



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE TELE-HEMŞİRELİK
DANIŞMANLIĞININ İŞLEVSELLİK VE TEDAVİYE UYUM DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Nayim UBİÇ

Yüksek

Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2025

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE TELE-HEMŞİRELİK
DANIŞMANLIĞININ İŞLEVSELLİK VE TEDAVİYE UYUM DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Nayim UBİÇ

Yüksek

Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2025



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 12.12.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

BEYAN

Bu tez çalışmasının tamamen kendi emeğim olduğunu, planlanmasından yazımına kadar geçen tüm aşamalarda herhangi bir etik dışı davranışta bulunmadığımı beyan ederim. Tezde yer alan tüm bilgileri bilimsel, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; bu çalışma kapsamında üretilmemiş olan tüm bilgi, bulgu ve yorumlara uygun biçimde kaynak gösterdiğimi ve söz konusu kaynakları kaynakça bölümünde eksiksiz olarak belirttiğimi bildiririm. Ayrıca, tez çalışmasının hazırlanması ve yazımı sürecinde herhangi bir patent ya da telif hakkı ihlalinde bulunmadığımı da açıkça ifade ederim.

(12/12/2025)

Nayim UBİÇ

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının hazırlanması sürecinde bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve yol gösteren kıymetli danışmanım Doç. Dr. Didem AYHAN' a en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin akademik rehberliği, yapıcı geri bildirimleri ve sabırlı yaklaşımı, araştırma sürecimin her aşamasında yolumu aydınlatmıştır. Ayrıca akademik ve kişisel gelişimime yaptığı katkılar sayesinde bu çalışma, bilimsel derinlik ve anlam açısından daha nitelikli bir düzeye ulaşmıştır.

Tez çalışmalarım boyunca bilgi birikimini benimle paylaşan, beni sabırla dinleyen, teşvik eden ve her aşamada yanımda olan Dr. Öğr. Üyesi Rahime ASLAN' a en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin yapıcı görüşleri ve destekleyici yaklaşımı, bu çalışmanın şekillenmesinde ve ilerlemesinde önemli katkılar sağlamıştır.

Tez sürecim boyunca bilgi birikimi, yönlendirmeleri ve desteğiyle her zaman yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Kader Semra KARATAŞ' a en içten teşekkürlerimi sunarım. Akademik rehberliği, eleştirel bakış açısı ve yapıcı geri bildirimleriyle tezimin bilimsel niteliğinin gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Ayrıca, mesleki duruşu ve insanî yaklaşımıyla bana ilham kaynağı olmuştur.

Tez çalışmamın her aşamasında sabır, anlayış ve sevgisiyle yanımda olan eşim' e en içten teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte göstermiş olduğu destek, anlayış ve motivasyon, çalışmamın tamamlanmasında önemli bir güç kaynağı olmuştur. Yoğun çalışma dönemlerinde sergilediği sabır, maddi ve manevi desteği, akademik yolculuğumun en değerli dayanaklarından biri olmuştur.

Tezimin, başta beni her aşamada destekleyen kıymetli hocalarım ve ailem olmak üzere, tüm akademik çevreye ve alanımıza anlamlı katkılar sağlamasını temenni ederim. Bu çalışmanın, hemşirelik biliminde yürütülen akademik araştırmalara küçük de olsa bir değer katması ve gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutması en büyük dileğimdir. Ayrıca,

bu süreçte bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen tüm akademisyenlere, çalışma arkadaşlarıma ve bana ilham veren herkese teşekkür ederim. Bilimsel üretkenliğin ve dayanışmanın bu çalışma aracılığıyla daha da güçlenmesini umuyorum.

Nayim UBİÇ

Bandırma

12/12/2025

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan bireylerde tele-hemşirelik danışmanlığının işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, ön test–son test tasarımlı randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Aralık 2024–Eylül 2025 tarihleri arasında Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Başlangıçta 72 birey çalışmaya dahil edilmiş, iki katılımcının ayrılmasıyla araştırma 70 kişi (deney=35, kontrol=35) ile tamamlanmıştır. Deney grubuna sekiz hafta boyunca yapılandırılmış tele-hemşirelik danışmanlığı uygulanmış, kontrol grubuna yalnızca rutin izlem yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ile toplanmış; analizlerde uygun istatistiksel testler kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Grupların sosyo-demografik ve klinik özellikleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Tele-hemşirelik danışmanlığı sonrasında deney grubunda işlevsellik düzeyinin anlamlı biçimde arttığı (KİDÖ ön test: $40,54\pm12,41$; son test: $34,48\pm11,86$; $p<0,001$; $d=0,50$) ve kontrol grubuna göre fark gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca tedaviye uyum düzeyinde belirgin iyileşme saptanmıştır (MTUÖ ön test: $2,54\pm0,91$; son test: $0,37\pm0,59$; $p<0,001$; $d=2,28$).

Sonuç: Tele-hemşirelik danışmanlığı, bipolar bozukluğu olan bireylerde işlevsellik ve tedaviye uyumu artırmada etkili bir yöntemdir. Bu yaklaşım, hastaların öz-bakım davranışlarını güçlendirmekte ve tedaviye aktif katılımını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Tele-Hemşirelik, İşlevsellik, Tedaviye Uyum, Ruh Sağlığı Hemşireliği

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the effect of telenursing counseling on the levels of functioning and treatment adherence in individuals with bipolar disorder.

Method: The research was conducted as a randomized controlled experimental study with a pretest–posttest design between December 2024 and September 2025 at the Community Mental Health Center of Kütahya Evliya Çelebi Training and Research Hospital. Initially, 72 participants were included in the study; however, following the withdrawal of two participants, the study was completed with 70 individuals (experimental = 35, control = 35). The experimental group received structured telenursing counseling for eight weeks, while the control group received only routine follow-up care. Data were collected using the Descriptive Information Form, the Functioning Assessment Short Test (FAST), and the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Appropriate statistical analyses were performed, and the level of significance was set at $p < 0.05$.

Results: There was no significant difference between the groups in terms of sociodemographic and clinical characteristics ($p > 0.05$). After telenursing counseling, the experimental group showed a significant improvement in functioning levels (FAST pretest: 40.54 ± 12.41 ; posttest: 34.48 ± 11.86 ; $p < 0.001$; $d = 0.50$), with a significant difference compared to the control group ($p < 0.05$). In addition, treatment adherence levels improved markedly (MMAS pretest: 2.54 ± 0.91 ; posttest: 0.37 ± 0.59 ; $p < 0.001$; $d = 2.28$).

Conclusion: Telenursing counseling is an effective intervention for improving functioning and treatment adherence in individuals with bipolar disorder. This approach strengthens patients' self-care behaviors and supports their active participation in treatment.

Keywords: Bipolar disorder, telenursing, functioning, treatment adherence, psychiatric nursing

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bipolar Bozukluk	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Tarihçe.....	6
2.1.3. Epidemiyoloji	8
2.1.4. Etiyoloji	10
2.1.4.1. Genetik Etmenler	10
2.1.4.2. Nörobiyolojik Etmenler	11
2.1.4.3. Nörokimyasal Etmenler	11
2.1.4.4. Psikososyal Etmenler	12
2.1.5. Bipolar Bozuklukta Klinik Seyir	12
2.1.6. Bipolar Bozuklukta Tedavi	14
2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi	14
2.1.6.2. Psikososyal Tedavi.....	15
2.1.7. Tedavi İzlemi ve Prognoz	16

2.2. Telefonun Sağlık Alanında Kullanımı	16
2.2.1. Tele-Sağlık	16
2.2.1.1. Tele-Sağlık Uygulamalarının Yararları ve Dezavantajları	21
2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Tele-Sağlık	21
2.2.3. Tele-Sağlığın Geleceği.....	23
2.2.4. Tele-Tıp	23
2.2.5. Tele-Hemşirelik	24
2.3. Tedaviye Uyum	27
2.3.1. Tedaviye Uyumsuzluk	27
2.3.2. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumuna	30
2.3.2.1. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyumda Aile ve Sosyal Destek	30
2.3.3. Psikiyatri Hemşiresinin Eğitim ve Danışmanlık Rolü.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Türü	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	35
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	36
3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	36
3.4. Randomizasyon ve Körleme	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.6. Veri Toplama Araçları.....	39
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	39
3.6.2. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ).....	39
3.6.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ)	40
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	40
3.7.1. Deney Grubunda Tele-Hemşirelik Danışmanlığı	41
3.7.2. Kontrol Grubunda Standart Klinik Bakım Uygulaması	43
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43

3.9. Araştırmanın Etik Yönü	44
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	44
3.10.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri	44
3.10.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
4. BULGULAR.....	46
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	46
4.2. Tele-Hemşirelik Danışmanlığının İşlevsellik Düzeyine Etkisi.....	48
5. TARTIŞMA	51
6.1. Tele-Hemşirelik Danışmanlığının İşlevsellik Üzerine Etkisi.....	51
6.2. Tele-Hemşirelik Danışmanlığının Tedaviye Uyum Üzerine Etkiler	54
6. SONUÇLAR.....	58
6.2.1. Öneriler	59
6.2.1. Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Öneriler	59
6.2.2. Araştırmalara Yönelik Öneriler	60
7. KAYNAKLAR.....	62
8. EKLER.....	71
9 ÖZGEÇMİŞ	79

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Gruplara göre hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	47
Tablo 4.2. Gruplara ve zamana göre hastaların işlevsellik düzeyleri.....	49
Tablo 4.3. Gruplara ve zamana göre hastaların tedaviye uyum düzeyleri.....	50



ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 3.1. CONSORT 2025 akış şeması.....	38
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR

BB: Bipolar Bozukluk

BB-I: Bipolar Bozukluk Tip I

BB-II: Bipolar Bozukluk Tip II

BBE: Bipolar Bozukluk Epizodu

CI: Confidence Interval (Güven Aralığı)

D: Etki büyüklüğü (Cohen's d)

Df: Serbestlik derecesi (degrees of freedom)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSM-5: DSM'nin Beşinci Baskısı

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

EBP: Evidence-Based Practice (Kanıta Dayalı Uygulama)

F: ANOVA (Analysis of Variance) testi değeri

FAST / KİDÖ: Functioning Assessment Short Test / Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

HRQoL: Health Related Quality of Life (Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi)

IBM SPSS: IBM Statistical Package for the Social Sciences (Veri Analiz Programı)

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

KSBÜ : Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

M: Ortalama (Mean)

M ± SD: Ortalama ± Standart sapma

MTUÖ / MMAS: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği / Morisky Medication Adherence Scale

N: Toplam örneklem sayısı

n: Grup örneklem sayısı

p: Anlamlılık düzeyi (significance level)

QoL: Quality of Life (Yaşam Kalitesi)

RCT: Randomized Controlled Trial (Randomize Kontrollü Çalışma)

r: Korelasyon katsayısı

SDÖ: Sosyo-Demografik Özellikler

t: Student t-testi değeri

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TRSM-H: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YÖKTEZ: Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi

χ^2 : Ki-kare testi değeri

η^2 : Eta kare (etki büyüklüğü ölçütü)

%: Yüzde

Δ : Değişim miktarı (fark)

$\rightarrow$: Değişim veya ilişki yönü



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yakın zamanlarda yaşanan hızlı gelişimler ve bu gelişmelerin sunduğu olanaklar, bireylerin kültürel, sosyal, eğitim ve sağlık alanlarındaki ihtiyaçlarında önemli döngülere yol açmaktadır. Bu döngüler, hizmetlere ulaşımında zaman ve mekân kısıtlaması olmaksızın erişim ihtiyacını beraberinde getirmiştir. Bizzat sağlık hizmetlerinde gelişen bu hususun etkisi net bir şekilde görülmüş; yeni teknolojilerin entegre edilmesi ile tele-sağlık ve tele-hemşirelik gibi yenilikçi hizmet kolları ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede, dijitalleşmenin ve bu altyapının yaygınlaşması sadece hizmet sunum kanallarını çeşitlendirmekle kalmayıp, aynı zamanda hemşirelik bakım süreçlerinin hem kapsam ve erişilebilirliğini hem de yeniden tanımlanmasına olanak sağlamıştır (WHO, 2020).

Hemşirelik bakım süreç ve hizmetlerinde iletişim teknolojilerinin ve altyapısının kullanımı “tele-hemşirelik”, “tele-danışmanlık” vb. kavramlar ile açıklanmaktadır. Bu teknolojik alan; hastaların sağlık durumlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi, bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi ve birey/hasta eğitimi gibi tüm bu süreçlerin teknoloji vasıtasıyla gerçekleştirilmesini kapsamaktadır (Rutledge & Gustin, 2021). Sunulan bu tele-hemşirelik hizmeti, tele-sağlık uygulamaları arasında hemşirelik mesleğine özgü bir profesyonellik boyut olarak konumlandırılmaktadır. Uluslararası Hemşireler Konseyi [International Council of Nurses (ICN)] ise bu tanımlamayı, hasta bakımının niteliğini yükseltmeye yönelik teknolojik tabanlı hemşirelik faaliyetleri olarak ifade etmektedir (ICN, 2023). Dolayısıyla tele-hemşirelik hizmeti/sunumu, bakımın sürekliliği ve güvenliği kapsamında klinik karar verme durumlarına gerçek zamanlı veri akışıyla katkı veren pratik bir teknolojik bir model hâline gelmektedir (Coşansu, 2016).

Tele-psikiyatri hizmetlerinin sunumu; video konferans, elektronik iletiler, web tabanlı çalışan sistemler ve telefon aracılığıyla sunulabilmektedir. Yazın alanındaki çalışmalar, özellikle telefon aracılığıyla sunulan danışmanlık ve takip sunumlarının,

hastaların ilaç tedavisine uyma alışkanlıklarını güçlendirdiğini ve hastaneye tekrar eden yatışları azaltarak sağlık alanına önemli katkılar sunduğunu göstermektedir (Işık & Güler, 2010). Telefon aracılığıyla yapılan izlemelerin düşük maliyetli olması ve toplumun adaptasyon sürecini olumlu bir şekilde desteklemesi, bu yöntemin farkını öne çıkaran başka bir öge olarak görülmektedir (Oksman ve ark., 2017). Ruh sağlığı hemşireleri, sunulan bakımın sürekliliğini sağlamak ve hizmetlerin verimini artırmak amacıyla telefon destekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yaygın biçimde kullanabilmektedir. Bu minvalde sunulan uygulamalar, hastaların kendilerini desteklenmiş olarak görmelerini hissetmelerine, evde bakımın süreçlerinin kendileri için hala devam ettiğini görmelerine ve hastalık yönetim davranışlarında daha az problem yaşamalarına olanak sağlamaktadır. Sonuç olarak, ilaç kullanım uyumundaki artış, tekrarlayan hastane yatışlarının belirgin bir biçimde azalmasına neden olduğu anlaşılmaktadır. (Oksman ve ark., 2017).

Bipolar bozukluk, dalgalı olarak seyreden klinik tablosu sebebiyle hem toplumsal işlevsellik hem de tedaviye uyum bakımından hastaların yaşamında dikkate değer güçlükler oluşturmaktadır (Dome, Rihmer, & Gonda, 2019). Mani ve depresif dönemlerin tekrar etmesi, bireylerin sosyal ilişkilerini, iş hayatındaki rollerini ve günlük yaşam etkinliklerini sürdürmelerini güçleştirmekte olup; buna ek olarak düzenlenen ilaç tedavisini düzenli olarak kullanma motivasyonunu da olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Grunze ve ark., 2013). Toplumsal işlevselliğin azalması, hastaların üretkenliklerini ve sosyal anlamda bağlarını zayıflatırken; planlanan tedaviye uyumsuzluk nedeniyle nüks ve yeniden yatış olasılığını artırmaktadır (Scott & Pope, 2002). Bu sebeple, bakımın sürekliliğini ve erişilebilirliğini yükselten tele-hemşirelik danışmanlığı, bipolar hastalarda klinik gidişi olumlu bir şekilde etkileyebilecek uygulanabilir bir müdahale seçeneği olarak öne çıkmaktadır (Farrell ve ark., 2022).

Yapılan düzenli telefon görüşmeleri, gerçekleştirilen çevrim içi eğitim oturumları, anlık olarak atılan mesajlaşma veya video konferans yoluyla sürdürülen takipler; hastaların ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmalarına yönelik hatırlatıcı bir fonksiyon görmekte, hastaların tedaviye dair farkındalıklarını artırmakta ve moral-motivasyonlarını

yükseltmektedir (Grunze ve ark., 2013; Gülcü & Kelleci, 2022). Literatürde bu gibi tele-danışmanlık girişimlerinin sadece ilaç kullanma uyumunu artırmakla kalmamakla beraber, aynı zamanda bipolar bozukluğu olan hastaların topluma tekrardan kazandırılmasına, sosyal görevlerini sürdürmelerine ve yalnızlık hissetmelerinin azaltılmasına da katkı sağladığı gösterilmektedir (Grunze ve ark., 2013). Özellikle hemşirelik hizmetlerinde kullanılan tele-iletişim uygulamaları, hastaların hastalık yönetiminde daha fazla özerk olmalarını sağlamakta, problem çözme becerilerine katkı sağlamakta ve toplumsal uyumlarını güçlü kılmaktadır (Gülcü & Kelleci, 2022; Oksman ve ark., 2017). Bu bağlamda, tezin başlığında yer alan “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi” konusu sadece akademik olarak değil, aynı zamanda klinik ve toplumsal açıdan da çok büyük bir önem taşımaktadır (Farrell ve ark., 2022; Grunze ve ark., 2013).

Bu nedenle; tele-hemşirelik tabanlı sunulan danışmanlık, hem sağlık sistemlerinin öngörülen ya da öngörülme-yen yükünü en aza indirecek düşük maliyetli bir anlayış sunmakta hem de hastaların yaşam kalitelerini artırarak onları toplum içinde yaratıcı ve işlevsel bireyler olacak şekilde varlıklarını sürdürebilmelerine imkân sağlamaktadır (Oksman ve ark., 2017). Dolayısıyla bu çalışmanın sonucunda beklenen çıktılar hem hasta bazlı hem de sistemsel düzeyde iyileşme oluşturacak yöntem ve klinik uygulama önerilerine taban hazırlayacaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının, İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi” ni incelemektir. Çalışmada, psikiyatri hemşiresi vasıtasıyla yürütülen yapılandırılmış tele-danışmanlık tabanlı uygulamaların hastaların toplumsal işlevsel özelliklerini ve ilaç tedavisine gösterdikleri uyum seviyelerini nasıl etkilediği değerlendirilecektir. Bu boyutta tele-hemşirelik temelli danışmanlığın, bakımın sürekliliğine katkı sağlayarak bireylerin yaşam kalitesini destekler nitelikte artırmadaki rolü vurgulanacaktır. Bu amaç çerçevesinde;

müdahalenin etkililiği, deney–kontrol karşılaştırmasıyla ve genel geğer ölçüm araçları kullanarak değerlendirilecektir.

1.3. ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Tele-hemşirelik danışmanlığı sonrasında deney ve kontrol gruplarının işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H2: Tele-hemşirelik danışmanlığı sonrasında deney ve kontrol gruplarının tedaviye uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk, duygudurumda iki kutup arasında dalgalanmalarla görülen, mani, hipomani ve depresif devrelerin yineleyici olarak görüldüğü süreğen bir ruhsal hastalık biçiminde tanımlanmaktadır (Goodwin & Jamison, 2007). Bu hastalıkta bireyin enerji düzeyi, davranış şekli, algılaması, düşünce süreci ve işlevselliği periyodik bir şekilde değişmekte; mani ve depresyon sınırları arasında belirgin olarak duygusal dalgalanmalar gözlenmektedir (Grande ve ark., 2016). Bu dalgalanmalar sadece duygudurumla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bilişsel, sosyal ve biyolojik fonksiyonlarda da bozulmalara yol açmaktadır (Miklowitz ve ark., 2021).

Manik şeklinde görülen dönem, en az bir hafta olarak süren ve hastanın olağan davranış şekline göre bariz bir değişiklik gösteren, şişmiş veya iritabl duygudurumla beraber artmış enerji seviyelerinin gözlemlendiği bir dönem şeklinde tanımlanmaktadır (Kleiger & Weiner, 2023). Bu evrede benlik saygısında artış, uyku ihtiyacında azalma, konuşmada hızlanma, düşünce biçiminde uçuşma, dikkat dağınıklığı ve tehlikeli davranışlarda artış gibi belirtiler görülmektedir (Judd & Akiskal, 2003). Hipomani evresi de aynı özellikler taşımakla beraber çoğunlukla daha kısa sürmekte ve sosyal ya da mesleki işlevsellikte bariz bir bozulma olmadığı belirtilmektedir (Grande ve ark., 2016).

Depresif evrelerde çökkünlük, isteksizlik, değersizlik duygusu, enerji kaybı, ilgi azalması ve intihar düşüncelerinin sık görüldüğü bildirilmektedir (Altshuler ve ark., 2017). Bu evrelerde hastaların işlevselliği azalmakla beraber yaşam kalitesi üzerinde bariz olumsuz etkiler görülmektedir (Kupka ve ark., 2021).

DSM-5 sınıflandırmasına göre bipolar bozukluk “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı adı altında ele alınmakta olup dört ana alt tipe ayrılmaktadır: Bipolar I

Bozukluk, Bipolar II Bozukluk, Siklotimik Bozukluk ve Madde veya Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar Bozukluklar. Bipolar I bozuklukta en az bir manik atak varlığı tanı için yeterli iken, Bipolar II bozuklukta en az bir hipomanik ve bir majör depresyon evresi bulunması gerekmektedir (Kleiger & Weiner, 2023).

Bipolar bozukluk sadece duygudurum değişiklikleriyle sınırlı olmayıp, bilişsel fonksiyonlar, dürtü denetimi, kişilerarası ilişkiler ve nörolojik süreçler üstünde de geniş kapsamlı izlenimler göstermektedir. Bu nedenle bipolar bozukluk biyopsikososyal biçim çerçevesinde değerlendirilmektedir; yani genetik, biyolojik ve çevresel unsurların etkileşimi ile sonuçlanan ve ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Post ve ark., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 2020)'ne göre bipolar bozukluk, küresel çapta en çok yeti eksikliğine sebep olan ruhsal hastalıklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken dönemlerde ortaya çıkması, tekrar eden seyri, intihar riskinin olduğu ve sosyal yıkıcılığı nedeniyle hem bireysel hem toplumsal seviyede çok ciddi bir sağlık yükü olarak nitelendirildiği bildirilmektedir (Vieta ve ark., 2018). Ayrıca bipolar bozukluğu olan hastalarda sigara, alkol ve madde kullanımının genel popülasyona göre çok daha sık görüldüğü ve bu durumun hastalığın gidişatını olumsuz bir biçimde etkilediği belirtilmektedir (Grande ve ark., 2016). Sonuç itibari ile bipolar bozukluk, duygudurumun iki kutup arasında dalgalanmasıyla nitelendirilen, tüm yaşamı etkileyen bir şekilde süren, biyopsikososyal faktörlerin etkileşimiyle şekillenen çok katmanlı bir ruhsal hastalık biçiminde tanımlanmaktadır (Nierenberg ve ark., 2023).

2.1.2. Tarihçe

Bipolar bozukluğa dair tanımlamalar çok eski dönemlere (antik) kadar uzanmaktadır. Duygudurum bozukluklarına ait ilk izlenimler Antik Yunan çağında devrim yapan ve modern tıbbın kurucusu olarak anılan Hipokrat tarafından yapılmış, “melankoli” ve “mani” terimleri ilk kez bu çağda sistematik biçimde kullanılmıştır. Hipokrat melankoliyi “kara safra fazlalığına bağlı çökkünlük” şeklinde tanımlarken, maniye “ruhun

aşırı ısınması neticesinde ortaya çıkan taşkınlık hali” biçiminde açıklamıştır (Alexander & Selesnick, 1966).

M.S. 1. yüzyılda Kapadokyalı Aretaeus, melankoli ve maninin benzer hastalığın iki farklı dönemi olduğunu benimsemiş, bu görüş modern bipolar bozukluk kavramının erken şekli olarak kabul edilmiştir (Angst & Marneros, 2001). Orta Çağ süresince ruhsal hastalıklar genelde dini veya ahlaki ifadelerle yorumlanmış, fakat 19. yüzyılda psikiyatrinin bilimsel temellerinin atılmasıyla beraber mani ve depresyonun benzer bozukluğun çeşitli yönleri şeklinde olduğu kabul edilmiştir (Alexander & Selesnick, 1966; Angst & Marneros, 2001).

1854 senesinde Fransız psikiyatrist Jules Falret, mani ve depresyonun değişken bir şekilde görüldüğü tabloyu “folie circulaire” (dairese delilik) biçimde tanımlamıştır. Aynı devirde Baillarger, eş bir şekli “folie à double forme” (çift biçimli delilik) olarak isimlendirmiştir. Bu dönemlerde hastalık için yapılan bu iki tanımlama modern bipolar bozukluk hastalığının gelişiminde dönüm noktası olmuştur. Yine 1882’de Karl Kahlbaum, mani ve melankolinin benzer hastalığın farklı aşamaları olduğunu ileri sürerek “siklotimi” sözcüğünü literatüre kazandırmıştır. Bu deyim, günümüzde DSM sınıflandırmalarında yer alan “siklotimik bozukluk” tanımının temel unsurunu oluşturmuştur. 1899 yılında Emil Kraepelin, “manik-depresif psikoz” terimini kullanarak hastalığın sistematik ölçüde tanımını yapmıştır. Kraepelin, duygudurum bozukluklarını diğer bir psikiyatrik hastalık olan şizofreniden ayıran nosolojik bir kalıp geliştirmiş ve bu bakış açısı, modern psikiyatrik sınıflandırmanın ana taşlarından biri olmuştur (Akiskal HS & Pinto O, 1999). 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde biyolojik psikiyatri çerçevesinde yaşanan ilerlemelerle beraber bipolar bozukluğun nörobiyolojik kökeni araştırılmaya başlanmıştır (Goodwin & Jamison, 2007). Günümüzde ise bipolar bozukluk sadece klinik belirtiler kapaslında değil; genetik, nörobiyolojik, çevresel ve psikososyal unsurların birbiriyle etkileşimi çerçevesinde açıklanmaktadır (Grande ve ark., 2016). Bu tarihsel ilerleme, hastalığın biyopsikososyal bir benimseyişle ele alınmasını ve psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin gelişimsel doğasını yansıtmaktadır (Post ve ark., 2017).

2.1.3. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk, küresel çapta yüksek görülme sıklığıyla baş gösteren bir ruhsal hastalık biçiminde değerlendirilmektedir. Dünya genelinde yürütülen epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın tüm yaşam boyu prevalansının %1 ile %2,4 arasında varyasyon gösterdiği görülmektedir (Merikangas ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization [WHO], 2020) paylaştığı verilere göre, bipolar bozukluk dünya çapında yaklaşık 40 milyon bireyi etkilemekte ve küresel ölçekte en çok yeti hasarına neden olan ilk 20 hastalık arasında kendine yer bulmaktadır. Bu durum, hastalığın yalnız bireysel düzeyde değil, toplumsal boyutta da ciddi bir sağlık problemi oluşturduğunu göstermektedir (Grande ve ark., 2016).

Bipolar bozukluğun genellikle kadın ve erkeklerde eşit bir şekilde görülme sıklığına sahip olduğu bildirilmektedir (Vieta ve ark., 2018). Fakat alt tiplere göre birtakım değişiklikler gözlenmektedir; Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı erkek ve kadınlarda genel olarak benzer iken, Bipolar II bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Merikangas ve ark., 2011).

Bipolar bozukluk sıklıkla ergenliğin sonlarına doğru ya da erken dönem erişkinlikte başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 18–25 yaş aralığında olup, birçok olguda hastalık ilk olarak kendini depresif belirtilerle göstermektedir (Kleiger, & Weiner, 2023). Erken dönemlerde başlangıç gösteren vakalarda hastalığın daha şiddetli devam ettiği, yeniden ortaya çıkma oranlarının yüksek olduğu ve tedaviye yanıtın çok az olduğu bildirilmektedir (Post ve ark., 2017).

Sosyoekonomik farklılık, kültür ve sağlık hizmetlerine ulaşım, bipolar bozukluğun tanı konulma oranlarını etkilemektedir. Düşük bütçeli ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımında yaşanan zorlukların fazla oluşu, damgalanma ve farkındalık noksanlığı sebebiyle tanı konulmuş vakaların oranlarının düşük olduğu; buna rağmen yüksek kazançlı ülkelerde tanı konma ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca

sosyokültürel faktörlerin de hastalığın ifade edilme şeklinde etkili olduğu belirtilmektedir (Merikangas ve ark., 2011).

Bipolar bozuklukta ölüm oranları da genel nüfusa kıyasla epey yüksektir. Çalışmalar, bipolar bozukluk tanılı hastaların yaşam süresinin normal bireylere göre ortalama 9–20 sene daha kısa olduğunu göstermektedir (Laursen, ve ark., 2013). Oluşan bu farkın, intihar, kalp ve damar hastalıkları, obezite, diyabet, alkol ve madde kullanımı gibi tabloya eşlik eden tıbbi durumlarla alakalı olduğu bildirilmektedir (Nierenberg ve ark., 2023).

İntihar etme olasılığı, bipolar bozukluğun en önemli ve en ağır komplikasyonlarından biridir. Farklı epidemiyolojik çalışmalar ve derlemeler, bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaklaşık yarısının yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir (Miller & Black, 2020). Bipolar bozuklukta intihara bağlı ölüm riskinin, genel popülasyona göre yaklaşık 10–30 kat daha yüksek olduğu bildirilmekte ve bu nedenle bipolar bozukluk en yüksek intihar mortalitesine sahip psikiyatrik tanılardan biri olarak kabul edilmektedir (Miller & Black, 2020). Bu risk özellikle depresif ve karma dönemlerde belirgin şekilde artmakta; intihar girişimlerinin ve tamamlanmış intiharların büyük çoğunluğunun bu evrelerde ortaya çıktığı gösterilmektedir (Marangell et al., 2008; Miller & Black, 2020).

Hastalığın süregelen seyri sebebiyle iş gücü kaybı ve sosyal bağlarda bozulma yaygındır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda işsizlik oranları yüksek, iş verimi düşük ve sosyal izolasyon açıkça görülmektedir (Wang & Yu, 2021). Ayrıca hastaların ortalama üçte birinde sosyal ve mesleki fonksiyonlarının kalıcı bir şekilde azaldığı belirtilmektedir (Altshuler ve ark., 2017). Hastaların aile öyküsü de bipolar bozukluğun epidemiyolojisinde dikkat edilmesi gereken bir unsurdur. Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olan hastalarda tehlike %5–10 arasında değişmekte, tek yumurta ikizlerinde ise benzer hastalanma oranı %45–75 arasında olduğu bildirilmektedir (Barnett

& Smoller, 2009). Bu belirtiler, genetik yatkınlığın hastalığın ilerlemesinde belirleyici nitelikte rol oynadığını göstermektedir.

Sonuç itibari ile, bipolar bozukluk erken dönemlerde başlangıç gösteren, yüksek tekrar etme oranına sahip, kronik seyirli ve hayat kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir ruhsal hastalık olarak değerlendirilmektedir. Erken dönemde tanı konulması, tedaviye uyumun yükseltilmesi ve sosyal destek yöntemlerinin güçlendirilmesi hastalığın yükünü küçültmede büyük önem taşımaktadır (Vieta ve ark., 2018).

2.1.4. Etiyoloji

Bipolar bozukluk, genetik, nörobiyolojik, nörokimyasal ve psikososyal unsurların karmaşık etkileşimi neticesinde meydana gelen çok faktörlü bir hastalıktır (Goodwin & Jamison, 2007). Hastalığın tek bir nedenine dair görüş birliği bulunmamakta olup biyopsikososyal bir model çerçevesinde değerlendirilmelidir.

2.1.4.1. Genetik Etmenler

Bipolar bozukluk, genetik eğilimin en kuvvetli olduğu psikiyatrik bozukluklardan biridir. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, kalıtsal bileşenin hastalık ilerlemesinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Barnett & Smoller, 2009). Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk hastalığı bulunan hastalarda risk 10 kat artmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde benzer hastalanma oranı %45–75, çift yumurta ikizlerinde ise %5–25 olarak bildirilmiştir (Barnett & Smoller, 2009).

Genom genelinde ilişkilendirme çalışmalarında bipolar bozuklukla alakalı çeşitli genetik alanlar tanımlanmıştır. Bilhassa CACNA1C, ANK3, ODZ4, DCLK3 ve NCAN genlerinin hastalıkla alakalı olduğu bulunmuştur. Bu genlerin sinaptik aktarma, iyon kanal işlevleri ve nöronal ilerleme süreçlerinde etkin rol aldığı düşünülmektedir (Stahl ve ark., 2019). Genetik faktörlere ilave olarak epigenetik düzenekler de etiyolojide yer almaktadır. DNA metilasyonu, histon modifikasyonları ve mikroRNA

ekspresyonlarındaki yeniliklerin, stres cevabı ve duygudurum düzenlenmesiyle alakalı olduğu gösterilmiştir. Çevresel uyaranların genetik yatkınlığı harekete geçirebildiği ve hastalık semptomlarını ortaya çıkmasını hızlandırabildiği belirtilmektedir (Grande ve ark., 2016; Goes, 2023).

2.1.4.2. Nörobiyolojik Etmenler

Nörogörüntüleme çalışmaları, bipolar bozuklukta bilhassa limbik sistem, amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks gibi alanlarda yapısal ve işlevsel farklılıklar olduğunu göstermektedir (Phillips & Swartz, 2014). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında, prefrontal korteks hacminde azalma, amigdala aktivitesinde artış ve beyaz madde bütünlüğünde bozulma saptanmıştır. Fonksiyonel MRG çalışmaları, mani evrelerinde amigdala aktivasyonunun arttığını, depresif evrelerde ise azaldığını göstermektedir (Strakowski ve ark., 2012). Bu sonuçlar, duygusal düzenleme mekanizmalarındaki nörobiyolojik dengesizliklerin hastalığın kökeninde yer aldığını düşündürmektedir.

2.1.4.3. Nörokimyasal Etmenler

Bipolar bozukluğun nörokimyasal açıklamaları dopaminerjik, serotonerjik, noradrenerjik, GABAerjik ve glutamaterjik mekanizmalarındaki düzensizliklerle bağlantılandırılmaktadır. Dopamin etkinliğindeki artışı mani, azalması ise depresyon evreleriyle ilişkilendirilmektedir. Serotonin seviyelerindeki azalma depresif işaretleri, noradrenalin seviyelerindeki artış ise manik işaretleri tetikleyebilmektedir (Goodwin & Jamison, 2007). Ayrıca hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) aksının aşırı etkinliği duygudurum düzenlenmesini etkileyerek bozduğu ve bu sorunun mani ya da depresif evrelerin tetiklenmesine etki ettiği bildirilmektedir (Grunze ve ark., 2013). Süreğen stres, HHA aksı hiperaktivitesine neden olarak duygudurumdaki dalgalanmaları artışına neden olmaktadır (Post ve ark., 2017).

2.1.4.4. Psikososyal Etmenler

Biyolojik ve genetik esaslara ek olarak psikososyal unsurların da hastalığın meydana çıkışında ve seyrinde dikkate değer bir rol oynadığı kabul görülmektedir (Miklowitz ve ark., 2021). Stresli yaşam durumları, aile içi çatışmalar, travmatik yaşanmışlıklar, düşük sosyal destek ve bireyin uyku düzensizliği bipolar ataklarını harekete geçirmektedir. Özellikle vardiyalı işlerde çalışma ve mevsimsel değişimlerin olağan akıştaki ritmi bozarak duygudurum düzensizliklerine yol açtığı belirtilmektedir (Colom & Vieta 2009).

Bireyin erken yaşta yaşadığı istismar, ihmal veya arkadaş ya da ebeveyn kaybı gibi hayatına travmatik etki edecek olayların da bipolar bozukluğa eğilimi artırdığı bildirilmektedir (Post ve ark., 2017). Yabancı madde kullanımı ve tedaviye uyumsuzluk, hastalığın gidişatını kötüleştiren önemli faktörlerdir (Sachs ve ark., 2007).

Sonuç itibari ile bipolar bozukluğun etiyolojisi, kalıtsal yatkınlık, nörobiyolojik fonksiyon bozuklukları, nörokimyasal değişkenlikler ve çevresel uyaranların etkileşimiyle açıklanmaktadır. Bu sebeple hastalık, biyopsikososyal bir yapı içinde ele alınmakta ve hastalığın tedavi stratejileri de bu kapsayıcı anlayış esasında geliştirilmektedir (Goodwin & Jamison, 2007).

2.1.5. Bipolar Bozuklukta Klinik Seyir

Bipolar bozukluk, kronik ve tekrarlayıcı seyir gösteren bir psikolojik bozukluktur. Hastalık mani, hipomani, depresyon ve karma dönemlerin birbirini ardı sıra takip ettiği epizodik bir durum sergilemektedir (Grande ve ark., 2016). Ortalama hastalığın başlangıç yaşı 20’li yaşların başıdır; birçok vakada ilk görülen durum depresyon biçiminde görülmektedir (Kleiger, & Weiner, 2023). Bu hal, hastalığın başlangıç döneminde majör depresif bozuklukla karıştırılmasına ve tanının konulmasında gecikmeye yol açmaktadır (Sachs ve ark.,2007).

Tanı konulmasının gecikmesi bipolar bozuklukta epey yaygındır. Yapılan çalışmalar, hastalara doğru bir şekilde tanı konulmasının ortalama 5–10 yıl sürdüğünü göstermektedir (Goes, 2023). Yaşanan bu gecikme, en doğru tedavinin geç başlanmasına sebep olarak hastalığın kronikleşmesine ve işlevsellik düzeylerinde yaşanacak kayıpların artmasına neden olmaktadır (Altshuler ve ark., 2017). Hastalığın klinik seyri, periyotların sıklığı, süresi ve görülen belirtilerin şiddetine göre oluşan tablo değişkenlik göstermektedir. Bipolar I bozuklukta manik ataklar belirginken, Bipolar II bozuklukta hipomanik ve depresif evreler baskındır. Mani evresi aşırı bir şekilde taşkınlık, artmış enerji durumu, uyku düzeninde bozulma ve uykusuzluğun artması ile dürtüsellikle karakterizedir (Kleiger & Weiner, 2023). Hastalığın bu dönemlerde hastalar çoğunlukla riskli davranışlar sergilemekte, sosyal ve mesleki hayatlarında bozulmalar ortaya çıkmaktadır (Goodwin & Jamison, 2007).

Depresif periyotlar bipolar bozukluğun süre olarak en fazla zaman aldığı periyotlardır. Bu dönemlerde yaşanan enerji kaybı, isteksizlik, kendini değersiz hissetme düşünceleri, dikkatte dağınıklıkların olması ve intihar riski ön aşama olarak düşünülmektedir (Altshuler ve ark., 2017). Ortalama bir şekilde depresif aşamaların süresi, mani aşamalarından iki ila üç kere daha uzun sürmektedir (Judd & Akiskal, 2003). Bu sebeple, bipolar bozuklukta hayatta kalma süresinin önemli bir parçası depresif belirtilerle geçmektedir (Kupka ve ark., 2021). Bazı vakalarda karma periyotlar gözlenmektedir. Bu periyotlarda mani ve depresyon bulguları eş vakitli olarak ortaya çıkar; ajitasyon, irritabilite, hızlı düşünce akışı ve intihar riskinin artması gibi belirtiler ön plandadır. Karma evrelerin prognozu çoğunlukla daha kötüdür ve tedaviye dayanım sık bir şekilde görülmektedir (Laursen ve ark., 2013).

Hastalığın bir alt çeşidi olan hızlı döngülü bipolar bozukluk, bir yıl içinde minimum dört ya da daha fazla duygudurum atağının yaşanmasıyla tanımlanmaktadır (Kupka ve ark., 2021). Hastalığın bu türü kadınlarda daha fazla görülmekte ve çoğunlukla tiroid disfonksiyonları, antidepresan ilaç kullanımı veya mevsimsel değişikliklerle alakalı

bulunmaktadır. Hızlı döngülü hastalarda tedaviye cevap verme düşük, hastalığa yeniden yakalanma oranı yüksektir (Coryell ve ark., 2003).

Bipolar bozukluğun gidişatını etkileyen unsurlar arasında hastaların cinsiyet, yaş, genetik eğilim, eş tanıli psikiyatrik bozukluklar, madde kullanımı ve hastalığa karşı tedaviye uyumu yer almaktadır. Özellikle anksiyete bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları refakat ettiğinde hastalığın prognozunun kötüleştiği belirtilmektedir (Grande ve ark., 2016). Bipolar bozukluğu tanısı olan hastaların ortalama üçte birlik kesiminin tam remisyon sağladığını, fakat büyük bir kesiminde rezidüel belirtilerin sürdüğü (Judd & Akiskal, 2003). Bu durum, hastalığın kronik yapısı ve süregelen bakım ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır (Post ve ark., 2017). Uygun tedavi seçenekleri, sosyal destek ve psikoeğitim eğitimlerinin ise uzun süreli hastalığın seyrini olumlu bir şekilde etkilediği bildirilmektedir (Miklowitz ve ark., 2021).

2.1.6. Bipolar Bozuklukta Tedavi

Bipolar bozukluk hastalığının tedavisi hem biyolojik hem psikososyal etmenlerin bütüncül bir şekilde uygulanmasını mecbur kılan uzun vadeli bir süreçtir. Hastalığın tedavi hedefleri arasında; duygudurum ataklarını denetim altına almak, nöksleri engellemek, işlevselliği korumak ve yaşam standartlarını artırmaktır (Vieta ve ark., 2018).

2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi

Bipolar tanıli hastaların tedavi yönetiminde Farmakolojik tedavi ana bir bileşen olarak görülmektedir. Kullanılan ilaçlar; dengeleyiciler, antipsikotikler ve anti depresanlar olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır (Post ve ark., 2017).

Lityum, 1949 senesinde John Cade tarafından manik hastalarda etkili bir tedavi ajanı olarak tanımlanmış ve günümüzde hâlen bipolar bozukluk tedavisinin “altın standardı” olarak kabul edilmektedir. Lityumun nöronal uyarılabilirliği düzenleyerek mani ve depresyon ataklarını önlediği, ayrıca intihar riskini azalttığı belirtilmektedir

(Altshuler ve ark., 2017). Lityum tedavisinde serum düzeylerinin düzenli takibi önemlidir; terapötik aralık dar olduğu için toksisite riski mevcuttur (Goodwin & Jamison, 2007).

Valproat ve karbamazepin, özellikle karma ve hızlı döngülü vakalarda etkin bir şekilde tercih edilen seçeneklerdir (Bowden, 2003). Lamotrijin, depresif atakların önlenmesinde tercih edilmekte ve nüks riskini azaltıcı etkisiyle öne çıkmaktadır (Sachs ve ark., 2007).

Atipik antipsikotikler akut mani tedavisinde ve idame dönemlerinde en sık olarak kullanılmaktadır. Bu ilaçların hem mani hem depresif belirtileri kontrol altına alma etkileri bulunmaktadır (Vieta ve ark., 2018).

Antidepresanlar ise dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Tek başına antidepresan tedavisi mani ataklarını tetikleyebileceği için çoğunlukla duygudurum dengeleyici ilaçlarla kombine edilmesi önerilmektedir. SSRI grubu ilaçlar (örneğin sertralin, fluoksetin) ve bupropion, nispeten daha düşük manik kayma riski taşıdıkları için tercih edilmektedir (Sachs ve ark., 2007).

2.1.6.2. Psikososyal Tedavi

Bipolar bozukluğun kontrol altına alınmasında en az farmakolojik tedavi kadar psikososyal destek sistemleri ve müdahaleleri de büyük bir önem taşımaktadır (Miklowitz, 2021). Psikoeğitim, hastaların hastalık belirtilerini tanımlarını, tetikleyici unsurları fark etmelerini ve ilaç tedavisine adaptasyonlarını artırmalarını sağlar (Colom & Vieta, 2009). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresif işaretlerin azaltılmasında, işlevselliğin devamının sağlanılmasında ve nükslerin önlenmesinde öneme sahip bir yöntemdir. Aile Odaklı Terapi, aile içi iletişimi güçlendirerek stres seviyesini azaltır ve hastaya destekleyici bir çevre meydana getirmeyi amaçlar. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (IPSRT), sirkadiyen ritimlerin ayarlanması, uyku ve günlük yaşam aktivitelerinin stabil tutulmasına odaklanır. Uyku düzeninin korunması, duygudurum stabilizasyonunun temelini oluşturmaktadır (Miklowitz ve ark., 2021).

2.1.7. Tedavi İzlemi ve Prognoz

Bipolar bozuklukta kullanılan tedavi süreci uzun dönemli bir periyottur. Tedaviye erken başlanması, düzenli takip ve farmakolojik tedaviye uyum prognozu olumlu etkiler (Vieta ve ark., 2018). Araştırmalar, farmakolojik ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasının nüks oranlarını %30–40 oranında azalttığını göstermektedir (Miklowitz, 2021). Bununla birlikte, bazı bireylerde tedaviye rağmen kalıntı belirtiler sürebilmekte ve işlevsellik tam olarak sağlanamamaktadır (Altshuler ve ark., 2017). Uzun dönem başarı; tedaviye uyum, aile desteği, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarıyla yakından ilişkilidir (Colom & Vieta, 2009).

Sonuç olarak bipolar bozukluk tedavisinde en etkili yaklaşım, farmakolojik tedavinin psikososyal müdahalelerle bütünleştirildiği, bireye özgü ve süreklilik arz eden bir tedavi modelidir (Goodwin & Jamison, 2007). Bu bütüncül yaklaşım, atak sıklığını azaltmakta ve bireylerin yaşam kalitesini anlamlı biçimde artırmaktadır (Vieta ve ark., 2018).

2.2. TELEFONUN SAĞLIK ALANINDA KULLANIMI

2.2.1. Tele-Sağlık

Bilgi ve iletişim alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bu teknolojilerin sağlık alanına entegrasyonu ile meydana çıkan tele-sağlık, sunulan hizmetlerin mekândan bağımsız biçimde kullanılmaya olanak tanıyan yenilikçi bakış şekli olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tele-sağlığı “mesafenin önemli bir faktör olduğu durumlarda, hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavisi yanında hastalıklardan ve yaralanmalardan korunma; araştırma, değerlendirme ve sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi ile bireylerin ve toplumlarının sağlığını geliştirmek ile ilgili bilgi alışverişi için, sağlık profesyonelleri tarafından, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmeti sunumu “olarak tanımlar (WHO, 2020). Bu şekliyle tele-sağlık, sağlık hizmetlerinde oluşabilecek eşitsizliklerin azaltılması ve bilhassa kırsal ya da ulaşımın zor olduğu

bölgelerde ikamet eden hastaların bakım olanaklarına ulaşımının güçlendirilmesi açısından önemli bir işlev üstlenmektedir. Alan yazınında, video konferans uygulamaları, mobil destekli sağlık yazılımları ve uzaktan erişime olanak sağlayan izleme sistemleri gibi teknolojilerin sağlık mensuplarıyla hasta arasındaki etkileşimi güçlendirerek alınan hizmetin hızını, sürekliliğini ve kapsamını oldukça genişlettiği vurgulanmaktadır (Rutledge & Gustin, 2021). Bu teknolojik altyapı, kronik hastalık idaresinde düzenli izlem ve erken uyarı mekanizmalarını mümkün kılarak klinik sonuçları iyileştirebilmektedir.

Teknolojik ilerlemeler sağlık hizmetlerinin sunum biçimlerini köklü biçimde değiştirmiş, bilgi ve iletişim teknolojilerinin entegrasyonu sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmıştır (WHO, 2020). Tele-sağlık, sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla mesafeden bağımsız biçimde sağlanması şeklinde de tanımlanmakta ve modern sağlık sistemlerinin temel bileşenlerinden biri olarak görülmektedir (Kruse ve ark., 2017).

Tele-sağlık uygulamaları, hasta izlemi, teşhis, tedavi, danışmanlık, eğitim ve sağlık yönetimi hizmetlerini kapsamaktadır (Keesara, Jonas, & Schulman, 2020). Bu sistemler, özellikle coğrafi olarak uzak bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmakta ve sağlık hizmetlerinde eşitliği desteklemektedir (Smith ve ark., 2020). Tele-sağlık, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi güçlendirerek disiplinler arası iş birliğini kolaylaştırmakta ve bakımın sürekliliğini sağlamaktadır (Kruse ve ark., 2017).

COVID-19 pandemisi sürecinde tele-sağlık uygulamaları, enfeksiyon kontrolü ve sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından hayati bir rol üstlenmiştir (Gajarawala & Pelkowski, 2021). Pandemi döneminde yapılan araştırmalar, tele-sağlık kullanım oranlarının önceki yıllara kıyasla arttığını ve bu artışın hastane yatışlarını azalttığını göstermektedir (Bitar & Alismail 2021; Keesara ve ark., 2020). Tele-sağlığın bu dönemde yaygınlaşması, sağlık sistemlerinin dijital dönüşümünü hızlandırmış ve uzun vadeli

sürdürülebilir sağlık stratejilerinin geliştirilmesine zemin hazırlamıştır (Keesara ve ark., 2020).

Tele-sağlığın yararları arasında erişilebilirliğin artması, maliyetlerin azalması, hasta memnuniyetinin yükselmesi ve kronik hastalıkların izlenebilirliğinin kolaylaşması yer almaktadır (Kruse ve ark., 2017). Ayrıca bu uygulamalar, sağlık profesyonellerinin verimliliğini artırmakta ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Marques & Ferreira, 2020). Bununla birlikte, tele-sağlık sistemlerinin yaygınlaştırılmasında bazı sınırlılıklar mevcuttur. Bu sınırlılıklar arasında teknik altyapı yetersizlikleri, internet erişimi eksikliği, dijital okuryazarlık düzeyinin düşük olması ve kişisel verilerin korunmasına ilişkin etik sorunlar bulunmaktadır (Gajarawala & Pelkowski, 2021).

Tele-sağlığın başarısı, yalnızca teknolojik altyapıya değil, aynı zamanda kullanıcıların dijital yeterliliklerine ve sağlık profesyonellerinin bu sistemleri etkin biçimde kullanabilmesine bağlıdır (WHO, 2020). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin tele-sağlık uygulamaları konusunda eğitilmeleri, dijital becerilerinin güçlendirilmesi ve yasal düzenlemelerin netleştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Kruse ve ark., 2017). Tele-sağlık, yalnızca bir hizmet sunum yöntemi değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin bütünsel dijital dönüşümünü temsil eden bir paradigma değişimi olarak değerlendirilmektedir (Keesara ve ark., 2020).

Tele-sağlık hizmetlerinin temel amacı; bireylerin sağlıkla ilgili değişimlerini erken evrede belirleyebilmek, mevcut sağlık sorunlarının tedavisini etkin biçimde sürdürmek, özellikle uzak bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık gereksinimlerini ev ortamında karşılayabilmek, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak ve komplikasyonları yöneterek tekrarlayan hastane yatışlarını önlemektir (Fitzsimmons ve ark., 2011). Bu kapsamda tele-sağlık, elektronik bilgi sistemleri ve telekomünikasyon teknolojilerinden yararlanılarak uzun mesafelerde sağlık hizmeti sunumunu, hasta ve sağlık personelinin eğitimini, halk sağlığının geliştirilmesini ve sağlık yönetiminin desteklenmesini sağlayan

kapsamlı bir sistemdir. İçeriğinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, erken tanı, konsültasyon, eğitim ve tedavi uygulamaları yer almaktadır (Coşansu, 2016). Araştırmalar, hastaların telefon aracılığıyla sunulan sağlık hizmetlerini tercih etme nedenleri arasında daha kısa bekleme süresi, hizmete daha kolay erişim, sağlık çalışanlarıyla daha sık iletişim kurabilme ve gerçekten destek aldıklarını hissetme gibi faktörlerin öne çıktığını göstermektedir (Hintistan & Çilingir, 2012). Özellikle kırsal bölgeler, dağınık yerleşim yerleri veya sağlık hizmetine ulaşmanın güç olduğu alanlarda tele-sağlık uygulamaları; tanı, izlem, tedavi ve eğitim süreçlerinin sürdürülebilmesine imkân tanımaktadır. Bununla birlikte, tele-sağlık yalnızca hastalara hizmet sunmakla sınırlı kalmayıp, sağlık çalışanları arasında bilgi paylaşımı ve hizmet içi eğitim olanaklarını da artırmaktadır. Bu çerçevede, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı ilerlemelere paralel olarak tele-sağlık uygulamalarının dünya genelinde giderek yaygınlaştığı vurgulanmaktadır (Demir Avcı & Gözüm, 2018). Literatürde sıklıkla birbirinin yerine kullanılan tele-tıp ve tele-sağlık kavramları arasında da önemli bir ayrım yapılmaktadır. Tele-sağlık yalnızca hekim uygulamalarını değil, tüm sağlık profesyonellerinin kullandığı hizmetleri kapsayan daha geniş bir terim olup, hem tele-tıbbi içine alan hem de hizmet sunumunun yanı sıra sağlık çalışanlarına ve hizmet alan bireylere yönelik bilgi ve eğitim sağlama işlevlerini içermektedir (Coşansu, 2016).

Tele-sağlık uygulamaları yalnızca hastalara sunulan tanı, tedavi ve izlem hizmetleriyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin sürekli mesleki gelişiminde de etkin biçimde kullanılmaktadır. Özellikle hemşireler ve birinci basamak hekimleri gibi sahada doğrudan hizmet veren sağlık çalışanlarının, çevrim içi platformlar üzerinden yürütülen hizmet içi eğitimler, sertifika programları ve mesleki gelişim oturumlarına erişiminin kolaylaşması, güncel bilgi ve becerileri edinmelerine önemli katkı sağlamaktadır (Karaman, 2011; Gifford ve ark., 2012). Karaman'ın (2011) 1041 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin çevrim içi sürekli mesleki eğitimi çalışma koşullarına uyumlu, esnek ve erişilebilir buldukları; özellikle yoğun iş yükü ve vardiyalı çalışma nedeniyle yüz yüze programlara katılması güç olan profesyoneller için çevrim içi eğitim modellerinin önemli bir fırsat sunduğu gösterilmiştir.

Tele-eğitim olanakları, coğrafi olarak dezavantajlı, kırsal veya ulaşımı güç bölgelerde çalışan sağlık profesyonelleri açısından neredeyse zorunlu hâle gelmektedir. Kırsal ve uzak bölgelerde görev yapan sağlık çalışanlarının, bulundukları yerden ayrılmadan uzman eğitmenlere ve güncel bilimsel bilgilere erişebilmesi hem mesleki yeterliliklerini güçlendirmekte hem de bölgedeki sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmaktadır (Karaman, 2011; Gifford ve ark., 2012). Örneğin Gifford ve ark. (2012), kırsal Alaska’da davranışsal tele-sağlık yetkinliklerine odaklanan bir sürekli eğitim programının, ruh sağlığı profesyonellerinin tele-sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi ve becerilerini anlamlı düzeyde geliştirdiğini ve bu sayede uzak bölgelerde nitelikli hizmet sunumunun desteklendiğini bildirmiştir.

Çevrim içi ve tele-sağlık temelli eğitim programlarının, erişilebilirlik, esneklik ve maliyet-etkinlik açısından geleneksel yüz yüze eğitimlere kıyasla belirgin avantajlar sunduğu; hemşireler tarafından çalışma koşullarıyla uyumlu ve uygulanabilir bulunduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır (Karaman, 2011). Bu sayede sağlık profesyonelleri, görev yaptıkları hizmet birimlerinden ayrılmaksızın güncel kanıta dayalı bilgiye ulaşabilmekte, klinik karar verme ve bakım kalitesini artırabilmekte ve bakım süreçlerinde daha standart ve güvenli uygulamalar geliştirebilmektedir. Tele-sağlık yoluyla desteklenen bu sürekli mesleki gelişim olanakları, bir yandan sağlık hizmetlerinin standardizasyonuna ve kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlarken, diğer yandan da sağlık sistemlerinin daha sürdürülebilir, eşitlikçi ve erişilebilir hâle gelmesine zemin hazırlamaktadır (Gifford ve ark., 2012). Bu yönüyle tele-sağlık, yalnızca hasta odaklı bir hizmet sunum aracı değil, aynı zamanda sağlık çalışanı odaklı kapasite geliştirme ve mesleki güçlendirme alanı olarak da değerlendirilmektedir.

Hemşireler, hasta izleminden eğitim ve danışmanlığa kadar birçok aşamada doğrudan yer almakta ve bakımın sürekliliğini sağlamaktadır (Rutledge ve ark., 2017). Bu bağlamda, hemşirelik mesleğinin dijital sağlık sistemleriyle entegrasyonu sonucu “tele-hemşirelik” kavramı gelişmiştir.

2.2.1.1. Tele-Sağlık Uygulamalarının Yararları ve Dezavantajları

Tele-sağlık danışmanlığı uygulamaları, sağlık hizmetlerinin erişebilirliğinin artırması, maliyetleri düşürmesi, zaman tasarrufu imkânı sağlaması ve özellikle ulaşımın zor olduğu bölgelerde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırması gibi önemli olanaklar sunmaktadır. Ayrıca, eğitim faaliyetlerini desteklerken bir yandan da hasta ve sağlık çalışanları arasında daimî iletişimi destekleyerek tedaviye uyumu artırmakta ve böylece hastaların bakım süreçlerine aktif bir biçimde katılımını kolaylaştırmaktadır (Coşansu, 2016). Bununla beraber tele-sağlığın bir takım sınırlı tarafları da bulunmaktadır. Özellikle yüz yüze iletişimin zorluğu ve kısıtlılığı, teknik altyapı sorunları ve internet erişiminde yaşanan problemler, veri güvenliği ve hasta mahremiyeti ile ilgili duyulan endişeler uygulamanın etkinliğini azaltabilmektedir (Hintistan & Çilingir, 2012). Bu sebeple, tele-sağlık hizmeti sunumlarının başta etik, hukuki ve siber güvenlik gibi önemli boyutları göz ardı edilmeden şekillendirilmesi sürdürülebilirlik açısından zorunludur.

2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Tele-Sağlık

Avrupa ülkelerinde tele-sağlık hizmetleri ve uygulamaları, kronik hastalıklarla mücadelede özellikle yaşlanan nüfus sorunu göz önünde bulundurulduğunda önemli bir çözüm seçeneği olarak görülmektedir. Almanya’da evde bakım hizmetlerinde ve yaşlı hastaların sağlık durumlarının izlenmesinde tele-sağlık hizmeti tabanlı teknolojilerinden yararlanıldığı bildirilmektedir (Sungur, 2020; Keleşoğlu, Demir & Yalçın 2022). Bu durum gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerde ise sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmak ve maliyetleri en aza indirmek amacıyla mobil uygulamalar ve uzaktan izleme sistemleri geliştirilmiştir (El-Rashidy ve ark., 2021). Ayrıca Avrupa Birliği tarafından ortak standartlar kapsamında belirlenen, tele-sağlık uygulamalarında hasta mahremiyetine önem verilerek veri güvenliği, etik ve hukuki problemler gibi sorunların dikkate alınması zorunlu hale getirilmiştir (Sungur, 2020). Bu standartlar, tele-sağlığın ölçeklenebilir ve karşılaştırılabilir biçimde yaygınlaşmasını desteklemektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde tele-sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine ulaşımı artırmanın önemli bir yanı olarak görülmektedir. Özellikle nüfus sayısının fazla olduğu ve sağlık hizmetlerine ulaşımında coğrafi engeller yaşayan ülkelerde tele-sağlık uygulamalarına çok daha önem verilmekte ve büyük yatırımlar yapılmaktadır (Keleşoğlu ve ark., 2022; Kalaycı Oflaz, 2023). Bu uygulamalar, sağlık hizmetlerinin sunumunu kırsal alanlara ulaştırılmasında etkin ve önemli rol oynamakta, bulaşıcı hastalıkların takibi ve tedavisinde etkin bir biçimde kullanılmaktadır. Böylece tele-sağlık uygulamaları, geniş kitlelere ulaşmada düşük maliyetli çözümler sunarak bunu mümkün kılmaktadır (Keleşoğlu ve ark., 2022).

Ülkemizde ise tele-sağlık uygulamaları, son zamanlarda dijital sağlık sistemlerinin yaygınlaşmasıyla beraber ivme kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilen e-Nabız sistemi, Türkiye’deki tele-sağlığın en bilinen örneklerinden biridir. Bu sistem, hastaların sağlık geçmişine çevrimiçi olarak ulaşmasına, randevu almasına ve başta laboratuvar sonuçları olmak üzere diğer tetik ve rapor sonuçlarını takip etmesine olanak tanımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). e-Nabız, hem hasta hem de sağlık mensupları için bilgiye doğru ve hızlı bir şekilde ulaşım sağlayarak sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmaktadır. Türkiye’de tele-sağlık uygulamalarına bir diğer örnek de Evde Sağlık Hizmetleri Mobil Takip Sistemi’dir. Bu sistem, özellikle hareket kısıtlılığı olan hastaların evde takip ve tedavisini kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiştir (Kalaycı Oflaz, 2023). Başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları, mobil cihazlar vasıtasıyla hastanın bilgilerine ulaşabilmekte ve gerektiğinde anlık olarak uzmanlarla iletişim kurabilmektedir. Bu şekilde sunulan tele-sağlık uygulamaları hem hastaların yaşam kalitesini artırmakta hem de sağlık profesyonellerinin iş yükünü azaltmaktadır (Ariyanto, & Rosa, 2024). Türkiye’de mobil sağlık uygulamaları tele-sağlık uygulamalarının bir diğer önemli ayağını oluşturmaktadır. Hastaların sağlık durumlarını izlemelerine olanak sağlayan bu uygulamalar aynı zamanda sağlık çalışanlarıyla doğrudan iletişim kurulmasına da imkân sağlamaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması, COVID-19 pandemisi sürecinde kullanıcıların sağlık durumlarını takip etmelerine, riskli bölgelerin belirlenmesine ve toplu alanlarda güvenli bir şekilde hareket

etmelerine katkı sağlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu şekliyle HES uygulaması, pandeminin kontrolünde önemli bir rol oynayan uygulama olarak öne çıkmıştır. Tele-sağlık uygulamalarının ülkemizdeki deneyimi, kamu öncülüğünde dijital sağlık çözümlerinin geniş kullanıcı tabanına hızlı bir biçimde yayılabileceğini göstermektedir.

2.2.3. Tele-Sağlığın Geleceği

Tele-sağlık, dijitalleşmenin hızla geliştiği sağlık sektöründe beklenenden çok daha hızlı bir şekilde önem kazanmaktadır. Başta internet altyapısının kurulması ve genişlemesi, mobil cihazların kullanımının yaygınlaşması bu sistemlerin daha ulaşılabilir hale gelmesini sağlamaktadır. Bu süreçlerin otomatikleşmesi ve hızlanması, hemşirelerin iş yükünü hafifletmekte ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır (Gajarawala & Pelkowski, 2021). Tele-sağlığın özellikle kronik hastalıkların yönetiminde gelecekte daha yaygın biçimde kullanılması beklenmektedir. Ancak bu sistemlerin etkinliğini artırmak için daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç vardır. Özellikle farklı kronik hastalık gruplarında tele-sağlık çözümlerinin etkinliğini değerlendiren deneysel araştırmaların yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, tele-sağlık uygulamalarının maliyet etkinliği ve uzun vadeli uygulanabilirliği konularında daha kapsamlı değerlendirmelere ihtiyaç duyulmaktadır (Bitar & Alismail, 2021). Bu gereksinimler, BB gibi kronik ruhsal bozukluklarda tele-hemşirelik etkisini sınanan çalışmaları bilimsel ve pratik açıdan öncelikli kılmaktadır.

2.2.4. Tele-Tıp

Teletıp, uzaklığın sağlık hizmetlerine erişimde problem teşkil ettiği durumlarda elektronik yollarla bilgiye erişim ve teknolojinin kullanılması yoluyla hizmet sunulması olarak ifade edilmektedir (Haleem ve ark., 2021). Başka bir tanımda ise teletıp; bireylerin ve toplumların sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi, sağlık çalışanlarının düzenli eğitiminin sağlanması ve bilgi-iletişim teknolojileri aracılığıyla uzaktan sağlık hizmeti verilmesi şeklindedir (Kalender & Özdemir, 2014). Türkiye’de 2000’li yıllarda uygulanmaya başlanan tele-sağlık hizmetlerinin kökeni ise

dünyada 1950’li yıllara kadar uzanmaktadır (Coşansu, 2016). Tele tıp kullanımının birçok faydası bulunmaktadır. Bu uygulamalar, uzaktan müdahale gerektiren tedavilerin hızlı şekilde çözülmesini, farklı birimler arasında bilgi ve deneyim paylaşımını, zamandan tasarruf edilmesini ve hem hekimler hem de hastalar için seyahat kaynaklı maliyetlerin azaltılmasını sağlamaktadır. Ayrıca hastane yataklarının daha verimli kullanılmasına, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artmasına, veri ve istatistiklerin düzenli olarak kayıt altına alınmasına katkıda bulunmaktadır (Haleem ve ark., 2021; Bitar & Alismail, 2021). Tele-tıp; kronik hastalıklarda hasta takibini kolaylaştırmak, uzaktan izlem yapmak, sağlık bilgisine kolay erişim sağlamak, klinik yatış sürelerini kısaltmak ve düşük maliyetle sağlık ile bakım hizmeti sunmak amacıyla kullanılmaktadır (Haleem ve ark., 2021). Ayrıca tele-tıp, düşük maliyetli, kolay erişilebilir ve kullanışlı bir yöntem olarak sağlık hizmetlerinde önemli avantajlar sunmaktadır. Bu faydalar, tele-hemşirelik gibi alt alanların ölçeklenebilirliğine de temel oluşturmaktadır.

2.2.5. Tele-Hemşirelik

Tele-hemşirelik, hemşirelik uygulamalarının bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla mesafeden bağımsız biçimde sunulması olarak tanımlanmaktadır. Literatürde tele-hemşirelik, “hemşirelerin sağlıkla ilgili bilgileri elektronik olarak iletme, hastaları uzaktan izleme, değerlendirme ve bakım planlarını yürütme süreçlerini kapsayan bir bakım modeli” olarak açıklanmaktadır (International Council of Nurses [ICN], 2023; American Nurses Association [ANA], 2019; Rutledge & Gustin, 2021). Bu kavram, hemşireliğin teknolojik boyutunu vurgulamakta ve dijital çağın gereksinimlerine uygun yeni bakım modellerinin geliştirilmesine katkı sunmaktadır. COVID-19 pandemisi, tele-hemşireliğin potansiyelini küresel ölçekte görünür kılmıştır. Pandemi sürecinde hemşireler, sanal platformlar aracılığıyla hasta izlemi, psikososyal destek, eğitim ve bakım koordinasyonu sağlamışlardır (Bitar & Alismail 2021; Keesara ve ark., 2020). Bu dönemde yapılan çalışmalar, tele-hemşirelik programlarının hasta memnuniyetini artırdığını ve sağlık sistemlerinin kriz dönemlerinde dayanıklılığını güçlendirdiğini göstermektedir (Smith ve ark., 2020).

Tele-hemşirelik yalnızca klinik bakım alanıyla sınırlı değildir; hemşirelik eğitimi ve yönetim süreçlerine de entegre edilmiştir. Sanal simülasyon teknolojileri, çevrim içi eğitim modülleri ve dijital klinik senaryolar, hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme becerilerini geliştirmekte ve dijital ortamda uygulamalı öğrenme deneyimi sağlamaktadır (Padilha ve ark., 2019). Yönetim alanında ise tele-hemşirelik ve tele-sağlık uygulamaları, ekip içi iletişimi ve koordinasyonu güçlendirerek bakım kalitesini ve hasta güvenliğini artırmakta; özellikle bakım geçişlerinde ve kronik hastalık yönetiminde hemşire liderliğinde uzaktan izleme ve koordinasyonu desteklemektedir (Rutledge & Gustin, 2021). Tele-hemşirelik uygulamaları, hasta izleme, danışmanlık, eğitim, triyaj, ilaç yönetimi ve rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir (Işık & Güler, 2010). Bu uygulamalar özellikle kronik hastalık yönetiminde (örneğin kalp yetmezliği, diyabet, KOAH ve hipertansiyon) önemli yararlar sağlamaktadır. Tele-hemşirelik sayesinde hastalar, düzenli olarak izlenebilmekte, komplikasyonlar erken fark edilmekte ve sağlık sonuçları iyileşmektedir (Gajarawala & Pelkowski, 2021).

Literatürde elde edilen bulgular, tele-hemşirelik uygulamalarının hasta bakımında pozitif sonuçlar ortaya koyduğunu göstermektedir (Ariyanto, & Rosa, 2024). Yapılan araştırmalar, tele-sağlık uygulamalarının yalnızca bakım kalitesini artırmakla kalmadığını, aynı zamanda maliyet etkinliğini de desteklediğini ortaya koymaktadır. Örneğin, bir hemşirenin ev ziyareti yapmasının ortalama maliyetinin evde gerçekleştirilen tele-görüşmeler ile yaklaşık olarak dörtte üç oranında azaldığı, çeyrek maliyete tele-hemşirelik hizmeti verildiği ifade edilmektedir (Kalender & Özdemir, 2014). Yapılan araştırmalar, tele-hemşirelik uygulamaları sayesinde hastaların bakım hizmetlerine daha kolay ulaştıklarını ve telekomünikasyon yoluyla verilen eğitimin hasta memnuniyetini artırdığını ortaya koymaktadır (Kalender & Özdemir, 2014; Saygun, 2021). Elektronik ortamda sağlanan hasta eğitimi, danışmanlık ve hasta takibi gibi tele-sağlık uygulamalarının, bireylerin hastalığa yönelik tutum, davranış ve bilgi düzeylerini olumlu etkilediği; yaşam kalitesini artırdığı ve acil servise başvuru oranlarını azalttığı belirlenmiştir (Kalender & Özdemir, 2014). Son yıllarda uzayan yaşam süresi ve yoğun bakım ünitelerinde hemşireye olan gereksinimin artmasına bağlı olarak, yatak başı hasta

bakımına ek olarak tele-sağlık hizmetlerinin yoğun bakımlarda tele-hemşirelik uygulamalarına evrildiği görülmektedir. Tele-yoğun bakım çalışmalarında, hasta bakım kalitesinin yükseldiği, yaşam süresi ve kalitesinin arttığı, önlenabilir risk faktörlerinin azaldığı, erken taburculuk oranlarının yükseldiği ve dolayısıyla hastanede yatış sürelerinin kısaldığı saptanmıştır. Ayrıca, bu uygulamaların maliyet açısından da önemli tasarruf sağladığı bildirilmektedir. Özetle tele-hemşirelik, erişilebilirlik–etkililik–maliyet ekseninde güçlü bir değer önerisi sunmaktadır (Raesi ve ark., 2021).

Tele-hemşirelik uygulamalarının avantajları arasında zaman ve mekân kısıtlarının ortadan kalkması, erişilebilirliğin artması, hasta memnuniyetinin yükselmesi, maliyet etkinliğinin sağlanması ve hemşirelik kaynaklarının daha verimli kullanılabilmesi yer almaktadır (Rutledge ve ark., 2017). Bununla birlikte, veri gizliliği, hasta güvenliği, teknik yetersizlikler ve etik sorunlar tele-hemşireliğin yaygınlaşmasını kısıtlayan önemli faktörlerdir (Gajarawala & Pelkowski, 2021).

Tele-hemşirelik uygulamalarının geleceği, yapay zekâ, büyük veri analitiği, giyilebilir sensör teknolojileri ve uzaktan biyometrik izleme sistemleriyle entegre biçimde şekillenmektedir (Rutledge & Gustin, 2021). Bu teknolojiler, hemşirelik bakımının kişiselleştirilmesine, risk değerlendirmelerinin otomatikleştirilmesine ve klinik karar destek sistemlerinin güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Ancak bu gelişmelerin etik, yasal ve mesleki standartlar çerçevesinde yürütülmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak tele-hemşirelik, hemşirelik bakımının dijital dönüşümünü temsil eden yenilikçi bir model olarak değerlendirilmektedir (Rutledge ve ark., 2017). Bu model, bakımın erişilebilirliğini artırmakta, hizmet kalitesini yükseltmekte ve hemşirelik mesleğinin rolünü dijital çağın gereksinimlerine uygun biçimde yeniden tanımlamaktadır (Vieta ve ark., 2018). Hemşirelikte dijital okuryazarlığın artırılması, yasal düzenlemelerin geliştirilmesi ve tele-sağlık politikalarının ulusal düzeyde desteklenmesi, tele-hemşireliğin sürdürülebilir biçimde yaygınlaştırılabilmesi için önemlidir (ICN, 2023).

2.3. TEDAVİYE UYUM

Tedaviye uyum, sağlık personelleri tarafından uygun görülen tedavi planına hastanın davranışsal seviyede uyum sağlama aşamalarını tanımlayan çok kapsamlı bir kavramdır (Morisky, Green, & Levine, 1986). Klinik düzeyinde, tedaviye uyum hastalık denetiminin esas bileşenlerinden biridir ve öncelikle kronik hastalıklarda tedavi edilme başarısının sürdürülmesinde etkin ve belirleyici bir rol üstlenir (Schnorrerova, Matalova, & Wawruch, 2024). Uyum kavramı, köken olarak “uyuma” ya da “rıza gösterme” anlamlarını barındırır da modern yaklaşım, hastanın pasif bir uygulayıcı olmayıp, sürece aktif olarak dahil olan bir ortak olduğunu dikkat çekmektedir. Bu sebeple “katılım (adherence)”, “iş birliği (partnership)”, “sürdürüm (maintenance)” ve “kendini düzenleme (self-regulation)” kavramları, tedaviye uyumun hareketli yapısını yansıtmaktadır. Cameron’un modeline göre, uyum; hastanın tedavi planını gönüllü bir şekilde içselleştirmesi, bunu günlük hayatına entegre etmesi ve devamlılık beyan eden davranış örüntüleri göstermesiyle alakalıdır (Ertem & Çetinkaya Duman, 2018). Bu doğrultuda tedaviye uyum, sadece ilaçların zamanında alınması şeklinde tanımlanmayıp, aynı zamanda tedaviye dair sorumluluğun içselleştirilmesi ve profesyonel tekliflere bilinçli bir bağlılığın sürdürülmesini de kapsamaktadır (Schnorrerova ve ark., 2024).

2.3.1. Tedaviye Uyumsuzluk

Tedaviye uyumsuzluk, hastanın ilaçlarını önerilen dozda ve sıklıkta almaması, ilaç alım zamanlarına uymaması ya da tedaviyi kendi isteğiyle sonlandırması sonucunda ortaya çıkan ve hastalığın seyrini doğrudan etkileyen önemli bir klinik sorundur. Bu durum, farklı yaş gruplarında ve çok sayıda kronik hastalıkta yaygın olarak görülmekte; kronik hastalıklarda tedavi süresinin uzamasıyla birlikte uyumun azaldığı, bunun da hastalığın alevlenmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına ve yeniden yatışlara yol açtığı bildirilmektedir (Osterberg & Blaschke, 2005).

Literatürde tedaviye uyumsuzluk, genel olarak iki temel biçimde ele alınmaktadır. Bilinçsiz (istemeden) uyumsuzluk; hastanın hastalığını ve tedavisini yeterince

anlayamaması, karmaşık ilaç şemaları, bilişsel yetersizlikler veya unutkanlık gibi nedenlerle tedavi planına uymamasını ifade etmektedir. Bilinçli (isteyerek) uyumsuzluk ise, hastanın yan etki korkusu, damgalanma kaygısı, tedavinin gereksiz olduğuna inanma ya da alternatif yöntemlere yönelme gibi nedenlerle tedaviyi kendi tercihleri doğrultusunda aksatması veya sonlandırmasıdır (Velligan et al., 2009).

Bunun yanı sıra, uyumsuzluğun klinik pratikte çeşitli alt tipleri tanımlanmaktadır. Bu alt tipler; tümüyle tedavi önerilerine karşı gelme ve ilaçları hiç kullanmama şeklindeki tam uyumsuzluk, bazı ilaçları düzenli kullanırken diğerlerini bilinçli olarak almama biçimindeki seçici uyumsuzluk, tedaviyi tamamen bırakmadan düzensiz ilaç alımıyla karakterize aralıklı uyumsuzluk, başlangıçta tedaviye direnç gösterip zaman içinde tedaviye uyum geliştiren geç uyum ve uzun süre uyumlu seyrederken yıllar içinde tedaviyi aksatmaya başlayan geç uyumsuzluk gibi örüntüleri içermektedir. Buna ek olarak, reçete edilen dozların üzerinde ilaç kullanımıyla ortaya çıkan kötüye kullanım ve hastalığa ya da tedavi sürecine ilişkin önerilen yaşam tarzı değişikliklerine (diyet, uyku, madde kullanımı, fiziksel aktivite vb.) sistematik olarak uymama biçimindeki davranışsal uyumsuzluk da önemli alt kategoriler arasında yer almaktadır (Velligan ve ark., 2009; Kardas, Lewek & Matyjaszczyk, 2013).

Dalgalı seyir gösteren bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda bu uyumsuzluk biçimlerinin bir arada görülebilmesi, tedaviye uyumun değerlendirilmesinde çok boyutlu bir yaklaşımı zorunlu kılmakta ve izlem ile danışmanlığın bireyselleştirilmesini gerektirmektedir (Sajatovic ve ark., 2011)

2.3.1.1. Tedaviye Uyumsuzluğun Nedenleri

Tedaviye uyum, birden fazla bireysel, klinik ve çevresel unsurun etkisi altındadır. Psikiyatrik hastalarda uyumsuzluk, bireysel özellikler, sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet vb.), hastalığa dair elemanlar (örneğin içgörü eksikliği), ilaç tedavisine bağlı unsurlar (rejimin karmaşıklığı, yan etkiler) ve hekim-hasta ilişkisine dair faktörlerle yakından ilişkilidir (Osterberg & Blaschke, 2005; Velligan ve ark., 2009; Sajatovic ve ark.,

2011). İğörü, hastanın hastalığının var oluşunu, sonuçlarını ve tedavi şartlarını fark etme düzeyidir. İğörü eksikliği, tedavi sürecini olumsuz bağlamda etkileyerek hastalığın gidişatını kötüleştirmektedir (Sajatovic ve ark., 2011). Bu kavram; yaşadığı problemin farkında olması, damgalanma ve sosyal sonuçları değerlendirme, tedaviye uyumu ve ilaca karşı tutumları kavrama ve anlayış gösterme gibi çok fonksiyonlu bileşenlerden oluşmaktadır (Osterberg & Blaschke, 2005). Çalışmalar, içğörü eksikliğinin tedaviye uyumu azalttığını ve düşük işlevsellik seviyeleriyle alakalı olduğunu göstermektedir. Özellikle taburculuk sonrası zamanlarda, hastaların ilacın yararına inanmamaları tedaviye devam etmeme sebepleri arasında öne çıkmaktadır (Dikeç & Kutlu, 2014).

Verimli ve etkili bir tedavi, sadece ilaçların çeşidiyle değil; doz, planlama ve bu dozları zamanlama ile reçete uyumuyla da direk olarak bağlıdır. Reçete karmaşıklığı, tedavi süresinin çok fazla zaman alması, ilaçların beklenenden daha geç etki göstermesi veya istenmeyen yan etkiler, tedaviye uyumsuzluğun esas nedenleri arasındadır (Dikeç & Kutlu, 2014). Demirkol & Tamam (2016), ilaçların yan etkileri ve uygulanan dozların sıklığı hastaların tedaviye karşı isteklerini azalttığını, karmaşık ilaç formlarının ise tedavi sürecinde uyum problemlerine yol açtığını belirtmiştir. Tedavi ekibinin hastaya yönelik bakış açısı, empatik yaklaşımı ve terapötik iletişim becerisi tedaviye uyumu direk bir biçimde etkileyen faktörlerdir. Ekipteki kişilerin sürekliliğinin sağlanması, hastaya tutarlı davranışların sürdürülmesi tedavinin devamlılığı açısından son derece önem göstermektedir. Ayrıca, taburculuk sürecinde ve sonrasında yeterli bir şekilde bilgilendirme yapılmaması da tedaviye uyumsuzlukla ilişkilendirilmektedir (Schnorrerova ve ark., 2024). Sosyodemografik unsurların tedavi uyumu üzerindeki tesiri sınırlı bir biçimde olsa da bazı etmenler önem taşımaktadır. Genç hastalarda tedaviye uyumsuzluğun daha sık görüldüğü; ilerleyen yaşlarda tedaviye uyumun arttığı bildirilmektedir. Bipolar bozuklukta cinsiyet ayırt edici bir unsur olmamakla beraber erkek hastaların kadınlara nazaran tedavi şekline ilişkin daha az miktarda şikâyetçi oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca, sosyoekonomik düzeyi yüksek hastaların tedaviye daha fazla uyum gösterdikleri belirtilmektedir (Schnorrerova ve ark., 2024). Aile desteği, sosyal çevre, arkadaş ilişkileri ve iş yaşamı gibi faktörler hastaların tedaviye uyumunda

belirleyici rol oynamaktadır. Ailelerin hastalık ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, toplumsal damgalanma korkusu, olumsuz inanç ve tutumlar veya hastaya destek vermede yetersizlik, tedaviye uyumsuzluğa yol açabilmektedir. Bu hastalık kapsamında bahsedilen çok boyutlu belirleyiciler, tele-hemşirelik danışmanlığının eğitim, hatırlatma ve motivasyon bileşenleriyle harmanlanması bu hastalığı klinik olarak anlamlı kılar (Reinares, Sánchez-Moreno, & Fountoulakis, 2014).

2.3.2. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu

Günümüzde çoğu ülkede tedaviye uyumla alakalı problemler yaşanmakta, bu meselelerin en yoğun biçimde meydana geldiği alanlardan biri de ruhsal hastalıklarıdır. Kronik olarak seyreden ruhsal bozukluklarda tanı koyma, tedavinin sürekliliğini sağlama ve söz konusu hastalıkların rehabilitasyon süreçlerinde ciddi güçlükler yaşanmaktadır. Türkiye’de ruhsal hastalar genellikle hastalığın ilk evrelerinde hastaneye yatırılarak tedavi altına alınmakta, fakat taburculuk sonrasında yeterli takip yapılmadığı, aile ve sosyal açıdan desteğin sağlanamadığı görülmektedir. Bu olay, hastaların daha ağır süren ataklar geçirmesine ve yeniden hastaneye yatırılmasına neden olmaktadır (Bademli & Çetinkaya Duman, 2018; Ertem & Çetinkaya Duman, 2018). Ruhsal hastalıklarda tedavi uyumunu belirleyen birden fazla unsur bulunmaktadır. Damgalanma korkusu, hastalığa ve ilaca dair negatif davranışlar, içgörü eksikliği, aile ve sosyal te yaşanan yetersizlik, ekonomik olarak yaşanan zorluklar, ruhsal hastalıklara bakışta toplumun önyargıları ve kültürel inançları tedaviye uyum sürecinde belirleyici roller oynamaktadır. Bu kapsamda, düzenli hatırlatıcılar ve hastalara özel danışmanlık ve rehabilitasyon sağlayan tele-hemşirelik programları tedaviye uyum engellerini azaltmada güçlü ve etkili bir araç olabilir (Kousalya ve ark., 2012).

2.3.2.1. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyumda Aile ve Sosyal Destek

Ruhsal hastalıklarda sosyal destek, son zamanlarda hastaların stresle baş etme durumlarında önemli bir koruyucu unsur olarak görülmektedir. Literatürde sosyal destek hem ruhsal sağlığı hem de bedensel sağlığı olumlu yönde etkilediği, hastaların stresli

yaşam durumlarına karşı dayanma gücü kazanmalarına yardımcı olduğu bildirilmektedir (Arguvanlı, 2018). Kronik ruhsal hastalıklarda, bilhassa bipolar bozukluğu olan hastalarda sosyal desteğin, hastalıkla mücadele etme becerisini arttırdığı ve yaşam kalitesi üzerine önemli bir değişiklik kattığı belirtilmektedir (Reinares ve ark., 2016). Yapılan çalışmalar, psikolojik olarak sosyal desteğin tam iyilik hâlinin devamının sağlanılmasında önemli bir görev üstlendiğini göstermektedir (Bademli & Duman Çetinkaya, 2018; Dikeç & Kutlu, 2014). Günümüz yaşam standartlarında kronik ruhsal hastalığı tanısı olan hastaların artan stres seviyeleri ve yaşam kaygıları hem aile desteğine hem de sosyal çevre desteğine olan gereksinimini daha önemli bir hale getirmiştir (Arguvanlı, 2018). Araştırmalar ailevi olarak sunulan sosyal desteğin, hastaların tedaviye uyum ve duydukları kaygı ile stres arasındaki dengelerin korumasına yardımcı olduğunu bu sebeple tedavinin seyri ve sürecinde daha istikrarlı bir ilerleyiş sağladığını göstermektedir (Dikeç & Kutlu, 2014). Nitekim hastaların aileleri ve sosyal çevreleri tarafından sağlanan destek tedaviye uyumu arttırdığı, semptom yönetimi kolaylaştırarak ve hastalığın prognozunda olumlu gelişmelerin gözlemlendiği bildirilmektedir (Raineres ve ark., 2016). Bireyin hastalıkla baş etme kapasitesini güçlendiren sosyal destek, belirsizlik hissini azaltmakta, kontrol duygusunu artırmakta ve yaşam kalitesine olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Kronik ruhsal hastalıklarda bireyin yaşam doyumunu yükselten sosyal desteğin, depresyon, yalnızlık ve umutsuzluk gibi olumsuz duygularında azalttığı belirtilmektedir. Kendine güvenen ve güçlü bir sosyal çevreye sahip bireylerde hastalıkla baş etme sürecinin daha istikrarlı ilerlediği ve bu kişilerin toplumsal işlevselliklerini sürdürmede daha başarılı oldukları görülmektedir (Arguvanlı, 2018; Arslantaş, 2018). Yapılan çalışmalar, sosyal desteğin sadece fiziksel açıdan değil, aynı zamanda ruhsal iyilik durumu üzerinde de koruyucu bir tesire sahip olduğunu göstermektedir. Sosyal destek seviyesi yüksek hastalarda stresle başa çıkma becerilerinin geliştirdiği, görülen psikolojik belirtilerin azaldığı bir süreç geçirdiği ve tedaviye olan uyumlarının gözle görülür bir şekilde arttığı görülmektedir (Reinares ve ark., 2016; Crowe ve ark., 2010; Çoban ve ark., 2025). Ayrıca, hastalara sunulan sosyal destek imkanının geniş olması, hastanın hastalığıyla alakalı yükü paylaşmasını ve baş etme stratejilerini güçlendirmesini sağlamaktadır. Aile üyeleri

tarafından hastalara sağlanan duygusal destek, özellikle hastaların eşleri ya da yakın çevreleri tarafından gösterilen destek, ruhsal hastalıklarda tedavi sürecinin sürekliliği açısından belirleyici bir rol oynamaktadır. Tele-danışmanlığın aileyi sürece dâhil eden müdahale planları, bu destekten en üst düzeyde yararlanmayı kolaylaştırabilir (Arslantaş, 2018).

2.3.3. Psikiyatri Hemşiresinin Eğitim ve Danışmanlık Rolü

Hastalara sunulan psikiyatri hizmetlerinin etkin bir biçimde sürdürülmesi açısından hasta ve ailenin sürece dahil olması son yıllarda giderek önemli bir şekilde değer kazanmaktadır. Hastalığın tedavi sürecine ailelerin aktif olarak müdahil olmaları, hastayı ve hastalığın erken dönem belirtilerini tanıyabilmeleri, tedaviyi sürdürmede, planlamada ve uygulamada etkin olarak yol gösterici rol model olmaları açısından dikkate değer bir zorunluluk olarak vurgulanmaktadır (Ertem & Çetinkaya Duman, 2018). Bununla birlikte psikiyatrik olarak tanısı olan hastalar ve aileler bazen iş birliği içinde olmaktan kaçınılabilmektedir. Özellikle ilk dönemlerde iş birliğinin kabul edilmemesi sıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu sebeple ailelerle yapılacak resmi bir görüşmeden hemen önce iletişim kurmak, sağlık çalışanlarını tanımalarına ve yapılacak olan görüşmenin amacını benimsemelerine ve anlamalarına katkı sağlar. Psikiyatrik tanılı hastalarla uzun süre yaşayan aile üyelerinde geleceğe dair umut kaybı görülebilmektedir. Bu hususta psikiyatri hemşiresi, ruhsal tanısı olan hastaların ailelerine beklentilerinin geliştirmelerinde gerçekçi olmaları konusunda ve umudu ile karamsarlığı dengelemelerinde yol gösterici ve ışık tutmalıdır. Empati, içtenlik ve samimiyet duygusu ailelerle güven ilişkisi geliştirilmesinde temel prensipler olarak değerlendirilmektedir (Reinares ve ark., 2016).

Psikiyatri hemşiresi, danışmanlık hizmeti sürecinde evvela ailenin temel ihtiyaçlarını belirlemelidir. Bu ihtiyaçlar, her aileye özgü olarak kültürel özelliklerine ve yaşama biçimlerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu sebeple hem aile hem de hasta, kendi inanışları, değerleri ve kültürel bakış açıları kapsamında ele alınmalıdır. Ailelerin

hastalık ve hasta bireye yönelik tutum ve düşüncelerini anlamak, hastalığın süreci ve yönetimi bakımından büyük bir önem taşımaktadır. Araştırmalar, ailelerin çoğunlukla hastalığın erken dönem belirtileri, ilaçların istenmeyen yan etkileri ve hastanın öngörülme davranışlarıyla baş etme hususunda yetersiz bilgiye sahip olduklarını göstermektedir (Arslantaş, 2018). Bu hususta hemşire, çözüm yollarını geliştirmede ailelide işin içine katarak tedavinin her aşamasında aileyi dahil etmeli ve sürekli olarak destek sağlamalıdır. Ayrıca; Psikososyal müdahaleler kapsamında gerçekleştirilen grup terapileri başta olmak üzere, bilişsel davranışçı terapiler ve uğraş terapileri gibi metotlar ailelerin hastalıkla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine olanak sağlamaktadır (Reinares ve ark., 2016).

Sonuç itibari ile psikiyatri hemşiresi, her aileyi kendi şartları içinde değerlendirerek danışmanlık yapma, iş birliği sağlama ve eğitim verme sorumluluklarını üstlenmektedir. Ailelerle pozitif ve destekleyici ilişkilerin kurulması tedavi uyumu desteklemektedir. Ailelere bilgi verilmesi, onların kaygı düzeylerini azaltmakta ve tedavi sürecine aktif katılımlarını teşvik etmektedir (Bademli & Çetinkaya Duman, 2018). Psikiyatri hemşiresinin hasta ve aileyle kurduğu güvene dayalı iletişim, tedavi sürecinde olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle, çalışmamızdaki tele-hemşirelik danışmanlığı modeli aileyi de kapsayan bütüncül bir yaklaşımı esas almaktadır (Ertem & Çetinkaya Duman, 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan hastalarda tele-hemşirelik danışmanlığının işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen ön test–son test tasarımı randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırma süreci, randomize klinik çalışmaların raporlanmasında standart bir çerçeve sunan CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) kılavuzuna uygun olarak planlanmış ve yürütülmüştür (Schulz ve ark., 2010).

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalarla Aralık 2024 ile Eylül 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirildiği TRSM, 2011 yılında hizmete başlamış olup, hâlihazırda şizofreni spektrum bozukluğu veya bipolar bozukluk tanısına sahip yaklaşık 725 hastaya toplum temelli ruh sağlığı hizmeti sunmaktadır. Merkezde beş hemşire, bir psikiyatrist, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır. TRSM bünyesinde bireysel danışmanlık, psikoeğitim, psikososyal beceri eğitimi, ev ziyareti temelli izlem, günlük yaşam becerileri eğitimi, psikososyal rehabilitasyon etkinlikleri ve vaka yönetimi gibi hizmetler düzenli olarak yürütülmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen 215 hasta oluşturmuştur. Evreni temsil edebilecek minimum örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul ve ark., 2007). Bipolar bozukluğa sahip bireylerde tele-hemşirelik danışmanlığının işlevsellik ve tedaviye uyum üzerindeki

etkisini aynı tasarım/değişkenlerle inceleyen bir çalışma bulunmadığından, güç analizi standartlaştırılmış etki büyüklüğü varsayımı temelinde gerçekleştirilmiştir.

Grup $\times$ zaman etkileşimini değerlendiren tekrarlı ölçümler için F testi (ANOVA) çerçevesinde yapılan hesaplamada grup sayısı = 2, ölçüm sayısı = 2 (ön test–son test), ölçümler arası korelasyon $\rho \approx 0,50$, nonsferisite $\varepsilon = 1,00$, anlamlılık düzeyi $\alpha = 0,05$, güç $(1-\beta) = 0,95$ ve etki büyüklüğü $f = 0,25$ (Cohen’e göre orta düzey) olarak alınmıştır. Bu parametrelere göre yapılan güç analizinde, minimum 27 kişi/grup (toplam 54 kişi) örneklem büyüklüğü yeterli bulunmuştur. Olası veri kaybının ve parametrik varsayımların karşılanabilmesi amacıyla her gruba 36 kişi atanmıştır. Ancak deney grubundan bir katılımcının çalışmaya devam etmemesi ve kontrol grubundan bir katılımcının hastaneye yatırılması nedeniyle araştırma toplam 70 katılımcı (deney = 35, kontrol = 35) ile tamamlanmıştır.

Araştırma tamamlandıktan sonra elde edilen t testi sonuçlarına dayanarak yapılan post hoc güç analizi ($\alpha = 0,05$) ile gözlenen etki büyüklüklerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) için hem grup içi hem de gruplar arası karşılaştırmalarda güç değerinin %99’un üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) için grup içi karşılaştırmada güç %99’un üzerinde, gruplar arası son test karşılaştırmasında ise ~%73 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün genel olarak istatistiksel açıdan yeterli olduğunu göstermektedir.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-5-TR) belirtilen tanı ölçütlerine göre en az bir yıl önce bipolar bozukluk (tip I/II) tanısı almış olması,
- En az bir yıldır TRSM takibinde olması,
- Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanının ≥ 1 olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,

- En az ilkokul mezunu olması,
- Cep telefonunun olması ve arama/mesaj kullanımına yönelik görsel ve/veya işitsel engelinin bulunmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Akut duygudurum epizodunun bulunması,
- Komorbid ruhsal bozukluk varlığı (örneğin; ağır kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu)
- Ciddi fiziksel hastalık (örneğin; kanser, kalp yetmezliği) ve/veya bilişsel engel (örneğin; anlıksal yeti yitimi, nörobilişsel bozukluk) nedeniyle tele-müdahaleyi sürdüremeyecek olması,
- Tele-erişimi imkânsız kılan koşulların bulunması,
- Eş zamanlı olarak benzer içerikte başka bir psikoeğitim veya tele-müdahale programına katılması.

3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

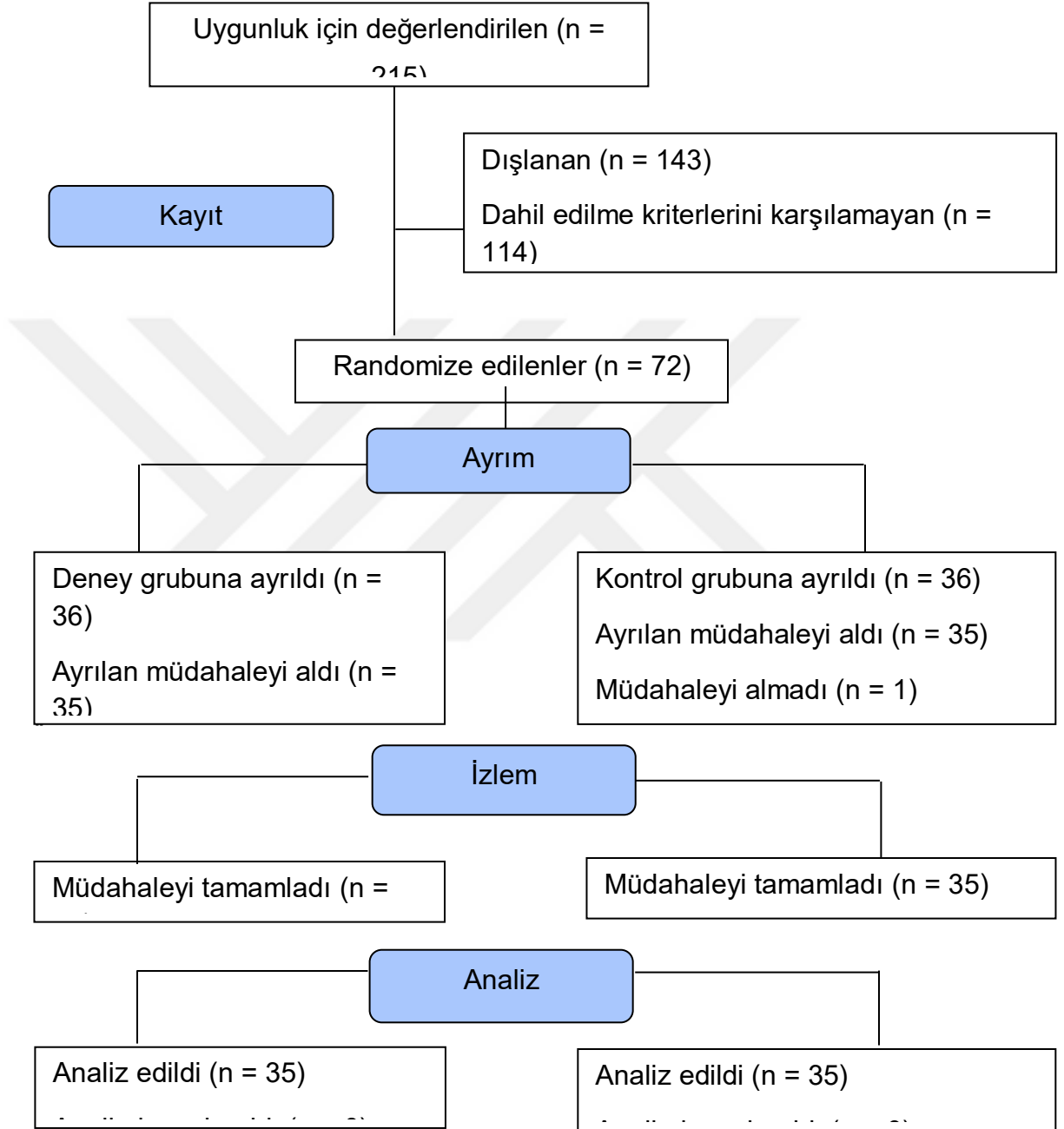
- Hastanın kendi rızası ile araştırmadan ayrılmak istemesi,
- Tele-hemşirelik danışmanlığı oturumlarının ikiden fazlasına katılmaması,
- Müdahale sürecinde alevlenme dönemi yaşaması veya hastaneye yatışının gerçekleşmesi.

3.4. RANDOMİZASYON VE KÖRLEME

Araştırma, randomize kontrollü deneysel tasarımda yürütülmüştür. Başlangıç değerlendirmeleri tamamlandıktan sonra bipolar bozukluk tanılı bireyler, deney (tele-hemşirelik danışmanlığı) ve kontrol (standart tedavi) gruplarına ayrılmıştır. Gruplar oluşturulurken prognostik öneme sahip cinsiyet (kadın/erkek) ve yaş (18–39, 40–59, ≥ 60) değişkenleri temel alınarak 2×3 tabakalandırma yapılmış, ardından tabakalı blok randomizasyon yöntemiyle 1:1 oranında gruplara atama gerçekleştirilmiştir.

Randomizasyon listesi, Research Randomiser (randomizer.org) aracılığıyla bilgisayar ortamında oluşturulmuş, her tabaka içinde eşit dağılım sağlanmış ve toplam 72 katılımcı deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Seçim yanlılığını önlemek amacıyla süreç araştırma ekibinden bağımsız bir öğretim üyesi tarafından yönetilmiş ve tahsis gizleme sağlanmıştır.

Müdahalenin niteliği gereği, randomizasyondan sonra katılımcıların ve uygulamayı yürüten araştırmacının körlenmesi mümkün olmamıştır. Ancak, sonuç değerlendirmesi (çalışmada yer almayan ve randomizasyona kör olan bir hemşire tarafından) ile veri analizi (bağımsız bir biyostatistikçi tarafından) grup atamasından habersiz şekilde yürütülmüştür. Araştırmanın CONSORT 2025 akış şeması Şekil 3.1’de sunulmuştur.



Şekil 3.1. CONSORT 2025 akış şeması

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler : Hastaların işlevsellik ve tedaviye uyum düzeyleridir.

Bağımsız değişken : Tele-hemşirelik danışmanlığıdır.

Kontrol değişkenleri : Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleridir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) aracılığıyla elde edilmiştir.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olan form (Öz ve ark., 2024; Stentzel ve ark., 2021; Uslu ve Buldukoğlu, 2020), hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, vb.) ile klinik özelliklerini (hastalık süresi, ek kronik hastalık öyküsü, sürekli kullandığı ek ilaç varlığı) belirlemeye yönelik toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), bipolar bozukluk da dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklarda işlevsel bozukluğun klinik olarak değerlendirilmesi amacıyla Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve Uykur (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,96 olarak hesaplanmıştır. KİDÖ, eğitimli bir görüşmeci tarafından uygulanan, kısa sürede tamamlanabilen ve son 15 günü değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Ölçek, dördümlü Likert tipi (“0: hiç zorlanma yok”, “1: çok az zorlanma”, “2: orta derecede zorlanma”, “3: aşırı derecede zorlanma”) 24 maddeden oluşmaktadır. KİDÖ’nün özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan

0 ile 72 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar kötü işlevselliği işaret etmektedir (Aydemir ve Uykur, 2012). Mevcut araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ)

İlaç tedavisine uyumu değerlendirmek amacıyla Morisky ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiştir. MTUÖ, iki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “evet (1 puan)” ve “hayır (0 puan)” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 4 arasında değişmektedir. Buna göre, 0 puan yüksek ilaç uyumunu, 1–2 puan orta düzeyde ilaç uyumunu ve 3–4 puan ise düşük ilaç uyumunu ifade etmektedir. MTUÖ’nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, iki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler için Bahar ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur (Bahar ve ark., 2014). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,64 olarak hesaplanmıştır.

3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Etik kurul onayı ve kurum izninin ardından veri toplama süreci Aralık 2024 ile Eylül 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Öncelikle TRSM’de bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastalar, araştırmacı tarafında yüz yüze görüşme yoluyla dahil edilme kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Kriterleri karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra, araştırmadan bağımsız bir öğretim üyesi tarafından tabakalı blok randomizasyon yöntemi kullanılarak katılımcılar deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Randomizasyon işleminin ardından ise TRSM’de görev yapan bir hemşire tarafından her iki gruba yüz yüze Tanıtıcı Bilgi Formu, KİDÖ ve MTUÖ ön test olarak uygulanmıştır.

Başlangıç ölçümlerinin ardından, deney grubundaki hastalarla sekiz haftalık tele-hemşirelik danışmanlığı uygulaması yürütülmüştür. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahalede bulunulmamış, yalnızca standart tedavi ve bakım hizmeti sunulmuştur. Sekiz

haftalık sürecin sonunda TRSM’de görev yapan aynı hemşire tarafından KİDÖ ve MTUÖ ölçekleri tekrar uygulanarak son test ölçümleri gerçekleştirilmiştir.

3.7.1. Deney Grubunda Tele-Hemşirelik Danışmanlığı

Deney grubundaki bipolar bozukluğu olan bireylere sekiz hafta süreyle tele-hemşirelik danışmanlığı uygulanmıştır. Bu süreçte katılımcılarla haftada bir kez telefon görüşmesi yapılmış, gerektiğinde kısa mesaj yoluyla ek destek sağlanmıştır.

Telefon Görüşmeleri: Tüm görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yürütülmüş ve Roter Etkileşim Analiz Sistemi (Roter Interaction Analysis System; RIAS) ilkeleri esas alınmıştır. RIAS, tıbbi görüşmelerde görev odaklı (instrumental) ve sosyo-emosyonel (affective) bileşenleri ayrıştırmaktadır. Bu yaklaşım, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da yaygın şekilde kullanılmakta olup, Asya, Afrika ve Latin Amerika’da da uygulama örnekleri bulunmaktadır kullanılmaktadır (Roter & Larson, 2002).

Görev odaklı görüşmeler, veri toplama ile bilgi verme (eğitim, danışmanlık vb.) işlevlerine ayrılmaktadır. Veri toplama kısmı, katılımcının günlük yaşam tarzı, sağlık/hastalık öyküsü, alışkanlıkları gibi konulara dair soruları içermektedir. Bilgi verme kısmı ise bireyin ihtiyaçlarına yönelik olarak hastalık yönetimi, öz-bakım, ilaçlar ve yan etkileri gibi konularda eğitim ve danışmanlık vermeyi kapsamaktadır.

Sosyo-emosyonel görüşme bileşeni, ilişki kurma ile katılım/ortaklık işlevlerine odaklanmaktadır. İlişki kurma aşaması, güven verme, empati, samimiyet gibi terapötik ilişkiyi güçlendirici iletişim davranışlarını kapsamaktadır. Katılım/ortaklık aşaması ise hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesini kolaylaştırmayı, iletişime aktif katılımını teşvik etmeyi içermektedir (Pires & Cavaco, 2014; Roter & Larson, 2002; Sleptsova ve ark., 2017).

Mevcut araştırmada görüşmeler hem bilgi aktarımını hem de terapötik ilişkiyi destekleyici şekilde yapılandırılmıştır.

Birinci görüşme: İlk telefon aramasında araştırmacı kendini tanıtmış, görüşmenin amacı açıklanmış ve hastanın bilgilendirmeyi doğru anladığı teyit edilmiştir. Ardından bipolar bozukluk, hastalık yönetimi, kullanılan ilaçların etkileri ve olası yan etkileri konularında kısa bir psikoeğitim verilmiştir.

İkinci-sekizinci görüşmeler: Takip görüşmeleri, yarı yapılandırılmış sorular aracılığıyla sürdürülmüştür. Bu görüşmelerde hastanın ilaç uyumu, ruhsal durumu ve olası yaşamla ilgili sorunları değerlendirilmiştir. Her görüşme yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

Yarı yapılandırılmış görüşme örnek soruları şunlardır:

1. “Bu hafta ilacınızın herhangi bir dozunu kaçırdınız mı?”
2. “İlaç kullanımı sırasında herhangi bir sorun yaşadınız mı? Yaşadıysanız nasıl çözdünüz?”
3. “İş, aile veya sosyal ilişkilerinizde bu hafta herhangi bir sorun oldu mu?”
4. “Son görüşmemizden bu yana ruhsal durumunuzda ya da belirtilerinizde değişiklik oldu mu?”
5. “Bu hafta aklınıza takılan başka bir konu var mı?”
6. “Bugün konuşmak istediğiniz başka bir şey var mı?”

Görüşme sonunda hastaya konuşulan konularla ilgili ek sorusu olup olmadığı sorulmuş, eksik ya da anlaşılmayan noktalar varsa açıklanmış, ardından görüşme “paylaşmak istediğiniz başka bir durum var mı?” sorusuyla sonlandırılmıştır. Her telefon görüşmesini takiben, araştırmacı süpervizöründen geribildirim almış ve sonraki görüşme planı bu geribildirim doğrultusunda yenilenmiştir.

Kısa Mesaj Görüşmeleri: Tele-hemşirelik danışmanlığı yalnızca telefon görüşmeleriyle sınırlı kalmamıştır. Katılımcılara gün içinde kısa mesajlar gönderilerek ilaç kullanımı hatırlatılmış, randevularla ilgili hatırlatmalar yapılmış ve bireysel ihtiyaçlara göre takip mesajları ile destek verilmiştir. Mesaj içerikleri önceden planlı olmayıp, hastanın durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilmiştir. Örneğin:

1. “Bugün doktor kontrolünüz vardı, kontrolünüze gittiniz mi?”
2. “İlaçlarınızı bugün almayı unutmadınız umarım. Herhangi bir sorun olursa lütfen bildirin.”
3. “Geçen hafta belediyede bir işiniz vardı, halledebildiniz mi?”

Bu mesajlar, danışmanlığın sürekliliğini desteklemek ve psikososyal destek sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Katılımcılar ayrıca ihtiyaç halinde araştırmacıya mesajla ulaşabilecekleri bilgisiyle desteklenmiştir.

3.7.2. Kontrol Grubunda Standart Klinik Bakım Uygulaması

Kontrol grubundaki katılımcılara herhangi bir ek müdahale uygulanmamıştır. Sadece kurumun rutin protokolleri doğrultusunda verilen standart tıbbi tedavi ve hemşirelik bakım hizmetleri sürdürülmüştür.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizi, SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak, çalışmadan bağımsız bir biyoistatistik uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş; normallik varsayımının karşılandığı durumda parametrik testler uygulanmıştır.

Öncelikle tanımlayıcı istatistikler kullanılmış; sürekli değişkenler için ortalama ($\bar{x}$) $\pm$ standart sapma (SS), kategorik değişkenler için ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri

hesaplanmıştır. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasındaki-kare testi (χ^2) kullanılmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda bağımlı örneklem t testi, gruplar arası farkların analizinde ise bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiş ve sonuçlar %95 güven aralığında yorumlanmıştır (Field, 2024).

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, Helsinki Bildirgesi ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür. Çalışma sürecine başlamadan önce, araştırma protokolü Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulmuş ve kurul tarafından 29.11.2024 tarihli, 1027 sayılı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur. Etik onayın ardından, araştırmanın yürütüleceği kurum olan Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden gerekli idari izin alınmıştır. Bunların yanı sıra çalışmaya dâhil edilen bireylere araştırmanın amacı, kapsamı, yöntemi, gizlilik ilkeleri ve gönüllülük esasları yüz yüze açıklanmış; her katılımcıdan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” aracılığıyla yazılı onam alınmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

3.10.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Bu araştırma, Türkiye’de bipolar bozukluğu olan bireylerde tele-hemşirelik danışmanlığının etkisini inceleyen öncü çalışmalar arasında yer almaktadır. Müdahale programı, RIAS ilkeleri doğrultusunda yapılandırılarak hem bilgi aktarımını hem de terapötik ilişkiyi destekleyecek biçimde uygulanmıştır. Ayrıca danışmanlık sürecinde, telefon görüşmelerine ek olarak kısa mesaj tabanlı iletişimin kullanılması, tele-hemşirelik uygulamasının erişilebilirliğini ve sürekliliğini artırmıştır.

3.10.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmanın tek merkezde, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüş olması, elde edilen bulguların farklı klinik ortamlara ve daha geniş popülasyonlara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Ayrıca, veri toplama araçlarının öz-bildirim temelli olması, katılımcı yanıtlarında algısal farklılıklara ve sosyal beğenirlik eğilimine bağlı olarak yanlılık riskini artırmış olabilir. Müdahalenin yalnızca telefon görüşmeleri ve kısa mesajlar aracılığıyla yürütülmesi, görsel-sözel etkileşim olanağı sunan çevrim içi görüntülü görüşme veya dijital uygulama tabanlı yöntemlerin sağlayabileceği zenginliğin kullanılmasını engellemiştir. Bunun yanı sıra çalışmada müdahale sonrası bir izlem ölçümünün yapılmamış olması, tele-hemşirelik danışmanlığının etkilerinin kalıcılığını değerlendirmeyi ve uzun dönemli sonuçlar hakkında çıkarım yapmayı sınırlamaktadır. Son olarak, araştırmanın yalnızca bipolar bozukluk tanılı bireylerle yürütülmüş olması, sonuçların diğer ruhsal bozukluk gruplarına doğrudan genellenmesini güçleştirmektedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, bipolar bozukluğu olan hastalarda tele-hemşirelik danışmanlığının işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen randomize kontrollü araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Deney grubundaki hastaların %60,0’ı erkek, %48,6’sı 40–59 yaş aralığında, %54,3’ü ilköğretim mezunu ve %68,6’sı çalışmamakta, %74,3’ünün geliri giderinden az, %51,4’ü parçalanmış aile yapısına sahip ve %88,6’sı kentsel alanda yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hastaların %54,3’ü ≥ 16 yıldır bipolar bozukluk tanısına sahip olup, %25,7’sinin ek kronik hastalık öyküsü ve sürekli kullandığı ek ilacı bulunmaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların ise %60,0’ı erkek, %45,7’si 40–59 yaş aralığında, %48,6’sı ilköğretim mezunu, %71,4’ü çalışmamakta, %60,0’ının geliri giderinden az, %40,0’ı geniş aile yapısına sahip ve %88,6’sı kentsel alanda yaşamaktadır. Ayrıca hastaların %51,4’ü ≥ 16 yıldır bipolar bozukluk tanısına sahip olup, %31,4’ünün ek kronik hastalık öyküsü ve %25,7’sinin sürekli kullandığı ek ilacı bulunmaktadır.

Her iki grup arasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, yaşanan yer, hastalık süresi, ek kronik hastalık öyküsü ve ek ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, grupların sosyo-demografik ve klinik özellikler bakımından homojen bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.1. Gruplara göre hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	14	40,0	14	40,0	0,000	1,000
Erkek	21	60,0	21	60,0		
Yaş						
18–39 yaş	10	28,6	10	28,6	0,089	0,956
40–59 yaş	17	48,6	16	45,7		
≥ 60 yaş	8	22,8	9	25,7		
Eğitim düzeyi						
İlköğretim	19	54,3	17	48,6	1,226	0,542
Lise	11	31,4	15	42,8		
Üniversite	5	14,3	3	8,6		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	11	31,4	10	28,6	0,068	0,794
Çalışmıyor	24	68,6	25	71,4		
Algılanan gelir düzeyi						
Gelir gidere eşit	9	25,7	14	40,0	1,619	0,203
Gelir giderden az	26	74,3	21	60,0		
Aile tipi						
Çekirdek aile	6	17,1	8	22,9	1,452	0,484
Geniş aile	11	31,5	14	40,0		
Parçalanmış aile	18	51,4	13	37,1		
Yaşanılan yer						
Kentsel alan	31	88,6	31	88,6	0,000	1,000
Kırsal alan	4	11,4	4	11,4		
Hastalık süresi						
≤ 5 yıl	5	14,3	5	14,3	0,071	0,965
6-15 yıl	11	31,4	12	34,3		
≥ 16 yıl	19	54,3	18	51,4		
Ek kronik hastalık öyküsü						
Evet	9	25,7	11	31,4	0,280	0,597
Hayır	26	74,3	24	68,6		
Sürekli kullandığı ek ilaç varlığı						
Evet	9	25,7	9	25,7	0,000	1,000
Hayır	26	74,3	26	74,3		
Not. χ^2 : Ki-kare testi.						

4.2. TELE-HEMŞİRELİK DANIŞMANLIĞININ İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Hastaların işlevsellik düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.2’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, tele-hemşirelik danışmanlığı öncesinde deney ve kontrol gruplarının Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, müdahale öncesinde her iki grubun işlevsellik düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Tele-hemşirelik danışmanlığı sonrası ise gruplar arasında işlevsellik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, deney grubundaki hastaların son test puan ortalaması ($34,48\pm11,86$), kontrol grubundaki hastaların ortalamasına ($42,25\pm13,02$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu sonuç, tele-hemşirelik danışmanlığının hastaların işlevsellik düzeyini artırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, deney grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($t=4,781$, $p<0,001$). Bu fark, işlevsellik düzeyinde olumlu yönde bir değişimi yansıtmakta ve Cohen’s $d=0,50$ değeriyle orta düzeyde bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir. Diğer taraftan, kontrol grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t=0,513$, $p=0,612$, $d=-0,04$). Bu bulgu ise tele-hemşirelik danışmanlığı uygulanmayan hastalarda işlevsellik düzeyinin anlamlı biçimde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 4.2. Gruplara ve zamana göre hastaların işlevsellik düzeyleri

Değişken KİDÖ	Gruplar		Gruplar arası karşılaştırma ¹	
	Deney Grubu X±SS	Kontrol Grubu X±SS	t	p
Ön test	40,54±12,41	41,77±13,48	-0,396	0,693
Son test	34,48±11,86	42,25±13,02	-2,609	0,011
Grup içi karşılaştırma²				
t	4,781	0,513		
p	<0,001	0,612		
Fark	6,06	-0,48		
Cohen's d	0,50	-0,04		

Not. KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği; $\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma,
¹: Bağımsız örneklem t testi, ²: Bağımlı örneklem t testi; Cohen's d: 0.20-0.50 ise düşük, 0.50-0.80 ise orta, >0.80 ise yüksek etki genişliği (Cohen, 1992).

4.3. Tele-Hemşirelik Danışmanlığının Tedaviye Uyum Düzeyine Etkisi

Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre bipolar bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur. Tabloda görüldüğü üzere, tele-hemşirelik danışmanlığı öncesinde deney ve kontrol gruplarının Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, müdahale öncesinde her iki grubun tedaviye uyum düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Tele-hemşirelik danışmanlığı sonrasında ise gruplar arasında tedaviye uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, deney grubundaki hastaların son test puan ortalaması ($0,37\pm0,59$), kontrol grubundaki hastaların ortalamasına ($2,42\pm0,99$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, tele-hemşirelik danışmanlığının hastaların tedaviye uyumunu artırmada etkili bir müdahale olduğunu göstermektedir.

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, deney grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır

($t=13,460$, $p<0,001$). Bu fark, tedaviye uyumda olumlu yönde bir değişimi göstermekte ve Cohen's $d=2,28$ değeriyle çok güçlü bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir. Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,442$, $p=0,661$, $d=0,07$). Bu bulgu, tele-hemşirelik danışmanlığı uygulanmayan grupta tedaviye uyum düzeyinin anlamlı biçimde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 4.3. Gruplara ve zamana göre hastaların tedaviye uyum düzeyleri

Değişken MTUÖ	Gruplar		Gruplar arası karşılaştırma ¹	
	Deney Grubu X±SS	Kontrol Grubu X±SS	t	p
Ön test	2,54±0,91	2,45±0,98	0,377	0,707
Son test	0,37±0,59	2,42±0,99	-10,380	<0,001
Grup içi karşılaştırma²				
t	13,460	0,442		
p	<0,001	0,661		
Fark	2,17	0,03		
Cohen's d	2,28	0,07		
Not. MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği; $\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, ¹ : Bağımsız örneklem t testi, ² : Bağımlı örneklem t testi; Cohen's d: 0.20-0.50 ise düşük, 0.50-0.80 ise orta, >0.80 ise yüksek etki genişliği (Cohen, 1992).				

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada elde edilen bulgular, tele-hemşirelik danışmanlığının bipolar bozukluğu olan bireylerde hem işlevsellik hem de tedaviye uyum üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğunu göstermiştir. Bulgular iki başlık altında tartışılmıştır:

6.1. Tele-Hemşirelik Danışmanlığının İşlevsellik Üzerine Etkisi

Araştırmada, deney grubundaki bireylerin Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) son test puanlarının anlamlı biçimde düşmesi ($t=4,781$; $p<0,001$), tele-hemşirelik danışmanlığının işlevselliği artırmada orta düzeyde bir etki yarattığını göstermektedir. Bu bulgu, tele-hemşirelik uygulamalarının bireylerin günlük yaşam becerilerini yeniden yapılandırmalarına, sosyal rollerini sürdürebilmelerine ve öz-yeterlilik algılarını güçlendirmelerine katkı sağladığını düşündürmektedir.

Bu bulgu, bipolar bozuklukta psikososyal müdahalelerin işlevsellik üzerindeki etkisini vurgulayan daha önceki çalışmalarla uyumludur. Crowe ve ark.'nın ruh sağlığı hemşireliği uygulamalarına üzerine yaptıkları çalışmalarında, yapılandırılmış ve kılavuzlanan psikososyal müdahalelerin (psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, aile odaklı terapi, sosyal ritim temelli yaklaşımlar) farmakoterapiye eklendiğinde yalnızca semptom şiddetini değil, psikososyal işlevselliği de anlamlı biçimde iyileştirdiği bildirilmiştir (Crowe ve ark., 2010). Başka bir çalışmada ise farklı biçimlerde uygulanan psikoeğitim programlarının nüks ve yatış oranlarını azaltmanın yanı sıra işlevsellik ve yaşam kalitesinde artış sağladığını göstermektedir (Levrat, Favre, & Richard-Lepouriel, 2024). Bipolar bozukluğu olan hastaların işlevsellik düzeyleri üzerindeki psikoeğitimin etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada psikoeğitim programının işlevsellik üzerinde olumlu etkilerini bildirmiştir (Kurdal, Tanrıverdi & Savaş, 2014). Güney Hindistan'da gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada, aile odaklı hemşirelik girişimi alan bipolar hastalarda, kontrol grubuna kıyasla işlevselliğin arttığı bildirilmiştir (Kavitha, Kamalam, & Rajkumar, 2022). Söz konusu çalışmada yedi oturumluk yapılandırılmış hemşirelik programı, rutin tedaviye eklendiğinde işlevsellikte

iyileşme sağlamıştır. Bizim çalışmamız, bu tür yapılandırılmış hemşirelik uygulamalarının ve psikososyal girişimlerin tele-sağlık ortamına başarıyla uyarlanabileceğini göstermektedir. Chan ve ark. (2020), bipolar bozukluğu olan bireylerde dijital danışmanlık programlarının psiko-eğitimsel farkındalığı artırdığını ve işlevsellikte anlamlı iyileşmeler sağladığını belirtmiştir.

Tele-sağlık ve tele-psikiyatri literatürü incelendiğinde, bipolar bozukluğa özgü kanıtların görece sınırlı olduğu, ancak mevcut çalışmaların tele-müdahalelerin klinik sonuçları iyileştirebildiğine işaret ettiği görülmektedir. Farrell ve ark.'nın sistematik derlemesinde, tele-psikiyatri uygulamalarının bipolar bozukluğu olan erişkinlerde tanı güvenilirliği, hasta memnuniyeti ve klinik sonuçlar açısından yüz yüze hizmetlerle karşılaştırılabilir olduğu; bazı çalışmalarda duygudurum belirtileri, sosyal ritim düzensizlikleri ve intihar eğilimi gibi alanlarda iyileşme sağlandığı bildirilmektedir (Farrell ve ark., 2022). Bununla birlikte aynı çalışma işlevselliği birincil çıktı olarak değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların azlığına dikkat çekmektedir. Bipolar tanılı hastaların işlevsellik düzeylerinde anlamlı bir artışa etki eden tele-hemşirelik çalışmamız, tele-sağlık uygulamalarının yalnızca semptom kontrolü değil, aynı zamanda “gerçek yaşam rolleri” üzerinde de etkili olabileceğini göstermektedir.

Tele-hemşirelik girişimlerinin bipolar bozuklukta saptanan işlevsellik düzeyindeki iyileşmeyi destekler nitelikte bulguları, farklı tanılardaki tele-hemşirelik çalışmalarıyla da örtüşmektedir. Miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, taburculuk sonrası telefon temelli hemşirelik danışmanlığı ve izlemi alan grubun, kontrol grubuna kıyasla hem temel günlük yaşam aktivitelerinde hem de enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde anlamlı düzeyde iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (Sefidi ve ark., 2022). Benzer şekilde, kalp yetersizliği olan hastaları içeren 11 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, tele-hemşirelik uygulamalarının hastaların yalnızca semptom kontrolünü değil, aynı zamanda fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu ve genel yaşam kalitesini anlamlı biçimde artırdığı gösterilmiştir (Ariyanto & Rosa, 2024). Çoklu kronik hastalığı ve yeniden hastaneye yatış

riski yüksek olan bireylerle yürütülen hemşire liderliğinde tele-evde bakım programında da 24 saatlik uzaktan izlem ve düzenli hemşire görüşmeleri sonucunda acil servis başvuruları ve mortalitenin azalmasının yanı sıra, hastaların sağlık durumu ve yaşam kalitesi skorlarında belirgin iyileşmeler bildirilmiştir (Liang ve ark., 2021). COVID-19 enfeksiyonu sonrası hastalarda yürütülen bir başka çalışmada ise, hemşire tarafından yürütülen telefon temelli eğitim ve takip programı sonucunda fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik ve rol kısıtlılıklarında anlamlı artışlar saptanmıştır (Raesi ve ark., 2021).

Bu bulgular birlikte ele alındığında, farklı kronik fiziksel hastalıklarda tele-hemşirelik uygulamalarının hastaların yalnızca klinik semptomlarını değil, günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını, sosyal ve mesleki rollerini sürdürmelerini ve genel işlevsellik düzeylerini güçlendirdiği görülmektedir. Çalışmamızda bipolar bozukluğu olan bireylerde telepsikiyatri hemşirelik girişimlerini içeren program sonrasında işlevsellik puanlarındaki anlamlı iyileşme, kardiyovasküler hastalık, çoklu kronik hastalık ve COVID-19 örneklemelerinde bildirilen günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi artışlarıyla uyumludur. Bu durum, tele-hemşirelik yaklaşımının; yapılandırılmış eğitim, düzenli izlem, erken müdahale ve psikososyal destek bileşenleri üzerinden hastanın öz bakım becerilerini güçlendirdiğini, tedaviye katılımını artırdığını ve bunun sonucunda da işlevsellik alanlarında geniş tabanlı bir iyileşme sağladığını düşündürmektedir (Ariyanto & Rosa, 2024; Liang ve ark., 2021; Sarkhani ve ark., 2021; Raesi ve ark., 2022). Böylece bipolar bozuklukta elde edilen işlevsellik bulguları, tele-hemşireliğin kronik hastalık yönetiminde işlevselliği destekleyen bir araç olarak kullanılabileceğine dair literatürle tutarlı bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca, kontrol grubunda anlamlı bir değişim gözlenmemesi ($t=0,513$; $p=0,612$), işlevsellik düzeyinde görülen iyileşmenin yalnızca tele-hemşirelik müdahalesine bağlı olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, hemşirelerin dijital platformlar üzerinden yürüttüğü bireyselleştirilmiş danışmanlık ve izlem süreçlerinin davranışsal sonuçlar üzerinde belirgin etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

6.2. Tele-Hemşirelik Danışmanlığının Tedaviye Uyum Üzerine Etkiler

Tele-hemşirelik danışmanlığı alan deney grubunda MTUÖ puanlarının 2,54'ten 0,37'ye gerilemesi, kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmaması, iki grup karşılaştırılmasında kontrol grubuna deney grubunda tedaviye uyumun artması ve Cohen's $d = 2,28$ düzeyinde çok büyük bir etki büyüklüğünün saptanması, bipolar bozuklukta psiko-eğitim ve danışmanlık temelli hemşirelik müdahalelerinin tedaviye uyumu güçlendirme potansiyelini açık biçimde ortaya koymaktadır. Bipolar bozuklukta tedaviye uyumsuzluk oranlarının %20–60 arasında değişkenlik gösterdiği ve tedaviye uyumsuzluğun ataklar, hospitalizasyonlar, intihar riski, işlevsellik kaybı ve sağlık hizmeti maliyetlerinde artış ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Goes, 2023; Sajatovic ve ark., 2011).

Mevcut literatürde hemşirelik uygulamalarının özellikle yüz yüze ortamlarda tedaviye uyumu ve semptom şiddetini azalttığı gösterilmiştir. Balikai ve arkadaşları (2022), bipolar bozukluğu olan bireylerde hemşire liderliğinde ilaç uyum terapisi uyguladıkları randomize kontrollü çalışmada, müdahale grubunda ilaç uyumunda belirgin iyileşme ve klinik belirtilerde azalma saptamışlardır. Wang ve Yu (2021), mani atağı geçiren bipolar hastalarda sistematik hemşirelik yaklaşımının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini artırdığını; yapılandırılmış izlemin, düzenli bilgilendirme ve duygusal destekle bir araya geldiğinde, tedaviye uyum skorlarında anlamlı iyileşmelere yol açtığını bildirmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda uygulanan tele-hemşirelik danışmanlığının, sistematik hemşirelik ilkelerini dijital/uzaktan bir çerçeveye uyarlayan bir model olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, bu çalışmada düzenli çevrim içi görüşmeler, semptom ve ilaç takibi, soru–cevap oturumları ve güçlendirici geri bildirimler yoluyla hastaların tedaviye ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarının artırılması hedeflenmiş; bunun sonucunda MTUÖ puanlarında iyileşme gözlenmiştir.

Son yıllarda yapılan kesitsel çalışmalar, bipolar bozuklukta ilaç uyumu ile yaşam kalitesi ve işlevsellik arasında güçlü ilişkiler olduğunu göstermektedir (Çoban, Gunaydin,

& Çakmak, 2025). Çoban ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmada Morisky ile değerlendirilen tedaviye uyumun hem yaşam kalitesi hem de işlevsellik ölçümleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu; uyum düzeyinin özellikle toplumsal işlevsellik ve mesleki roller üzerinde belirleyici bir rol oynadığı bildirilmiştir. Faurholt-Jepsen ve ark. (2021) bipolar hastalarda mobil tabanlı hemşirelik izlem sistemlerinin ilaç uyumunu anlamlı biçimde artırdığını bildirmiştir. Tele-hemşirelik formatında elde edilen bu uyum artışı, özellikle erişimi kısıtlı, kırsal bölgelerde yaşayan veya yüz yüze psikiyatrik hizmetlere düzenli ulaşamayan bipolar hastalar açısından önemli pratik sonuçlara sahiptir.

Literatür incelendiğinde tele hemşirelik hizmetlerinin farklı tanı grubundaki hastalar içinde uygulandığı görülmektedir. Bu uygulamalarının tedaviye uyum üzerindeki etkileri, şizofreni, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik somatik hastalıklar da dâhil olmak üzere pek çok kronik durumda benzer biçimde olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Seki Öz, Ayhan, Öz, 2024; Najafi ve ark., 2016; Arad ve ark., 2021; Berardinelli ve ark., 2024). Bu açıdan bakıldığında, farklı tanı gruplarındaki bulgular, hemşire liderliğinde yürütülen yapılandırılmış telefon görüşmeleri, tele-izlem ve eğitim programlarının, kronik hastalıklarda tedaviye uyumu güçlendiren ortak bir “bakım modeli” oluşturduğunu göstermektedir.

Psikiyatri alanında, şizofreni tanılı bireylerle yürütülen çalışmalar tele hemşireliğin ilaçla ilgili tutumlar ve uyum üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır. Sekiz hafta boyunca haftalık telefon görüşmeleriyle yürütülen tele-hemşirelik müdahalesi, şizofreni tanılı bireylerde ilaç tutumu puanlarını anlamlı düzeyde artırmış, bu artış takip ölçümlerinde de korunmuştur; aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanlarında yaşam kalitesinde iyileşme bildirilmiştir (Seki Öz ve ark., 2024). Benzer biçimde Beebe ve ark. (2008), şizofreni hastalarında düzenli telefon aramaları ile yürütülen tele-hemşirelik müdahalesinin psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu artırdığını; Türkiye’den Uslu ve Buldukoğlu’nun (2020) randomize kontrollü çalışmasında da, şizofreni hastalarına yönelik telefon temelli hemşirelik bakımının ilaç tedavisine uyumu anlamlı biçimde artırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmalar birlikte ele alındığında, tele-

hemşirelik uygulamalarının; düzenli hatırlatma, yan etki yönetimi, psiko-eğitim, sorun çözme ve motivasyonel destek yoluyla hastanın ilaçla ilgili inançlarını ve öz-yeterlik algısını güçlendirdiği, bunun da tedaviye uyumu artırdığı görülmektedir.

İran’da yapılan ve miyokard enfarktüsü (MI) geçirmiş yaşlı hastalarla yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, üç ay süreyle uygulanan hemşire liderliğinde telefonla izlem programının, ilaç uyum ölçeği ve diyet uyum ölçeği ile değerlendirilen tedaviye (ilaç ve diyet) uyumu anlamlı derecede artırdığı bildirilmiştir (Najafi ve ark., 2016). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada son dönem böbrek yetmezliği olan 66 hastaya üç ay süreyle hasta eğitim programı ve hemşire liderliğinde telefon/SMS ile takip uygulanmış; Son evre böbrek hastalığı uyum ölçeği [End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ)] ile değerlendirilen dört uyum boyutunda (diyalize zamanında gelme, ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması ve diyet önerilerine uyum) deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı artış saptanmıştır (Arad ve ark., 2021). Ayrıca biyokimyasal göstergelerin çoğunda deney grubu lehine iyileşme bildirilmiştir. Bu çalışma, yoğun ve karmaşık tedavi rejimlerinin (sık diyaliz seansları, çoklu ilaç kullanımı, sıkı diyet ve sıvı kısıtlamaları) olduğu bir hasta grubunda bile, tele-hemşirelik ile desteklenen eğitim ve takip programlarının tedaviye uyumu anlamlı biçimde iyileştirebildiğini göstermektedir.

Bir sistematik derleme, kronik hastalığı olan erişkinlerde hemşire liderliğinde yürütülen girişimlerin önemli bir kısmında ilaç uyumunda anlamlı düzelmeler bildirildiğini; özellikle yüz yüze görüşmelerle telefon izleminin birlikte kullanıldığı karma modellerde etkinliğin daha belirgin olduğunu, yalnızca uzaktan yürütülen bazı girişimlerde ise etkilerin daha sınırlı kaldığını vurgulamaktadır (Berardinelli ve ark., 2024). Bu bulgu, tele-hemşirelik uygulamalarının “tek tip” bir yapıdan ziyade, hastalığın doğasına, hastanın bilişsel ve psikososyal özelliklerine ve sağlık sisteminin olanaklarına göre uyarlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Yüz yüze yürütülen hemşire liderliğinde ilaç uyum terapileri (Balikai ve ark., 2022) ve psikoeğitim programları (Bahredar ve ark., 2014) klinik bakımın yoğunlaştığı merkezlerde uygulanabilirken, bizim bulgularımız benzer bir mantığın tele-sağlık yoluyla da etkili biçimde hayata geçirilebileceğini düşündürmektedir. Düzenli telefon veya çevrim içi görüşmeler, hatırlatma ve motivasyonel öğeler, ilaç yan etkilerinin erken ele alınması ve bireyin günlük yaşamına uyarlanmış baş etme stratejileri, yüz yüze ortamlarda olduğu kadar dijital ortamda da hastaların tedaviye bağlılıklarını güçlendirebilmektedir. Tele-hemşirelik danışmanlığının MTUÖ ile değerlendirilen tedaviye uyumu anlamlı ve klinik açıdan önemli düzeyde artırdığı; bu artışın literatürde yüz yüze yürütülen hemşire liderliğinde ilaç uyum terapileri ve sistematik hemşirelik modelleriyle bildirilen bulgularla tutarlı olduğu, ancak aynı zamanda etki büyüklüğü bakımından dikkat çekici derecede güçlü olduğu söylenebilir (Balikai ve ark., 2022; Bahredar ve ark., 2014; Wang & Yu, 2021).

Sonuç olarak bu çalışma, bipolar bozukluğu olan bireylerde hemşire liderliğinde yürütülen telepsikiyatri girişimlerinin hem işlevsellik hem de tedavi uyumu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Deney grubunda işlevsellik ve tedaviye uyum puanlarında gözlenen anlamlı iyileşme, tele-hemşirelik uygulamasının hastaların günlük yaşam rollerini sürdürmelerinde ve tedaviye bağlılıklarını artırmada anlamlı bir "güvenlik ağı" işlevi gördüğünü kanıtlamaktadır. Bu iki temel çıktı arasındaki etkileşim; düzenli hemşire takibi ve eğitimiyle sağlanan ilaç uyumunun semptom kararlılığını ve dengesini desteklediğini, bunun ise hastanın sosyal, mesleki ve kişilerarası işlevselliğine doğrudan pozitif bir yansıma sağladığını göstermektedir. Tele-hemşirelik, hastaneden taburculuk sonrası oluşan bakım boşluğunu doldurarak, hastanın kendi yaşam alanında sürekli bir destek ve izlem mekanizması oluşturmaktadır. Bu bulgular ışığında, telepsikiyatri hemşirelik girişimlerinin bipolar bozukluk yönetiminde erişilebilir, maliyet-etkin ve sürdürülebilir bir model olarak rutin klinik uygulamalara entegre edilmesi, hastaların uzun dönemli iyilik hallerinin korunmasında ve toplum içinde bağımsız işlev görmelerinde önemlidir.

6. SONUÇLAR

Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan bireylerde tele-hemşirelik danışmanlığının işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü desenle yürütülmüş bir çalışmadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) takip edilen bipolar bozukluk tanımlı hastaların kontrol ve deney grupları arasında; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, yaşanan yer, hastalık süresi, ek kronik hastalık öyküsü ve ek ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1) Bu bulgu, grupların sosyo-demografik ve klinik özellikler bakımından homojen bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamında katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış ve deney grubuna belirlenen süre boyunca yapılandırılmış telepsikiyatri hemşirelik girişimleri uygulanırken, kontrol grubunda rutin izlem sürdürülmüştür. KİDÖ puanları incelendiğinde (Bkz. Tablo 4.2), çalışma başlangıcında deney ve kontrol gruplarının toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p > 0,05$), ancak müdahale sonrasında deney grubunda KİDÖ toplam puanının başlangıca göre anlamlı düzeyde azaldığı ($p < 0,05$), kontrol grubunda ise anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada, müdahale sonrası dönemde deney grubunun KİDÖ toplam puan ortalamasının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Tele-hemşirelik danışmanlığının bipolar tanısı ile takip edilen hastaların işlevsellik düzeylerini iyileştirdiği görülmektedir. Tedaviye uyumu değerlendirmek için kullanılan Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) puanları açısından (Bkz. Tablo 4.3), çalışma başlangıcında gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$), müdahale sonunda deney grubunda MTUÖ puanlarının başlangıca göre anlamlı düzeyde azaldığı ($p < 0,05$), kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Müdahale sonrası dönemde deney grubunun

MTUÖ puan ortalaması kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). MTUÖ’de daha düşük puan daha iyi ilaç uyumunu gösterdiğinden, bu sonuç telepsikiyatri hemşirelik girişimlerinin tedaviye uyumu anlamlı düzeyde artırdığını ortaya koymaktadır.

Genel olarak bu çalışma, tele hemşirelik girişimlerinin bipolar bozukluğu olan bireylerde işlevselliği artırdığını ve tedaviye uyumu güçlendirdiğini ortaya koymuştur. Deney grubunda hem KİDÖ hem de MTUÖ puanlarında gözlenen anlamlı iyileşmeler, tele-hemşireliğin taburculuk sonrası izlemde etkili bir müdahale modeli olabileceğini ve uzun dönem iyilik halinin korunmasına, toplumsal yaşama katılımın desteklenmesine ve tedavinin sürekliliğine katkı sağlayan bir araç olduğunu düşündürmektedir.

6.2.1. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

6.2.1. Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Öneriler

- Tele-hemşirelik hizmetlerinin, sadece araştırma amaçlı değil, psikiyatri kliniklerinde rutin bakımın bir parçası olarak yapılandırılması önerilir. Hemşirelerin telefon veya çevrim içi görüntülü görüşmeler yoluyla yapacakları takipler; ilaç uyumu, yan etkiler, erken uyarıcı belirtilerin tanınması ve ev içi, mesleki ve sosyal işlevsellik alanlarını kapsayan standart protokoller çerçevesinde yürütülmelidir.
- Bu kapsamda Psikiyatri hemşireleri, tele-sağlık platformlarını etkin biçimde kullanabilmek için teknolojik yeterlik ve dijital iletişim becerileri açısından güçlendirilmelidir.
- Ayrıca, sağlık kurumlarında tele-izlem sistemleri kurularak, hastaların hemşireler tarafından uzaktan periyodik olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Hastaların kriz anlarında ya da yan etki/semptom alevlenmesi yaşadıklarında ulaşabilecekleri, hemşire tarafından yönetilen bir danışmanlık hattı veya çağrı sistemi kurulması, tedaviye olan güveni ve sürekliliği artırabilir. Tele-hemşirelik

sürecinde hemşireler tarafından saptanan işlevsellik kayıpları, uyum sorunları ve ruhsal durum değişikliklerinin, psikiyatrist ve diğer ekip üyeleriyle eş zamanlı paylaşılabilmesi dijital kayıt ve bildirim sistemlerinin (e-sağlık portalları vb.) geliştirilmesi, bakımın sürekliliğini ve multidisipliner iş birliğini güçlendirecektir.

6.2.2. Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Bu çalışmanın sonuçları, tele- hemşirelik girişimlerinin kısa/orta vadede işlevsellik ve tedavi uyumunu iyileştirdiğini göstermektedir; ancak bu etkilerin uzun dönemli kalıcılığını değerlendirmek için daha uzun izlem sürelerine sahip boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle, müdahale sonrası 6. ay, 12. ay ve daha uzun süreli takip ölçümlerini içeren çalışmalar planlanması önerilir.
- Elde edilen bulguların genellenebilirliğini artırmak amacıyla, gelecekte yapılacak araştırmalarda örneklem büyüklüğünün artırılması, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklere sahip bölgelerde ve mümkünse çok merkezli tasarımlarda çalışmaların tekrarlanması önerilir. Ayrıca, farklı psikiyatrik tanı gruplarında tele-hemşirelik girişimlerinin işlevsellik ve tedavi uyumuna etkisinin karşılaştırılması, bu uygulamanın psikiyatrik alandaki farklı tanısal kullanım potansiyelini değerlendirmeye katkı sağlayacaktır.
- Ayrıca, tele-hemşirelik programlarının maliyet-etkililik boyutunu değerlendiren araştırmaların yapılması, bu hizmetlerin sağlık sistemi içinde yaygınlaştırılmasına yönelik politika geliştirme süreçlerine önemli katkı sağlayacaktır. Hastaneye yeniden yatış, acil servis başvuruları, iş gücü kaybı ve sosyal güvenlik harcamaları gibi göstergeler üzerinden tele-hemşireliğin ekonomik etkilerinin incelenmesi önerilir.
- Bu çalışma, telefon temelli tele-hemşirelik modeline odaklanmıştır. Gelecek araştırmalarda; telefon görüşmeleri, mobil uygulamalar, çevrim içi platformlar, giyilebilir teknolojiler ve görüntülü görüşme sistemleri gibi farklı teknolojik araçların etkinliği karşılaştırılabilir ve hangi modelin işlevsellik ve tedavi uyumu açısından daha avantajlı olduğu ortaya konabilir. Nicel verilerle birlikte, hastalar ve hemşirelerin tele-hemşirelik sürecine ilişkin algı, beklenti ve deneyimlerini inceleyen nitel çalışmaların yapılması da müdahalenin hasta merkezli biçimde geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

6.2.3. Eğitim ve Sağlık Politikalarına Yönelik Önerileri

- Tele-hemşirelik uygulamalarının etkili kullanılabilmesi için hemşirelerin bu alanda yetkinlik kazanmaları gerekmektedir. Bu bağlamda, hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarına bu alanda kuramsal ve uygulamalı derslerin eklenmesi, saha çalışanları için ise iletişim becerileri, teknoloji kullanımı ve uzaktan psikoeğitim konularını içeren sürekli eğitim ve sertifika programlarının düzenlenmesi önerilir.
- Ayrıca, yalnızca hastaların değil, aile bireyleri ve bakım verenlerin de tele-sağlık araçlarını kullanma ve uzaktan eğitimden yararlanma konusunda bilgilendirilmesi, uygulamanın sürdürülebilirliğini artıracak ve aile içi işlevselliğin desteklenmesine katkı sağlayacaktır.
- Psikiyatri alanında tele-hemşirelik hizmetlerinde veri gizliliği, hasta mahremiyeti ve etik ilkeler konusunda kurumsal ve ulusal düzeyde açık yönergeler ve standartlar oluşturulması hem hasta güvenliğini güçlendirecek hem de uygulayıcıların sorumluluk alanlarını netleştirecektir.

7. KAYNAKLAR

- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1966). *The history of psychiatry: An evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*. New York, NY: Harper & Row.
- Altshuler, L. L., Sugar, C. A., McElroy, S. L., Calimlim, B., Gitlin, M., Keck, P. E., Jr, Aquino-Elias, A., Martens, B. E., Fischer, E. G., English, T. L., Roach, J., & Suppes, T. (2017). Switch rates during acute treatment for bipolar II depression with lithium, sertraline, or the two combined: A Randomized Double-Blind Comparison. *The American journal of psychiatry*, 174(3), 266–276. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15040558>
- Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1–3), 3–19. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00429-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00429-3)
- Arad, M., Goli, R., Parizad, N., Vahabzadeh, D., & Baghaei, R. (2021). Do the patient education program and nurse-led telephone follow-up improve treatment adherence in hemodialysis patients? A randomized controlled trial. *BMC nephrology*, 22(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02319-9>
- Arguvanli, S. (2018). Bipolar bozukluğu olan bireyler ve aileleri. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 4(1), 48-53.
- Ariyanto, H., & Rosa, E. M. (2024). Effectiveness of telenursing in improving quality of life in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 19(3), 664–676. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2024.04.009>
- Arslandaş, H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(1), 39-47.
- Aydemir, Ö., & Uykur, B. (2012). Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe sürümünün bipolar bozuklukta güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 193-200.
- Bademli, K., & Duman Çetinkaya, Z. (2018). Ruhsal hastalık tanılı bireylerde aile ile işbirliğini başlatma ve sürdürmede psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 21–26.
- Bahar, G., Savaş, A.H., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H., Bahar, A. (2014). Morisky tedavi uyum ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 15: 141-149.
- Bahredar, M. J., Asgharnejad Farid, A. A., Ghanizadeh, A., & Birashk, B. (2014). The efficacy of psycho-educational group program on medication adherence and global functioning of patients with bipolar disorder type I. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(1), 12–19.
- Balikai, S. I., Rentala, S., Mudakavi, I. B., & Nayak, R. B. (2022). Impact of nurse-led medication adherence therapy on bipolar affective disorder: A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2676–2686. <https://doi.org/10.1111/ppc.13108>

- Barnett, J. H., & Smoller, J. W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 164(1), 331-343.
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(23), 2337. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232337>
- Bitar, H., & Alismail, S. (2021). The role of eHealth, telehealth, and telemedicine for chronic disease patients during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review. *Digital health*, 7, 20552076211009396. <https://doi.org/10.1177/20552076211009396>
- Bowden C. L. (2003). Valproate. *Bipolar disorders*, 5(3), 189–202. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2003.00031.x>
- Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., & Chisari, C. (2020). The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British journal of clinical pharmacology*, 86(7), 1281–1288. <https://doi.org/10.1111/bcp.14193>
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Colom, F., & Vieta, E. (2009). The road to DSM-V. Bipolar disorder episode and course specifiers. *Psychopathology*, 42(4), 209–218. <https://doi.org/10.1159/000218518>
- Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A. C., Endicott, J., Schettler, P., Judd, L., & Mueller, T. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 914–920. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.914>
- Coşansu, G. (2016) E-Sağlık Telesağlık, Teletıp, Tele Hemşirelik, Seçginli, S. (Ed.) *Hemşirelik Bilişimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder--a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International journal of nursing studies*, 47(7), 896–908. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012>
- Çoban, S. A., Gunaydin, N., & Çakmak, B. B. (2025). Medication Adherence and Its Relationship With Quality of Life and Functionality in Individuals With Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Correlational Study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 63(3), 27–35. <https://doi.org/10.3928/02793695-20241001-02> (Original work published March 1, 2025)
- Demir Avcı, Y. & Gözümlü, S. (2018). The frequency of utilizing the supportive web site by stroke patients' caregivers after discharge. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1499-1508.
- Demirkol, ME., Tamam, L. (2016), Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 8(1):85-93. <https://doi:10.18863/pgy.49806>
- Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 143–148.
- Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. *Medicina*, 55(8), 403. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>

- El-Rashidy, N., El-Sappagh, S., Islam, S. M. R., M El-Bakry, H., & Abdelrazek, S. (2021). Mobile Health in Remote Patient Monitoring for Chronic Diseases: Principles, Trends, and Challenges. *Diagnostics* (Basel, Switzerland), 11(4), 607. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11040607>
- Ertem, M., Çetinkaya Duman, Z. (2018), Ruhsal Hastalık Tanılı Bireylerde Tedaviye Uyum ve Aile. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği- Özel Konular*, 4(1):54-59.
- Farrell, A., George, N., Amado, S., & Wozniak, J. (2022). A systematic review of the literature on telepsychiatry for bipolar disorder. *Brain and behavior*, 12(10), e2743. <https://doi.org/10.1002/brb3.2743>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Faurholt-Jepsen, M., Lindbjerg Tønning, M., Fros, M., Martiny, K., Tuxen, N., Rosenberg, N., Busk, J., Winther, O., Thaysen-Petersen, D., Aamund, K. A., Tolderlund, L., Bardram, J. E., & Kessing, L. V. (2021). Reducing the rate of psychiatric re-admissions in bipolar disorder using smartphones-The RADMIS trial. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 143(5), 453–465. <https://doi.org/10.1111/acps.13274>
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage publications limited.
- Fitzsimmons, D. A., Thompson, J., Hawley, M., & Mountain, G. A. (2011). Preventative telehealth supported services for early stage chronic obstructive pulmonary disease: a protocol for a pragmatic randomized controlled trial pilot. *Trials*, 12, 6. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-6>
- Gajarawala, S. N., & Pelkowski, J. N. (2021). Telehealth benefits and barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 218-221.
- Gifford, V., Niles, B., Rivkin, I., Koverola, C., & Polaha, J. (2012). Continuing education training focused on the development of behavioral telehealth competencies in behavioral healthcare providers. *Rural and remote health*, 12, 2108.
- Goes F. S. (2023). Diagnosis and management of bipolar disorders. *BMJ (Clinical research ed.)*, 381, e073591. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073591>
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* (Vol. 2). Oxford university press.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G. M., Bowden, C., Licht, R. W., Möller, H. J., Kasper, S., & WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 14(3), 154–219. <https://doi.org/10.3109/15622975.2013.770551>

- Gülcü, Z. G., & Kelleci, M. (2022). The effect of motivational interviewing and telepsychiatric follow-up on medication adherence of patients with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13(2), 101–107. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.24582>
- Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors international*, 2, 100117. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117>
- Hintistan, S., & Çilingir, D. (2012). Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 30-35.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 555–567. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00057-4)
- International Council of Nurses. (2023). *Digital health transformation and nursing practice: ICN position statement*. International Council of Nurses. Erişim tarihi 20 Eylül 2025. Erişim linli: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL%2030.06_EN.pdf
- Işık, AH., Güler, İ. (2010), Teletıpta Mobil Uygulama Çalışması ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3 (1): 1-10.
- Judd, L. L., & Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of affective disorders*, 73(1-2), 123–131. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00332-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00332-4)
- Kalaycı Oflaz, N. (2023). Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu: Finansmanı ve Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme. *Alanya Akademik Bakış*, 7(1), 311-335.
- Kalender, N., & Özdemir, L. (2014). Yaşlılara sağlık hizmetlerinin sunumunda tele-tıp kullanımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(1), 50–58.
- Karaman S. (2011). Nurses' perceptions of online continuing education. *BMC medical education*, 11, 86. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-86>
- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in pharmacology*, 4, 91. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>
- Kavitha, R. R., Kamalam, S., & Rajkumar, R. P. (2022). Effectiveness of Family-Focused Nurse-led Intervention on Functional Improvement of Patients with Bipolar Disorder at a Tertiary Hospital in South India: A Randomized Controlled Trial. *Indian journal of psychological medicine*, 44(2), 152–159. <https://doi.org/10.1177/02537176211060557>
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *The New England journal of medicine*, 382(23), e82. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>
- Keleşoğlu, S., Demir, F., & Yalçın, G. (2022). Gelişmekte olan ülkelerde tele-sağlık uygulamalarının yaygınlaşması: Olanaklar ve engeller. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Dergisi*, 8(1), 1–12.

- Kleiger, J. H., & Weiner, I. B. (2023). *Psychological assessment of bipolar spectrum disorders* (pp. x-350). American Psychological Association.
- Kousalya, P., Vasantha, J., Ponnudura, R., Sumitkumar, G., Ramalakshmi, S., Punniyakotti, S., Chamundeeswari, D., Maheswara Reddy, C.U. (2012), Study on Nonadherence and The Effect of Counselling in The Pharmacological Management of Psychiatric Patients, *International Journal of Pharma and Bio SciScience*; 3(1): 102–109.
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- Kupka, R., Duffy, A., Scott, J., Almeida, J., Balanzá-Martínez, V., Birmaher, B., Bond, D. J., Brietzke, E., Chendo, I., Frey, B. N., Grande, I., Hafeman, D., Hajek, T., Hillegers, M., Kauer-Sant'Anna, M., Mansur, R. B., van der Markt, A., Post, R., Tohen, M., Tremain, H., ... Kapczinski, F. (2021). Consensus on nomenclature for clinical staging models in bipolar disorder: A narrative review from the International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Staging Task Force. *Bipolar disorders*, 23(7), 659–678. <https://doi.org/10.1111/bdi.13105>
- Kurdal, E., Tanriverdi, D., & Savas, H. A. (2014). The effect of psychoeducation on the functioning level of patients with bipolar disorder. *Western journal of nursing research*, 36(3), 312–328. <https://doi.org/10.1177/0193945913504038>
- Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., & Nordentoft, M. (2013). Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PloS one*, 8(6), e67133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067133>
- Levrat, V., Favre, S., & Richard-Lepouriel, H. (2024). Current practices of psychoeducation interventions with persons with bipolar disorders: a literature review. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1320654. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1320654>
- Liang, H. Y., Hann Lin, L., Yu Chang, C., Mei Wu, F., & Yu, S. (2021). Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients With Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: A Randomized Controlled Trial. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 53(2), 161–170. <https://doi.org/10.1111/jnu.12622>
- Marangell, L. B., Bauer, M. S., Dennehy, E. B., Wisniewski, S. R., Allen, M. H., Miklowitz, D. J., Oquendo, M. A., Frank, E., Perlis, R. H., Martinez, J. M., Fagiolini, A., Otto, M. W., Chessick, C. A., Zboyan, H. A., Miyahara, S., Sachs, G., & Thase, M. E. (2006). Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar disorders*, 8(5 Pt 2), 566–575. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00369.x>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>

- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(2), 141–150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Najafi, S. S., Shaabani, M., Momennassab, M., & Aghasadeghi, K. (2016). The Nurse-Led Telephone Follow-Up on Medication and Dietary Adherence among Patients after Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(3), 199–208.
- Nierenberg, A. A., Agustini, B., Köhler-Forsberg, O., Cusin, C., Katz, D., Sylvia, L. G., Peters, A., & Berk, M. (2023). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. *JAMA*, 330(14), 1370–1380. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
- Oksman, E., Linna, M., Hörhammer, I., Lammintakanen, J., & Talja, M. (2017). Cost-effectiveness analysis for a tele-based health coaching program for chronic disease in primary care. *BMC health services research*, 17(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2088-4>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England journal of medicine*, 353(5), 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
- Öz, H. S., Ayhan, D., & Öz, F. (2024). Effects of Telenursing on Drug Attitudes, Self-Efficacy, and Quality of Life in Individuals With Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 62(10), 15–24. <https://doi.org/10.3928/02793695-20240423-02>
- Padilha, J. M., Machado, P. P., Ribeiro, A., Ramos, J., & Costa, P. (2019). Clinical Virtual Simulation in Nursing Education: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 21(3), e11529. <https://doi.org/10.2196/11529>
- Phillips, M. L., & Swartz, H. A. (2014). A critical appraisal of neuroimaging studies of bipolar disorder: toward a new conceptualization of underlying neural circuitry and a road map for future research. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 829–843.
- Pires, C. M., & Cavaco, A. M. (2014). Communication between health professionals and patients: review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 60(2), 156–172. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.014>
- Post, R. M., Altshuler, L. L., Kupka, R., McElroy, S. L., Frye, M. A., Rowe, M., Grunze, H., Suppes, T., Keck, P. E., Jr, Leverich, G. S., & Nolen, W. A. (2017). More childhood onset bipolar disorder in the United States than Canada or Europe: Implications for treatment and prevention. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 74(Pt A), 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.022>

- Raesi, R., Shaye, Z. A., Saghari, S., Sheikh Beig Goharrizi, M. A., Raei, M., & Hushmandi, K. (2021). The impact of education through nurse-led telephone follow-up (telenursing) on the quality of life of COVID-19 patients. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 96(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s42506-021-00093-y>
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 43, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *Journal of affective disorders*, 156, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.017>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243–251. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00012-5)
- Rutledge, C. M., & Gustin, T. (2021). Preparing nurses for roles in telehealth: Now is the time! *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 26(1), Manuscript 3.
- Rutledge, C. M., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. *Advances in medical education and practice*, 8, 399–409. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S116071>
- Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Gyulai, L., Friedman, E. S., Bowden, C. L., Fossey, M. D., Ostacher, M. J., Ketter, T. A., Patel, J., Hauser, P., Rapport, D., Martinez, J. M., Allen, M. H., Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Dennehy, E. B., & Thase, M. E. (2007). Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *The New England journal of medicine*, 356(17), 1711–1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa064135>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.002>
- Saygun, M. (2021). Teletıp uygulamalarında toplum uyumu ve hasta memnuniyeti. D. Aslan ve Y. G. Kutsal (Ed.). Teletıp: Yaşlılık ve teletıp uygulamaları içinde (s. 27-42). Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık.
- Schnorrerova, P., Matalova, P., & Wawruch, M. (2024). Medication adherence: measurement methods and approaches. *Bratislavske lekarske listy*, 125(4), 264–273. https://doi.org/10.4149/BLL_2024_40
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Consort Group (2010). Consort 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ Medicine*, 340, c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>

- Scott, J., & Pope, M. (2002). Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *The American journal of psychiatry*, 159(11), 1927–1929. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1927>
- Sefidi, N., Assarroudi, A., Zandi, Z., Malkemes, S. J., Rakhshani, M. H., Abbaszade, A., & Sahebkar, M. (2022). Evaluating the effects of telenursing on patients' activities of daily living and instrumental activities of daily living after myocardial infarction: A randomized controlled trial study. *Geriatrics & gerontology international*, 22(8), 616–622. <https://doi.org/10.1111/ggi.14426>
- Sleptsova, M., Weber, H., Schöpf, A. C., Nübling, M., Morina, N., Hofer, G., & Langewitz, W. (2017). Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated-A descriptive analysis using RIAS. *Patient education and counseling*, 100(9), 1667–1671. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.023>
- Smith, V., Seo, D., Warty, R., Payne, O., Salih, M., Chin, K. L., Ofori-Asenso, R., Krishnan, S., da Silva Costa, F., Vollenhoven, B., & Wallace, E. (2020). Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. *PloS one*, 15(6), e0234187. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234187>
- Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., McQuillin, A., Ripke, S., Trubetskoy, V., ... & Reif, A. (2019). Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nature genetics*, 51(5), 793–803.
- Stentzel, U., van den Berg, N., Moon, K., Schulze, L. N., Schulte, J., Langosch, J. M., Hoffmann, W., & Grabe, H. J. (2021). Telemedical care and quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 21(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03318-8>
- Strakowski, S. M., Adler, C. M., Almeida, J., Altshuler, L. L., Blumberg, H. P., Chang, K. D., DelBello, M. P., Frangou, S., McIntosh, A., Phillips, M. L., Sussman, J. E., & Townsend, J. D. (2012). The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. *Bipolar disorders*, 14(4), 313–325. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01022.x>
- Sungur, C. (2020). Teletıp uygulamalarında hasta memnuniyeti: Bir sistematik derleme çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23 (3), 505-522.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *HES code – Hayat Eve Sığar*. Erişim adresi: <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/index-eng.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025).e-Nabız uygulaması. Erişim Linkleri <https://www.saglik.gov.tr/TR-11680/kurumsal-uygulamalar.html>, https://enabiz.gov.tr/document/User_Manual.pdf
- Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2016). Tele-Hemsirelik Uygulamalarının Sızofreni Hastalarının Bakimina Etkisi: Sistematik Derleme [The Effect of Tele-Nursing Practices to the Schizophrenia Patient Care: A Systematic Review]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 27(1), 47–56.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 70 Suppl 4, 1–48.

- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18008. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
- Wang, X., & Yu, Y. (2021). Application of systematic nursing in patients with maniac access of bipolar disorder and its impact on treatment compliance and quality of life. *American journal of translational research*, 13(6), 6929–6936.
- World Health Organization. (2020). Global strategy on digital health 2020–2025. Erişim tarihi: 28.09.2025 Erişim linki: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*. 1999 Sep;22(3):517-34, vii. doi: 10.1016/s0193-953 x (05)70093-9. PMID: 10550853.

8. EKLER

EK:1 TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız:
3. Öğrenim durumunuz: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
4. Çalışma durumunuz: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
5. Gelir düzeyiniz: ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla
6. Aile tipiniz: ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Parçalanmış aile
7. Yaşadığınız yer: ☐ Kentsel alan ☐ Kırsal alan
8. Kaç yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takip ediliyorsunuz? yıl
9. Bipolar bozukluk dışında başka bir kronik rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
10. Sürekli kullandığınız başka bir ilacınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

EK-2: MORSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ (MTUÖ)

1- Hiç ilacınızı almayı unuttunuz mu?

Evet() Hayır ()

2- İlaçlarınızı zamanında almak konusunda dikkatsiz misiniz?

Evet () Hayır ()

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?

Evet() Hayır ()

4- Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?

Evet () Hayır ()

EK-3: KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır?

Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Evde sorumluluk üstlenme | (0) (1) (2) (3) |
| 2. Kendi başına yaşayabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 3. Alışveriş yapabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik) | (0) (1) (2) (3) |

MESLEKİ İŞLEVSELLİK

- | | |
|---|-----------------|
| 5. Maaşlı bir işte çalışabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme | (0) (1) (2) (3) |
| 7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 8. Mesleki kazanımlar elde etme | (0) (1) (2) (3) |
| 9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme | (0) (1) (2) (3) |

BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK

- | | |
|---|-----------------|
| 10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme | (0) (1) (2) (3) |
| 11. Akıldan hesap yapabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 12. Bir problemi hakkıyla çözebilme | (0) (1) (2) (3) |
| 13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 14. Yeni bilgiler öğrenebilme | (0) (1) (2) (3) |

MALİ KONULAR

- | | |
|---|-----------------|
| 15. Kendi parasını idare edebilme | (0) (1) (2) (3) |
| 16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme | (0) (1) (2) (3) |

KİŞİLERARASI İLİŞKİLER

- | | |
|--|-----------------|
| 17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme | (0) (1) (2) (3) |
| 18. Sosyal faaliyetlere katılabilmeye | (0) (1) (2) (3) |
| 19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme | (0) (1) (2) (3) |
| 20. Ailesiyle birlikte yaşama | (0) (1) (2) (3) |
| 21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması | (0) (1) (2) (3) |
| 22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme | (0) (1) (2) (3) |

BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ

- | | |
|---|-----------------|
| 23. Egzersiz veya spor yapma | (0) (1) (2) (3) |
| 24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma | (0) (1) (2) (3) |

EK-4: TAAHÜTNAME



TAAHHÜTNAME



Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının, İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırma ile ilgili olarak;

İYİ KLİNİK UYGULAMALARI TAAHHÜTNAMESİ

Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği (WMA) HELSİNKİ Bildirgesi ve/veya Dünya Psikiyatri Birliği HAWAII Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamaları kurallarına uyacağımızı, beklenmeyen ters bir etki veya bir olay olduğunda, araştırma sırasında çalışma protokolünde değişiklik yapılması gerektiğinde ya da araştırma durdurulduğunda derhal yazılı olarak etik kurulunuza bildireceğimizi taahhüt ederiz.

ÇIKAR İLİŞKİSİ OLMADIĞINA DAİR TAAHHÜTNAME

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi, raporlanması yayınlanması aşamalarında araştırmaya finansman sağlayan kuruluşlarla, araştırmayı yapacağım yer ve kişilerle ticari, politik veya kişisel nedenlerle araştırmanın bilimsel ve etik yönlerine zarar verebilecek hiçbir bağlantımızın olmadığını beyan ederiz.

MALİ TAAHHÜTNAME

Araştırma giderleri ile ilgili mali sorumluluğun araştırmacılara ait olduğunu kabul eder, sosyal güvenlik kuruluşlarının ve döner sermayelerin finans kaynağı olarak kullanılmayacağını taahhüt ederiz.

ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KURUMDAN ONAY ALINACAĞINA DAİR TAAHHÜTNAME

Araştırmanın yürütüleceği kurumdan gerekli araştırma iznini, en geç 6 ay içerisinde alarak, kurulunuza sunacağımızı taahhüt ederiz.

ARAŞTIRMA SONUÇLARI HAKKINDA BİLGİLENDİRME YAPILACAĞINA DAİR TAAHHÜTNAME

Araştırma tamamlandığında ve akademik yayına dönüştürüldüğünde kurulunuza rapor sunacağımızı taahhüt ederiz.

ARAŞTIRMADA ELDE EDİLEN VERİLERİN GİZLİLİĞİ SAĞLANMASINA DAİR TAAHHÜTNAME

Bireylere ait bilgilerin gizli kalacağını, elde edilen verileri üçüncü kişiler ile paylaşmayacağımızı, bu konuda doğacak tüm hukuki sorumluluğun tarafımıza ait olacağını taahhüt ederiz.

ARAŞTIRMANIN BAŞLAMADIĞINA DAİR TAAHHÜTNAME

Araştırmanın daha önce tarafımızdan yürütülmediğini veya yürütülmeye başlanmadığını taahhüt ederiz.

BAŞVURU BİLGİLERİNİN DOĞRU OLDUĞUNA DAİR TAAHHÜTNAME

Araştırma ile ilgili etik kurul başvuru formunda beyan edilen her türlü bilginin (araştırmacılarla ilgili bilgiler, araştırmacıların imzaları, araştırma sürecine ait bilgiler, vb.) doğru olduğunu taahhüt ederiz.

Sorumlu Araştırmacının/Diğer Araştırmacıların Adı, Soyadı

İmzası

Doç. Dr. Didem AYHAN
Nayim Ubiç

EK-5: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (MÜDAHALE GRUBU)



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (MÜDAHALE GRUBU)



Değerli Katılımcı, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Didem Ayhan tarafından yürütülen “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının, İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü katılmanız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde gerekli yerler siz ve araştırmacı Nayim UBİÇ tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu araştırmada bipolar bozukluğu olan hastalarda tele hemşirelik danışmanlığının, toplumsal işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini incelemektir.

PROSEDÜRLER

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek işlemler şöyledir:

Araştırma için 10 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formunu, 24 madde içeren Kısa İşlevsellik Değerlendirme ölçeğini ve 4 maddeden oluşan Morsky İlaç Uyum Ölçeğini doldurmanız beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Daha sonra yardımcı araştırmacı sizi her hafta bir kez olmak üzere 8 hafta boyunca arayacak ve o haftanız, ilaç kullanımlarınız ve yaşadığınız güçlükler ile ilgili olarak görüşmeler yapacak. 8 haftanın sonunda ilk doldurduğunuz 3 ölçüm aracını tekrar doldurmanız istenecektir.

ÇALIŞMANIN SAĞLAYACAĞI YARAR VE RİSKLER

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk/zarar söz konusu değildir. Beklenen yarar ise tedaviye uyumunuzun ve işlevsellik düzeyinizin artmasıdır.

GİZLİLİK

Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak herhangi bir soru bulunmamaktadır. Yanıtlarınız kimseyle paylaşılmayacak, araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla araştırma kapsamında kullanılacaktır. Gerektiğinde etik kurul üyeleri sizin bu araştırmadaki bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

KATILIM VE AYRILMA

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi araştırma dışı bırakabilir. Araştırmaya katılmama, araştırmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir yaptırım veya eğitim hakkınızın olumsuz etkilenmesi kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir ve size ücret ödemesi yapılmayacaktır.

İLETİŞİM KURULACAK KİŞİLER

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa [] numaralı telefondan Nayim UBİÇ’e başvurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı: İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası

EK-6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)



Değerli Katılımcı, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Didem Ayhan tarafından yürütülen “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının, İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü katılmanız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde gerekli yerler siz ve araştırmacı Nayim UBİÇ tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu araştırmada bipolar bozukluğu olan hastalarda tele hemşirelik danışmanlığının, toplumsal işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini incelemektir.

PROSEDÜRLER

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek işlemler şöyledir:

Araştırma için 10 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formunu, 24 madde içeren Kısa İşlevsellik Değerlendirme ölçeğini ve 4 maddeden oluşan Morsky İlaç Uyum Ölçeğini doldurmanız beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Daha sonra yardımcı araştırmacı sizi her hafta bir kez olmak üzere 8 hafta boyunca arayacak ve o haftanız, ilaç kullanımlarınız ve yaşadığınız güçlükler ile ilgili olarak görüşmeler yapacak. 8 haftanın sonunda ilk doldurduğunuz 3 ölçüm aracını tekrar doldurmanız istenecektir.

ÇALIŞMANIN SAĞLAYACAĞI YARAR VE RİSKLER

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk/zarar söz konusu değildir. Beklenen yarar ise tedaviye uyumunuzun ve işlevsellik düzeyinizin artmasıdır.

GİZLİLİK

Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak herhangi bir soru bulunmamaktadır. Yanıtlarınız kimseyle paylaşılmayacak, araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla araştırma kapsamında kullanılacaktır. Gerektiğinde etik kurul üyeleri sizin bu araştırmadaki bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

KATILIM VE AYRILMA

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi araştırma dışı bırakabilir. Araştırmaya katılmama, araştırmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir yaptırım veya eğitim hakkınızın olumsuz etkilenmesi kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir ve size ücret ödemesi yapılmayacaktır.

İLETİŞİM KURULACAK KİŞİLER

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa [] numaralı telefondan Nayim UBİÇ’e başvurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı: İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası

EK-7: ETİK KURUL İZNİ

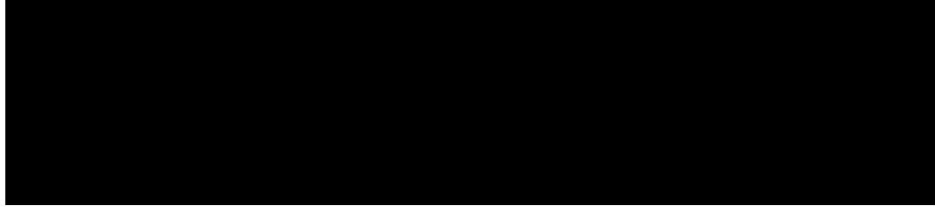
Evrak Tarih ve Sayısı: 29.11.2024-1027



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Doç. Dr. Didem AYHAN"ın 2024 -257 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 11.11.2024 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2024-10 sayılı toplantısında Doç. Dr. Didem AYHAN danışmanlığında Hem. Nayım UBİÇ tarafından yürütülmesi planlanan 2024-257 başvuru sayılı " **Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının, İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi**" konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.



Pin Kodu :60742

Belge Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5658&eD=BSABK3MM34>

Adres: Yeni Mahalle Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Caddesi
No:77 Bandırma/BALIKESİR
Telefon:02667170117 Faks: 02667170030
e-Posta: sagbiletik@bandirma.edu.tr
Kep Adresi: bandirmaonyedieylul@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5658&eD=BSABK3MM34&eS=1027> adresinden yapılabilir.

EK-8: KURUM İZNİ

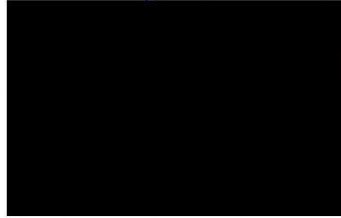
T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KSBÜ EVLIYA ÇELEBİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

KARAR NO :2024/29
KARAR TARİHİ :18.12.2024

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURUSU BAŞHEKİMLİK KARARI

T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya SBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri biriminde hemşire olarak görev yapan Nayim UBIÇ'in, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında görevli Doç. Dr. Didem AYHAN danışmanlığında yapmayı planlandığı "Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının, İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışmasına ait Eğitim Planlama Kurulu onayı ve Etik Kurul izinleri mevcut olup; ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge, doküman vb. evrakların paylaşılmaması, çalışma sonucunun Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliği 'ne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliği'nde izin alınarak paylaşılması koşuluyla, çalışmanın yapılması Başhekimlik tarafından uygun görülmüştür.

BASHEKİM V.



9 ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Nayim UBİÇ
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Cumhuriyet Lisesi
Lisans	: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Hemşirelik Sağlık Yüksek Okulu
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: A2
MESLEKİ DENEYİM	
- Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Vefa Psikiyatri Merkezi Koordinatör Hemşire 2012-Devam Ediyor - Hemşire Iğdır Devlet Hastanesi, Ameliyathane Hemşiresi, 2011-2012 - Hemşire, Ağrı Patnos İlçe Devlet Hastanesi, Ameliyathane Sor. Hemşiresi, 2012-2015 - Hemşire, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Koordinatör Hemşire, 2015-Devam Ediyor.	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-	
YAYINLARI	