

Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı

Method for Increased Treatment Adherence in Mental Disorders: Adherence Therapy

Gül DİKEÇ,^{1*} Yasemin KUTLU²

ÖZET

Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumu önemli bir sorundur ve psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavi uyumunu artırmada farklı programlar kullanmaktadırlar. Bu programlardan biri "Tedaviye Uyum Programı"dır. Bu derlemenin amacı, ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için kullanılan yöntemlerden biri olan Tedaviye Uyum Programının özelliklerini ve uygulama yöntemini açıklamaktır. Tedaviye Uyum Programı, bilişsel davranışçı yaklaşımdan temelini alan, işbirliğine dayanan, hasta merkezli ve hastaya birebir uygulanan bir programdır. Bu program, hem yatan hastalara hem de tedaviye uyumu düşük olan ayakta takip edilen hastalara uygulanmaktadır. Yapılandırılmış bir program olan Tedaviye Uyum Programı'nın ülkemiz psikiyatri hemşireliği uygulamalarında kullanılmasına rehberlik edeceği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Psikiyatri hemşiresi; ruhsal bozukluk; tedavi uyumu; Tedaviye Uyum Programı.

SUMMARY

Adherence is a significant issue in the treatment of mental disorders. Various approaches are used by psychiatric nurses in order to increase adherence among patients with mental disorders. One such method is Adherence Therapy, an individually-applied, patient-centred, cooperative cognitive behavioural approach. This programme is applied to both inpatients and outpatients with non-adherence. Adherence therapy may serve as a guide in aiding interventions of psychiatric nurses in Turkey. The purpose of this review is to explain the feature and intervention method, one approach for increasing adherence among patients with mental disorders.

Key words: Psychiatric nurses; schizophrenia; treatment adherence; adherence therapy.

Giriş

Uyum, tüm tedavilerde başarının ana unsuru olup, değişen duruma göre kişinin davranışlarını değiştirebilmesi olarak tanımlanır.^[1-3] Her birey, yaşamındaki farklı sorunlara belli ölçülerde uyum gösterme yeteneğine sahip olmasına rağmen hastalık gibi durumlar bireyin uyumunu büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle kronik hastalıklar, yaşam biçiminde değişikliklere, çok yönlü kayıplara ve başkalarına bağımlı olmaya neden olduğundan birey uyum sorunları yaşayabilmektedir.^[4]

Hastalıklarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi hastaların uygulanan tedaviye uyumlu ve bağlı olmaları ile doğrudan ilişkilidir.^[4] Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir.^[5-8] Bu tanım, yalnızca reçete

edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın sağlık çalışanlarının tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı kapsamaktadır.^[6,9]

Tedavi uyumu, hasta ve bakım vericisinin hastanın sağlık bakımı ve sağlıkla ilişkili kararlarına ilişkin işbirliğini ifade eder. Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uyum, tedaviye uyumun öğeleridir.^[10-12]

Tedavi uyumu, kronik hastalıklarda tedavinin temelidir. Ancak, gelişmiş ülkelerde hastaların %50'si, gelişmekte olan ülkelerde ise yarısından fazlası ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmamaktadır.^[13] Bu da sağlığı geliştirmeye engel olmakta ve ülke ekonomisine zarar vermektedir.^[14] Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu artıran stratejiler geliştirmesini önermektedir.^[13]

Tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta olabilir.^[5,7,15] Tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık karşılaşılan ve hastanın tekrar yatışını gerektirebilen önemli bir sorundur.^[6,9]

Tedaviye uyum veya uyumsuzluk ya hep ya hiç şeklinde

*Şimdiki Kurumu: İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü, İzmir

¹Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul;

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

İletişim (Correspondence): Yard. Doç. Dr. Gül DİKEÇ.

e-posta (e-mail): goban@ku.edu.tr

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):40-46

Journal of Psychiatric Nursing 2015;6(1):40-46

Doi: 10.5505/phd.2015.69875

Geliş tarihi (Submitted): 07.03.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 07.02.2015

değildir. Tam uyum, kısmi uyum veya hiç uymama şeklinde olabilir. Bazen zaman içinde uyum değişiklikleri ve parça halinde uyumsuzluk görülebilir. Bu durum tamamen uyumsuzluktan daha iyidir. Bazen de reçete edilmeyen ilaçları kullanmak şeklinde görülebilir.^[9,16] Kısmi uyum en yaygın görülen uyumsuzluktur ve genellikle hasta ilacını alır fakat dozları atlayabilir ya da fazla doz alabilir.^[17]

Tedaviye uyum sorunu olan bu hastalarda ise hastaneye yeniden yatış, morbidite ve mortalite artmakta, buna bağlı olarak mesleki ve ailesel sorunlar oluşmakta, hastanın yaşam kalitesi düşmektedir.^[6,8,9]

Tedaviye uyumsuzluk birçok kronik hastalıkta görülmesine rağmen ruhsal bozukluklarda görülme oranı daha yüksektir. Ruhsal bozukluklarda hastaların tekrarlayan yatışlarına sebep olan tedavi uyumsuzluğunun oranlarını, buna neden olan durumları ve tedavi uyumsuzluğunu önlemek için yapılabilecek girişimleri bilmek psikiyatri hemşireleri için önemlidir.

Bu derlemenin amacı, ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için kullanılan yöntemlerden biri olan Tedaviye Uyum Programının (TUP) özelliklerini ve uygulama yöntemini açıklayarak, ülkemiz psikiyatri hemşireliği uygulamalarında kullanılmasına rehberlik etmektir.

Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyum ve Uygulanan Girişimler

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedaviye uyumsuzluk en sık şizofrenide karşımıza çıkmaktadır.^[18]

Byerly ve ark. (2005) yazdıkları derlemede, ilk yatıştan sonraki bir yıl içinde tedaviye uyumsuzluk sebebiyle %40 oranında yeniden yatış görüldüğünü; Masand ve ark. (2009) iki yıl içerisinde yeniden yatış oranının %50–75 olduğunu ifade etmişlerdir.^[19,20] Ülkemizde ise Koç'un (2006) yaptığı çalışmada hastaların %74'ünün tedaviye uyumsuz olduğu; Uçok ve ark.nın (2006) yaptığı çalışmada bir yıllık takipte yeniden yatış görülen şizofreni hastalarının %70'inin tedaviye uyumunun düşük olduğu bulunmuştur.^[21,22]

Ruhsal bozukluklarda tedaviye uyumu etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır.^[14] Birçok sağlık çalışanı ruhsal bozukluğun tedaviye uyumda güçlüğüne yol açan bir doğası olduğunu ifade etmektedir.^[8,19,23–25] Özellikle hastalık iç görüsü olmayan psikotik hastalarda tedavi uyum oranı daha düşüktür.^[26] Tedaviye uyumsuzluğun diğer nedenleri arasında, ilaç kullanımına yönelik tutum, içselleştirilmiş damgalama gibi doğrudan kişinin mevcut psikiyatrik durumuyla ilgili nedenler sayılabileceği gibi; ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, çoklu ilaç kullanımı, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşü-

nülen güçlükler, kültürel inançlar, özellikle toplumumuzda sıkça görülen medyum, şifacı, hoca gibi insanlardan yardım beklentileri, tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler de belirleyici rol oynamaktadır.^[8,9,15,27–29]

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde, tedavi uyumunu artırmak amacıyla, bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve aile girişimleri gibi psikososyal programlar uygulanmaktadır.^[30]

Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT): BDT, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, 'burada ve şimdi' ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir.^[31] BDT tekniklerini kullanan beceri geliştirme çalışmaları, bu becerilerin hastalara öğretildiği etkili yöntemlerden biridir ve şizofrenide işlevselliği önemli ölçüde artıran etkili girişimlerden biridir. Hastalık yönetimine ilişkin bu programlar, belirtilerin ve yinelenmelerin azaltılmasına yönelik bilgileri sağlamakta, tedavi önerileri vermekte ve tedaviyi etkili bir biçimde yönetmek için gerekli stratejileri öğretmektedir.^[32] Toplumsal beceri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, kişilerarası beceri eğitimi, kendine yönelik eğitim, sorun çözme eğitimi, kendini izlem, psikolojik eğitim, inanç/düşünce düzenlenmesi, başa çıkma yöntemlerini artırmak, odaklanma, tekrar anlamlandırma-biçimlendirme-normalleştirme, kendi ve diğerleriyle ilgili işlevsel olmayan inançlara yönelme konularında BDT uygulanmaktadır.^[33]

Wykes ve ark. (2008) BDT uygulanan 35 klinik çalışmayı inceledikleri meta analizde, çalışmaların büyük bir çoğunluğunun birincil tedavi hedefi olarak pozitif belirtilere odaklandığı, buna rağmen BDT'nin işlevsellik üzerine de olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir.^[34] Cochrane veri tabanında yer alan şizofreni, psikoz ve bipolar bozuklukta yapılan psikoterapotik girişimlerin incelendiği sistematik derlemede ise şizofreni tanısı alan hastalara bilişsel davranışçı tedavinin uygulandığı 19 çalışma ele alınmış ve bilişsel davranışçı tedavinin hastanede kalış süresini kısalttığı, kısa vadede ruhsal durumu iyileştirdiği; ancak hastalığın tekrarlaması ve tekrarlayan yatışlar üzerine etkili olmadığı saptanmıştır.^[35]

Psikoeğitim: Psikoeğitim, psikososyal rehabilitasyonun esası olarak hizmet eder ve amacı bilgi ve davranışta bir değişim yaratmaktır. Psikoeğitim, bireylere problemleri ile nasıl baş edeceklerini öğretmeye odaklanır; hastalık hakkında bilgiyi, stresin ve potansiyel yeniden yatışların farkına varmayı, yaşam biçimini düzenlemeyi, belirtilerle başa çıkmayı, problem çözme becerilerini, iç görüyü artırma, ilaçların etkileri hakkında bilgiyi içerir. Psikoeğitimsel grup uygulaması gibi sistematik, ekip çalışmasına dayalı yapılandırılmış aktiviteler, hastaneden çıkış sonrası hastanın ayaktan tedaviyi sürdürmesi ve motivasyonu açısından önemlidir.^[36]

Zygmunt ve ark.nın (2002) randomize kontrollü çalışmalarından oluşan sistematik derlemesinde, psikoeğitimin tek başına etkili olmadığı; yine McDonald ve ark. (2002) ile Dolder ve ark.nın (2003) sistematik derlemesinde psikoeğitimin tek başına kullanımının etkisiz olduğu ve kombine girişimlerin daha etkili olduğu ifade edilmiştir.^[37-39] Kurtz ve Mueser'in (2008) yapmış oldukları meta analiz çalışmasında, "Sosyal Beceri Eğitimi"nin işlevselliği artırdığı gösterilmiştir.^[40] Cochrane veri tabanında yer alan şizofreni, psikoz ve bipolar bozuklukta yapılan girişimlerin incelendiği sistematik derlemede, şizofreni tanısı alan hastalara psikoeğitim uygulanan çalışmalar değerlendirilmiş ve bu çalışmalarda tedavi uyumunun arttığı, hastaneye yeniden yatışların azaldığı, iyilik halinin arttığı, ancak iç görü düzeyinin, tedaviye yönelik tutumun ve hasta/hasta yakınlarının psikiyatri merkezlerinden memnuniyetinin değişmediği saptanmıştır.^[35]

Ülkemizde Duman ve ark. (2006) hastanede yatan hastalara uygulanan psikoeğitsel grup tedavisinin etkinliğini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların hastalıklarının yönetme, ilaçlar, hastalığın haberci belirtileri ve acil plan bilgilerinden oluşan dört alt grubun program öncesi ve sonrası puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir.^[36] Yıldırım ve ark.nın (2012) Erzincan'da yaptıkları çalışmada ise, ayaktan izlenen şizofreni hastalarına uygulanan toplumsal beceri eğitimi sonrasında hastaların belirti düzeyinde iyileşme, işlevselliklerinde ve iç görülerinde artmada, damgalamayla mücadelede olumlu yönde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.^[41]

Sosyal Beceri Eğitimi (SBE): Sosyal Beceri Eğitimi, şizofren hasta ve aileleri için hazırlanmış yapılandırılmış eğitim programlarıdır. Bu programlardan biri olan UCLA Sosyal ve Bağımsız Yaşam Becerileri Programı (UCLA-Social and Independent Living Skills Program) Liberman ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş ve 23 dile çevirisi yapılmıştır.^[42] Ülkemizde şizofreni hastalarında psikososyal tedavi ve rehabilitasyona yönelik yapılan uygulamalarda, bu programa temellendirilmiş olan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) kullanılmaktadır. RUTBE, belirti yönetimi, ilaç tedavisi yönetimi ve boş zamanda eğlenti modüllerinden oluşmaktadır. Bu modüller, Türkiye'nin kültürel özellikleri dikkate alınarak yeniden düzenlenmiş, her bir beceri alanında yer alan video gösterimleri kaldırılarak, rol oynama ve bilişsel aktarımlara ağırlık verilmiştir.^[43]

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi programı, hastalara yalnızca bilgi vermekle yetinmek yerine, öğrenilen bilgiyi beceri haline dönüştürecek ve kalıcılaştıracak bazı teknikleri de kullanılarak onların günlük yaşamda etkili olmalarını sağlamayı hedeflemektedir. Bu program ilaç tedavisinde olan şizofreni hastalarına uygulandığında, psikotik alevlenmelerin azalması ve zamanında müdahale ile kısa zamanda atlatılması, hastalıkla ve olumsuz etkileriyle baş etme becerilerinin gelişmesi,

kişiler arası ilişkilerin güçlenmesi ve toplumsal işlevselliğin artması beklenmiştir. RUTBE ile hastaların tedaviye edilgen olarak katılmaları önlenip, tedavide etkin olma duygusu yaşamaları ve işbirlikçi konuma getirilmeleri sağlanır. Ayrıca, hastaların hastalıklarını anlamalarının verdiği güçle hastalık üzerinde denetim sahibi olmaları beklenir.^[43]

Motivasyonel Görüşme (MG): Motivasyonel Görüşme, davranış değişikliği yaratmak amacıyla danışan odaklı, direktif bir danışmanlık biçimidir.^[44] Temel hedefi ikilemi (ambivalansı) keşfetmek ve çözmektir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ikilem yaşayan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Önceleri alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler için kullanılan bu yöntem, günümüzde fiziksel ve ruhsal bozukluğu olan bireyler için de kullanılmaktadır.^[45,46] Psikotik bozukluğu olan birey için özel olarak değiştirilen MG ile tedaviye uyum başarılı bir şekilde artırılmaktadır.^[47]

Motivasyonel Görüşme'de terapistin rolü otoriter olmalıdır. "Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğini sana söyleyeceğim" mesajından kaçınılması gerekmektedir. Hastalar her zaman bizim öğütlerimizi tutmak veya tutmamakta özgürdürler. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç hastanın içsel motivasyonunu artırmaktır.^[48]

Motivasyon için üç önemli öge; isteklilik, yapabilir olmak ve hazır olmaktır. İsteklilik, değişimin kişi için önemini gösterir. Eğer kişi için değişim önemli değilse, bu durum inkar veya direnç olarak adlandırılır ve üstünde çalışılması gereken, değişebilir bir durum olarak görülür. Yapabilirlik, kişinin değişim için olan kendine güvenini, inancını gösterir. Bazı insanlar değişmeyi çok ister ama bunu yapamayacağını düşünür. Kişi, yapabileceğine inanırsa değişecektir. Hazır olmak ise, aslında bir öncelik sorunudur. Değişim kişi için önemlidir, kendini bunu yapabilecek güçte hissediyordur ama daha zamanı değildir. "İstiyorum ama şimdi değil!" Gerçekten de kişi hazır değilse, ortam ne olursa olsun değişmemektedir.^[23]

Motivasyonel Görüşme'de değişimi konuşmanın (Change Talk) anlamı "self motivasyonel" sözcükleri ortaya çıkarmaktır. Danışanın, şimdiki durumun olumsuz yanlarını bilmesi ve 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.^[48]

Motivasyonel Görüşme, ikilemin çözülmesi ve kişinin değişime yönlmesine yardım etmek amacıyla kullanılır. Taburculuk öncesi bir seans dahi MG uygulanmasının ayaktan tedavi uyumunu artırdığı görülmüştür.^[48] MG hastaya empati gösterilerek ve tartışmaktan kaçınılarak hastanın değişime karşı olan direncinin kırılmasını amaçlayan bir yaklaşımdır. MG reçeteye uyum değildir. Kişinin değişim için kaynakla-

rını ve iç motivasyonunu uyaran danışman ve birey arasında işbirliği yaklaşımıdır.^[47] Danışman, MG eğitimi alan hemşire, doktor ya da psikolog olabilir.^[49]

Zygmunt ve ark.nın (2002) sistematik derleme yazılarında, psikotik hastaların tedaviye uyumunu artırmada motivasyonel görüşme tekniğinin psikoeğitimden daha etkili olduğu vurgulanmıştır.^[37] Hettema ve ark.nın (2005) meta analiz çalışmalarında motivasyonel görüşmenin tedaviye uyumu artırdığı saptanmıştır.^[50] Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda psikoz tanısı almış hastaların ilaç kullanımına bağlı kalmasında MG'nin etkili olduğu görülmüştür.^[23] Swanson ve ark. (1999) psikiyatrik hastalıklarda MG'nin tedaviye uyuma etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, taburculuk öncesi on beş dakika MG uygulanan deney grubunun kontrol grubuna göre taburculuk sonrasında izlem randevularına daha düzenli geldikleri saptanmıştır.^[51]

Aile Girişimleri: Aile girişimleri, hastanın ailesi ve yakın çevresine yönelik girişimleri içermektedir. Hastaların büyük çoğunluğu aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Aileye ruhsal eğitim verilmesi girişimlerini de içeren Psikososyal Beceri Eğitimi programında aile bireylerinin hastalık konusunda eğitilmesi, hastaya sürekli yardımcı olmalarının sağlanması ve hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, sosyal işlevselliklerinin artırılması, daha bağımsız yaşamaları amaçlanmaktadır.^[52] Aileye yönelik psikososyal girişimlerin amacı, şizofren hastaya bakım verenlerle işbirliği sağlanması, ailenin problem çözme yeteneğinin artırılması, duygu dışı vurumunun ve olumsuz aile atmosferinin azaltılması, hastadan beklentilerin sürdürülmesi, ailedeki bireylerin negatif inanç ve davranış sistemlerinin değişmesini sağlamaktır.^[33]

Mari ve Streiner'in (1996) Cochrane veri tabanını tarayarak hazırladıkları sistematik derlemede tedavi kadar ailelere yapılan girişimlerin hastaneye yeniden yatışı azalttığı saptanmıştır.^[53] Birden fazla aileyi kapsayan girişimlerin tek bir aileye yapılan girişimden daha etkili olduğu ifade edilmektedir. Bunun aynı zamanda ailelerde tükenmişliği azaltarak, sosyal ağ kurmayı sağladığı belirtilmiştir.^[33] Cochrane veri tabanında yer alan şizofreni, psikoz ve bipolar bozuklukta yapılan psikoterapotik girişimlerin incelendiği bir başka sistematik derlemede, şizofreni tanısı alan hasta yakınlarına yönelik aile girişimlerinin yapıldığı 43 çalışma incelenmiş ve bu araştırmalar sonucunda hastaneye yatışların azaldığı, tedavi uyumunun arttığı, sosyal becerilerin arttığı ve yüksek dışı vurumun azaldığı belirlenmiştir.^[35]

Macleod ve ark. (2011), 1980–2008 yılları arasında şizofren hastalara bakım verenlere yönelik toplum ruh sağlığı hemşirelerinin girişimlerini içeren 88 araştırmayı değerlendirmiş ve eğitimin hasta ailelerinin bilgi düzeylerini artırma da kanıta dayalı bir girişim olduğunu, destekleyici aile girişimlerinin ailelerin baş etme becerilerini geliştirdiğini ve bu

girişimlerin tükenmişliği azaltabileceğini belirtmişlerdir.^[54]

Ülkemizde Duman ve ark.nın (2007) çalışmasında, psiko eğitim uygulanan bakım verenlerin hastalarında, ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumun hastaneye yatış öncesi ne göre farklı olduğu saptanmıştır.^[55]

Tedaviye Uyum Programı (TUP)

Bütün bu programların yanı sıra 2000'li yıllarda kullanılmaya başlayan bir diğer girişim Tedaviye Uyum Programı (TUP) (Adherence Therapy-AT)'dir. TUP ilk defa, Uyum Terapisi (UT) (Compliance Therapy-CT) olarak 1990'lı yıllarda yayınlanmıştır.^[56] UT, bilişsel davranışçı tedavi teknikleri, motivasyonel görüşme, psiko-eğitim ve klinik girişimlerden oluşan bir programdır. Akut psikiyatri servislerinde yatan hastalara uygulanan bu program ile taburcu olmadan önce hastaların iç görü ve tedaviye uyumlarını artırmak amaçlanmış ve yapılan bir çalışmada, 12 ve 18 aylık takiplerde hastaların yeniden hastaneye yatış oranlarının azaldığı bulunmuştur.^[56] Daha sonra Gray ve ark. (2003) hastaların hastalık belirtilerinin azaltılması ve tedaviye uyumlarının artırılmasında toplum ruh sağlığı hemşirelerine rehber olması için UT'ye temellendirilmiş bir eğitim programı yürütmüşlerdir. Toplum ruh sağlığı hemşirelerine verilen bu eğitim sonrasında Gray ve ark. (2006) tarafından TUP geliştirilmiştir.^[57]

Tedaviye Uyum Programı, bilişsel davranışçı yaklaşımdan temelini alan, işbirliğine dayanan, hasta merkezli ve hastaya birebir uygulanan bir programdır. Bu program, UT'den farklı olarak, yatan hastalar dışında tedaviye uyumu düşük olan ayaktan takip edilen hastalara da uygulanmaktadır.^[58]

Tedaviye Uyum Programında, kişilerarası iletişim ve tedaviye uyum sürecini yapılandırmaya yönelik beceriler olmak üzere iki temel beceri bulunmaktadır. İletişim becerileri, hastanın kendi sözcüklerini kullanmayı, açık uçlu sorulardan yararlanmayı, yansıtımlı dinlemeyi, özetleme ve geri bildirim vermeyi içermektedir. Tedaviye uyum sürecini yapılandırmaya ve odaklamaya yardımcı olan beceriler ise işbirliği yapma, hastayla birlikte gündem oluşturma, her fırsatta hastanın kişisel tercih ve sorumluluğunu vurgulama, öz-yeterliliği geliştirme, öz-saygıyı yapılandırma ve hastanın güvenliğini sağlamayı içermektedir.^[14]

Tedaviye Uyum Programının dört anahtar elementi bulunmaktadır. Bunlar; işbirliği yapma, yapılandırılmış değerlendirme, dirençle baş etme ve var olan bilgiyi doğrusuyla değiştirmedir. Hastayla yüz yüze ve bireysel görüşmeler şeklinde uygulanan TUP yedi oturumdan oluşmaktadır.^[14]

I. ve II. Oturum – Tedaviye Uyumun Tanılanması ve Özetlenmesi

Tedaviye Uyum Programının önemli bir bölümü olan bu ilk iki oturum tanılamayı kapsamaktadır. Buradaki amaç, hastanın ilaç tedavisi hakkındaki bakış açısını, yan etki de-

neyimlerini, ilaç tedavisinin önemi ve bu konudaki kendine güveninin belirlenmesi olup, ilaç tedavileri ve hastaların düşünceleri ile ilgili yapılandırılmış sorular bulunmaktadır.^[14,58]

III. Oturum- Tedaviyle İlgili Problem Çözme

Bu oturumda, hastanın tedaviyle ilgili belirlediği sorunu (örneğin ilaçları unutma, ilaçları reçete eden kişiyle yaşadığı sorunlar, hastalığın haberci belirtilerini tanıma vb.) tanımlaması istenir ve hastaya problem çözme becerisi öğretilir.^[14,58]

IV. Oturum- Tedaviyle İlgili Geçmiş Hatırlama

Bu oturumda hasta, tedavisıyla ilgili olarak geçmişte yaşadığı olumlu ve olumsuz deneyimlerini açıklar. Bu deneyimleri öğrenmek, hastanın sağlığını sürdürmesi için ilaç kullanımının önemi ile ilgili farkındalığın gelişmesine yardımcı olur. Hastanın öz-yeterlilik ve öz-saygısını güçlendirmek için geçmişteki olumlu deneyimleri belirlenerek geri bildirim verilmektedir.^[14,58]

V. Oturum - İlaç Kullanımı ile İlgili İkilemi Keşfetmek

Bu oturumda hastalardan ilaç kullanmanın ve ilacı bırakmanın olumlu ve olumsuz yönlerini listelemeleri istenir. Bunun amacı hastanın ilaç alma ya da bırakmada kişisel nedenlerini anlamak ve ortaya koymaktır.^[14,58]

VI. Oturum - Tedaviyle İlgili İnançlar, Tutumlar ve Kaygılar Hakkında Konuşmak

Bu oturumda, hastanın ilaçlarını almasını etkileyen inançları değerlendirilir. İnançların ortaya çıkarılması ve üzerinde konuşulması çok önemlidir.^[14,58]

VII. Oturum - Tedaviyle İlgili Gelecek Planları

Hastaların uzun dönem tedavileri ile gelecekte yapmak istediği hedefleri ya da isteklerinin neler olduğu ve bu hedefleri gerçekleştirmekte olası engelleri tanımlamaları hastalara yardımcı olacaktır (örneğin; hastane dışında kalmak, işe geri dönmek, maratona katılmak vb) Sorun çözme yöntemi ile hedef ve bu hedefe ulaşmada kullanılacak basamaklar tanımlanır.^[14,58]

Tedaviye Uyum Programının değerlendirilmesi ise tedavi uyumu, hastalık belirtileri, tedavi memnuniyetleri, iç görü ve içselleştirilmiş damgalamaya yönelik ölçeklerle yapılmaktadır.

Uyum Terapisi ve TUP'nin etkinliği değişik çalışmalarda gösterilmiştir. Farklı yöntemlerin kullanıldığı bu çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. O'Donnell ve ark. (2003) İrlanda'da akut psikiyatri servislerinde yatan şizofreni hasta örnekleminde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, 26 kişiden oluşan deney grubuna UT, 24 kişilik kontrol grubuna ise danışmanlık uygulamışlardır. Uygulamadan bir yıl sonra yapılan değerlendirmede UT'nin, hastaların tedaviye uyumu, tedaviye yönelik tutumu, içgörüsü, belirtileri, işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir.^[59] Byerly ve ark.nın (2005) Amerika'da yaptıkları randomize

kontrollü çalışmada, ayaktan takip edilen şizofreni ve şizofreni bozukluğu olan 30 hastaya UT uygulanmış ve hastaların tedaviye uyumları elektronik monitorizasyonla izlenmiştir. Beş aylık takip sonrasında hastaların tedaviye uyumunun, hastalık belirtilerinin, hastalığa yönelik içgörülerinin ve tedaviye yönelik tutumlarının değişmediği saptanmıştır.^[60] Gray ve ark.nın (2006) 409 hasta ile Almanya, İtalya, Hollanda ve İngiltere'de TUP uygulayarak yapmış olduğu başka bir randomize kontrollü çalışmada ise deney ve kontrol grubundaki hastaların hastalık belirtisi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.^[61] Maneesakorn'un (2007) TUP uygulayarak 28 hasta ile Tayvan'da yaptığı ilk çalışmada ve 70 hasta ile yaptığı ikinci çalışmada (2008) deney grubunun hastalık belirtilerinde azalma ve tedavi memnuniyetlerinde artma saptanmıştır.^[62,63]

Staring ve ark.nın (2010) Hollanda'da ayaktan izlenen hastalarda TUP'u temel alarak yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, başlangıç, program sonrası ve programdan 6 ay sonra yapılan değerlendirmede, hastaların tedaviye uyumu artarken, tedavi sorumluluğu alma, yaşam kalitesi, işlevselliği, pozitif ve negatif belirtileri değişmemiş, deney grubunun hastaneye yatış sayısı ise kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.^[64]

Anderson ve ark.nın (2010) Amerika Birleşik Devletlerinde yaptıkları başka bir randomize kontrollü çalışmaya, 12 deney ve 14 kontrol olmak üzere, 26 hasta katılmış, deney grubuna TUP uygulanmış, kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Hastalar program sonrası değerlendirildiğinde deney grubundaki hastaların Tedaviye Uyum Programından memnuniyet oranları yükselirken, belirtiler ve tedaviye uyum arasında anlamlı fark bulunmamıştır.^[65]

Brown ve ark.nın (2012), İngiltere'de, bir yıldır psikiyatri tedavisi alan, erken dönemdeki 14-35 yaşları arasında olan 35 hasta ile yaptıkları çalışmada, TUP uygulanan hastaların relaps oranlarının bir yıl sonunda anlamlı bir şekilde azaldığı ve hastanede kalış sürelerinin değişmediği saptanmıştır.^[66]

Schulz ve ark.nın (2013), Almanya'da üç merkezde ve İsviçre'de tek merkezde 161 akut psikiyatri servisinde yatan hastayla yaptıkları çalışmada, 80 kişiden oluşan deney grubuna TUP, 55 kişilik kontrol grubuna ise rutin devam eden tedavi planını uygulanmıştır. On iki hafta sonra yapılan değerlendirmede deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre hastalık belirtilerinin azaldığı, ancak tedaviye uyum ve tedaviye yönelik tutumlarının değişmediği saptanmıştır.^[67]

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Excellence-NICE) şizofreni için yayınladığı klinik klavuzda Tedaviye Uyum Programını önermediğini belirtmiştir.^[68] David (2010) ise, yapılan randomize kontrollü çalışmalarda Tedaviye Uyum Prog-

ramının tedaviye uyumu artırıp, yatışı azalttığını ve NICE'nin klavuzunu revize etmesi gerektiğini vurgulamıştır.^[18]

Sonuç

Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumu önemli bir sorundur. Hastanın tedaviye uyumunda psikiyatri hemşiresi, hastaya eğitim verme, ilaç doz ve zaman programı çizelgeleri, hatırlatıcılar, uyarıcılar hazırlama, iç görü sahibi olmasına yardım etme ve damgalamayı azaltma gibi girişimlerde bulunmaktadır.^[17] Bunların dışında, yapılandırılmış tedavi uyum programları kullanarak hastaların tekrarlı yatışları önenebilir ve toplum içindeki işlevselliği artırılabilir.

Tedaviye Uyumunu artırmak için kullanılan programların etkinliğini değerlendirmek için yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Programlar genellikle bir araştırma için kullanılmış ve çok azında izlem yapılmıştır. Uygulanan bu tür programların sürekliliği önemlidir. Bu nedenle, hastane temelli modelden hastane-toplum denge modeline geçme çalışmaları yapılan ülkemizde, hastayla en fazla zaman geçiren ruh sağlığı çalışanı olan psikiyatri hemşireleri, hastaların tedaviye uyumunu sağlamak, ruhsal belirtileri ve içselleştirilmiş damgalamayı azaltmak, hastaların iç görü sahibi olmalarına yardımcı olmak amacıyla bu programları kullanabilir ve belirli aralıklarla programları tekrarlayabilir.^[69] Özellikle bilişsel davranışçı yaklaşımı temel alarak geliştirilmiş bir program olan TUP, yapılandırılmış özelliğinden dolayı hem yatan hem de ayaktan hastalarda psikiyatri hemşireleri tarafından rahatlıkla kullanılabilir. Ancak TUP uygulanarak yapılan çalışma sonuçları çelişkili olduğu için bu programı içeren daha fazla çalışma yapılması, tedavi uyumu, iç görü ve içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi psikiyatri hemşireleri tarafından kullanımını artıracaktır.

Kaynaklar

1. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing Theory and Practice. 3th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
2. Armstrong MA. Adjustment disorders. In: Fortinash KM, Holoday-Worret PA, editors. Psychiatric Mental health Nursing. St. Louis: Mosby Year Book; 1996. p. 474-86.
3. Luckmann J, Sorensen KC. Basic Nursing: A psychophysiologic Approach. Second edition, Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1986.
4. Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumunu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1:7-12.
5. Hussain A, Hussain K, Bukhari NI, Hashmi FK, et al. Study of non-compliance and its reasons in outdoor patients with mental illness of a public hospital. Pakistan Journal of Pharmacy 2006;16-19:21-3.
6. Çakır F, İlhem C, Yener F. Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:50-9.
7. Kao YC, Liu YP. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. Compr Psychiatry 2010;51:557-65.
8. Kousalya K, Vasanthi J, Ponnudura R, Sumitkumar G, et al. Study on non-adherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. International Journal of Pharma and Bio Sci-

- ences 2012;3 (1 Suppl.):102-9.
9. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2003;16:211-8.
10. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumunu. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
11. Possidente CJ, Bucci KK, McClain WJ. Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? Am J Health Syst Pharm 2005;62:1311-4.
12. Dilbaz N. Tedavi İşbirliği Işığında Şizofreni Tedavisinde Tedavi Uyumunu. In: Dilbaz N, editor. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği. Uzman Görüşleri. Sigma Publishing: İstanbul; 2011. p. 12-23.
13. World Health Organization. Adherence to long term therapies, Geneva: World Health organization Publishing, 2003.
14. Gray R. Adherence Therapy; working together to improve health. A treatment manual for healthcare workers. University of East Anglia, United Kingdom. 07 Aralık 2012, http://www.academia.edu/2436503/Adherence_therapy_manual.
15. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:105-10.
16. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-a review of the past decade. Eur Psychiatry 2012;27:9-18.
17. Boyd MA. Psychiatric Nursing: Contemporary Practice. 4th ed. China: Lippincott; 2008. p. 31-45.
18. David AS. Treatment adherence in psychoses. Br J Psychiatry 2010;197:431-2.
19. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 2007;30:437-52.
20. Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009;11:147-54.
21. Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi] Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2006.
22. Uçok A, Polat A, Cakir S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006;256:37-43.
23. Chanut F, Brown TG, Donguier M. Motivational interviewing and clinical psychiatry. Can J Psychiatry 2005;50:715-21.
24. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009;40:3-14.
25. Beck EM, Cavelti M, Kvrjic S, Kleim B, et al. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. Schizophr Res 2011;132:42-9.
26. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch Gen Psychiatry 2005;62:717-24.
27. Arslan T, Işık U. Antipsikotik ilaçlar, yan etkiler, tedaviye uyum ve hasta takibi. Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji 2012;2(1 Suppl.):28-35.
28. Yenilmez Ç, Güleç G, Büyükkınacı A, Dayı A, ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda çoklu ilaç kullanımı: geriye dönük bir çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:43-50.
29. Doğan O. Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:240-8.
30. Addington J, Piskulic D, Marshall, C. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. Current Directions in Psychological Science 2010;19:260-3.
31. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:132-9.
32. Yüksel ÇT, Oflaz F. Antipsikotik ilaç kullanan bir grup yatan hastada ilaç yönetimi eğitiminin değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3:67-74.

33. Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;178:2-4.
34. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008;34:523-37.
35. Jung XT, Newton R. Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: A systematic literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2009;18:239-49.
36. Duman ZÇ, Kocaman N, Üçok A, Er F, ve ark. Yatan Hastalarda Psikoeğitsel Tedavi Grubunun Etkinliği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2006;19:64-71.
37. Zygumnt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:1653-64.
38. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA* 2002;288:2868-79.
39. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:389-99.
40. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:491-504.
41. Yıldırım A, Aşılara RA, Erdiman S, Camcıoğlu TH, ve ark. Şizofreni Hastalarında Ruhsal Toplumsal Beceri eğitiminin hastalık belirtisi, içgörüsü, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi. II. Uluslararası & VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 'Poster Bildiri', Erzurum: 4-7 Ekim 2012. p. 149-50.
42. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman T, et al. Innovations in skills training for the seriously mentally ill. *Innovations and Research* 1993;2:43-60.
43. Yıldız M. Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. İstanbul: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011.
44. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004;53:147-55.
45. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725-42.
46. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
47. Rüsçh N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26:23-32.
48. Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri, Journal Psychiatry-Special Topics* 2009;2:41-4.
49. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme. (Ögel K, Çeviri Editörü) *Hekimler Yayınlar Birliği; Ankara: 2009.*
50. Hetteama J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
51. Swanson AJ, Pantaloni MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:630-5.
52. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:195-205.
53. Mari J, Streiner D. Family interventions for those with schizophrenia. *Cochrane Library London: BMJ Publications; 1996.*
54. Macleod SH, Elliott L, Brown R. What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2011;48:100-20.
55. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:91-101.
56. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-9.
57. Gray R, Wykes T, Gournay K. The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills. *Int J Nurs Stud* 2003;40:163-9.
58. Gray R, White J, Schulz M, Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19:36-44.
59. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ* 2003;327:834.
60. Byerly MJ, Fisher R, Carmody T, Rush AJ. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:997-1001.
61. Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia. *European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry* 2006;189:508-14.
62. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Nurs* 2007;16:1302-12.
63. Maneesakorn S. A RCT of adherence therapy for schizophrenia. [Yayınlanmamış Doktora Tezi] London: King's College Florence Nightingale School of Nursing: 2008.
64. Staring AB, Van der Gaag M, Koopmans GT, Selten JP, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;197:448-55.
65. Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, et al. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19:340-9.
66. Brown E, Gray R, Jones M, Whitfield S. Effectiveness of adherence therapy in patients with early psychosis: a mirror image study. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22:24-34.
67. Schulz M, Gray R, Spiekermann A, Abderhalden C, et al. Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2013;146:59-63.
68. National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Guideline (NICE) Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (Clinical Guideline CG82), London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2009.
69. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2011.