızla ilgili bilgileri içeren 30 sorudan oluşan ve yaklaşık 10 dakika süren ‘Kişisel Bilgi Formu’ dur. Bu çalışmada sizin için ilaca uyumsuzluk saptanırsa size motivasyonel görüşme uygulanacaktır. Bu

görüşmeler Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde haftada iki kez olmak üzere üç hafta boyunca uygulanarak toplamda sizinle altı kez yüz yüze görüşmeler yapılacaktır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 40-45 dakika sürecektir. Bu görüşmelerde sizinle ilaç kullanımınız, ilaçlarınız hakkındaki düşünceleriniz, ilacı bırakma nedenleriniz, ilaç kullanımıyla ilgili yaşadığınız iyi ve iyi olmayan deneyimleriniz, ilaç tedavisine verdiğiniz önem, ilaç kullanımı ile ilgili kendinize olan güveninizle ilgili konuşulacak ve ilaçlarınızla ilgili bilgi verilecektir. Bu altı görüşme tamamlandıktan sonra üç ay boyunca sizinle belirlenen zamanlarda cep telefonunuza ilaç saatlerinizde ilaç alımınızı hatırlatmak amacıyla SMS mesajı gönderilecektir. Üçüncü ayın sonunda önceden sizinle belirlenmiş olan tarih ve zamanda yaklaşık 10 dakika sürecek bir telefon görüşmesi yapılacaktır. Bu görüşmede ilaçlarınızı önerilere uygun olarak alıp almadığınızı ölçen çalışmanın başlangıcında yanıtlamış olduğunuz 'Morisky Uyum Anketi' ve 'Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği' uygulanacaktır. Bu görüşmeden üç ay sonra Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde son kez yüz yüze görüşülerek başlangıçta uygulanan ilaçlarınızı önerilere uygun olarak kullanıp kullanmadığınızı ölçen ve toplamda 7 dakika sürecek 'Morisky Uyum Anketi' ve 'Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği' tekrar uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız için üç defa bu bilgileri vermeniz, her bir görüşmeye katılmanız yeterli olup, araştırmada sizin gibi gönüllüler yer alacaktır. Çalışma 8 ay sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen araştırmacı ile bireysel olarak görüşmek, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yarar ilaç uyumlarınızın artmasıdır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ..... numaralı telefonda araştırmacı hemşire Z.Gaye Gülcü'ye başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağılı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol aēmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan ölçeklere uygun cevaplar vermemeniz, ölçeklerden herhangi birini doldurmamanız, tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## **EK-5 KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

### **C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “ Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telepsikiyatrik İzlemin İlaç Uyumu Üzerine Etkisidir.” Bipolar bozukluk, hayattan zevk alamama, isteksizlik, değersizlik, uykusuzluk veya çok uyuma, hareketlerde yavaşlama gibi belirtileri olan dönem ile aşırı neşe, öfke, sürekli hareket etme isteği, uykusuzluk, kendini her şeyi yapabilecek kadar güçlü ve önemli hissetme gibi belirtilerin olduğu dönem olmak üzere iki farklı dönemi içeren ruhsal bir bozukluktur. Motivasyon, kişiyi bir davranışı veya hedefi gerçekleştirmeye teşvik eden bir ihtiyaç, kişinin bir şeyi yapabileceğine olan inancıdır. Telepsikiyatrik izlem ise telefon yolu ile iletişim kurularak tedavinizin değerlendirilmesidir.

Bu araştırmanın amacı, Bipolar hastalarda motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin ilaç uyumu üzerine olan etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada başlangıçta size üç adet ölçek uygulanacaktır. Bunlardan ilki “Morisky Uyum Anketi” dir. Bu anket sizin ilaçlarınızı önerilere uygun kullanıp kullanmadığınızı ölçen 4 adet sorudan oluşmaktadır ve bu soruların yanıtlanması yaklaşık iki dakika sürmektedir. İkinci anket “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği” dir. Bu anket sizin ilaçlarınızı önerilere uygun olarak alıp almadığınızı ölçen 10 adet sorudan oluşmaktadır ve bu soruların yanıtlanması yaklaşık beş dakika sürmektedir. Üçüncü anket ise sizinle, hastalığınızla ve ilaçlarınızla ilgili bilgileri içeren 30 sorudan oluşan ve yaklaşık 10 dakika süren ‘Kişisel Bilgi Formu’ dur. Bu çalışmada sizin için ilaca uyumsuzluk saptanırsa çalışma süresince ilaç uyumunuz tekrardan iki

kez ölçülecektir. İlk ölçümlerden üç ay üç hafta sonra önceden sizinle belirlenmiş olan tarih ve zamanda yaklaşık 10 dakika sürecek bir telefon görüşmesi yapılacaktır. Bu görüşmede ilaçlarınızı önerilere uygun olarak alıp almadığınızı ölçen çalışmanın başlangıcında yanıtlamış olduğunuz ‘Morisky Uyum Anketi’ ve ‘Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği’ uygulanacaktır. Bu görüşmeden üç ay sonra Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde son kez yüz yüze görüşülerek başlangıçta uygulanan ilaçlarınızı önerilere uygun olarak kullanıp kullanmadığınızı ölçen ve toplamda 7 dakika sürecek ‘Morisky Uyum Anketi’ ve ‘Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği’ tekrar uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız için üç defa bu bilgileri vermeniz, her bir görüşmeye katılmanız yeterli olup, araştırmada sizin gibi gönüllüler yer alacaktır. Çalışma 8 ay sürecektir

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen araştırmacı ile bireysel olarak görüşmek, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yarar ilaç uyumunuzun belirlenmesidir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ..... numaralı telefonda araştırmacı hemşire Gaye Gülcü’ye başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan ölçeklere uygun cevaplar vermemeniz, ölçeklerden herhangi birini doldurmamanız, tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır,



çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmamanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:



## EK-6 İZİN BELGELERİ

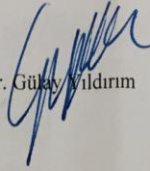
### GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar hastalarda motivasyonel görüşme ve telesişkiyatrik izlemin ilaç uyumuna etkisi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meral Kelleci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkan Vekili,  
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım  
İmza:



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar hastalarda motivasyonel görüşme ve telesikeyatrik izlemin ilaç uyumuna etkisi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-04/17	Tarih: 17.04.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Zeynep Sümer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dığdem Eren	Dış Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Dış Hekimliği	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkan Vekili.  
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım  
İmza:



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SIVAS İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - SIVAS İLİ KEBİGS AĞIZ VE DİŞ  
SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ  
05/06/2015 10:01 - 29244607 / 501.07.01 / 204



00010964474

Sayı : 29244607/501.07.01  
Konu : Tez Çalışması

CÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALINA

İlgi: Sivas Numune Hastanesi'nin 28/05/2015 tarihli ve 3623 sayılı yazısı.

Sivas Numune Hastanesi'nin ilgede kayıtlı yazısına konu; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 201395221004 no'lu öğrencisi Zarf Gaye GÜLCÜ "Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telesişikyatirik İzlemin İlaç Uyumuna Etkisi" konulu tez projesini Birliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yürütmek üzere ön izin formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından Sivas Numune Hastanesi Yöneticiliğinin de görüşleri alınarak, sağlık tesisinin fiziki yapısı ile idari ve teknik kapasite ihtiyacı gibi ölçüleri de göz önüne alınarak değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde hastaların kişisel bilgilerinin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak ön izin verilmesi uygun görülmüştür. Konuyla ilgili düzenlenen komisyon raporu ekte sunulmuştur. Yazımız ve ekinde gönderilen komisyon raporunun ilgili kişiye tebliğinin yapılarak tebliğ / tebellüğ belgesinin Genel Sekreterliğimiz Tıbbi Hizmetler Başkanlığına gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Ahmet Kemal FİLİZ  
Genel Sekreter a.  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Ekler:

Komisyon Raporu (1 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Bilgi:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Sivas Numune Hastanesi

Sivas Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadı Burhanettin Mah. No:7 Kat:1 ( Eski Demiryolları Hastanesi)

☎ KBAHAR Tif: 0346 2258080-81-83 Dahili:508 Fax: 03462258088

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aa309bef-c53e-48c2-978f-9b5595d206e3 kodu ile erişebilirsiniz.

**SİVAS KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ**  
**ÖN İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI**

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 201395221004 no'lu öğrencisi Zarf Gaye GÜLCÜ "Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telesikiyatrik İzlemin İlaç Uyumuna Etkisi" konulu tez projesini Birliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yürütmek üzere ön izin formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından Sivas Numune Hastanesi Yöneticiliğinin de görüşleri alınarak, sağlık tesisinin fiziki yapısı ile idari ve teknik kapasite ihtiyacı gibi ölçüleri de göz önüne alınarak değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde hastaların kişisel bilgilerinin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak ön izin verilmesi uygun görülmüştür.

İş bu tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.

Başkan

Uzm.Dr.Ahmet Kemal Filiz

Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye

Uzm.Dr. Yaşar TAŞTEMUR

İdari Hizmetler Başkanı

Üye

Enver ÇELİK

Mali Hizmetler Başkanı

Üye

Sivas Numune Hastanesi Yöneticisi

Prof.Dr.Hayati ÖZTÜRK

Üye

Sivas Devlet Hastanesi Başhekimi

Uzm.Dr. İzzet ÖZGÜRLÜK

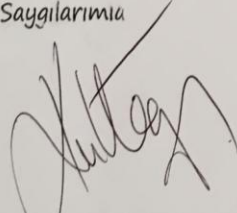
## EK-7 MOTİVASYONEL GÖRÜŞME EĞİTİM SERTİFİKASI

26 Aralık 2014

Sayın ..... 2. Gaye ..... GİRGEN

25 Aralık 2014 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği birinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



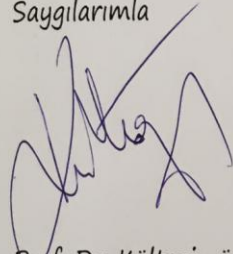
Prof. Dr. Kültegin Ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğitici

13 Şubat 2015

Sayın .....Z. Gaye Gülcü.....,

13 Şubat 2015 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği ikinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel

Motivasyonel Görüşme Eğitici



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Zarif Gaye Gülcü
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 21.05.1990
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Sivas Numune Hastanesi
E-posta Adresi	gayeglc@gmail.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Selçuk Anadolu Lisesi
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans	

### Mesleki Deneyim

2013-2015	Tokat Zile Devlet Hastanesi - Klinik Hemşiresi
2015-2018	Sivas Numune Hastanesi - Klinik Hemşiresi