

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN KADIN HASTALARDA
BİLİŞSEL YAKLAŞIM TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN HASTALARIN
TEDAVİYLE İLGİLİ OTOMATİK DÜŞÜNCELERİNE ETKİSİ**

Meltem MERİÇ
J.Sağ.Yzb.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2010

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN KADIN HASTALARDA
BİLİŞSEL YAKLAŞIM TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN HASTALARIN
TEDAVİYLE İLGİLİ OTOMATİK DÜŞÜNCELERİNE ETKİSİ**

Meltem MERİÇ
J.Sağ.Yzb.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün
Psikiyatri Hemşireliği
Programı için öngördüğü
DOKTORA TEZİ
olarak hazırlanmıőtır

TEZ DANIŞMANI
Yrd.DoÇ.Dr.Sağ.Yb. Fahriye OFLAZ

ANKARA
2010

GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne:

“Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Danışmanlığın Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşüncelerine Etkisi” konulu bu çalışma **Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı’nda** Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Sağ.Yb.Fahriye OFLAZ



Üye : Prof. Dr. Fatma ÖZ (Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Prof.Tbp.Alb.Aytekın ÖZŞAHİN



Üye : Prof. Sağ. Alb. Nalan AKBAYRAK



Üye : Doç. Sağ. Alb.Aygül AKYÜZ



ONAY:

J.Sağ.Yzb.Meltem MERİÇ’in 30.06.2010 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.



M.Tahir ÜNAL
Prof.Tbp. Tuğgeneral
GATA Sağ. Bil. Enst. Müdürü
GATF Dekan Bştp.Yrd.

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu'nun 02 Haziran 2009 gün 132 sayılı kararı gereği GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğinde yapılmıştır.

Bu çalışma ile, yaygın anksiyete bozukluğu olan kadın hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisini belirlemek hedeflenmiştir.

Doktora eğitimim süresince ve tez danışmanım olarak bilgi ve deneyimleriyle çalışmalarımı yönlendiren, mesleki yaşantımda karşılaştığım durumlara özgün yaklaşımı ile göremediğim noktalardan bakmamı sağlayan, bilgi ve tecrübesinden güç aldığım, beni her zaman destekleyen mesleki alanda kendime model aldığım tez danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr.Sağ.Yb. Fahriye OFLAZ'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Doktora eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteği sağlayan GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Sayın Prof.Dr.Sağ.Kd.Alb. Sevgi HATİPOĞLU'na ve GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdür Yardımcısı Sayın Prof.Dr.Sağ.Kd.Alb. Nalan AKBAYRAK'a, tez izleme komitesinde yer alarak değerli katkılar sağlayan GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Tbp.Kd.Alb. Aytekin ÖZŞAHİN ile Sayın Doç.Dr.Sağ.Alb. Aygöl AKYÜZ'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın, istatistiksel olarak planlama ve değerlendirme aşamalarında yardım ve desteğini esirgemeyen GATF Eğitim Hastanesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç.Tbp.Yb. Cengizhan AÇIKEL'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Meltem MERİÇ

Haziran 2010

ÖZET

Meltem MERİÇ, “Yaygın Anksiyete bozukluğu olan kadın hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2010. Çalışma, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olan hastalara uygulanan bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın, hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisini belirlemeyi amaçlayan kontrol gruplu, önson-test ile izleme ölçümlü müdahale tipi (yarı deneysel) bir araştırma olarak yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, YAB tanısı almış ve çalışmayı kabul eden 20 kişi çalışma grubu ve 20 kişi kontrol grubu olmak üzere 40 hasta oluşturmuştur. Çalışma grubundaki hastalarla 45'er dakikalık 6 görüşme yapılmıştır. Kontrol grubunda olan hastalara ise bir müdahale yapılmamıştır. Her iki gruba da ilk görüşme, son görüşme ve bir ay sonraki izlem görüşmesinde kişisel bilgi formu, otomatik düşünceler ölçeği, özetkililik-yeterlilik ölçeği, tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği ve beck anksiyete ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi, Wilcoxon işaretli sıralar testi ve Friedman testi kullanılmıştır. Çalışmada bilişsel yaklaşıma dayalı danışmanlığın, hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerinin ve otomatik düşüncelerinin sıklığında azalma sağladığı, anksiyetenin azalmasına ve özyeterlilik puanlarının artmasına katkı sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak, bilişsel yaklaşıma dayalı tedaviye uyum ile ilgili danışmanlığın hemşirelik uygulamasında kullanılabilecek bir model olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tedavi, Otomatik Düşünceler, Yaygın Anksiyete Bozukluğu.

ABSTRACT

Meltem MERİÇ, “ The effect of the cognitive approach-based counseling in the female patients with generalized anxiety disorder on the patients’ automatic thoughts related to treatment, GMMA Health Science Institute, Nursing Program Doctorate Degree Thesis, Ankara, 2010. The study was conducted as the intervention type having the follow-up measurement and control group with pre-post test study (semi experimental) in order to identify the effect of the cognitive approach-based counseling in the patients with generalized anxiety disorder on the patients’ automatic thoughts related to treatment. The sample of the study contained 40 patient with generalized anxiety disorder diagnosis including 20 patients for the study group and 20 patient for the control group. Six interviews of 45 minutes were performed with the patient in the study group. No intervention was made for the control group. The personal data form, The Automatic Thoughts Scale, The Self-efficacy Scale, Automatic Thoughts Related to Treatment Scale and Beck Anxiety Scale were applied to both groups in the first and the observational interview after a month. Mann Whitney U Test, Wilcoxon Marked Rank Test, and Friedman Test were used for the assessment of the data. It was seen that cognitive approach-based counseling provided the decrease in the frequency of the patients’ automatic thoughts and automatic thoughts related to treatment, and that it provided the decrease in anxiety and the increase in the self-efficacy scores. Consequently, it was suggested that the cognitive approach-based counseling, treatment compliance was the model which will be able to be used for the nursing practice. Key words: Treatment, Automatic Thoughts, Generalized Anxiety Disorder

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.2.1. Araştırmanın hipotezleri	3
GENEL BİLGİLER	
2.1. Tedaviye Uyum	5
2.2. Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Uygulaması	6
2.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Tedaviye Uyum	9
2.4. Bilişsel Yaklaşım ve Tedaviye Uyum	10
2.4.1. Bilişsel Yaklaşım	10
2.4.2. Bilişsel Yaklaşımın Temel Kavramları	11
2.4.2.1. Otomatik Düşünceler	12
2.4.2.2. Ara İnançlar	12
2.4.2.3. Temel İnançlar	13
2.4.3. Bilişsel Yaklaşımda Görüşme Sürecinin Özellikleri	13
2.4.4. Bilişsel Yaklaşımda Görüşme Basamakları	14
2.4.5. Bilişsel Yaklaşımda Kullanılan Temel Terapötik Teknikler	15

	Sayfa
2.4.5.1. Otomatik Düşüncelerle İlgili Temel Teknikler	15
2.4.5.1.1. Otomatik Düşüncelerin Hastaya Anlatılması	16
2.4.5.1.2. Otomatik Düşüncelerin Saptanması	16
2.4.5.1.2.1. Doğrudan Sorular	16
2.4.5.1.2.2. Yönlendirilmiş Keşif veya Tümevarım	16
2.4.5.1.2.3. En Kötü Senaryo Tekniği	16
2.4.5.1.2.4. Hayal Kurma	17
2.4.5.1.2.5. Olayların Anlamını Sorma	17
2.4.5.1.2.6. Otomatik Düşünce Kaydı Tutulması	17
2.4.5.1.2. Otomatik Düşüncelerin Sorgulanması	17
2.4.5.1.2.1. Kanıt İnceleme Tekniği	17
2.4.5.1.2.2. Çifte Standart Tekniği	18
2.4.5.1.2.3. Alternatif Açıklamalar Bulma Tekniği	18
2.4.6. Tedaviye Uyum ve Bilişsel Yaklaşım	18
GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.4.2. Otomatik Düşünceler Ölçeği	23
3.4.3. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği	23
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği	23
3.4.5. Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği	24
3.5. Araştırmanın Uygulanması	24
3.5.1. Çalışma Grubu ile Yürütülen Görüşmeler	25
3.5.2. Kontrol Grubuna Alınan Hastalara Uygulanan İşlemler	30

	Sayfa
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
BULGULAR	
4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Ve Tedavi ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.2. Araştırma Hipotezlerine Yanıt Veren, Danışmanlığın Ölçek Puanlarında Oluşturduğu Değişikliklere Ait Bulgular	37
TARTIŞMA	
5.1. Tedavi ile İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği ile Otomatik Düşünceler Ölçeğine Ait Bulguların Tartışması	49
5.2. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğine Ait Bulguların Tartışması	52
5.3. Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Bulguların Tartışması	54
SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	57
6.2. Öneriler	58
KAYNAKLAR	59
EKLER	
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	
EK 2: Otomatik Düşünceler Ölçeği	
EK 3: Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği	
EK 4: Beck Anksiyete Ölçeği	
EK 5: Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği	
EK 6: Otomatik Düşünce Kayıt Formu-1	
EK 7: Otomatik Düşünce Kayıt Formu-2	
EK 8: Tedavi ile İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	
EK 9: Araştırmanın Etik Kurul Kararı	
EK 10:Gönüllüleri Bilgilendirme ve Onam Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ODÖ	Otomatik Düşünceler Ölçeği
TODÖ	Tedavi ile İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 3.1 Araştırmanın Akış Planı

31

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
Tablo 4.1.1.	Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 4.1.2.	Hastaların tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı	35
Tablo 4.2.1.	Tedavi ile İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırması	37
Tablo 4.2.2.	Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması	39
Tablo 4.2.3.	Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması	41
Tablo 4.2.4.	Beck Anksiyete Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması	43
Tablo 4.2.5.	Çalışma Grubu Son Ölçümünde Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	45
Tablo 4.2.6.	Çalışma Grubu İzleme Ölçümünde Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	47

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımlanması

1.1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaygın Anksiyete bozukluğu (YAB), psikiyatrik bozukluklar içinde yaygınlık oranı yüksek bozukluklardan birisidir. Yaşam boyu yaygınlığı %15-25 arasında değişmektedir. YAB yaşam kalitesinde bozulma, sağlık harcamasında artma ve azalmış üretkenlik ile yakından ilişkili olup; birey ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. YAB'nun en önemli özelliklerinden birisi belirtilerin şiddetinin kişinin yaşamı boyunca dalgalanma göstermesidir. YAB tanısı konulan kişiler hastalığın kronik yapısı nedeniyle sıklıkla yıllar boyunca sürdürüm tedavisine gereksinim duymaktadırlar. İyi bir tedavi yaklaşımı ile birlikte giden düzenli takip hastalığın prognozu için önemlidir. Tedavi için hazırlanan kılavuzlar kanıta dayalı farmakoterapinin, psikoterapinin ya da her ikisinin de kullanılmasını önermektedir (1, 2, 3).

YAB'nun tedavisinde farmakolojik tedavi çoğu zaman öncelikli olarak tercih edilen tedavi yöntemi olmaktadır. Bu yüzden özellikle tedavinin temel unsuru olan ilaç tedavisinin sürdürümü konusu önem kazanmaktadır. Çünkü YAB hastalarında "ilaç tedavisine uyum, tedavi etkinliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen önemli bir konudur. Hastanın kendisine sunulan sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilecek olan tedaviye uyumun sağlanması ile tedavi süresinin kısalabileceği ve tekrarların ya da alevlenme dönemlerinin sıklığının azalabileceği öngörülmektedir (4, 5).

Bununla birlikte, hastalar tedaviye uyum sağlama ve sürdürme konusunda pek çok güçlük yaşamaktadırlar. Kişinin hastalığa karşı iç görüşünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın ilaç kullanımına karşı yaşadığı korkular, ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması ve ekonomik güçlükler literatürde sıklıkla belirtilen tedavinin sürdürülmesini engelleyen durumlardır. Ayrıca, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, düşünce

ve algıları, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünölen güçlükler, kültürel inançlar, tedavi konusunda görölen baskı gibi etkenler de tedaviye uyumda belirleyici rol oynamaktadır. Bu faktörlerden bir ya da birkaçı bir araya geldiğinde ortaya çıkan uyumsuzluk hastalığın seyrinin bozulmasına ve sonrasında hastalığın tekrarlamasına yol açmaktadır. Tüm bu nedenler bilinmesine rağmen psikiyatrik bozuklukların tedavisi sırasında uyum bozukluklarının görölme oranı yüksektir. Yapılan bir çalışmada YAB olan hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranının %15-75 arasında değişebildiği bildirilmiştir (6). Bu nedenle, halen tedaviye uyumsuzluğu açıklayabilecek ve müdahale etmeyi sağlayacak farklı yöntemlere ve bakış açılarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yukarıda sayılan güçlükler incelendiğinde birçoğunun hastaların tedavi ve ilaçlar hakkında ne düşündükleri, nasıl algıladıkları ve çevrenin ilaç tedavilerini algılama tarzıyla ilgili kendi yorumlarını kapsadığı görölmektedir. Bunlar dışsal engeller değil içsel süreçlerin yarattığı engellemelerdir. Başka bir deyişle, hastaların tedaviyle ilgili bilişsel süreçlerinin tedaviye uyum davranışı ile ilgili olabileceğine işaret etmektedir.

Bilişsel yaklaşım, kişinin olayları yorumlama ya da anlamlandırma biçimlerinin o olaya göstereceği tepkiyi belirlediği üzerinde durur. Yani; bireyin olayları algılayışı ya da zihinsel olarak yapılandırışının, o olay karşısında yaşadığı duyguları ve gösterdiği davranışları belirleyeceğini savunur (7). Bilişsel yaklaşıma göre insanın duygularını ve bununla ilişkili fizyolojik ve davranışsal tepkilerini etkileyen şey durumun kendisi değil, genellikle otomatik düşüncelerle kendini belli eden, o durumla ilgili yaptığı yorumlardır. Bu yüzden bilişsel yaklaşımda otomatik düşüncelerin saptanması ve ele alınması önemli bir konudur. Görüşmelerin başlangıcında ele alınacak sorunlar belirlendikten sonra bu sorunlarla ilgili bilişsel içeriğin ele alınması bir görüşmenin ana kısmını oluşturur. Yaşanan sorunun somut bir durum özelinde ele alınmasından sonraki önemli bir girişim hastanın duygu, düşünce ve davranışsal tepkisinin tanımlanmasıdır. Burada amaçlanan şey bilişsel değişiklik için ilk odak noktası

olan “otomatik düşünce”lere ulaşmaktır. Bu şekilde kullanılan bilişsel model yaklaşımı ile bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırıldığı ve olumsuz davranışların değiştirildiği belirtilmektedir (8).

Bu doğrultuda tedavi konusunda hastaların sahip oldukları düşüncelerin tespiti ve bu düşüncelerin ele alınmasının hastaların tedavilerine uyum konusunda düşüncelerinin farkında olması ve bunlar üzerinde düşünebilmesinin sağlanması tedaviye uyumu sağlamada önemli görünmektedir. Colom (9) ve arkadaşları psikoeğitim ve bilişsel davranışçı grup stratejileri modelinin kullanılmasının hastaların, kendi tedavilerini yönetmeleri ve tedavileri konusunda olumlu ve yararlı beceriler göstermelerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Psikiyatri hemşireleri, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde ve olumlu sağlık davranışının geliştirilmesi amacıyla sağlığı geliştirme çalışmalarında bilişsel-davranışçı terapi tekniklerini kullanabilmektedir. Ayrıca, hastanın bilgilendirilmesi, baş etme yeteneklerinin açığa çıkarılması ve artırılması, bilişsel farkındalığının artırılması gibi amaçlarla da kullanılmaktadır (8, 10).

Hastaların tedavi ile ilgili düşünce ve inançları, tedaviye uyumlarını etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerinin tespiti ve ele alınmasının; hastaların tedaviye uyumuna yardımcı olacağı ve katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisini incelemektir.

1.2.1. Araştırmanın hipotezleri

Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda bilişsel yaklaşım temelli olarak yapılandırılan danışmanlık;

1. Hastaların tedaviyle ilgili otomatik dūřūncelerinin sıklıęını azaltır
2. Hastaların ۆz etkililik-yeterlilik puanlarının artmasını sağlar
3. Hastaların otomatik dūřūncelerinin sıklıęını azaltır
4. Hastaların anksiyete dūzeyi, tedavi ile ilgili otomatik dūřūncelerin sıklıęında gۆrۆlen deęiřimi etkileyen bir deęiřkendir.

GENEL BİLGİLER

2.1. Tedaviye Uyum

Uyum, kelime anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen tarzda sergilenen davranışı ifade etmektedir. Hedeflenen yönde davranış değişikliğinin kişide gözlenmesi uyumun göstergesidir (11,12). Tedaviye uyum konusunda ise farklı birçok tanımlama yapılmıştır. Genel olarak tedaviye uyum, bireyin kendisine önerilenleri yapması, yapmaması gerekenlerden uzak durması, kaçınmasıdır. Başka bir deyişle, hastanın verilen tedaviyi eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde uygulaması veya iyileştiğini varsayarak tedavisini önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır (13). Cameron (14) uyumu, verilen tedaviyi sürdürmek için hastanın gönüllü bir tutum sergilemesi ve tedavi planının hasta tarafından tam anlamıyla başarılmamasıyla ilişkilendirmiştir.

Hastanın tedaviye uyumu, hastalığın seyri ve prognozu için doğru tanı konması ve tedavinin doğru ve zamanında başlanması kadar önemli bir konudur. Uyum sağlanamadığında, tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmaktadır. Tedaviye uyum sorunları, hastaneye yeniden yatışı, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış ise mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (14,15).

Hastanın özellikle ilaç tedavisine uyup uymaması birçok değişkene bağlı görünmektedir. Hastanın yaşı, kültürel özellikleri, eğitimi ve ilaç hakkında kendisine verilen bilgiyi anlayıp anlamama durumu gibi kişisel özellikleri yanında; tedavinin karmaşıklığı, maliyeti, kullanılan ilacın türü, sayısı ve sıklığı, hastalığın ve tedavinin kişiye etki ve yan etkileri, hasta ve sağlık personeli arasındaki güvene dayalı işbirliğinin yeterliliği, hastanın sağlık inanç ve tutumları, sağlığı ve hastalığına verdiği önem, belirtilen değişkenler arasındadır. Ayrıca, aldıkları ilaç tedavisinin günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, yetersiz aile desteği, hastalık ve tedavisi konusunda yetersiz bilgiye, olumsuz

düşünce ve tutumlara sahip olma ve hastalıkla etiketlenme korkusunun da tedaviye uyumu etkilediği belirtilmektedir (16,17).

Tedaviye uyumun önemli olduğu kronik bozukluklarda ya da kronikleşme riski olan durumlarda tüm bu değişkenler, üzerinde önemle durulması gereken durumlardır (16,18). Uzun vadede, bireyin beraber yaşamak zorunda kaldığı hastalığın umutsuzluk ve çaresizlik duygularına yol açtığı ve çoğu zaman yadsıma düzeneğinin devreye girerek tedavinin aksamasına yol açtığı belirtilmiştir (19). Ayrıca, anksiyete bozuklukları gibi tedaviye yanıtın daha belirgin olduğu durumlarda, hastaların yakınmalarının azalmasının ve belirtilerin kontrol altına alınmış olmasının hasta ve ailesini tedaviyi sürdürmenin gereksizliği inancına sevk edebileceği bildirilmektedir (17).

Psikiyatrik bozukluklarda, tedaviye uyumsuzluk tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkileyen sorunların başında gelmektedir. Bu durumun kaçınılmaz sonucu hastalığın seyrinde erken dönemde alevlenmelere neden olarak prognozu olumsuz yönde etkilemesidir. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda uyumsuzluk oranının ilk bir yıl için %15 ile %48 arasında değiştiği bildirilmektedir (19,20).

Sonuç olarak tedaviye uyum ya da uyumsuzluk değişebilir bir olgudur. Hastalar deneyimle, öğrenmeyle ve eğitimle tedaviye uyum sağlayabilmektedir. Bu nedenle, hastanın uyumunu arttırıcı çalışmalar yapılması, hastaların tedaviye gösterdikleri direncin tanımlanması, bu konudaki düşüncelerinin açığa çıkarılması ve ele alınması önemlidir (21,22).

2.2. Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Uygulaması

Hemşireliğin amacı, kişiler arası bir süreç içinde birey, aile ve topluma; sağlığı düzeltici ve geliştirici, hastalıkları önleyici yaşam deneyimleri sağlamak ve bireylerin kendi potansiyellerini arttırmalarına destek olmaktır. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik bakımı, hasta ile karşılaşıldığı ilk andan itibaren başlayan ve hastanın sağlıkla ve hastalıkla ilgili temel gereksinimlerinin saptandığı ve çözümlenmeye çalışıldığı bir süreçtir (23). Bu kapsamda ve belirtilen amaç doğrultusunda hastanın tedaviyle ilgili gereksinimlerini de ele alarak uyumunu sağlamak hemşirelerin görevleri içinde yer almaktadır. Hastanın

sağlığını sürdürme konusunda aktif katılımı sağlamak ve bu konuda kendi potansiyellerini geliştirmelerine yardımcı olmak hemşirelik uygulaması açısından önemli bir konudur.

Amerikan Hemşireler Birliği'nin hazırladığı psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde; tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın beklenen ve beklenmeyen etkilerini bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite belirtilerini bilme-gözlemleme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımına dair veri toplama, tedavinin yarar ve zararlarını bilme, hasta ve ailesini tedavi planına dâhil etme, hastanın tedavisini etkili yönetmede ona yardımcı olma ve danışmanlık yapma gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir (24). Psikiyatri hemşiresinin temel bakım standartları arasında yer alan danışmanlık rolünün yanı sıra; sertifikalı uzman psikiyatri hemşirelerince gerçekleştirilebilecek bir girişim olan psikoterapi uygulamaları da psikiyatri hemşirelerinin ileri düzey uygulama becerilerinden birisidir. Bu kapsamda bilişsel terapi yetkinliği olan psikiyatri hemşiresinin, bilişsel model kavramlarını kullanarak tedavi konusunu ele alması hemşirenin bakım verici ve tedavi edici rollerini bir araya getirebilmesi açısından önemlidir. Hemşirenin tedavi ile ilgili bu sorumlulukları yerine getirmesi ilaçlarla ilgili bilgili olması yanında tedaviye uyuma yardımcı olacak müdahaleleri uygulayabilmelerini de gerektirmektedir. Bu alanda yapılan hemşirelik çalışmalarının, genellikle hastaların tedaviye uyum durumlarının incelendiği ve uyumsuzluğun neden kaynaklandığı ve nasıl giderilebileceğine yönelik tanımlayıcı çalışmalar olduğu görülmüştür (16,25). Çalışmalarda tedaviye uyumun artırılmasına yönelik öncelikli olarak hastaların tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri ve ilaçları konusunda eğitim verilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (26). Ancak hastaların tedavileri hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen tedaviye uyumsuzluğun devam ettiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (27). Bu nedenle yalnızca bilgilendirmenin değil bunun yanında, tedavi ile ilgili düşünce ve algılarının değerlendirilmesi ve yanlışların düzeltilmesi önemli görünmektedir.

Tedaviye uyumu arttıran en önemli faktörlerden biri hasta ve sağlık personeli arasında kurulan ilişkinin kalitesidir. Hemşirelikte terapötik hasta/hemşire etkileşimi ilk olarak Peplau tarafından tanımlanmıştır. Peplau, hemşirenin hastasına yardım edici rolünü tanımlarken hastanın sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmeye yönelik hedefler tanımlamıştır. Bununla birlikte, hasta-hemşire ilişkisinin, tedavi ve tedaviye uyum üzerine etkisini ele alan az sayıda çalışma vardır (13). Tedaviye uyumu arttırmaya yönelik olarak hemşirenin nasıl bir bakım vereceği ve bu konuda karşılaşılabilecek problemleri çözmede nasıl bir yol izleyeceğini tanımlamak önemlidir. Hemşire, hastasını tanımak, isteklerini anlamak ve karşılamak yönündeki bilinçli çabalarıyla, hastayla iletişimini artırır. Hastaların duygularını anlamaya yönelik bu amaçlı iletişim memnuniyeti artıracak gibi uyumun sürdürülmesine de yardımcı olur. Hasta ile vakit geçirmek, hastanın tedavi ile ilgili deneyimlerini dinlemek önemlidir. Bu etkileşim sayesinde hemşire, hastanın tedavisi konusunda olası problemlerini (ilaçların yan etkileri, kullanım zorlukları) önceden fark edebilir (13,28). Ancak hemşirelik uygulamasında tanımlanan problemi ele almayı kolaylaştıracak müdahale modellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşireler tarafından uygulanan bilişsel yaklaşım temel alınarak yapılandırılmış uygulamalar ile hastalık sürecinde yaşanan güçlüklerin ele alınması, baş etme becerilerinin öğretilmesi ve uygulanması, ilaç kullanımının sürdürülmesi ile ilgili konularda olumlu geri bildirimler alınabilmektedir (8,29). Bu tür yaklaşımlarla hastanın kendine güveninin arttığı, hastalığı ya da sorununu daha iyi kabullendiği, uyumunun desteklendiği ve bunun sonucunda hastanın yaşam kalitesinin olumlu yönde geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Bu bağlamda hastaların tedavileriyle ilgili yaşadıkları en önemli sorunlardan birisi olan tedaviye uyum konusunun hemşireler tarafından, farklı bir şekilde tanımlanması ve yapılandırılmış bir şekilde müdahale edilebilmesi önemli görünmektedir.

2.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Tedaviye Uyum

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı sıkıntı, kaygı ve endişenin yaşandığı, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorlandığı ve yaşanan kaygı ve endişe nedeniyle kişinin işlevselliğinin önemli derecede bozulduğu bir anksiyete bozukluğudur (30, 31). YAB en sık görülen anksiyete bozukluklarından ve yaşam boyu yaygınlık oranı genel popülasyonda yaklaşık olarak %5'dir. YAB'nun kadınlarda 2 kat fazla olduğu, boşananlarda ve işsizler arasında sık görüldüğü belirtilmektedir (6,18).

YAB'nun temel belirtisi kaygıdır. Kaygı, diğer anksiyete ve depresif bozukluklarda da görülen bir belirti olmakla beraber YAB için tanımlayıcı bir özelliktir. YAB'nda yaşanan kaygıyı patolojik kılan; kaygının içeriğinden çok aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanmasıdır. Ayrıca YAB hastalarının büyük bölümü, basit sorunlarda bile diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla oranlarda aşırı kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir (6, 32).

YAB'nun en önemli özelliklerinden birisi belirtilerin şiddetinin kişinin yaşamı boyunca dalgalanma göstermesidir. Bu nedenle de hastanın yaşam kalitesinde sürekli bir azalmaya yol açabilmektedir. Çalışmalarda YAB, yaşam kalitesinde bozulma, sağlık harcamasında artma ve azalmış üretkenlik ile yakından ilişkili gösterilmektedir (33,34). Hastalığın kronik yapısı nedeniyle hastalar genellikle yıllar boyunca sürdürüm tedavisine gereksinim duymaktadır. YAB tedavisi için hazırlanan rehber kitapçıklar farmakoterapinin, psikoterapinin ya da her ikisinin de kullanılmasını önermektedir. Tedavide, anksiyetenin, endişenin azaltılması ve kişinin anksiyeteye rağmen normal faaliyetlerini sürdürmesi hedeflenmektedir (3, 35). Anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen hastalar için farmakolojik tedavi tercih edilmektedir ve tedavi uzun vadeli olacağı için güvenli ve etkili ilaçların kullanılması önem kazanmaktadır. YAB tedavisinde benzodiazepinler, buspiron, beta blokerler ve antidepresanlar kullanılabilir. Özellikle benzodiazepinler ve buspiron tedavi etkinliği en yüksek ilaçlardır. Benzodiazepinler “tetikte olma” belirtisini azaltarak anksiyetenin azalmasını sağlamak ve kas gerginliği gibi bedensel belirtileri

ortadan kaldırmaktadır (36). Bununla birlikte, hastaların bir bölümü benzodiazepin tedavisinden yarar gördükleri için tedavi dozlarını diledikleri gibi artırma eğilimi taşıyabilmektedir. Bu nedenle benzodiazepin kullanan hastalar tedaviye uyumsuzluk ve bağımlılık konusunda risk altında olan hastalardır. Bir diğer tedavi seçeneği olan buspiron, bağımlılık riski taşımamakla birlikte etkisinin geç başlaması gibi bir dezavantaja sahiptir. Bu nedenle, hastaların ilacın etki gösterme süresi ve hastalık belirtilerinin geç ortadan kalkabileceği konusunda bilgilendirilmesi tedaviye uyumu açısından önemlidir (1, 37).

YAB için bir başka tedavi seçeneği olan antidepresanlarla tedavi son yıllarda özellikle tercih edilmektedir. Yapılan rastgele plasebo-kontrollü çalışmalarda trisiklik antidepresanlar (imipramin, klomipramin), seçici serotonin geri alım engelleyicileri (essitalopram, paroksetin, sertralin) ve serotonin-noradrenalin geri alım engelleyicilerinin (venlafaksin) YAB tedavisinde en az benzodiazepinler kadar etkili olduğu kanıtlanmıştır (38, 39, 40). YAB tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlar da önerilmektedir. Özellikle iki yaklaşımın birlikte kullanıldığı birleşik modeller tercih edilmektedir. Psikoterapötik yaklaşımlar içinde en sık kullanılan ise bilişsel yaklaşımdır. Son yıllarda, anksiyete bozukluklarının tedavisinde, psikofarmakolojik tedavilerle birlikte veya tek başına bilişsel davranışçı terapilerin faydalı olduğunu gösteren yayınların sayısı artmaktadır. Bilişsel yaklaşım, bilişsel bozuklukların yarattığı endişeleri daha gerçekçi olarak görmeyi sağlamakta ve bu şekilde daha iyi planlama yapılarak anksiyeteyi kontrol etmenin yollarını göstermektedir (35). Ayrıca, bilişsel davranışçı tekniklerin uygulamasının pratik olmasının yanında kısa ve uzun dönemde etkili olduğuna dair kanıtların olduğu da belirtilmektedir (41).

2.4. Bilişsel Yaklaşım ve Tedaviye Uyum

2.4.1. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel davranışçı yaklaşım 1950'li yıllarda ilgi çekmeye başlamış, kurama ait eksiklikleri gidermeye dönük çalışmaların da katkısıyla son 20 yılda sıklıkla kullanılır olmuştur. Bilişsel tedavi literatürüne Ellis ve Beck'in çalışmaları

önemli katkı sağlamıştır. Beck ve Ellis birbirlerinden bağımsız olarak çalışmalarını yürütmüşler ancak bilişsel yaklaşımın doğuşuna birlikte zemin hazırlamışlardır. Beck'in Bilişsel Terapi kuramı ve Ellis'in Akılcı Duygusal Terapi Kuramı arasında benzerlikler dikkati çekmektedir. Beck, tıpkı Ellis gibi çalışmalarına psikanalitik yaklaşımla başlamış, bu terapinin yetersizliğinden yola çıkarak kendi yaklaşımını geliştirmiştir. Her iki kuramcı da düşünce duygu davranış üçlüsünün etkileşimini yorumlamış, rahatsız edici duygu ve davranışların nedeninin dış olaylar değil, kişinin bu olaylarla ilgili geliştirdiği düşünceleri olduğunu belirtmişlerdir (42).

Bilişsel yaklaşım, kişinin olayları nasıl yorumladığı ve anlamlandığı üzerinde durur. Kişinin yaşadığı sorunlarla ilgili ne tür işlevsel olmayan düşünceleri ve inançları olduğu, bu düşünce ve inançlara ilişkin tepkileri, kendini, diğer insanları, dünyayı ve geleceği nasıl gördüğü belirlenmekte ve bu konuda bireyin farkındalık geliştirmesi ve sorumluluk üstlenmesi sağlanmaktadır (7).

Bilişsel yaklaşımı diğer yaklaşımlardan ayıran en önemli fark, uyarıcı ile tepki arasına giren zihinsel süreçlere yapılan vurgulamadan kaynaklanmaktadır. Bu kuramın önde gelen savunucularından Lazarus'a (43) göre bireyin herhangi bir uyarıcıya ya da duruma ilişkin algıları ve yüklediği anlam, düşüncelerin temelini oluşturmaktadır. Bireyin kişisel durumuna bağlı olarak iç ve dış kaynaklardan gelen bilgileri algılayıp değerlendirmesi sonucu yaşantılar oluşmaktadır. Bilişsel yaklaşımın içerdiği varsayımlar şöyle özetlenebilir (29);

1-Duygular doğrudan olaylardan kaynaklanmaz, olayların değerlendirmesini içeren düşüncelerden ortaya çıkar.

2-Inançlar, tutumlar ve olayları işleme stilleri gibi daha önceden var olan bilişsel yapılar ve süreçler değerlendirmeyi etkiler.

2.4.2. Bilişsel Yaklaşımın Temel Kavramları

Bilişsel yaklaşım modelinin üstünde durduğu üç temel bilişsel yapı bulunmaktadır. Bunlar, otomatik düşünceler (automatic thoughts), ara inançlar (intermediate beliefs) ve temel inançlardır (core beliefs). Beck (44) modeli bu üç yapı ile açıklamaktadır.

2.4.2.1. Otomatik Düşünceler

Beck, hastanın sorununu ve bilişsel yapılarını anlama bağlamında hastanın otomatik düşüncelerinin çok zengin bir içeriğe sahip olduğunu ifade etmektedir. Bilişsel modele göre bireyin bir olaya ilişkin anlık, önceden düşünülmemiş yorumları otomatik düşünce olarak tanımlanmaktadır. Çünkü otomatik düşünceler son derece doğal olarak ve müdahaleye uğramadan gelişir ve bireyin olaya dair duygusunu ve tepkisini şekillendirir. Otomatik düşünceler yalnızca psikolojik sorun yaşayan bireylere özgü değildir. Hemen her bireyin her an otomatik düşünceleri olabilir. Bireyin olaya ilişkin otomatik düşüncelerinin ortaya çıkarılması, verdiği tepkinin anlaşılmasını da kolaylaştırır.

İşlevsel olmayan otomatik düşüncelerin bazı özellikleri bulunmaktadır (44). Bunlardan biri otomatik düşüncelerin oldukça özgül ve ayrı olması, diğeri ise son derece otonom bir yapıya sahip olmasıdır. Çoğu zaman birey otomatik düşünceleri harekete geçirmek için bir çaba harcamaz, sanki bir refleks gibidir. Bazı ağır ruhsal durumlarda akıp giden otomatik düşünceleri durdurmak son derece güçtür. Bir diğer özellik otomatik düşüncelerin her ne kadar diğer kişilerce anlamsız, mantıksız bulunsa da, bireye oldukça gerçek anlamlı görünmesidir. Birey bu düşüncelerinin geçerliğini test etme ihtiyacı bile duymaz. Otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasında bilinçli bir çaba ya da niyet yoktur. Kişiler çoğunlukla otomatik düşüncelerin değil, bunlarla ilişkili duyguların farkındadırlar, ancak eğitimle bu düşüncelerin de farkına varılması öğretilir. Bu düşünceler, içeriğinin ve anlamının ne olduğuna bağlı olarak belirli duygularla ilişkilidirler. Genellikle çok kısa, gelip geçici, seri ve örtüktürler ve sözcükler ya da imajlar şeklinde oluşurlar. Otomatik düşüncelerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve onlarla işlevsel bir şekilde yüzleşilmesi, genellikle duygularda olumlu bir değişmeye yol açar (42).

2.4.2.2. Ara İnançlar

Otomatik düşüncelerde ifade bulan, ancak değişmeye daha dirençli olan bilişsel yapılar ara inançlardır. Bireyin kendisinin ve diğer insanların davranışları, başlarına gelen şeyler ve yaşantıyla ilgili kalıcı hale gelmiş kuralları ve

beklentileri ara inançlar olarak tanımlanmaktadır. Ara inançlar daha çok bireyin dünyaya, kendisine, diğerlerine dair genel varsayımlarından, kurallarından oluşmaktadır. Çoğu zaman koşul cümleleri ile ifade edilir (44). Ör. “Eğer kendimi açarsam, insanlar bunu aleyhime kullanır” ya da “Ancak yetersiz insanlar hata yapar” gibi.

2.4.2.3. Temel İnançlar

Ara inançların temelinde de bireyin kendisi hakkında önemli düşüncelerini içeren temel inançlar yer almaktadır. Temel inançlar çocukluk döneminde bireyin anne-babası ile olan ilişkileri ve karşılaştıkları önemli olaylar tarafından şekillenir. Birçok birey yaşamının büyük bir bölümünde olumlu temel inançlara sahiptir. Olumsuz temel inançlar psikolojik zorlanma yaşanan durumlarda su yüzüne çıkar. Birey kendisi yanında, dünyaya ve diğer insanlara dair de temel inançlar geliştirir. Olumsuz temel inançlar çoğunlukla geneldir, aşırı genellemelerden oluşur ve kesinlik içerirler. Bir temel inanç aktif hale geldiğinde, birey bu inancını destekleyecek süreci çok çabuk harekete geçirebilirken, inanca karşıt olan bilgiyi görme konusunda başarısızdır veya bu karşıt bilgiyi çarpıtarak alma eğilimdedir. Otomatik düşüncelerin aksine, birey gerçek olarak gördüğü bu inançlarının çoğu zaman farkına varamaz. Ancak terapistin yardımı ile birçok davranışının altında yatan temel inançlarını ve işlevlerini fark edebilir (42).

2.4.3. Bilişsel Yaklaşımda Görüşme Sürecinin Özellikleri

Beck’in modelinden türetilen bilişsel yaklaşımda iyileşme süreci, belirli bir bozukluğun bilişsel olarak formüle edilmesine ve bu formülasyonun bir birey olarak o hastanın anlaşılması amacıyla kullanılmasına dayalıdır. Danışman bilişsel değişim oluşturmaya yani hastanın düşünce ve inançlarında bir değişme sağlamaya çalışır. Bilişsel yaklaşımın başlıca amaçları şunlardır (45)

- Hastanın olumsuz otomatik düşüncelerini değiştirmek
- Hastanın biliş, duygulanım ve davranış arasındaki bağlantıları tanımasını sağlamak
- Hastanın çarpıtılmış otomatik düşüncelerine karşı yeni seçenekler bulmasını sağlamak

- Hastanın yaşantılarını çarpıtmasına neden olan yanlış inançları tanımasını ve değiştirmesini sağlamak.

Bu modelin en önemli özelliği, hastalara otomatik düşüncelerini fark etmelerini öğretmek ve bu otomatik düşüncelerini bir gerçek olmaktan çok, test edilebilir birer varsayım gibi görmelerini sağlamaktır. Hastalara otomatik düşüncelerini nasıl sorgulayabilecekleri ve otomatik düşüncelerin nasıl onların aleyhine işlediğini görmelerine yardım edilmektedir. Ayrıca, işlevsel olmayan bu otomatik düşüncelerin yerine kendisini daha iyi hissetmesine neden olabilecek, daha işlevsel, alternatif inançlar geliştirmesi konusunda yardım edilmektedir.

2.4.4. Bilişsel Yaklaşımda Görüşme Basamakları

Bilişsel model temel alınarak yapılan bir görüşmede, danışmanın temel hedefi görüşme sürecini kendisi ve hasta için anlaşılır kılmak ve görüşmeyi en etkili şekilde gerçekleştirmektir. Bu amaçla standart bir yapının sağlanması gerekmektedir. Görüşmelerin yapılandırılmış olması danışmanın kontrolünü sağlarken hasta için de nasıl bir yol izleneceğinin bilinmesi rahatlama sağlamaktadır (46).

Bilişsel yaklaşıma göre görüşmeler belirli bir yapı ile sürdürülür. İlk görüşme başlangıç olmasından dolayı işbirliği ve güvenin oluşturulması, bilişsel modelin tanıtılması ve beklentilerin netleştirilmesinin hedeflendiği basamakları içermektedir (42,45).

İlk görüşmenin aşamaları

1. Gündem oluşturma-gündem oluşturma mantığının anlatılması
2. Uygulanacak ölçeklerin konuşulması
3. Başvuruya neden olan sorunun kısaca tekrar gözden geçirilmesi
4. Sorunların tanımlanması ve amaçların konulması
5. Hastanın bilişsel modelle ilgili eğitilmesi
6. Danışmanlık beklentilerinin öğrenilmesi
7. Hastanın rahatsızlığıyla ilgili eğitilmesi
8. Ev ödevi verilmesi
9. Özetleme

10. Geribildirim

Diğer Görüşmelerin Aşamaları

1. Duygu durum kontrolü
2. Önceki seanslarla köprü kurma
3. Gündem belirleme
4. Ödev kontrolü
5. Gündem maddelerinin ele alınması
6. Ev ödevi verilmesi
7. Özetleme
8. Geribildirim

2.4.5. Bilişsel Yaklaşımda Kullanılan Temel Terapötik Teknikler

Bilişsel modelde kullanılan terapötik teknikler, hastanın işlevsel olmayan, çarpıtılmış inançlarının ortaya çıkarılması ve bunların daha gerçekçi ve işlevsel olanlarla değiştirilmesi amacı ile kullanılır (48).

Bu tekniklerin başlıcaları, genel sorunu küçük parçalara ayırma, sorunu çözmeye engel olan düşünce ve inançları saptama, otomatik düşünceleri saptama, yönlendirilmiş keşifle anlamlara ulaşma, altta yatan sayıltı ve inançlara ulaşma, işe yaramayan düşünce ve inançları yeniden yapılandırmadır. Tüm bu bilişsel teknikler, bireyin şiddetli biçimde inandığı inançlarını saptamasına, daha sonra bunları inceleyerek soru sormasına ve sonrasında da bu düşüncelerin daha işlevsel olanlarla değiştirilmesine ilişkin danışmanlar tarafından kullanılan araçlardır.

2.4.5.1. Otomatik düşüncelerle ilgili temel teknikler

Bilişsel tekniklerde ilk öncelik değişime en açık katman olan otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşünceler uygun teknik kullanıldığında birkaç görüşmede değişebilir, ancak altta yatan ara inanç ya da temel inancın değişmesi çok daha uzun sürer.

2.4.5.1.1 Otomatik düşüncelerin hastaya anlatılması

Otomatik düşünce kavramını hastaya açıklamak için yine onun yaşadığı bir sorun üzerinden gitmek gerekir. Böylece üzerinde çalışılacak düşünceler hakkında hastanın bir fikir sahibi olması sağlanmış olur. Hastaya, “..korktuğunuz/üzüldüğünüz:/kızdığınız vb. anlarda zihninizi okuyabilsek göreceğimiz şeyler” gibi otomatik düşüncenin doğrudan tanımı yapılabilir ya da görüşme sırasında hastaya otomatik düşüncelerinin ortaya çıkmasına yol açabilecek sorular sorarak, sonrasında “..işte bu tür düşüncelere otomatik düşünce diyoruz” şeklinde tanımlama da yapılabilir.

2.4.5.1.2 Otomatik düşüncelerin saptanması

Otomatik düşünceleri belirlemek öğrenilebilen bir beceridir ve pratik yapmayı gerektirir. Bazı bireyler bunu kolayca yapabilirler ancak bazıları için daha fazla yönlendirme ve pratik yapma gerekebilir. Otomatik düşünceleri belirlemek için kullanılan bazı yöntemler şunlardır:

2.4.5.1.2.1 Doğrudan Sorular

“Bu durumu ya da olayı yaşarken en yoğun biçimde sıkıntı duyduğunuz anda aklınızdan ne geçiyordu, kendi kendinize neler söylüyordunuz, o anda zihninizde canlanan herhangi bir hayal var mıydı? O anda zihninizi okuma şansımız olsaydı neler görürdük?” gibi doğrudan sorular yöneltilebilir. Ana soru “O anda aklınızdan ne geçiyordu?” sorusudur.

2.4.5.1.2.2 Yönlendirilmiş keşif veya tümevarım

Otomatik düşünceleri hatırlamakta zorlanan hastalar için kullanılabilecek bir yöntemdir. Hasta ile sıkıntı yaşadığı durumu ele alarak duygu durumunda değişikliğin ortaya çıktığı anı yakalamak, daha sonra eşlik eden etkenleri gündeme getirerek düşünceyi keşfetmektir.

2.4.5.1.2.3 En kötü senaryo tekniği

Kişi belli bir durumla ilişkili otomatik düşüncelerini yakalayamıyorsa içinde bulunduğu durum, ortam ya da kendi yaşadıkları sıralanıp “Bu durumda olabilecek en kötü şey ne?” sorusunu sorarak hastanın otomatik düşüncesini yakalamaktır.

2.4.5.1.2.4 Hayal kurma

Yine hasta otomatik düşüncelerini bulmakta zorlanıyorsa o olayı veya durumu zihninizde canlandırıp tekrar yaşamaya ve o an aklından geçenleri yakalamaya çalışması istenebilir.

2.4.5.1.2.5 Olayların anlamını sorma

Yaşadığı durumla ilgili olarak *“Bu durum sana ne ifade ediyor?”* ya da *“Bu olayın senin için anlamı ne?”* gibi sorular sorularak otomatik düşünce saptanmaya çalışılır.

2.4.5.1.2.6 Otomatik düşünce kaydı tutulması

Otomatik düşüncelerin ne olduğunun hastaya açıklanmasından sonra **“Otomatik Düşünce Kayıt Formu”** nun hastaya verilerek, bir sonraki görüşmeye kadar olan zamanda duygulanımında bir değişme fark ettiğinde ilk fırsat bulduğunda o anki olayları ve düşüncesini kaydetmesi istenir.

2.4.5.1.3 Otomatik düşüncelerin sorgulanması

Hasta olumsuz düşünceleri saptamayı öğrendikten sonra ikinci adım, bulunan bu düşünceyi incelemektir. Burada amaç, düşüncenin, içinde bulunduğu durum, ortam, yaşadığı olay ile ilgili olarak gerçeğe ne kadar uyduğunun incelenmesidir. Bu inceleme, otomatik düşüncenin doğru ya da yanlış olduğunun belirlenmesi değil; gerçekliğe ne kadar uygun olduğunun ya da ne kadar uygun olmadığını belirlenmesidir. Hastada otomatik düşünce ile ilgili bir şüphe uyandırmak hastanın buna inanma derecesini azaltarak buna bağlı yaşanan duygusal sıkıntının da azalmasını sağlayacaktır.

Otomatik düşünceleri sorgulama (inceleme) etkinliğinin sürekli yapılmasıyla hedeflenen, hastanın farkındalığının giderek artması, duygulanımın değişmesiyle olumsuz otomatik düşünce sıklığının azalması ve/veya ortaya çıktığı anda yerine alternatiflerinin akla gelmesidir. Otomatik düşünceleri sorgulamak için kullanılan bazı yöntemler şunlardır:

2.4.5.1.3.1 Kanıt inceleme Tekniği

Otomatik düşüncenin doğru olduğunu kabul etmek yerine bunu destekleyen ya da desteklemeyen kanıtların incelenmesine dayanır. *“Bu*

düşünceyi destekleyen kanıtlar neler?”, “Bu düşüncenin pek de geçerli olmayabileceğine ilişkin karşı kanıtlar yok mu?”, “Bu düşüncenin tamamıyla doğru olmadığını gösteren yaşantılarım oldu mu?”, “Bu durumun başka bir açıklaması olamaz mı?” gibi sorularla hastanın otomatik düşüncesi sorgulanır.

2.4.5.1.3.2 Çifte Standart Tekniği

Bu teknik, hastaya bir arkadaşının başına aynı durum gelse ve kendisi gibi düşünse ona ne derdi, sorusunu içerir. Bu soru, kişinin duygusal yoğunluğu nedeniyle tam olarak değerlendiremediği gerçekliği fark etmesini sağlar. Bu şekilde doğrudan sorulacağı gibi, başkasının başına gelmiş bir senaryoymuş gibi de sorulabilir.

2.4.5.1.3.3 Alternatif Açıklamalar Bulma Tekniği

Hastaya *“Bu durum başka ne anlama gelebilir, başka nasıl yorumlanabilir?”* sorusu sorulur. Bir başka biçimde de aynı olayı yaşayan ama hastanın verdiği tepkileri vermeyen birisi olsa acaba bu durumu nasıl anlar ve yorumlardı şeklinde düşünmesi sağlanır. Bu tekniğin amacı hastaya yaşadığı durumun başka bir şekilde de açıklaması olabileceğini göstermektir.

2.4.6. Tedaviye Uyum ve Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Bilişsel yaklaşım, anlama ve içgörü geliştirmenin yalnız başına yeterli olmadığını varsaydığından, kalıcı değişim için etkili yöntemler ve çeşitli uygulamalar önermektedir. Görüşmelerde bireyin kendisini nasıl hissettiği, kendini gözlemesi, farklı davranışlar denemesi, günden güne pratik yapması ve yeni fikirlerini uygulamaya koyması için bireye aktif bir rol verir.

Meriç (27) çalışmasında, tedavileri hakkında yeterince bilgiye sahip olmalarına ve tedaviye uyumun önemini bilmelerine rağmen; hastaların tedavi dozunu değiştirme ve tedavilerini yarıda bırakma gibi tedaviye uyum sorunu yaşadıklarını göstermiştir. Dolayısıyla hastanın tedaviye uyum ya da uyumsuzluk davranışını, bilgi düzeyinden çok tedaviyi algılayışı, zihinsel olarak yapılandırışı ve anlamlandırmasının belirlediği düşünülebilir. Tedaviye uyumun

geliştirilebilmesi için hastaların bu konudaki algı/inanç ve düşüncelerinin bilinmesi gerekli ve önemli görünmektedir. Bu noktada; kişinin olayları yorumlayış ya da anlamlandırışının o olaya göstereceği tepkiyi belirleyeceği görüşünü savunan bilişsel model ile tedaviyle ilgili bireysel algılayışın açıklanabileceği düşünülmektedir. Tedaviyle ilgili olarak bireyin sahip olduğu işlevsel olmayan düşünceler kişinin uyumunu bozarak hastalığın ve tedavinin seyrini olumsuz etkileyebilir (48).

Bilişsel yaklaşım kullanılarak bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırıldığı ve olumsuz davranışların değiştirildiği belirtilmektedir. Örneğin, sağlık davranışını değiştirmeye ilgili olarak ileri sürülen modellerden birisi olan “Sağlık İnanç Modeli” bilişsel davranışçı yaklaşımlardan yola çıkılarak geliştirilmiştir. Bilişsel yaklaşımda olduğu gibi Sağlık İnanç Modeli’ne göre de davranışlar ile bilişsel durum arasında yakın bir ilişki vardır. Bu yaklaşımda bireylerin olumsuz sağlık davranışlarıyla ilgili riskli durumları algılamasının ve değişimin yararlarıyla ilgili inançlarının geliştirilmesinin davranış değişikliğine yol açtığı belirtilmektedir. Bu yaklaşımda temel amaç, bireyin sağlıkla ilgili inanç ve davranışlarının nedenlerinin araştırılması, davranış değişikliği için motive edilip niyetlendirilmesi ve olumlu sağlık davranışının geliştirilmesidir (49,50).

Tedaviye uyumsuzluk konusunda bilişsel yaklaşım temel alındığında; bireyin kendi sağlığı ile ilgili olarak nasıl davrandığı ve tedaviye neden uyum gösterdiği ya da göstermediğinin anlaşılması kolaylaşır. Temel olarak bir tedavi programının sürdürülmesi öncelikle hastanın bu tedavinin sorumluluğunu almasına bağlıdır. Bu sorumluluğu almak için de hastanın tedavi ile ilgili inanç ve düşüncelerinin farkında olması gerekir. Ancak bu sayede hasta, tedavi ile ilgili olumsuz inanç ve düşüncelerini değiştirme çabasında bulunur ki bu değişimi sağlamak da bilişsel modelin ana hedefidir.

Bilişsel yaklaşıma göre, belli bir davranış veya inancın sürdürülmesinde avantaj ve dezavantajları değerlendirebilmek, olumlu ve olumsuz sonuçları kavrayabilmek, hastaların düşünce ve inanışları ile ilgili denge kazanabilmeleri ve yeni bakış açıları geliştirmeleri konusunda yardımcı olabilir. Hastaların

tedavileri konusunda, öncelikle gerçekçi olmayan ya da birey için sorun olan düşüncelerin tanımlanmasıyla o düşüncenin kendisi ve davranışları üzerindeki etkisi hastaya gösterilebilir. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, bilişsel yaklaşım tekniklerini kullanabilir. Ayrıca, işlevsel olmayan bu düşüncelerin, nasıl sorun yaratabileceğini görmesinde hastaya yardım edebilir (51,52).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olan kadın hastalara uygulanacak olan bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın, hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisini belirlemeyi amaçlayan kontrol gruplu, ön-test ve son-test ile izleme ölçümlü müdahale tipi (yarı deneysel) bir araştırma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Poliklinik hizmeti her gün bir uzman ve 2 uzmanlık öğrencisi tarafından yürütülmektedir. Poliklinikte bir hemşire çalışmakta olup; kayıt kabul işlemlerinin sürdürülmesinden ve tıbbi tedavinin uygulanmasından sorumludur. Polikliniğe hasta başvurusu randevu alarak ya da doğrudan başvuru şeklinde yapılmaktadır. Poliklinik içinde yer alan Anksiyete polikliniği haftada bir gün hizmet vermekte olup, bu poliklinikte ayda 10-15 hasta muayene edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2009-Mart 2010 tarihleri arasında GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine YAB tanısı nedeniyle başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; bu tarihler arasında GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran YAB tanısı konulmuş, 19- 60 yaş arasında olan, kronik tek bir psikiyatrik bozukluğa sahip, en az 3 aydır bu tanı nedeniyle ilaç tedavisi alan kadın ve çalışmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırmada, YAB'na eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı olan, ilaç tedavisine yeni başlamış olan, erkek ve çalışmaya katılmaya istekli olmayan hastalar araştırma kapsamı dışında bırakılmışlardır.

Araştırma örneklem kriterine uyan hastalardan, 20 kişi çalışma grubu ve 20 kişi kontrol grubunda olmak üzere 40 hasta ile araştırma yürütülmüştür. Araştırma örneklemine alınan hastalardan görüşmelere gelebilecek hastalar

Çalışma grubuna, görüşmelere düzenli bir şekilde gelemeyecek durumda olan ancak çalışma için istekli hastalar kontrol grubuna alınmıştır. Çalışma grubu ile bilişsel modele dayalı görüşmeler yapılmış, kontrol grubu ile bu görüşmeler yapılmamıştır. Kontrol grubu hastalarına araştırmacının telefonu verilerek tedavileri ile ilgili soruları olduğunda araştırmacıyı arayabilecekleri söylenmiştir.

Araştırmada, alışma grubuna katılmayı 22 hasta kabul etmiştir. Ancak 2 hasta görüşmelere düzenli gelemediğinden dolayı araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmada, rneklem kriterleri belirlenirken, hastaların en az 3 aydır YAB tanısı nedeniyle ilaç tedavisi alıyor olmaları önemsenmiştir. Bu üç ay kriterini belirlemede; bu süre içinde ilaca yanıtın oluşması, hastalık belirtileri ile anksiyetenin yatışmış olması ve hastaların farkındalıklarının artmaya başlıyor olması etkili olmuştur.

Araştırmanın n uygulaması sırasında anksiyete polikliniğine başvuran hastaların çoğunlukla bayan hastalar olduğu gözlenmesi ve bu nedenle çalışma ve kontrol grubunda kadın ve erkek hasta oranlarının eşitlenememesi durumunda homojenliğin sağlanamaması ve ölçümlerin etkilenebileceği öngörülerek örneklem grubu kadın hastalar olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel bilgi formu (Bkz. Ek 1)

Kişisel bilgi formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, aldığı tedavi, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, daha önce tedavisini bırakıp bırakmadığı, bıraktıysa nedenlerini içeren 16 sorudan oluşmuştur.

3.4.2. Otomatik Düşünceler lği (Bkz. Ek 2)

Hollan ve Kendall'ın geliştirdiği “Otomatik Düşünceler lği (OD)” kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerin sıklığını ölçmeyi amaçlamaktadır. 1-5 arasında puanlanan ve 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 30-150 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanların ykseklėi, bireyin olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklıkla ortaya

çıkıldığını gösterir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aydın ve Aydın (53) ve Şahin ve Şahin (54) tarafından gerçekleştirilmiştir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı Şahin tarafından 0.93 olarak bulunmuştur .

3.4.3. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği (Bkz. Ek 3)

Sherer ve ark. tarafından 1982 yılında davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçekteki sorular; davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele olmak üzere dört alan üzerine odaklanmıştır. Ölçek 23 maddeden oluşan 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Her madde için “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtı için 1, “Beni biraz tanımlıyor” yanıtı için 2, “Kararsızım” yanıtı için 3, “Beni iyi tanımlıyor” yanıtı için 4, “Beni çok iyi tanımlıyor” yanıtı için 5 puan verilir. 2-4-6-7-10-11-12-14-16-17-18-20 ve 22. maddeler ters yönde puanlanır. Böylece her birey en düşük 23 ve en yüksek 115 puan alabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği genel özetkililik - yeterlilik algısının yüksek, toplam puanının düşüklüğü ise öz etkililik-yeterlilik algısının düşük seviyede olduğuna işaret etmektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Gözümlü ve Aksayan (55) tarafından 1999 yılında yapılmış ve ölçeğin tüm ifadelerinin dâhil edildiği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak saptanmıştır.

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği (Bkz. Ek 4)

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılan bir ölçek türüdür. 21 maddeden oluşup 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Her madde için “Hiç”, “Hafif derecede” ve “Ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Puan aralığı 0-63 tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (56) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır.

3.4.5. Tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği (Bkz. Ek 5)

Araştırma kapsamında öncelikli olarak hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerini belirlemeye yönelik olarak envanter geliştirilmesi planlanmıştır. Bu amaçla, literatür taraması ve hastalarla yapılan bireysel görüşmeler ile otomatik düşünce olabilecek maddeler sıralanmış, 27 madde ve beşli likert tipinde olacak şekilde ölçeğe son şekli verilmiştir. Her bir madde karşısına “Hiç aklımdan geçmez” 1, “Nadiren aklımdan geçer” 2 , “Ara sıra aklımdan geçer” 3, “Sık sık aklımdan geçer” 4, “Her zaman aklımdan geçer” 5, şeklinde puanlanan beş seçenek konulmuştur. Puan aralığı 27-135’dir. Puanlarda yükselme, bireyin tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerinin sıklığının arttığını göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması araştırmacı tarafından yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Ek-8’de gösterilmiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu’ nun 02 Haziran 2009 gün 132 sayılı etik kurul onayının alınmasını takiben araştırma yapılmaya başlanmıştır. Örneklem grubu oluşturulmadan önce 3 hasta ile, yapılması öngörülen görüşmeler yapılmış ve ölçüm araçları uygulanmıştır. Bu ön uygulama sonrasında polikliniğe başvuran hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla çalışmaya başlanmıştır. Kontrol ve çalışma gruplarına hasta alma işlemi aynı anda yapılmış olup görüşmelere gelemeyeceğini söyleyen ama çalışma için ölçümleri yapabileceğini belirten hastalar kontrol grubuna alınmıştır. Hem çalışma grubunda olan hem de kontrol grubunda olan hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak yazılı onamları alınmıştır.

Araştırma süresince çalışma grubunda olan hastalarla bilişsel yaklaşıma dayalı basamakları içeren 6 görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede, son görüşmede ve son görüşmeden bir ay sonra yapılan izlem görüşmesinde ölçümler yapılmıştır. Çalışmanın akış planı Şekil 3.1’ de gösterilmiştir. Araştırmada tüm ölçekler araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur. Hastaların ölçeklerde anlamadıkları bölümler olduğunda gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Araştırmacı bu tez çalışması öncesinde, Doç.Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'ın yönetiminde "Kognitif Terapi Kuram ve Uygulama Eğitim Programı"na katılmış ve kursu başarı ile tamamlayarak "bilişsel terapi sertifikasyon belgesini" almıştır.

3.5.1. Çalışma grubu ile yürütülen görüşmeler

Görüşmelerin formatı aşağıda belirtilen şekilde oluşturulmuştur. Görüşmelerin ana yapısı çalışma grubunda her bir hasta için aynı şekilde uygulanmıştır. Ancak, otomatik düşüncelerin öğretilmesi konusunda; hastanın alışmasının daha kolay olması için öncelikle kendi günlük yaşantılardan yola çıkılarak örnekler üzerinde çalışılmıştır. Daha sonrasında hastanın konuyu anladığına karar verildiğinde çalışmanın hedefi olan, tedavi hakkında düşünceleri üzerine yoğunlaşılmıştır. Bu durumda hastalardan farklı yaşantı örnekleri gelmekle birlikte, ana çalışma konusu otomatik düşünceler olduğundan görüşme süreci değişmemiştir. Hastalarla görüşmeler poliklinik ortamında ayrı bir görüşme odasına yürütülmüş olup, her bir görüşme yaklaşık 45-50 dakika srmştir. Görüşme sıklığı, aralıkları 10 günü geçmeyecek şekilde ve en az 2 gün aralıktaki olacak şekilde, hastanın uygun olduğu zamana göre planlanmıştır. Bu yüzden herbir görüşme arası 2-10 gün arasında değişmektedir.

Görüşme 1

Ana Hedef: Hastanın bilişsel modeli tanınması ve veri toplama formlarının uygulanması

İşlemler

1. Gündem oluşturma ve gündem belirlemenin neden gerekli olduğunun anlatılması
2. Sorunun tanımlanması ve görüşmenin amacının açıklanması, hastanın beklentilerinin öğrenilmesi
3. Hastanın bilişsel model hakkında bilgilendirilmesi
4. Ev devi verilmesi

Ödevler

- Hastayla birlikte belirlenen amaç listesinin evde hasta tarafından tekrar gözden geçirilmesi detaylandırılması ve alt amaçlara bölünerek haftaya getirme
- Bir sonraki görüşmenin gündem konusun ne olabileceğini düşünme
- Bir sonraki görüşmeye kadar geçen zaman içinde ilaç kullanma durumunu not etme

5. Özetleme

6. Geribildirim

İlk görüşmede hastanın bilişsel modeli tanınması ve veri toplama formlarının uygulanması amaçlanmıştır. Hastalara, çalışmanın amacı tekrar hatırlatıldıktan sonra kendileriyle haftada en az bir olmak üzere 5 görüşme ve son görüşmeden de 1 ay sonra tekrar bir izlem görüşmesi yapılacağı açıklanmıştır. Hasta ile birlikte her bir görüşmenin sonunda bir sonraki hafta için görüşme planı yapılarak uygun tarih belirlenmiştir. Veri toplama araçları (Bkz. Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5) ilk görüşmede uygulanmış ve bu formların hasta ile planlanan son görüşmede ve bundan 1 ay sonra yapılacak olan izlem görüşmesinde tekrar uygulanacağı açıklanmıştır. Görüşmenin sonunda hastaya ev ödevi verilerek, gündem özetlenmiş ve hastadan geribildirim alınarak görüşme sonlandırılmıştır.

Görüşme 2

Bu görüşmenin amacı hastanın otomatik düşüncenin ne olduğunu öğrenmesi ve otomatik düşüncelerini fark etmesini sağlamaktır.

Hastaların otomatik düşünceleri, uygun olan yöntem ya da yöntemler kullanılarak ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Hastalara öncelikli olarak “Otomatik düşünce kaydı tutulması” konusunda bilgi verilmiş olup, üç sütundan oluşan “Otomatik düşünce kayıt formu-1”nu nasıl dolduracakları öğretilmiştir (Bkz. Ek 6). Bu üç sütun; duygu değişimi yaratan olay/durum, o esnada oluşan duygu ve son olarak da o sırada aklından geçen düşünceden oluşmaktadır. Otomatik düşüncenin bulunması için hastanın kendisine “*o anda aklımdan ne geçiyordu?*”

sorusunu sorması istenmiştir. Görüşme sırasında aşağıda sıralanmış işlemler doğrultusunda görüşme yürütülmüştür:

Ana Hedef: Otomatik düşüncelerin tanımlanması

Otomatik düşünceleri fark etme

İşlemler

1. Bir önceki görüşmenin kısaca gözden geçirilmesi ve duygudurum kontrolü
2. Bir önceki görüşme ile bağlantı kurma
3. Ödev kontrolü
4. Gündem belirleme ve gündem maddelerini tartışma

4.1. Otomatik düşünce kavramını hastaya açıklama

- Otomatik düşünceleri saptamaya başlamadan önce otomatik düşünce kavramı hastaya açıklanır.
- *Bu, “..korktuğunuz / üzüldüğünüz / kızdığınız vb. anlarda zihninizi okuyabilsek göreceğimiz şeyler”* gibi doğrudan tanımlı yapılabilir.
- Görüşme sırasında hastaya otomatik düşüncelerinin ortaya çıkmasına yol açabilecek sorular sorarak, sonrasında *“..işte bu tür düşüncelere otomatik düşünce diyoruz”* gibi şeklinde de tanımlanabilir.

4.2. Otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılması

- Doğrudan Sorular
- Yönlendirilmiş keşif veya tümevarım
- Seans esnasında güçlü duyguların çıktığı anların kullanımı
- Hayal kurma
- Rol oynama
- Olayların anlamını sorma
- Davranış deneyi eşliğinde düşüncelerin kaydedilmesi
- Otomatik düşünce kaydı tutulması

5. Ödev verilmesi

Ödevler

- İlaç kullanmayı istemediğinde kendine *“şu anda aklımdan ne geçiyor?”* diye sorma ve bu düşüncayı not etme

- Otomatik düşünceleri inceleme formunu doldurma (ilk üç sütun)
 - Bir sonraki görüşmenin gündem konusun ne olabileceğini düşünme
- Bir sonraki görüşmeye kadar geçen zaman içinde ilaç kullanma durumunu not etme
6. Görüşmenin özetlenmesi
 7. Hastadan geribildirim alma

Görüşme 3

Bu görüşmenin amacı “Otomatik düşünceleri fark etme” çalışmasına devam etmek, bu farkındalığın olduğu görülen hastalarda “Otomatik düşünceleri değiştirme” (Alternatif düşünce koyma) çalışmasına başlamaktır. Görüşme aşağıda gösterildiği gibi yürütülür.

Bu görüşme sırasında, ev ödevi kontrolü ve konuşmalar sırasında hastanın otomatik düşüncelerini rahatlıkla fark ettiği görülürse, bir sonraki aşama olan “Alternatif düşünce koyma” çalışmasına geçilir. Ancak hasta otomatik düşüncelerini bulmakta halen zorlanıyorsa bu konu üzerinde tekrar çalışılır ve verilen ev ödevi bu doğrultuda olur. “Alternatif düşünce koyma” çalışması için ise hastaya “Otomatik düşünce kayıt formu-2” üzerinde çalışılır (Bkz. Ek 7). “Otomatik düşünce kayıt formu-2”, daha önceki görüşmelerde kullanılan “Otomatik düşünce kayıt formu-1” e ek olarak üç sütun daha eklenerek kullanılmıştır. Bu eklenen diğer sütunlar otomatik düşüncelere karşı kanıtlar, gerçeğe yakın/dengelenmiş düşünceler ve sonrasında oluşan yeni duygu’dan oluşur. Hastadan otomatik düşüncesi ve bulduğu karşı kanıtları içeren yeni alternatif bir cümle kurması istenir. Sonrasında oluşan duygunun derecesi sorularak ilk düşünce ile bu duygu arasındaki fark hastaya gösterilir.

Ana Hedef: Otomatik düşünceleri fark etme

Otomatik düşünceleri değiştirmeye çalışma (Alternatif düşünce koyma)

İşlemler

1. Bir önceki görüşmenin kısaca gözden geçirilmesi ve duygudurum kontrolü
2. Bir önceki görüşme ile bağlantı kurma
3. Ödev kontrolü

4. Gündem belirleme ve gündem maddelerini tartışma

4.1. Otomatik düşüncelerin sorgulanması

- Kanıt inceleme Tekniği
- Çifte Standart Tekniği
- Alternatif Açıklamalar Bulma Tekniği

5. Ödev verilmesi

Ödevler

- Otomatik düşünceleri inceleme formunu doldurma (tüm sütunlar)
 - Bir sonraki görüşmenin gündem konusun ne olabileceğini düşünme
 - Bir sonraki görüşmeye kadar geçen zaman içinde ilaç kullanma durumunu not etme
6. Görüşmenin özetlenmesi
7. Hastadan geribildirim alma

Görüşme 4

Bu görüşmenin amacı hastanın otomatik düşüncelerini değiştirme (Alternatif düşünce koyma) çalışmasını pekiştirmektir. Görüşme, üçüncü görüşme formatında olduğu şekilde yapılır.

Görüşme 5

Bu görüşmenin hedefi, hastanın süreçle ilgili geri bildirim vermesini sağlamak ve başlangıçta uygulanan veri toplama araçlarının tekrar hastaya uygulanmasıdır (Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5). Formların doldurulmasından sonra son görüşme olan izlem görüşmesi için 1 ay sonra olacak şekilde, uygun zaman planlaması yapılır. Ayrıca hastadan, görüşmelerin başlangıcından şu ana kadar olan zaman içindeki görüşmelerin etkinliği konusunda geribildirimleri alınır.

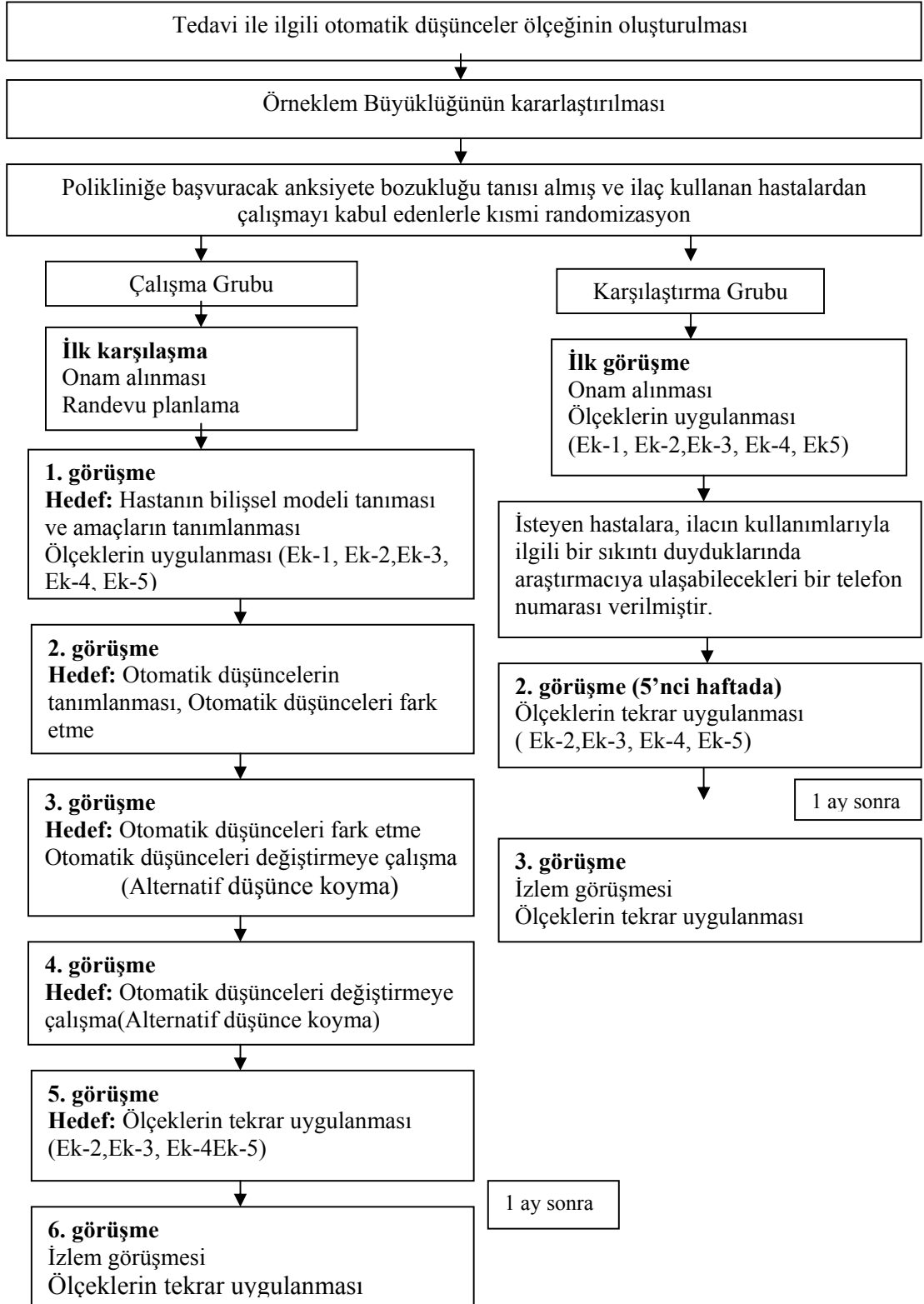
Görüşme 6

Görüşmelerin sonuncusu olan izlem görüşmesinde veri toplama araçları tekrar uygulanır. Hastadan, görüşmelerin başlangıcından şu ana kadar olan zaman içindeki görüşmelerin etkinliği konusunda tekrar ve son geribildirimleri alınır. Hasta ile uygun şekilde vedalaşma sağlanarak terapötik ilişki sonlandırılır.

3.5.2. Kontrol grubuna alınan hastalara uygulanan işlemler

Kontrol grubuna seçilen hastalar, daha önceden araştırmacı tarafından tespit edilen görüşme odasına alınmışlardır. Hastalara çalışmanın amacı tekrar hatırlatıldıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır. Hastalara, ilaç kullanımı ile ilgili bir sıkıntı duyduklarında araştırmacıya ulaşabilecekleri bir telefon numarası verilmiştir. Hastalarla 5 hafta sonrası için uygun bir zaman planlanarak veri toplama formlarının kendilerine tekrar uygulanacağı açıklanmıştır. Beş hafta sonraki ikinci görüşmede de 1 ay sonrası için tekrar randevu verilmiş ve formların tekrar uygulanacağı söylenmiştir. Araştırma süresi içinde kontrol grubuna alınan hastalardan 3'ü doktor randevusu için, 2'si ise ilaç yan etkileri konusunda bilgi almak için, araştırmacıyı telefonla aramışlardır.

Şekil 3.1 Araştırmanın Akış Planı



3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısı konulmuş ve eşlik eden başka bir bozukluğu olmayan, 19-60 yaş arasında olan, en az 3 aydır YAB nedeniyle ilaç tedavisi alan kadın hastalar ile sınırlıdır. Araştırmada görüşme sayısının sık ve uzun süreli (5 hafta) olması nedeniyle; çalışma grubuna alınan hastalar bu görüşmelere gelebilecek istekli hastalar olmuştur. Kontrol grubu ise çalışmaya katılmaya istekli fakat görüşmelere gelemeyecek olan hastalardan oluşmaktadır.

Bu çalışmada hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşünceleri üzerinde çalışıldığı için, araştırma boyunca doğrudan hastaların tedaviye uyum durumları izlenmemiştir. Bununla birlikte, verilen ev ödevleri incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların kendilerine önerilen ilaç tedavisini değiştirmedikleri anlaşılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Veri analizi için yanılma düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. İleri anlamlılık için “p” değeri 0.001 kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler; kesikli veriler için sayı, yüzde, sürekli veriler için ortanca, standart sapma olarak gösterilmiştir. Tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır. Farklı grup ortalamaları arasında anlamlılığı tespit etmek için Mann Whitney U Testi, Bağımlı grupta (önce-sonra-izlem) karşılaştırmalarında Wilcoxon işaretli sıralar testi, Friedman testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın verilerinin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular 2 grup altında incelenmiştir:

- 1-Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik ve tedavi ile ilgili tanıtıcı özellikleri
- 2- Araştırmanın hipotezlerine yanıt veren, danışmanlığın ölçek puanlarında oluşturduğu değişikliklere ait bulgular.

4.1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve tedavi ile ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Çalışma Grubu (n=20) n (%)	Kontrol Grubu (n=20) n (%)	X ²	p
Yaş (yıl)	37	34.5		
Ortanca (min-max)	(24-53)	(19-47)		
			Ω	Ω
Eğitim Durumu				
İlköğretim	3 (15.0)	4 (20.0)		
Lise	10 (50.0)	8 (40.0)	0.432	0.806
Üniversite	7 (35.0)	8 (40.0)		
Medeni Durum				
Evli	16 (80.0)	12 (60.0)	1.905	0.168
Bekar	4 (20.0)	8 (40.0)		
Çalışma Durumu				
Evet	4 (20.0)	8 (40.0)	1.905	0.168
Hayır	16 (80.0)	12 (60.0)		

X² Ki kare testi

Ω Ortanca alındığı için Ki kare testi yapılmamıştır.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortancaları incelendiğinde, çalışma grubu yaş ortancası 37 (min24-max53), kontrol grubu yaş ortancası ise 34.5 (min19-max47) olarak belirlenmiştir. Hastaların medeni durumuna bakıldığında,

Çalışma grubunun %80'ninin (n=16), kontrol grubunun %60'ının (n=12) evli oldukları belirlenmiş ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.195$; $p=0.168$). Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu incelendiğinde, çalışma grubunun %35'inin (n=7) yükseköğretim, %15'inin (n=3) ilköğretim, %50'sinin (n=10) lise mezunu olduğu; kontrol grubunun ise %40'ının (n=8) yükseköğretim, %20'sinin (n=4) ilköğretim, %40'ının (n=8) lise mezunu olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.432$; $p=0.806$). Hastaların alışma durumları incelendiğinde, çalışma grubunun %20'sinin (n=4), kontrol grubunun %40'ının (n=8) alıştıkları belirlenmiş ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.195$; $p=0.168$) (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2 Hastaların tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Çalışma Grubu (n=20) n (%)*	Kontrol Grubu (n=20) n (%)*	X ²	p
Hastalığın süresi (yıl)				
Ortanca (min-max)	3 (1-19)	3 (1-10)	Ω	Ω
İlaç kullanma süresi (yıl)				
Ortanca (min-max)	3 (1-19)	2.5 (1-8)	Ω	Ω
İlaç kullanım sıklığı				
1 kez				
2 kez	16 (80.0)	18 (90.0)	1.318	0.517
3 kez ve üzeri	3 (15.0)	2 (10.0)		
	1 (5.0)	-		
İlacını önerilenden farklı alıp/almama	9 (45.0)			
Hayır	3 (15.0)	8 (40.0)	1.646	0.800
Azaltma	1 (5.0)	4 (20.0)		
Arttırma	4 (20.0)	2 (10.0)		
Hiç almama	3 (15.0)	5 (25.0)		
Azaltma ve hiç almama		1 (5.0)		
İlaç dozunu değiştirme sıklığı (n=10/12)				
Nadiren				
Arasıra	4 (40.0)	8 (66.6)	1.956	0.376
Sık sık	6 (60.0)	4 (33.4)		
Her zaman	-	-		
	-	-		
İlaç dozunu değiştirme nedeni (n=9/10)				
Kendim başederim düşüncesi	1 (11.2)	1 (10.0)	1.365	0.968
İyileştim düşüncesi	2 (22.2)	2 (20.0)		
İşe yaramadığını düşünme	3 (33.3)	4 (40.0)		
Yan etki	3 (33.3)	3 (30.0)		
Tedaviyi bırakma öyküsü				
Evet	7 (35.0)	7 (35.0)	0.000	0.629
Hayır	13 (65.0)	13 (65.0)		
Tedaviyi bırakma nedeni (n=7/7)				
“Kendim başederim” düşüncesi				
“İşe yaramamıyor” düşüncesi	1 (14.4)	-	1.810	0.613
Yan etkisinin olması	2 (28.5)	4 (57.1)		
	4 (57.1)	3 (42.9)		
Tedaviyi bırakma sıklığı (n=7/7)				
1 kez	3(42.9)	5 (71.4)	1.167	0.558
2 kez	4 (57.1)	2 (28.6)		

X² Ki kare testi, Ω Ortanca alındığı için Ki kare testi yapılmamıştır.

Tablo 4.1.2’de hastaların tedavileri ile ilgili özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların hastalık süreleri incelendiğinde çalışma ve kontrol gruplarının ortancalarının 3, ilaç kullanma sürelerinin ortancalarının ise; çalışma grubunun 3, kontrol grubunun 2.5 olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun %80’inin (n=16), kontrol grubunun % 90’ının (n=18) günde 1 kez ilaç aldıkları belirlenmiştir. Hastaların daha önce ilacını önerilen dozdan farklı alıp almama durumları incelendiğinde çalışma grubunun %45’inin (n=9) değişiklik yapmadığı, kontrol grubunun ise, %40’ının (n=8) değişiklik yapmadığı belirlenmiştir.

Çalışma grubunun %60’ının (n=6), kontrol grubunun % 66.6’sının (n=8) ilaç dozunu ara sıra değiştirdikleri ve hastaların %33.3’ü (n=3) ilaçların işe yaramadığını düşünme, %33.3’ü (n=3) yan etki, %22.2’si iyileştim düşüncesi ve % 11.2’si kendim baş ederim düşüncesi ile; kontrol grubunda ise hastaların %40’ı (n=4) ilaçların işe yaramadığını düşünme, %30’u (n=3) yan etki, %20’si (n=2) iyileştim düşüncesi ve % 10’u (n=1) kendim baş ederim düşüncesi ile ilaç dozunu değiştirdikleri saptanmıştır.

Her iki grupta da hastaların %35’i daha önce tedavilerini bırakmış olup; çalışma grubunda hastaların %57.1’i (n=4) 2 kez, kontrol grubunda ise hastaların %71.4’ü bir kez tedavilerini bırakmış olduğu belirlenmiştir.

Tedavilerini bırakanların çalışma grubunda %57.1’inin (n=4) yan etki, %28.5’inin (n=2) ilaçların işe yaramadığını düşünme ve %14.4’ünün de (n=1) kendim baş ederim düşüncesi ile ; kontrol grubunda ise, %42.9’u (n=3) yan etki, %57.1’i (n=4) ilaçların işe yaramadığını düşünme nedeni ile tedavilerini bırakmış olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2’de gösterilen hastaların tedavileri ile ilgili özellikleri incelendiğinde tüm özellikler açısından istatistiksel olarak çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

4.2. Araştırma hipotezlerine yanıt veren, danışmanlığın ölçek puanlarında oluşturduğu değişikliklere ait bulgular.

Tablo 4.2.1. Tedavi ile İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması

				Ölçümler arası karşılaştırma			
Grup	Ön test puanı $\bar{X} \pm SS$	Son test puanı $\bar{X} \pm SS$	İzlem Ölçümü puanı $\bar{X} \pm SS$	p*	p**	p***	F; p ^Ω
Çalışma (n:20)	53.80 ± 16.25	48.80 ± 14.54	48.05 ± 14.32	0.001	0.001	0.045	33.26; 0.001
Kontrol (n:20)	50.80 ± 15.68	50.75 ± 15.82	50.10 ± 15.40	0.979	0.497	0.171	2.194; 0.334
U; p	175.000; 0.512	186.000; 0.705	170.000; 0.417				

U Mann Whitney U Testi

p* Ön test- Son test puan karşılaştırması

p** Ön test- İzlem puan karşılaştırması

p*** Son test-İzlem puan karşılaştırması

F Friedman Testi

p^Ω Ön test- Son test- İzlem puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.2.1.'de "tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği"nin çalışma ve kontrol gruplarına göre ön, son ve izlem ölçümlerinin ortalamalarının karşılaştırmaları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, her bir ölçüm puanı tek tek incelendiğinde çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Mann Whitney U testi, $p>0.05$).

Çalışma grubunda hastaların ön, son ve izlem ölçüm puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 33.26$; $p= 0.001$). Hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılmasında hangi ölçümler arasında fark olduğu Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma grubunda hastaların "tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği" ön test- son test puan karşılaştırması ve ön test-izlem puan karşılaştırması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p^*= 0.001$, $p^{**}= 0.001$). Diğer yandan hastaların son test-izlem puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$).

Tablo 4.2.2. Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması

				Ölçümler arası karşılaştırma			
Grup	Ön test puanı $\bar{X} \pm SS$	Son test puanı $\bar{X} \pm SS$	İzlem Ölçümü puanı $\bar{X} \pm SS$	p*	p**	p***	F; p ^Ω
Çalışma (n:20)	45.70± 20.59	41.70 ± 20.59	41.05 ± 19.25	<0.001	0.001	0.168	21.072;<0.001
Kontrol (n:20)	43.50 ± 11.61	42.90 ± 11.40	43.70 ±11.41	0.171	0.501	0.123	3.851; 0.146
U; p	175.500; 0.507	148.500; 0.163	349.500; 0.101				

U Mann Whitney U Testi

p* Ön test- Sontest puan karşılaştırması

p** Ön test- İzlem puan karşılaştırması

p*** Sontest-İzlem puan karşılaştırması

F Friedman Testi

p^Ω Ön test- Sontest- İzlem puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.2.2.'de "otomatik düşünceler ölçeği"nin çalışma ve kontrol gruplarına göre ön, son ve izlem ölçümlerinin ortalamalarının karşılaştırmaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, her bir ölçüm için gruplar karşılaştırıldığında "otomatik düşünceler ölçeği" puanları açısından gruplar arasında hiçbir ölçümde fark bulunamamıştır (Mann Whitney U testi, $p>0.05$)

Bununla birlikte çalışma grubunda hastaların ön, son ve izlem ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 21.072$; $p<0.001$). Hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılmasında hangi ölçümler arasında fark olduğu Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi ile değerlendirilmiştir. Hastaların otomatik düşünceler ölçeği ön test- son test puanları ve ön test- izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p^*<0.001$, $p^{**}=0.001$). Diğer yandan hastaların son test ve izlem puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$).

Tablo 4.2.3. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Çalışma (n:20) ve Kontrol Gruplarına (n:20) Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması

					Ölçümler arası karşılaştırma			
	Grup	Ön test puan $\bar{X} \pm SS$	Son test puanı $\bar{X} \pm SS$	İzlem puanı $\bar{X} \pm SS$	p*	p**	p***	F; p ^Ω
Davranışa Başlama	Çalışma Kontrol U; p	22.40 ± 4.41 22.80 ± 3.84 199.500; 0.989	28.65 ± 4.22 23.20 ± 4.13 131.000; 0.061	28.60 ± 4.33 23.05 ± 3.69 29.000; 0.053	<0.001 0.979	<0.001 0.497	0.82 0.711	34.286; <0.001 33.072; <0.001
Davranışı Sürdürme	Çalışma Kontrol U; p	26.35 ± 5.00 24.40 ± 5.24 152.000; 0.192	26.90 ± 4.22 24.30 ± 4.83 143.000; 0.122	26.35 ± 4.06 24.40 ± 4.92 149.500; 0.171	0.124 0.855	0.847 0.952	0.026 0.589	5.593; 0.061 0.486; 0.784
Davranışı Tamamlama	Çalışma Kontrol U; p	17.35 ± 3.64 16.70 ± 3.38 177.000; 0.531	18.25 ± 3.09 16.45 ± 3.08 132.500; 0.066	18.30 ± 2.97 16.40 ± 3.06 127.000; 0.047	0.004 0.374	0.012 0.293	0.763 0.317	9.959; 0.007 3.818; 0.148
Engellerle Mücadele	Çalışma Kontrol U; p	8.30 ± 3.09 6.75 ± 2.97 142.000; 0.113	9.00 ± 3.11 6.95 ± 2.78 128.500; 0.051	9.10 ± 3.16 7.00 ± 2.79 125.500; 0.042	0.007 0.157	0.004 0.096	0.317 0.564	15.389; <0.001 4.200; 0.122
Toplam puan	Çalışma Kontrol U; p	77.80 ± 11.07 74.45 ± 11.78 163.500; 0.323	82.80 ± 9.84 73.90 ± 11.34 101.500; 0.008	82.35 ± 9.75 73.85 ± 10.97 102.500; 0.008	<0.001 0.245	<0.001 0.206	0.444 0.930	25.040; <0.001 1.121; 0.571
U : Mann Whitney U Testi, F : Friedman Testi, p* Ön test- Sontest puan karşılaştırması p** Ön test- İzlem puan karşılaştırması, p*** Sontest-İzlem puan karşılaştırması p ^Ω Ön test- Sontest- İzlem puanlarının karşılaştırması								

Tablo 4.2.3.'de "özetkililik-yeterlilik ölçeği"nin çalışma ve kontrol gruplarına göre ön, son ve izlem ölçümlerinin ortalamalarının karşılaştırmaları görülmektedir. "Özetkililik-yeterlilik ölçeği" nin toplam puan değerlendirmesinde, çalışma grubunda hastaların ön, son ve izlem ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F= 25.040$; $p<0.001$). Bulunan farkın hangi ölçümler arasında olduğuna bakıldığında, hastaların "özetkililik-yeterlilik ölçeği" ön test- son test puanları ve ön test- izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p^*< 0.001$, $p^{**}<0.001$). "Özetkililik-yeterlilik ölçeği" alt boyut puanlarına bakıldığında; *davranışa başlama* alt boyut puan ortalamasının çalışma grubunda ön, son ve izlem ölçüm puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F= 34.286$; $p<0.001$). Yine, *davranışa başlama* alt boyut puan ortalaması açısından da çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 67.353$; <0.001).

Engellerle mücadele alt boyut puan ortalamasının, çalışma grubunda ön, son ve izlem ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F=15.389$; $p<0.001$). Aynı alt boyutun çalışma ve kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F= 18.303$; $p<0.001$).

Tablo 4.2.4. Beck Anksiyete Ölçeğinin Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Ön, Son ve İzlem Ölçümleri Ortalamalarının Karşılaştırması

				Ölçümler arası karşılaştırma			
Grup	Ön test puanı $\bar{X} \pm SS$	Son test puanı $\bar{X} \pm SS$	İzlem Ölçümü puanı $\bar{X} \pm SS$	p*	p**	p***	F; p ^Ω
Çalışma (n:20)	20.15 ± 12.50	17.10 ± 12.50	16.65 ± 11.15	0.001	0.002	0.597	15.629;<0.001
Kontrol (n:20)	16.10 ± 14.08	16.70 ± 13.03	17.25 ± 11.75	0.420	0.168	0.219	4.886; 0.087
U; p	168.500; 0.398	194.500; 0.882	191.500; 0.818				

U Mann Whitney U Testi

p* Ön test- Sontest puan karşılaştırması

p** Ön test- İzlem puan karşılaştırması

p*** Sontest-İzlem puan karşılaştırması

F Friedman Testi

p^Ω Ön test- Sontest- İzlem puanlarının karşılaştırması

p^{ΩΩ} Çalışma ve Kontrol grubu Ön test- Sontest- İzlem puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.2.4.'de "Beck anksiyete ölçeği"nin çalışma ve kontrol gruplarına göre n, son ve izlem ölçümlerinin ortalamalarının karşılaştırmaları grlmektedir. Çalışma grubunda hastaların n, son ve izlem ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 15.629$; $p<0.001$). Bulunan farkın hangi ölçümler arasında olduğuna bakıldığında, hastaların "Beck anksiyete lği" n, son ve izlem ölçüm puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p^*= 0.001$, $p^{**}= 0.002$). Diğer yandan hastaların sontest-izlem puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$).

Ayrıca n test, son test ve izlem ölçümlerinde, her bir ölçüm için çalışma ve kontrol grupları arasında gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p> 0.05$).

Tablo 4.2.5. Çalışma Grubu Son Ölçümünde Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (n:20)

	Regresyon					Korelasyon	
	B	SH	β	t	p	r	p*
İçerik	29.799	20.586	-	1.448	0.156	-	-
Otomatik düşünceler ölçeği	0.341	0.157	0.373	2.173	0.036	0.398	0.011
Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği	0.046	0.219	0.035	0.212	0.833	-0.127	0.436
Beck Anksiyete Ölçeği	0.113	0.202	0.095	0.560	0.579	0.231	0.151

p Linear Regresyon Analizi

p* Spearman Korelasyon Testi

Tablo 4.2.5’de son test ölçümünde “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği”nin yordanmasına ilişkin regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Son testte, “otomatik düşünceler” sıklığının “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler”in sıklığı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir katkısı (yordayıcı etkisi) olduğu saptanmıştır ($t=2.173$, $p=0.036$). Son test ölçümde, özetkililik-yeterlilik puanları ve anksiyete puanlarının “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler” üzerine anlamlı bir katkısı olmadığı görülmüştür.

“Otomatik düşünceler ölçeği”nin “tedavi ile ilgili ile otomatik düşünceler ölçeği” ile korelasyonu 0.398’dir ($p=0.011$). Bu bulgu, iki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir

Tablo 4.2.6. Çalışma Grubu İzleme Ölçümünde Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (n:20)

	Regresyon					Korelasyon	
	B	SH	β	t	p	r	p*
İçerik	26.410	20.315	-	1.300	0.202	-	-
Otomatik düşünceler ölçeği	0.336	0.160	0.357	2.098	0.043	0.394	0.012
Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği	0.075	0.217	0.057	0.347	0.731	-0.099	0.544
Beck Anksiyete Ölçeği	0.180	0.220	0.138	0.816	0.420	0.263	0.100

p Linear Regresyon Analizi

p* Spearman Korelasyon Testi

Tablo 4.2.6’da izleme ölçümünde “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği” puanlarının yordanmasına ilişkin regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

İzleme ölçümünde, “otomatik düşünceler” sıklığının “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler” sıklığı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir katkısı (yordayıcı etkisi) olduğu saptanmıştır ($t=2.098$, $p=0.043$). İzleme ölçümünde, özetkililik-yeterlilik puanları ve anksiyete puanlarının “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler” üzerine anlamlı bir katkısı olmadığı görülmüştür.

“Otomatik düşünceler ölçeği”nin “tedavi ile ilgili ile otomatik düşünceler ölçeği” ile korelasyonu 0.394 ’dir ($p=0.012$). Bu bulgu, iki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

TARTIŞMA

Bu bölümde, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşünceleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Çalışmada, “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği”, “otomatik düşünceler ölçeği”, “özetkililik-yeterlilik ölçeği”, “Beck anksiyete ölçeği” kullanılmış ve ölçeklerin ön, son ve izlem ölçümlerindeki puan ortalamalarında ortaya çıkan değişikliklere bakılmıştır.

Literatürde “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler”e yönelik bilişsel yaklaşıma dayalı müdahalelerle ilgili kaynağa ulaşamadığından, çalışmanın sonuçları benzer çalışmalarla karşılaştırılamamış olup, “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği” ve “otomatik düşünceler ölçeği” birlikte ele alınarak tartışılmış, diğer ölçeklerdeki değişimler tek tek ele alınmıştır.

5.1. Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği ile Otomatik Düşünceler Ölçeğine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bulgularına göre çalışma grubunda yer alan hastaların “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği” puan ortalaması, son test ve izleme ölçümlerinde ön testten aldıkları puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılmasında hangi ölçümler arasında fark olduğu incelendiğinde ise; hastaların ön test-son test, ön test- izleme puanları arasındaki fark anlamlı iken sontest-izleme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.2.1).

Aynı şekilde, çalışma grubunda yer alan hastaların “otomatik düşünceler ölçeği” puan ortalaması, son test ve izleme ölçümlerinde ön testten aldıkları puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Ayrıca, hastaların ön test-son test, ön test- izleme puanları arasındaki fark anlamlı iken son testten aldıkları puanın izlem ölçümlerinde farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

Bu bulgular yapılan bilişsel yaklaşım temelli danışmanlık ile, “otomatik düşünce” ve “tedavi ile ilgili otomatik düşünce” sıklığının azaldığını ve sonrasında yapılan izleme ölçümünde de bu olumlu sonucun sürdüğünü göstermektedir. Başka bir deyişle, uygulamanın etkisi görüşmelerin tamamlanmasından sonraki bir ay içinde de halen devam etmektedir.

Çalışmanın kontrol grubunda, her iki ölçek için de ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiş; her üç ölçümde de puanların hemen hemen aynı kaldıkları belirlenmiştir. Çalışma grubunda görülen puan azalmaları kendi içinde anlamlılık gösterse de kontrol grubuyla karşılaştırıldığında her iki grup arasında fark bulunamamıştır. Ancak, çalışma grubunda ortaya çıkan ölçümler arasındaki anlamlı fark, yapılan uygulamanın bu grup üzerinde olumlu bir değişim yarattığını göstermektedir.

Bilişsel yaklaşım bireyin duygu ve davranışlarının büyük ölçüde düşünceleri tarafından belirlendiği varsayımı ile yola çıktığından, tedavi amaçlı kullanılmanın yanı sıra bu tedavinin devamı ve sürdürülebilirliği açısından da hastayı ele alır ve değerlendirir. Hastanın tedavisi ile ilgili baş etme yollarını fark etmesi ve değiştirmek üzere bilgilenmesi bilişsel yaklaşımın kavramlarıyla ele alınabilecek konulardır (29). Literatürde doğrudan “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler”ine yönelik bir bilişsel müdahale çalışmasına rastlanılmamış olmakla birlikte bilişsel model kullanımının otomatik düşüncelerin azaltılması, bilişsel farkındalığın artırılması, hasta/bireyin bilgilendirilmesi, baş etme yeteneklerinin açığa çıkarılması ve artırılması gibi çeşitli alanlarda kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (8, 57,58).

Şizofreni hastaları ve bakım verenleri ile yapılan kontrol grubu, yarı deneysel bir çalışmada, 6 oturumdan oluşan bir psikoeğitim programı uygulanmıştır. Bu program içeriği oluşturulurken rol oynama, soru-yanıt, kontrol listeleri ve ödevler verme gibi bilişsel model kavramlarına yer verilmiştir. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların ilaç tedavisine ve kontrol randevularına uyumu, uygulanan program ve izlem sonrası anlamlı derecede artmıştır (59).

Pozitif düşünmeye dayalı eğitim programının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalara olumsuz otomatik düşünceleri ve sistematik düşünce hatalarını bulma ve bunları pozitif düşünce ile değiştirebilme öğretilmiştir. 12 hafta süren deney-kontrol gruplu, ön-test ve son-test ve izleme ölçümlü deneysel bir desen kullanılan çalışma sonucunda; hastaların otomatik düşüncelerinin azaldığı, benlik algılarında olumlu yönde bir gelişme olduğu ve kendini denetleme becerisinin arttığı ve bu gelişmeler sayesinde kendisinde ve çevresindeki bireylerle olan ilişkilerinde olumlu yönde bir gelişme olduğu görülmüştür (60).

Bilişsel-davranışçı grup danışmanlığının hemşirelik öğrencilerinin benlik algıları ve baş etme biçimlerine etkisini belirlemek amacıyla 43 öğrenci ile yapılan çalışmada, öğrencilerin otomatik düşüncelerindeki azalmanın olumsuz benlik algısı puanlarında ortaya çıkan azalmaya katkıda bulunduğu belirlenmiştir (61).

Yukarıda belirtilen çalışmalarda da görüldüğü gibi bilişsel model yaklaşımı kullanılarak yapılan çalışmalarda, otomatik düşüncelerin azaldığı ve azalan otomatik düşüncelerle birlikte benlik algılarında pozitif yönde bir gelişme olduğu, çevreye uyum ve sosyal uyum ile ilaç tedavisine ve kontrol randevularına uyumun arttığı görülmektedir. Tüm bu bulgular yaptığımız çalışmanın otomatik düşüncelerle ilgili bulgularını destekler görünmektedir.

Çalışmada, “otomatik düşünceler” sıklığının “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler” üzerine yordayıcı etkisini araştırmak amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yapılan ölçüm sonuçlarında “otomatik düşünceler” sıklığının “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler” üzerine anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu ve aralarında pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.5, Tablo 4.2.6). Çalışmada hastalarla yapılan görüşmelerin ana yapısı otomatik düşünceler üzerinden planlanmıştır. Hastalarla otomatik düşüncenin ne demek olduğu, bu düşüncelerini nasıl fark edeceği ve fark ettiğinde bu düşüncelerini nasıl değiştirebileceği konuları hastaların kendi günlük yaşantılardan yola çıkılarak örnekler üzerinde çalışılmıştır. Daha sonrasında hastanın konuyu anladığına karar verildiğinde çalışmanın hedefi olan tedavi ile ilgili düşünceleri üzerine odaklanılmıştır. Bu

nedenle, çalışma grubunda yer alan hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşünceleri ile birlikte otomatik düşüncelerinin azalmasının ve aralarında ortaya çıkan korelasyonun, müdahalenin etkililiğini göstermek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bununla birlikte, bilişsel yaklaşımda hastada yaratılmak istenen bilişsel değişiklik için ilk odak noktası “otomatik düşünce”lere ulaşmaktır. Çünkü otomatik düşünceler, bir durumla ilgili olarak hemen ortaya çıkan ve incelenmeksizin doğru kabul edilen bilişlerdir ve bu nedenle de yoğun duygusal tepkilere yol açarlar. Otomatik düşüncelerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve onlarla işlevsel bir şekilde yüzleşilmesi, genellikle hastanın duygularında ve olayları algılamalarında olumlu bir değişmeye yol açar ve bu da istendik davranışların yapılmasına olanak sağlar (42). Bu nedenle, çalışmada hastaların otomatik düşüncelerinin ele alındığı bu danışmanlığın hastaların tedavi ile ilgili düşüncelerinde de olumlu bir değişmeye yol açtığı düşünülebilir.

5.2. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmada, uygulanan danışmanlığın ardından öz etkililik puanları anlamlı derecede yükselmiş olup, son ve izlem ölçümlerinde kontrol ve çalışma grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Aynı zamanda, “özetkililik-yeterlilik ölçeği” *davranışa başlama* alt boyutu ile *engellerle mücadele* alt boyut puan ortalamasının çalışma grubunda üç ölçüm arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu bulgular yapılan müdahalenin özyeterlilik üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.3).

Bununla birlikte, yapılan regresyon analizinde, “özetkililik-yeterlilik” puanının tedavi ile ilgili otomatik düşünceler üzerine anlamlı bir yordayıcı etkisi olmadığı görülmüştür. Bunun yanında, “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği” ile “özetkililik-yeterlilik ölçeği” arasında düşük olmakla birlikte negatif yönde bir korelasyon eğilimi belirlenmiştir (Tablo 4.2.5, Tablo 4.2.6). Korelasyonun negatif yönde olması özyeterlilik puanı arttıkça tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerin sıklığının azalabileceğinin işareti sayılabilir.

Literatürde, özyeterliliği yüksek olan bireylerin bir problemi çözme kararını almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın hale geldikleri belirtilmektedir (62,63). Çalışmanın bulgularına göre, bilişsel yaklaşım temelli danışmanlıkla yükselen özyeterlilik algısının tedaviye uyum çabasını destekleyeceği düşünülmektedir. Çünkü hastalarda görülen motivasyon yetersizliği tedaviye uyum açısından önemli bir engeldir. Hastaların *davranışa başlama* alt boyutu ile *engellerle mücadele* alt puanlarında ortaya çıkan anlamlı değişimin bu motivasyona katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Özyeterliliğin artması istendik bir davranışın hasta tarafından yapılmasında etkilili bir faktördür. Meriç (27), anksiyete bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların tedavileri hakkında ve tedavileri süresince gelişebilecek olumsuz durumlarda bununla baş edebilecek kadar bilgi sahibi olduklarını, ancak bu bilgilerini tedaviye uyum konusunda harekete geçmek için davranışa başlama ve sürdürmede etkili bir şekilde kullanamadıklarını belirtmiştir. Bu nedenle hastaların otomatik düşünceleri üzerinde çalışmanın özyeterliliğin bu iki alanında katkı sağlayacağı ve bunun da tedaviye uyumu sürdürme konusunda önemli bir yardımcı olacağı değerlendirilmiştir.

Tip 2 diyabeti olan 12 hasta ile kontrol ve müdahale gruplu olarak yapılan çalışmada, hastalarla 6 kez bireysel görüşmeler yapılmış ve bu görüşmelerin bitiminden 6 ay sonra hastalarla tekrar görüşülmüştür. Görüşmelerde hastalarla, yaşam tarzlarını değiştirme ve hastalıklarını yönetebilme (komplikasyonla mücadele-önleme, diyet, spor vs. yapma davranışı) konuları ele alınmıştır. Sonuç olarak, bilişsel-davranışçı terapinin, Tip 2 diyabeti olan hastaların özyeterliliklerinin güçlenmesini sağladığı ve bunun da hastaların yaşam tarzı değiştirme becerilerine katkısının bulunduğu görülmüştür (64).

Bouchard (65) ve arkadaşları, insomnialı hastaların tedaviye uyumlarını ve özyeterliliklerini incelediği çalışmalarında, hastalara 6 hafta süren bilişsel yaklaşım içeren bireysel bir program uygulamış ve program sonunda hastaların tedaviye uyum konusunda özyeterlilik algılarında ve uyum davranışı gösterme oranında artma olduğunu belirtmiştir.

Mcwelschen (64) ve Bouchard (65)'ın çalışmalarında bilişsel model kullanımının hastaların özyeterliliklerinin güçlenmesine katkı sağladığı görülmekte ve çalışma bulgularını desteklemektedir.

5.3. Beck Anksiyete lğine Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmanın hipotezlerinden birisi hastaların anksiyete düzeylerinin danışmanlık sürecini ve tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerin sıklığını etkileyeceğidir. Bu nedenle çalışma kapsamında hastaların anksiyete düzeyleri de ölçülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; çalışma grubunun anksiyete puanında anlamlı düzeyde azalma olduğu ve n, son ve izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda anksiyete düzeylerinde bir değişim ortaya çıkmadığından yapılan danışmanlığın hastaların anksiyete düzeyleri üzerinde de anlamlı derecede katkısı olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Ayrıca yapılan regresyon analizinde anksiyete puanının tedavi ile ilgili düşünceler sıklığında ortaya çıkan değişimin anlamlı bir yordayıcısı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.2.5, Tablo 4.2.6). Hastaların otomatik düşüncelerinin sıklığının azalması yanında anksiyete düzeyleri de azalmıştır. Anksiyete düzeyi “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler” ya da “otomatik düşünceler” üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığından hastaların otomatik düşünceleri üzerinde çalışmanın davranış değişikliği oluşturmak için önemli olduğu değerlendirilmiştir. Başka bir deyişle bu bulgu kaygı düzeyinin tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerde herhangi bir değişikliğe sebep olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Ayrıca alışma bulgularında bu iki ölçek puanları arasında korelasyon olmaması, anksiyete düzeyi ve otomatik düşüncelerin birbirinden bağımsız olarak değişebileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle, hastaların tedavisinde yalnızca anksiyetenin giderilmeye çalışılması yerine bilişsel müdahale ile otomatik düşüncelerinin de ele alınmasının tedaviye uyumu ve dolayısıyla tedavinin sonuçlarını olumlu etkileyebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Houghton ve arkadaşları (66), anksiyete bozukluğu olan hastalarla yaptıkları 12 oturumluk psikoeğitim ve bilişsel müdahale programının etkinliğini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların anksiyete ve

depresyon belirtilerinde azalma olduğunu ve bu azalmanın 3 üncü ayda yapılan izleme ölçümünde de sürdüğünü belirtmişlerdir.

Aydın (67) ergenlerle yaptığı çalışmada, ergenlerin sosyal anksiyetelerini azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı bir model geliştirmiş ve bunun etkililiğini değerlendirmiştir. Genel olarak sosyal anksiyeteye ilgili duygu, düşünce ve davranışların tanımlanmasını, hatalı bilişlerin değiştirilmesi, gevşeme alıştırma çalışmalarının öğretilmesini ve maruz bırakma alıştırma çalışmalarına rehberlik edilmesini içeren müdahale programı 13 seans olarak planlanmıştır. Uygulanan müdahale programının ergenlerde, sosyal anksiyeteyi ve bilişsel hataları azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Arntz (68), YAB hastalarında bilişsel davranışçı görüşmeler ve bunun yanı sıra gevşeme egzersizlerinin hastaların sürekli kaygı ve ruhsal belirti durumu üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla ön test, son test, ve iki izleme ölçümlü bir çalışma yapmıştır. Çalışmada, 12 hafta süren görüşmelerin ardından 1'nci ay ve 6'ncı ayda STAI ve SCL-90 uygulanmış ve hastaların sürekli kaygı durumlarında ve ruhsal belirti düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir azalma olduğu görülmüştür. Bilişsel davranışçı modelin anksiyete belirtilerini azalttığı yönündeki bu araştırma sonuçları, çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmanın tüm bulguları değerlendirildiğinde bilişsel yaklaşıma dayalı danışmanlığın; hastaların “otomatik düşünceleri” ve “tedavi ile ilgili otomatik düşünceleri”nin sıklığında azalma sağladığı, anksiyetenin azalmasına ve özyeterlilik puanlarının artmasına katkı sağladığı görülmüştür. Ayrıca, “otomatik düşünceler”in “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler”deki değişimin anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmekle beraber, anksiyete ve öz yeterlilik puanlarının bu değişimin üzerine anlamlı bir yordayıcı etkisi olmadığı görülmektedir.

Çalışmada, çalışma grubun yer alan hastalarda yukarıda özetlenen değişimler gözlenmekle birlikte kontrol grubuyla karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı da görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının başlangıç değerlerinin birbirine yakın değerler olması ve uygulanan

danışmanlık sonucunda, hastaların puan ortalamalarında anlamlı bir değişiklik olmakla birlikte hızlı ve ani bir düşüşün olmaması farkın görülememesinin nedeni olarak yorumlanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın kadın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerini azaltma üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Hastalarla yapılan bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığını; hastaların “tedavi ile ilgili otomatik düşünceleri” ile “otomatik düşünceleri”nin sıklığının ve anksiyete düzeylerinin azaldığı, özyeterlilik düzeylerinin ise artmasına etki ettiği belirlenmiştir.

Ayrıca, “otomatik düşünceler”in “tedavi ile ilgili otomatik düşünceler”deki değişim üzerine anlamlı bir katkı sağladığı ancak, anksiyete ve öz yeterlilik düzeylerinin bu değişimin üzerine anlamlı bir katkı sağlayıcı etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarında danışmanlık görüşmelerinin bitiminden sonraki 1’nci ayda “Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği”, “Otomatik Düşünceler Ölçeği”, Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği” izleme ölçümleri yapılmıştır. İzleme ölçümlerinden elde edilen sonuçlara göre, yapılan danışmanlığın etkisinin, 1 ay süresince de devam ettiği anlaşılmıştır.

Çalışmada, çalışma grubunda yer alan hastalarda danışmanlık sonucunda olumlu bir değişim olmakla birlikte kontrol grubuyla karşılaştırıldığında son ve izlem ölçümlerinde her bir ölçüm aracı için, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışma sonunda bilişsel yaklaşıma dayalı danışmanlığın hastaların “tedaviyle ilgili otomatik düşünceleri”ni kontrol etme konusunda katkı sağladığı sonucuna varılmıştır. Çalışmada kullanılan bilişsel yaklaşıma dayalı olarak yapılandırılmış danışmanlık uygulamasının uzman psikiyatri hemşirelerince, tedavi ile ilgili alanlarda kullanılabileceği değerlendirilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıda belirtilen önerilerde bulunulmuştur;

1. Bu çalışmada kullanılan danışmanlığın, bireysel hasta çalışmalarının yanında grup çalışmalarında da kullanılarak sonuçlarının değerlendirilmesi,
2. Bu çalışmada uygulanan danışmanlığın etkisinin değerlendirilmesi görüşmelerin bitiminde ve bundan sonraki birinci ayda yapılmıştır. Danışmanlık sürecinin daha uzun süreli etkilerini ölçebilecek çalışmaların planlanması,
3. Bu çalışma yaygın anksiyete bozukluğu olan ve polikliniğe başvurmuş hastalarla sınırlı olduğundan, yaklaşımın etkinliğinin başka hasta grupları ve yatan hastalarla da araştırılması,
4. Çalışmada, tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerin doğrudan tedaviye uyumla ilgisi değerlendirilmediğinden tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerin tedaviye uyumla ilişkisini gösterecek çalışmaların yapılması,
5. Psikiyatrik tedavi alan hastaların “tedaviyle ilgili otomatik düşünceler” açısından gözlenebilmesi ve bu konuda hastaların desteklenebilmesi için psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere eğitim verilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Saatçioğlu Ö.,Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11, 60-77, 2001.
2. Erdem M., Çelik C.,Yetkin S., Özgen F.,Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 203-207, 2008.
3. SteinM.B., Public health perspectives on generalized anxiety disorder, J Clin Psychiatry ; 65, 3-7, 2004.
4. Wyrwicha K., Harnama N., Revickia D., Locklearb JC., Svedsa H., Endicott J., Assessing health-related quality of life in generalized anxiety disorder using the Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire, International Clinical Psychopharmacology, 24, 289–295, 2009.
5. Çakır F., İlnem C., Yener Y., Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi , 23, 50-59, 2010.
6. Hoffman E., Mathew S., Anxiety Disorders: A comprehensive review of pharmacotherapies, Mount Sinai Journal of Medicine 75, 248–262, 2008.
7. Bacanlı, H., Eğitim psikolojisi. İstanbul, Alkım Yayınevi,s: 137, 1998.
8. Kamışlı S., Psikoeğitimsel bir programla hemşirelerin sigara bırakma durumları, Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi , Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
9. Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Goikolea, J. Ve ark., Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement, Journal of Clinical Psychiatry, 64, 1101-1105, 2003.
- 10.Demiralp M., Oflaz F., Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 132-139, 2007.

- 11.Gray R., White J.,Schulz M., Abderhalden C., Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research, *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 36–44, 2010.
- 12.Nose M., Barbui C., Gray C., Tansella M., Clinical interventions for treatment non adherence in psychosis: meta-analysis, *Br J Psychiatry*, 183, 197-206, 2003.
- 13.Dearing K.S., Getting It, Together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 18 (5), 155-163, 2004.
- 14.Cameron C., Patient Compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 244–250, 1996.
- 15.Akıncı F., Öz F., HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler, *HIV/AIDS Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık, 2003.
- 16.Kozuki Y., Poupore E., Schepp K., Visual feedback therapy to enhance medication adherence in psychosis, *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (2), 70–80, 2005.
- 17.Ünal S., Çakıl G., Elyas G., Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 69-75, 2006.
- 18.Allgulander C., Novel approaches to treatment of generalized anxiety disorder, *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 37–42, 2010.
- 19.Darling K.C., Olmstead S., Lund V.E., Fairclough F., Bipolar Disorder: Medication adherence and life contentment, *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (3), 113–126, 2008.
- 20.Yıldız M., Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir, *Neden Nasıl Şizofreni*, Candansayar (editör), Ankara, Peday yayıncılık, 237-268, 2004.

- 21.Roy R., Jahan M., Kumari S., Kumar P., Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: A centre based study, Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 31 (1-2), 24-28, 2005.
- 22.Oral E.T., Şahin Ş., Akman B., Verimli A.,İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: "Farz edelim ki, şeker hastasısn." demek yeterli mi?, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 212-222, 2002.
- 23.Ay F.A., Temel Hemşirelik: Kavramlar,İlkeler, Uygulamalar, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007.
- 24.Bush C., Soeken C., Psychiatric mental health nursing psychopharmacology project, American Nurses Association, 1994.
- 25.Hallam K.,Colom F., Hasty M., Macneil C., Berk M., Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder, Hum. Psychopharmacol Clin Exp, 25: 1–16, 2010.
- 26.Sofuoğlu S.,Turan T., Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(2), 100-106, 2000.
- 27.Meriç M., Anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarının incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri, Ankara, 2006.
- 28.Bollini P., Tibaldi G., Testa C., Understanding treatment adherence in affective disorders: a qualitative study Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 668–674, 2004.
- 29.Grant A., Evidence-based practice and the need for paradigmatic pluralism in cognitive behavioural psychotherapy, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, 368–375, 2009.
- 30.Işık E., Işık Y., Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları, İstanbul, Asimetrik Paralel, 425–442, 2006.

31. American psychiatric association diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed, text revision.(DSM-IV-TR), Washington DC, APA, 2000.
32. Wittchen H.U., Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society, *Depression and Anxiety*, 16, 162–171, 2002.
33. Endicott J., Russell J.M., Raskin J., Detke M.J., Erickson J., Ball S.G., Duloxetine treatment for role functioning improvement in generalized anxiety disorder: three independent studies, *J Clin Psychiatry*, 68,518–524, 2007.
34. Pollack M.H., Endicott J., Liebowitz M., Russell J., Detke M., Spann M., Examining quality of life in patients with generalized anxiety disorder: clinical relevance and response to duloxetine treatment. *J Psychiatr Res*, 42,1042–1049, 2008.
35. Ünsalver B., Balcıoğlu., Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler, *Cerrahpafla Tıp Dergisi*, 37, 115-120, 2006.
36. Schweizer E., Rickels K., The long term management of generalized anxiety disorder issues and dilemmas, *Clinical Psychiatry*, 7, 9-12, 1996.
37. Pary R., Matuschka P.R., Lewis S., Lippmann S., Generalized anxiety disorder, *Southern Medical Journal*, 96 (6), 2003.
38. Stein D.J., Evidence-based treatment of anxiety disorders. *Int J Psychiatry Clinical Practice*, 10 (1),16-21, 2006.
39. Boulenger J.P., Capdevielle D., Pharmacological treatment of generalized anxiety disorders: rationale and limitations, *Encephale*, Jan-Feb; 33(1), 84-94, 2007.
40. Sevinçok L., Yaygın anksiyete bozukluğunda paroksetinin kullanımı, *Klinik Psikiyatri*, 10 (5), 13-16, 2007.

- 41.Leger E., Ladouceur R., Dugas M., Freeston M., Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: A case series, *Child adolesc. Psychiatry*, 42 (3), 2003.
- 42.Türkçapar H., Bilişsel terapi temel ilke ve uygulamalar, HYB yayıncılık, Ankara 2007.
- 43.Lazarus R.S., Progress on a cognitive-motivational relational theory of emotion, *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39, 1991.
- 44.Beck, A.T., Emery G., Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books, 1985.
- 45.Beck, J.S., Cognitive therapy for challenging problems, New York: The Guilford Press, 2005.
- 46.Selçukoğlu Z., Bilişsel yaklaşım temelli psikolojik danışma sürecinde danışman ve danışanın sözel ve sözel olmayan davranışları üzerine nitel bir araştırma, Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, 2006
- 47.Yılmaz B., Bilişsel Terapilerin Tarihsel ve Felsefi Temelleri, *Türk Psikoloji Bülteni*, 6-19, 2000.
- 48.Zust B., Effect of cognitive therapy on depression in rural, battered women, *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(2), 51-63, 2000.
- 49.Surguladze S., Teaching psychiatric trainees compliance therapy , *Psychiatric Bultein*, 26, 12-15, 2002.
- 50.Lai J. C., Hamid P. N., Cheng S.T., Health beliefs and optimism as predictors of preventive health decisions in hong chinese, *Psychological Report*, 86(3), 1059-1070, 2000.
- 51.Townend M., Clinical supervision in cognitive behavioural psychotherapy: development of a model for mental health nursing through grounded theory, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 328–339, 2008.

52. Trigoboff E. Cognitive and behavioral interventions. CR Kneisl, HS Wilson, E Trigoboff (ed.), Contemporary psychiatric-mental health nursing, New Jersey, Pearson Education-Prentice Hall, 707-723, 2004.
53. Aydın G., Aydın O., Otomatik Düşünceler Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 7(4), 51-57, 1990.
54. Şahin N.H., Şahin N., Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire, J Clinical Psychology, 48, 51-57, 1992.
55. Gözüm S., Aksayan S., ÖzEtkililik-Yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1), 21-34, 1999.
56. Ulusoy M., Şahin N.H., Erkmen H., Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties, J Cogn Psychother, 12, 163-172, 1998.
57. Williams C . J . , Cognitive behaviour therapy within assertive outreach teams: barriers to implementation: A qualitative peer audit Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 15, 850–856, 2008.
58. Leichsenring F., Salzer S., Jaeger U., Kreische R., Short-term psychhodinamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial, The American Journal of Psychiatry, 166, 8, 2009
59. Duman Z., Aştı N., Üçok A., Kuşcu M.K., Şizofreni hastalarına ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması, izlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 91-101, 2007.

- 60.Öğretir A.D., Pozitif düşünmeye dayalı grup eğitimi programının annelerin benlik algısı, eşlerine ve çocuklarına yönelik tutumları ile kendini denetleme becerisi ve otomatik düşünceleri üzerinde etkisi, eğitimde psikolojik hizmetler programı Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2004.
- 61.Hiçdurmaz D., Bilişsel davranışçı grup danışmanlığının benlik algısı ve stresle başetme biçimlerine etkisi, Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.
- 62.Bağ, E., Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, 2007.
- 63.Pınar R., Arslanoğlu I., İşgüven P., Çizmeci F., Günoz H., Self-Efficacy and It's interrelation with family environment and metabolic control in turkish adolescents with type 1 diabetes, Pediatric Diabetes, 4,168–173, 2003.
- 64.MCWelschen L., Oppen P., Dekker J., Bouter L., Stalman W., Nijpels G.,The effectiveness of adding cognitive behavioural therapy aimed at changing lifestyle to managed diabetes care for patients with type 2 diabetes: design of a randomised controlled trial, BMC Public Health, 7,74, 2007.
- 65.Bouchard S., Bastien C., Morin C., Self-Efficacy and Adherence to Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia, Behavioral Sleep Medicine, 1(4), 187 – 199, 2003.
- 66.Houghton S., Saxon D., An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice, Patient Education and Counseling, 68, 107–110, 2007

- 67.Aydın A., Sütçü S., Sorias O., Ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerini azaltmaya yönelik bilişsel-davranışçı bir grup terapisi programının etkililiğinin değerlendirilmesi, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1), 25-36, 2010.
- 68.Arntz A., Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder, Behaviour Research and Therapy, 41, 633–646, 2003.

Kişisel bilgi formu

1. Doğum tarihiniz
2. Medeni durumunuz
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Diğer.....
3. En son mezun olduğunuz okul nedir?
 - a. Okur-yazar
 - b. İlköğretim
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Diğer
4. Hastalığınızla ilgili sorunlarınız ne kadar zamandır mevcut?
.....ay yıl
5. Kullandığı ilaç/ilaçlar neler, ne kadardır kullanıyorsunuz?
.....ay yıl
6. Günde kaç kez ilaç alıyorsunuz? (Dr tarafından reçete edilen)
 - a. 1 kez
 - b. 2 kez
 - c. 3 kez
 - d. 4 kez ve fazlası
7. Kullandığı ilaçları doktorunun önerdiğinden farklı şekilde
8. alıyormusunuz?
 - a. Azaltma
 - b. Arttırma
 - c. Hiç almama
 - d. Hayır
9. Ne kadar sıklıkla bu değişikliği yapıyorsunuz?
 - a. Bazen
 - b. Sıklıkla
 - c. Her zaman
 - d. Hayır
10. Doktorun önerdiği tedaviyi değiştirme nedeni nedir?
11. Daha önce doktorun önerdiği tedaviyi hiç bıraktınız mı?
 - a. Evet Neden?
 - b. Hayır

Kaç kez?

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ (ODÖ)

Aşağıda, kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Hiç aklımdan geçmedi	Ender olarak aklımdan geçti	Ara sıra aklımdan geçti	Sık sık aklımdan geçti	Hep aklımdan geçti
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor					
2. Hiçbir işe yaramıyorum					
3. Neden hiç başarılı olamıyorum					
4. Beni hiç kimse anlamıyor					
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu					
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum					
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım					
8. Öyle güçsüzüm ki....					
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor					
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım					
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı					
12. Artık dayanamayacağım					
13. Bir türlü harekete geçemiyorum					
14. Neyim var benim?					
15. Keşke başka bir yerde olsaydım					
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum					
17. Kendimden nefret ediyorum					
18. Değersiz bir insanım					
19. Keşke birden yok olabilseydim					

EK 2'nin devamı

	Hiç aklımdan geçmedi	Ender olarak aklımdan geçti	Ara sıra aklımdan geçti	Sık sık aklımdan geçti	Hep aklımdan geçti
22. Hayatım karakarışık					
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkumum					
23. Başarısızım					
24. Hiçbir zaman başaramayacağım					
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum					
26. Bir şeylerin değişmesi gerek					
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı					
28. Geleceğim kasvetli					
29. Hiçbir şey için uğraşmaya değmez					
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum					

ÖZ-ETKİLİLİK- YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüncelerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni hiç tanımlamıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1- Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim					
2- Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır					
3-Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapmaya kadar devam ederim					
4- Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım					
5- İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim					
6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım					
7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem					
8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim					
9- Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim					
10-Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda , başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim					
11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam					
12- Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım					

EK 3'ün devamı

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni hiç tanımlamıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
13- Başarısızlık beni daha çok teşvik eder					
14- Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem					
15- Ben kendime güvenen bir insanım					
16- Kolaylıkla vazgeçerim					
17- Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam					
18- Yeni arkadaş edinmek benim için zordur					
19- Tanışmak istediğim birisini görürsem , onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim					
20- Arkadaşlık kurulması güç , ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim					
21- Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem					
22- Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem					
23- Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım					

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz

0 = HİÇ

2 = ORTA DERECEDE

1 = HAFİF DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

Sizi ne kadar rahatsız etti?

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	(0) (1) (2) (3)
2. Sıcak/ateş basmaları	(0) (1) (2) (3)
3. Bacaklarda halsizlik titreme	(0) (1) (2) (3)
4. Gevşeyememe	(0) (1) (2) (3)
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	(0) (1) (2) (3)
6. Baş dönmesi veya sersemlik	(0) (1) (2) (3)
7. Kalp çarpıntısı	(0) (1) (2) (3)
8. Dengeyi kaybetme duygusu	(0) (1) (2) (3)
9. Dehşete kapılma	(0) (1) (2) (3)
10. Sinirlilik	(0) (1) (2) (3)
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	(0) (1) (2) (3)
12. Ellerde titreme	(0) (1) (2) (3)
13. Titreklik	(0) (1) (2) (3)
14. Kontrolü kaybetme korkusu	(0) (1) (2) (3)
15. Nefes almada güçlük	(0) (1) (2) (3)
16. Ölüm korkusu	(0) (1) (2) (3)
17. Korkuya kapılma	(0) (1) (2) (3)
18. Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi	(0) (1) (2) (3)
19. Baygınlık	(0) (1) (2) (3)
20. Yüzün kızarması	(0) (1) (2) (3)
21. Terleme (Sıcağa bağlı olamayan)	(0) (1) (2) (3)

TEDAVİYLE İLGİLİ OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Bu anket sizin ilaç kullanımına ilişkin düşüncelerinizle ilgilidir. Aşağıda ilaç kullanmaya ilişkin kişilerin düşünebilecekleri ifadeler yer almaktadır. Lütfen her okuyun ve size uygun gelen seçeneği işaretleyin. Her cümlenin yanında 5 seçenek için ayrı yerler ayrılmıştır. İlaç kullanmanız gerektiğinde aklınıza gelme durumuna göre size en uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz.

	Aklımdan;				
	Hiç geçmez	Nadiren geçer	Ara sıra geçer	Sık sık geçer	Her zaman geçer
İlaçlar bağımlılık yapar					
İlaç kullanmak insanı sıkıntıya sokar					
İlaç kullanmak utanılacak birşeydir					
Ömür boyu ilaç kullanılamaz					
İlaçların yararından çok zararı vardır					
İlaç kullanmak kendi kontrolünü kaybetmektir					
İnsanlar ilaç kullananları sevmezler					
İlaç kullanan insanlar yalnız kalır					
İlaç kullanmak çevreyle ilişkileri bozar					
İlaçların yan etkileriyle başedilemez					
Tedaviyi sürdürmek zordur					
İlaç kullanmak başarısızlıktır					
İlaç kullanmak sorunları çözmez					

	Aklımdan;				
	Hiç geçmez	Nadiren geçer	Arasıra geçer	Sık sık geçer	Her zaman geçer
Kendi sorunlarının üstesinden gelemeyenler ilaç kullanır					
Hasta olduğun anlaşılırsa insanlar seni istemezler					
İlaç kullanmak kimsenin isteyeceği bir şey değildir					
İlaçlar uzun süre düzenli kullanılamaz					
İlaç kullanmayı sürdürmek için insanın iyileşeceğine inanması gerekir					
İlaçların zararlı yan etkileri vardır					
Bu hastalıkların tedavisinde ilaçlar işe yaramaz					
İlaç kullanmak zayıftır					
Bu hastalıkların tedavisinde ilaçlar işe yaramaz					
İlaç kullanmak zayıftır					
İnsanlar ilaç kullananları dışlarlar					
İlaç kullanmak hastalıkları iyileştirmez					
İlaçları düzenli kullanabilmek için birinin yardımı gereklidir					
İnsanlar hasta kişileri yanlarında istemezler					
İradesi zayıf olan insanlar uzun süreli ilaç kullanamazlar					
İlaç kullanmak kişinin sosyal hayatına engel olur					

OTOMATİK DÜŞÜNCE KAYIT FORMU-1

OLAY/DURUM	DUYGU	O ANDA AKLINDAN GEÇENLER (OTOMATİK DÜŞÜNCE)

OTOMATİK DÜŞÜNCE KAYIT FORMU-2

Otomatik Düşüncelere Karşı Kanıtlar	Gerçeğe Yakın/Dengelenmiş Düşünceler	Yeni Duygu

Tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışması

Amaç: Bu çalışmada, tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğini geliştirmek ve geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma kapsamında, hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerini belirlemeye yönelik olarak likert tipi bir ölçek geliştirilmesi planlanmıştır.

I. Ölçek Maddelerinin Oluşturulması

Tedavi ile ilgili bir ölçek geliştirmek amacıyla öncelikle ölçek maddeleri oluşturulmaya çalışılmıştır. Bunun için ilgili literatür incelenerek kuramsal bir çerçeve oluşturulmuş ve bu kapsamda hasta görüşmeleri ve klinik deneyimlerden yararlanılarak bir madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçek maddeleri oluşturulurken, hastaların kendisi ve kullandığı ilaçla ilgili ve çevreye yönelik yüklemelerinin neler olabileceği düşünülerek tedavi ile ilgili olabileceği düşünülen otomatik düşünce cümleleri seçilmiştir. Oluşturulan ölçek yönergesinin ve maddelerinin anlaşılır olup olmadığı, eklenmesi ya da çıkarılması gereken bölümler olup olmadığı, maddelerin, amaca uygun olup olmadığı gibi konularda alanında uzman iki öğretim üyesi, bir öğretim görevlisi, 3 doktora öğrencisi ve bir psikologdan görüş alınmıştır. Ayrıca, hazırlanan ölçek YAB tanısı almış 20 hastaya uygulanarak, anlaşılmayan ve açıklamaya gerek duyulan maddelerin olup olmadığı, yönergenin anlaşılıp anlaşılmadığı, likert tipi derecelendirmenin maddelere uygunluğu konuları değerlendirilmiştir.

II. Ölçeğin yeniden düzenlenmesi ve puanlamasının yapılması

İlk olarak belirlenen 59 ölçek maddesi, uzman görüşleri ve hastalardan alınan geri bildirimler doğrultusunda düzenlemeler yapılarak 27 madde ve beşli likert tipinde olacak şekilde ölçeğe son şekli verilmiştir. Her bir madde karşısına “Hiç aklımdan geçmez” 1, “Nadiren aklımdan geçer” 2 , “Ara sıra aklımdan geçer” 3, “Sık sık aklımdan geçer” 4, “Her zaman aklımdan geçer” 5 şeklinde puanlanan 5 seçenek konulmuştur. Puanlardaki yükselme, bireyin tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerinin şiddetinin arttığını göstermektedir.

III. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin yapılması

Ölçeğin geçerlik çalışması için, kapsam geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliğine bakılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında test-tekrar test güvenirliği ile Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

Örnekleme

Son şekli verilen ölçek, Ekim 2009- Şubat 2010 tarihleri arasında bir eğitim hastanesinin psikiyatri polikliniğinde YAB tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 184 kişiye uygulanmıştır. Katılımcılara Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin yanında araştırmacı tarafından hazırlanan hastanın sosyodemografik verilerine yönelik bir veri toplama formu ve ölçüt geçerliği için Otomatik Düşünceler Ölçeği uygulanmıştır. Daha sonra ölçekler, hastalar arasından ulaşılabilen 55 hastaya test-tekrar test güvenirliği değerlendirilmesi için ilk uygulamadan 4 hafta sonra ikinci defa uygulanmıştır. Ayrıca kapsam güvenirliği için çalışma grubundan farklı bir grup olarak, çalışmaya katılmayı kabul eden Dahiliye Polikliniğine başvuran, kronik bir hastalık tanısı almış 51 hastaya da ölçekler uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Veri Toplama Formu: Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile tedavisine yönelik bilgileri içermektedir.

Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeği (TODÖ): Yukarıda geliştirilme süreci anlatılan araştırmacı tarafından geliştirilmiş formdur.

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ): Hollan ve Kendall'ın geliştirdiği ODÖ kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin sıklığını ölçmeyi amaçlamaktadır. 1-5 arasında puanlanan ve 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 30-150 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını gösterir. Ülkemizdeki güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı Şahin tarafından 0.93 olarak bulunmuştur (54).

BULGULAR

Çalışmaya katılan 184 kişiden %62'si kadın, % 38'i erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 36.4'dü. Katılımcıların tamamı YAB tanısı almış ve hastaların ortalama tedavi süreleri 22 ± 1.3 ay olarak belirlenmiştir.

I. Ölçeğin geçerlik incelemelerine ilişkin bulgular

Yapı geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek amacıyla, faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi bir ölçekteki değişkenlerin sayılarını azaltmak, maddelerin birbirini dışta tutan daha az sayıda faktöre ayrılıp ayrılmadığını ortaya çıkarmak için yapılmaktadır. Faktör analizinde öncelikle örneklemin uygunluğunu test etmek için Kaiser- Meyer-Olkin testi (KMO) yapılmış, KMO değeri 0.86 olarak bulunmuştur. Daha sonra Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenlerin birbirleri arasındaki fark anlamlı bulunduğu için ($\chi^2 = 2275.806$; $p < 0.001$) faktör analizinin yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Yapılan analiz sonucu bulunan faktör yükleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Faktör analizi yapılırken madde dağılımlarının nasıl olduğunu değerlendirmek amacıyla bu maddelerin korelasyon ve Cronbach Alfa değerlerine bakılmıştır. Faktör analizinde ölçek maddelerinin üç faktörde toplandığı görülmüştür. Bu üç faktörün maddeleri arasındaki iç tutarlılığa bakıldığında Cronbach Alfa değeri birinci faktör için 0.91, ikinci faktör için 0.65, üçüncü faktör için 0.46 olarak belirlenmiştir. Ancak faktör analizinde ortaya çıkan bu üç faktörün önceden araştırmacılar tarafından belirlenen başlıklar altında dağılmadığı belirlenmiştir. Önceden belirlenen bu başlıklar altında yer alan maddelerin iç tutarlılığına bakıldığında ise Cronbach Alfa, “hastanın kendisi ile ilgili otomatik düşünceleri” alt ölçeği için 0.84, “hastanın kullandığı ilaçla ilgili otomatik düşünceleri” alt ölçeği için 0.81, “hastanın çevresi ile ilgili otomatik düşünceleri” alt ölçeği için 0.74 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, başlangıçta ölçülen özellik bakımından birbirinden farklı olduğu bilinen iki grubun ölçek puanları açısından aynı farklılığı gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak amacıyla yapılır. Çalışmamızda ölçeğin kapsam geçerliğini göstermek için Psikiyatri Polikliniğine başvuran YAB tanısı almış hasta grubu ile İç Hastalıkları Polikliniğine başvuran

kronik bir hastalığa sahip ve devamlı ilaç kullanan hastaların ölçek puanları t testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda, YAB grubunun TODÖ puan ortalaması 56.9 ± 18.5 'dir. İç Hastalıkları grubunun ise 43.4 ± 7.4 olarak elde edilmiştir. Ayrıca, YAB grubunun TODÖ standart sapması, İç Hastalıkları grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = 7.87$, $p < 0.001$) (Tablo 3).

Ölçüt geçerliği

Ölçüt geçerliğinin incelenmesinde; hazırlanan TODÖ ile ilişkili olabileceği düşünülen önceden geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış otomatik düşünceler ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır. İki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0.503$, $p < 0.001$). Ayrıca otomatik düşünceler ölçeğinin bu araştırma grubunda güvenirliği yüksek bulunmuştur (Cronbach Alfa=0.928).

II. Ölçeğin Güvenirlik İncelemelerine İlişkin Bulgular

Güvenirlik Analizleri

Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık ve test-tekrar test güvenirliği ile belirlenmiştir. İç tutarlılık için yapılan Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği için ilk uygulamadan 4 hafta sonra çalışma evreninden tekrar ulaşılabilen 55 hastaya ikinci defa uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama arasındaki toplam puan korelasyonu 0.98 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test sonuçlarının ortalamaları sırasıyla 60.9 ± 20.0 ve 58.5 ± 18.0 dır. Ölçek toplam puanında test-tekrar test puanlarının korelasyonu oldukça yüksektir.

SONUÇ

Bu çalışmada, YAB olan hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerinin sıklığını değerlendirmede kullanmak amacıyla tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeği geliştirmek amaçlanmıştır. Araştırmanın örnekleme ölçek geliştirme çalışması yapabilmek açısından yeterli sayıdadır. Araştırmadan elde edilen bulgular, 27 maddelik ölçeğin yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirlik ölçütlerine sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada ölçek toplam puanları üzerinden analizler yapılmış ve bir kesme puanı belirlenmemiştir.

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek için faktör analizleri yapıldığında ortaya çıkan üç faktörden ikisinin güvenirlik katsayıları düşük bulunduğundan, araştırmacılar tarafından önceden tasarlanan üç alt başlık için de güvenirlik analizleri yapılmıştır. Bu faktör yapısının daha

güvenilir katsayılara sahip olduğu görülmüştür ve sonuç olarak alt ölçeklerinin araştırmacıların belirlediği şekilde kullanılabileceği değerlendirilmiştir. Buna göre tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğinin alt ölçeklerinin hastaların kendisi ile ilgili, kullandığı ilaçla ilgili ve çevreye yönelik düşünceler şeklinde olması uygun bulunmuştur.

Ölçeğin kapsam geçerliğini test etmek amacıyla yapılan karşılaştırmada İç Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalarla, YAB hastaları arasında ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığa sahip hastaların, psikiyatrik bir rahatsızlık dışında kronik hastalığı olan hastalara göre daha fazla tedaviye uyum sorunu yaşadığı düşünüldüğünde, YAB olan hastaların ölçek puanlarının diğer hastalara göre yüksek olması ölçeğin bu grupta tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerin sıklığını ölçebildiğini göstermiştir.

Ölçek geçerliğini test etmek amacıyla TODÖ, otomatik düşünceler ölçeği ile karşılaştırıldığında aralarında kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç, benzer testler (ölçüt) geçerliği açısından da tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğinin ölçmek istediği özelliği ölçek niteliğinde olduğu düşünülmüştür.

Ölçeğin iç tutarlık için Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçekte yer alan maddelerin birbirleri ile tutarlı, dolayısıyla iç tutarlık anlamındaki güvenilirliğin yüksek olduğunu kanıtlamaktadır. Çalışmamızda, test-tekrar test sırasında hastaların % 29.8 (n=55)'ne ulaşılmış olması çalışmanın bir sınırlılığı olarak görülmekle birlikte, iki uygulama arasındaki toplam puan korelasyonu 0.98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin farklı zamanlarda aynı kararlılıkla ölçüm yaptığı ve güvenilir olduğuna dair güçlü bir kanıt olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuç, TODÖ'nün 4 hafta aralıkla güvenli bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

TODÖ'nün psikometrik özelliklerinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen tüm bulgular ölçeğin YAB olan hastaların tedavi ile ilgili otomatik düşüncelerini belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Ancak bu araştırmada geliştirilen ölçeğin örneklem bakımından YAB olan hastalarla sınırlı olması, farklı tanı almış psikiyatri hastaları üzerinde ölçeğin geçerlik veya güvenilirlik çalışmalarının tekrarlanmasını önemli kılmaktadır. TODÖ'nün, hastaların tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelerinin farkında

olunmasını sağlayacak ve tedaviye uyumla ilgili çalışmayı kolaylaştıracak, kolay uygulanabilir bir ölçek olduğu ve uygulamaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 1. Tedavi ile ilgili otomatik düşünceleri içeren maddelere ait faktör yükleri

Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler	Faktör 1	Faktör2	Faktör3
İlaç kullanmak zayıflıktır	0.790		
İlaç kullanmak başarısızlıktır	0.734		
Bu hastalıkların tedavisinde ilaçlar işe yaramaz	0.708		
Kendi sorunlarının üstesinden gelemeyenler ilaç kullanır	0.695		
İnsanlar ilaç kullananları dışlarlar	0.690		
İlaç kullanmak çevreyle ilişkileri bozar	0.679		
İlaç kullanan insanlar yalnız kalır	0.646		
Hasta olduğun anlaşılırsa insanlar seni istemezler	0.640		
İlaç kullanmak hastalıkları iyileştirmez	0.633		
İlaç kullanmak kendi kontrolünü kaybetmektir	0.620		
İlaçlar uzun süre düzenli kullanılamaz	0.598		
İlaç kullanmak utanılacak birşeydir	0.591		
İlaç kullanmak sorunları çözmez	0.570		
İlaçların yan etkileriyle başedilemez	0.558		
İlaçları düzenli kullanabilmek için birinin yardımı gereklidir	0.554		
İlaç kullanmak kişinin sosyal hayatına engel olur	0.549		
İnsanlar ilaç kullananları sevmezler	0.541		
İnsanlar hasta kişileri yanlarında istemezler	0.534		
İlaçların yararından çok zararı vardır	0.419		
İradesi zayıf olan insanlar uzun süreli ilaç kullanamazlar	0.452		
İlaçlar bağımlılık yapar		0.633	
İlaç kullanmak insanı sıkıntıya sokar		0.547	
İlaçların zararlı yan etkileri vardır		0.512	
Tedaviyi sürdürmek zordur		0.499	
İlaç kullanmak kimsenin isteyeceği bir şey değildir			0.719
İlaç kullanmayı sürdürmek için insanın iyileşeceğine inanması gerekir			0.637
Ömür boyu ilaç kullanılamaz			0.467
Özdeğer %	8.97	1.87	1.74

Tablo II. Tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğinin Cronbach alfa değerleri

Hastanın Çevresi İle İlgili Otomatik Düşünceleri	Cronbach Alfa	Madde silindiğinde Cronbach Alfa
İnsanlar ilaç kullananları dışlarlar	0.848	9.00
İlaç kullanmak çevreyle ilişkileri bozar		8.95
İlaç kullanan insanlar yalnız kalır		9.12
Hasta olduğun anlaşılırsa insanlar seni istemezler		8.84
İnsanlar hasta kişileri yanlarında istemezler		8.80
İlaç kullanmak kişinin sosyal hayatına engel olur		8.71
Hastanın Kendisi İle İlgili Otomatik Düşünceleri		
İlaç kullanmak zayıflıktır	0.707	0.663
İlaç kullanmak başarısızlıktır		0.635
Kendi sorunlarının üstesinden gelemeyenler ilaç kullanır		0.666
İlaç kullanmak kendi kontrolünü kaybetmektir		0.678
İlaç kullanmak utanılacak birşeydir		0.701
İlaç kullanmak kimsenin isteyeceği bir şey değildir		0.756
İlaç kullanmayı sürdürmek için insanın iyileşeceğine inanması gerekir		0.668
İradesi zayıf olan insanlar uzun süreli ilaç kullanamazlar		0.647
Hastanın Kullandığı İlaçla İlgili Otomatik Düşünceleri		
Bu hastalıkların tedavisinde ilaçlar işe yaramaz	0.820	0.793
İlaç kullanmak hastalıkları iyileştirmez		0.805
İlaçlar uzun süre düzenli kullanılamaz		0.815
İlaç kullanmak sorunları çözmez		0.800
İlaçların yan etkileriyle başedilemez		0.795
İlaçları düzenli kullanabilmek için birinin yardımı gereklidir		0.816
İlaç kullanmak insanı sıkıntıya sokar		0.799
İlaçların yararından çok zararı vardır		0.802
İlaçlar bağımlılık yapar		0.809
İlaçların zararlı yan etkileri vardır		0.805
Tedaviyi sürdürmek zordur		0.808
Ömür boyu ilaç kullanılamaz		0.793

Tablo 3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve İç Hastalıkları gruplarının TODÖ puan karşılaştırmaları

Grup	X ± SS	t*	p
İç Hastalıkları	56.9±18.5	7.87	< 0.001
YAB	43.4±7.4		

* Independent-sample T testi

Tablo 4. TODÖ ölçeği güvenirlik çalışması Test- tekrar test uygulama sonuçları

Uygulama	N	X ± SS	Korelasyon	
İlk Uygulama	52	60.9±20.0	r= 0.98*	p=<0.001
Son Uygulama	52	58.5±18.0		

* Pearson Korelasyon Testi

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 132
OTURUM TARİHİ : 02 Haziran 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 02 Haziran 2009 günü yapılan 132. oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan J. Sağ. Yzb. Meltem Meriç'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı **"Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi"** başlıklı, tek merkezli, müdahale tipi çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

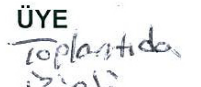
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.

ÜYE

H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Can Polat EYİĞÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

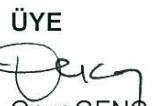
Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Şefik GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Mükerrer SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof.Dr.Sağ.Yb.

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**Araştırmacının Açıklaması**

Bu çalışmanın adı; “Yaygın Anksiyete bozukluğu olan kadın hastalarda bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisi” dir. Çalışmanın amacı; GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğinde yaygın anksiyete bozukluğu nedeniyle tedavi alan kadın hastalara uygulanacak olan bilişsel yaklaşım temelli danışmanlığın hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşüncelerine etkisini belirlemektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma GATF Eğitim Hastanesinde yapılacak olup; süresi oniki ay olarak planlanmıştır. Araştırmada size, araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu, beslenmenizi değerlendirecek olan formlar ve yaşam kalitenizi ölçen form uygulanacaktır.

Bu araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama yada kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

Hastanın Beyanı:

Sayın J.Sağ.Yzb. Meltem MERİÇ tarafından GATF Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğinde araştırma yapılacağını belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilebileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Görüşme Tanığı	Katılımcı ile görüşen Araştırmacı
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı
Adres:	Adres:	Adres:
Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza: