



T. C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PSİKOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA DROP OUT
DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK RETROSPEKTİF BİR
İNCELEME**

İHSAN ÖZTEKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN

İstanbul, 2018

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PSİKOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA DROP OUT
DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK RETROSPEKTİF
BİR İNCELEME

İHSAN ÖZTEKİN

144102139

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN

İstanbul, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	İhsan Öztekin
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Prof.Dr. Hüsnü Erkmen
Tezin Başlığı	:	Psikoterapi Uygulanan Hastalarda Drop Out Durumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Retrospektif Bir İnceleme

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	19.01.2018	Saati	:	18.30
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="radio"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU					
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="radio"/> GELMEDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargin	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi Olarak Sunduğum “Psikoterapi Uygulanan Hastalarda Drop Out Durumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi” Adlı Çalışmanın, Tarafımdan, Bilimsel Ahlak Ve Geleneklere Aykırı Düşecek Bir Yardıma Başvurmaksızın Yazıldığını Ve Yararlandığım Eserlerin Kaynakçada Gösterilenlerden Oluştüğünü, Bunlara Atıf Yapılarak Yararlanılmış Olduğunu Belirtir Ve Bunu Onurumla Doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

İhsan ÖZTEKİN

İmza:

TEŞEKKÜR

Tezimin konusunun belirlenmesinde ve tüm çalışma sürecince verdiği büyük destek ve gösterdiği büyük sabırla beni motive eden tez danışmanım Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN'e,

Araştırmanın veri toplama sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen hastane yönetimine, hasta hizmetleri yönetimine ve hastane bilgi teknolojileri birimine,

Tezin tüm aşamalarında beni motive eden, yardımları ile beni destekleyen, üniversite öğrencilik yıllarımızdaki birliktelikten, bugün hastanede birlikte görev yapmaya devam ettiğim çok değerli arkadaşım, dostum, meslektaşım Uzm. Psk. Yıldız BURKOVİK'e,

Her zaman bana destek olan, tez konusunda da beni cesaretlendiren ve desteğini devam ettiren sevgili ablam Binnur ÖZKIŞLALI'ya ve tüm aileme teşekkür ederim.

ÖZET

(Öztekin, İhsan, Yüksek Lisans Tezi, 2017)

PSİKOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA DROP OUT DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK RETROSPEKTİF BİR İNCELEME

Bu çalışmada, 2013-2016 yılları arasında İstanbul'da NP İstanbul Hastanesine başvuran yatarak ve ayakta psikoterapi hizmeti gören hastaların hastane kayıtlarına mevcut olan psikoterapi hizmetleri ile ilgili istatistiksel bilgiler değerlendirilmiştir. Bu amaçla hastanenin topladığı kayıtlar istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Analizler sonucunda, Tedaviyi bırakma nedenlerinin oranları incelendiğinde ise en çok öne sürülen neden olarak kadınlarda ve erkeklerde tedaviye ihtiyaç duymadığının bildirilmesi, il dışına taşınma, iş yoğunluğu ve maddi nedenler olduğu görülmektedir. Hastane kayıtları ile ilgili eksiklik olarak önemli bir bulgu da hastaların psikoterapiyi erken bırakma nedenlerinin psikoterapik açıdan kayıt altına alınmamış olması ve sadece hastanın hastane sekreteryasına bildirdiği nedenlere bağlı kalınmış olmasıdır.

Anahtar Sözcükler: psikoterapi bırakma, drop out, psikoterapi notlarının kaydı

ABSTRACT

(Öztekin, İhsan, Master of Sciences Thesis, 2017)

A RETROSPECTIVE REVIEW OF THE FACTORS THAT AFFECT THE DROP OUT CONDITION IN PATIENTS HAVING PSYCHOTHERAPY

In this study, the statistical information about the psychotherapy services available to the hospital records of the inpatient and outpatient psychotherapy patients who applied to NP Istanbul Hospital in Istanbul between 2013-2016 was evaluated. For this purpose, the records collected by the hospital were subjected to statistical analysis. As a result of the statistical analysis, when the rates of the reasons of early withdrawal of psychotherapy are examined, it is seen that the most prevalent reason notified by both females and males are no in need for psychotherapy, moving out of the province, work intensity and financial reasons. An important finding related to deficiency of hospital records is that the reasons for the early withdrawal of psychotherapy from patients are not recorded in psychotherapeutic terms and only the reasons the patient reports to the hospital secretariat.

Key words: early withdrawal of psychotherapy, drop out, records of psychotherapy notes.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Yemin Metni	i
Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
Tablolar	vi
Şekiller	vii
BÖLÜM I	1
1. GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
BÖLÜM II	3
2. PSİKOTERAPİDE ERKEN TERK	3
2.1. Terapiyi Terkin Ölçüm Kriterleri	5
2.2. Terapiyi Bırakmayı Etkileyen Faktörler	7
2.2.1. Stigma (Damgalanma)	7
2.2.2. Etnik Köken ve Kültürel Özellikler	8
2.2.3. Sosyodemografik Özelliklerin Etkisi	8
2.2.4. Kişilik Özellikleri ve Psikolojik Bozukluğun Etkisi	10
2.2.5. Terapist Hasta İlişkisinin Etkisi	11
2.2.6. Danışan / Hasta Beklentisinin Etkisi	12
2.2.7. Hastanın Kendi Mazeretlerinin Etkisi	13
2.3. PSİKOTERAPİNİN ERKEN BIRAKILMASI İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR	14
BÖLÜM III	19
3. YÖNTEM	19
3.1. Örneklem	19
3.2. Veri Toplama Araçları	19
3.3. Verilerin Analizi	19
BÖLÜM IV	20
4. BULGULAR	20
BÖLÜM V	36
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	36
6. KAYNAKLAR	40
EKLER	49
ÖZGEÇMİŞ	50

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1: Psikiyatri Hastalarının Eğitim Durumlarına Dağılımı ve Yüzdeleri	20
Tablo 4.2: Psikiyatri Hastalarının Yaşadıkları Yere Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri	21
Tablo 4.3: Psikiyatri Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Klinik Özelliklerine İlişkin Ortalamalar ve Standart Sapmalar	23
Tablo 4.4: Psikiyatri Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Alkol/Madde Kullanımı Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri	25
Tablo 4.5: Psikiyatri Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Tanıların Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri	26
Tablo 4.6: Psikiyatrik Hastaların Cinsiyetlerine Göre tedaviyi Bırakma Nedenleri Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri	28

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 4.1: Psikiyatri Hastalarının Eğitim Durumlarının Dağılımlarına İlişkin Yüzdeler	21
Şekil 4.2: Psikiyatri Hastalarının Yaşadıkları Yere İlişkin Yüzdeler	22
Şekil 4.3: Psikiyatri Hastalarının Yaş, Muayene Sayısı, Yatış Sayısı, TMU Sayısı ve EKT Sayısı Ortalamaları	24
Şekil 4.4: Psikiyatri Hastalarının Alkol Madde Kullanım Dağılımlarına İlişkin Yüzdeler	25
Şekil 4.5: Psikiyatri Hastalarının Tanılara Göre Dağılımları	27
Şekil 4.6: Psikiyatri Hastalarının Tedaviyi Bırakma Nedenlerine göre Dağılımları	30
Şekil 4.7: Psikiyatri Hastalarının 2013 Yılı Tedaviyi Bırakma Yüzdeleri	31
Şekil 4.8: Psikiyatri Hastalarının 2014 Yılı Tedaviyi Bırakma Yüzdeleri	32
Şekil 4.9: Psikiyatri Hastalarının 2015 Yılı Tedaviyi Bırakma Yüzdeleri	33
Şekil 4.10 Psikiyatri Hastalarının 2016 Yılı Tedaviyi Bırakma Yüzdeleri	34
Şekil 4.11. Psikiyatri hastalarının yıllara göre tedaviyi bırakma yüzdeleri	35

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

Psikolojik desteğe başlayan insanların tedaviyi neden erken bıraktıklarının anlaşılması önemlidir. Çünkü hastaların% 30-40'ı kendilerini randevular için hazırlamakta ve randevu taleplerinde bulunmaktadır. Fakat bu hastaların devam etmemelerine bağlı olarak olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Genel olarak, psikoloji hastalarının neden tedaviden vazgeçtiklerini anlamak için ve bu tür terk etmeyi önlemek için sağlık psikolojisi kapsamlı bir şekilde tedaviye uyuma çalışmaktadır. Bununla birlikte, psikoterapiyi bırakma, literatürde net bir şekilde açıklanamamakla birlikte birçok faktörün erken bırakmaya neden olabileceği konusunda çalışmalar mevcuttur (Kazdin ve Mazurick, 1994).

Yapılan geniş çaplı çalışmalarda bulguların tutarsızlığı, bırakma işleminin farklı operasyonel tanımlarına atıfta bulunmaktadır. Eksiklikler genellikle farklı noktalarda (örneğin, tedaviyi beklerken, birkaç tedavi seansı sonrasında veya sonrasında tedavi sırasında) terapi sürecinde başarısız olan kişileri içerir (Sales, 2003). Bu bağlamda, tedavide farklı noktalardaki bırakma ile ilişkili değişkenler araştırılmıştır. Yine de, tedaviye başvuran, ancak birinci tedavi oturumundan önce klinik teması kopan hastalar hakkında aydınlatıcı çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bazı araştırmacılar, ilk zihinsel sağlık randevularını, cinsiyet, yaş, tanı, coğrafi ikamet yeri, sosyoekonomik statü, bekleme listesindeki zaman süresi, semptom süresi gibi değişkenlerle psikoterapi sürecindeki erken bırakmayı ilişkilendirmeye çalışmıştır (Lowman ve ark., 1984; Otero ve ark., 2001).

Tedaviyi terk eden hasta grubuna ulaşabilmedeki zorluklara bağlı olarak bu alanda çalışma yapılması oldukça zorlaşmaktadır. Ulaşılabilen grubun ise sosyodemografik değişkenlerine dair sağlıklı bilgi vermelerinde ciddi sıkıntılar olduğu görülmektedir. Genellikle hastalar görüşmenin ardından gelip gelmeyeceklerine dair net bir bilgi vermedikleri gibi kendileriyle iletişim kurmak da zor olmaktadır. İncelenen değişkenlerin sınırlı olması ve sonuçların farklılığı, tedavi öncesi bırakmalarla ilişkili faktörleri dikkatlice incelenmesine rağmen bu hastaların terapiyi neden erken bıraktıkları

konusunda fazlaca farklı bilgi bulunmaktadır ve bu da netliğin sağlanmasına engel olmaktadır (Sales, 2003).

Erken bırakma (dropout) çalışmaları arasındaki sonuçların tutarsızlığına atfedilen diğer bir neden ise örneklem kriterleriyle ilgilidir. Yetişkin ve çocuklarda farklı değişkenlerin erken bırakma ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır. Mevcut araştırmaların çoğu, bu iki grup arasında ayırım yapmamakta olup, bu da bu iki gruptaki ayrılmayı farklı şekilde öngören spesifik etkileri belirsiz hale getirebilir ve farklı sonuçlar doğurmaktadır (Kazdin ve Mazurick, 1994; Wierzbicki ve Pekarik, 1993).

Terapi veya tedaviyi erken bırakma; "Terk", "erken bırakma", "erken ayrılma" ve "erken sonlandırma" terimleri, belli sayıda terapi seansı gerçekleştirilmeyen hastaları belirlemek için ayırım gözetmeden kullanılmıştır (Frayn, 1992; Kazdin ve Mazurick, 1994; Mohl ve ark., 1991).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada psikiyatri hastalarının psikoterapiyi bırakma nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu sayede ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların erken bırakma durumlarını önceden fark ederek uygun müdahaleleri gerçekleştirebilecekleri ve daha nitelikli yardım hizmeti sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

BÖLÜM II

2. PSİKOTERAPİDE ERKEN TERK (DROP OUT)

Yaşantı süresince kişiler zaman zaman psikolojik destek alma ihtiyacı duyabilmektedirler. Yaşamın getirdiği zorluklar başa çıkmada sorun yaşandığında, kişilerin gelişimsel problemleriyle tek başına mücadele etmelerinde zorluk olduğunda, psikolog, psikiyatrist, psikolojik danışman veya diğer ilişkili meslek gruplarına başvurdukları görülmektedir (Yıkılmaz ve ark.,2016). Bireylerin güç durumlarda başvurdukları destek birimlerinden büyük bir çoğunluğunun terapi sürecini bıraktıkları bildirilmektedir. Özellikle terapiye gelen bireylerin kişisel özellikleri, terapistin özellikleri veya çevresel nedenlerden ötürü hastaların tedavilerini yarıda kestikleri ve kendi istekleriyle bıraktıkları bilinmektedir.

Tedavinin erken bırakılması, günlük psikoterapi uygulamasında sık karşılaşılan bir sorundur. Hastaların ve terapistin psikoterapiyi ne zaman sona erdireceği konusunda anlaşmaya varmaları beklense de, çoğu zaman hastalar birçok nedenden ötürü psikoterapiyi kendi başına bırakmaktadır. Bu olgunun tam tanımına dair net bir açıklama olmamakla birlikte,erken bırakma,erken sonlandırma, tek taraflı fesih ve bırakma gibi terimler bazen farklı operasyon biçimleriyle kullanılır. Bırakma ile ilgili karşılaşılan sorunlardan biri mevcut tanımlardan birini seçmek. erken sonlandırma veya bırakma, tek taraflı tedavi sonlandırması olarak tanımlanabilir, yani hasta hem terapistin tavsiyesine hem de hasta ile terapist arasındaki ilk anlaşmaya aykırı olarak psikoterapiyi bitirmeye karar verirse bu tanımlar seçilebilir. Başka bir bırakma durumu, hasta tedaviye başlayacağı halde tedavi başlatan sorunlardan kurtulmadan, yani terapötik hedefleri karşılamadan durdurur (Swift ve Greenberg, 2012).

Psikoterapi yaklaşımları, tedavi hedefleri, psikoterapi süresi, bırakma tanımı ve başarı kriterleri açısından farklılık göstermektedir (Ogrodniczuk ve Joyce, 2005). Psikoanalitik psikoterapi, örneğin, genellikle hastanın kendisinin farkına varmasına yani iç görü kazanmasına yardımcı olmak amacıyla savunmaların, aktarımın ve çatışmaların analizine yönlendirilir (Wierzbicki ve Perarik, 1993).

Dolayısıyla, psikoanalitik psikoterapi, hasta ego gücünden veya kaynaklardan, acı durumların canlanmasını, içgörünün kapasitesini ve düşüncelerini, duyguları ve mevcut çatışmaları geçmiş durumlarla bağlantılı kılmak için motivasyonunu gerektirir ve böylece iç görü genişletilir. Kısa psikodinamik modeller haricinde, terapi süreci, hasta ve terapistin terapötik hedeflere ulaştıklarına karar verdiklerinde, ideal olarak sona eren uzun vadeli bir içgörüye yönelik terapi olarak düşünülür. Bu kriter açık bir şekilde hem hasta hem de terapistin öznelliğini iyi derecede içerir. Tedavinin bırakılmasını tanımlamak için kullanılan kritere bakılmaksızın, raporlar farklı yaşlarda, tanı gruplarında ve tedavi yöntemlerinde bırakma fenomeninin yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (Taylor, Abramowitz ve McKay, 2012).

Wierzbicki ve Pekarik (1993), 125 çalışmanın bir meta-analizinde, kriterin terapist yargısı olup olmadığına bakılmaksızın hastaların % 48'inin tedaviyi erken bıraktıklarını bulmuşlardır. Çeşitli ülkelerdeki zihinsel sağlık merkezlerinde yapılan daha yeni çalışmalar, genelde % 35 ila % 55 arasında salınmasına rağmen, % 24 ila % 66 arasında bırakma oranları göstermektedir (Barkham ve ark., 2006; Berghofer ve ark., 2002; Castañeda ve Mira, 1998; Derisley ve Reynolds, 2000; Fernández ve ark., 2004; Moré ve ark., 2002). Bu tahminler, özellikle tedavinin erken bırakılmasında ima edilen her şeyi göz önüne alarak, terapi süreçlerinde yaşanan zorlukları yansıtmaktadır. Terapiden ayrılan çoğu hastanın geri dönmesi istendiğinde, tüm süreci yeniden başlatılması gerekli olabiliyor. Yapılan psikolojik, mali ve zamanlı yatırımlar, hastanın hayal kırıklığını arttırdığı gibi, bu tür tedaviler için yardım almada umutsuzluğa yol açabilmektedir. Terapistler, özellikle tecrübesiz olan terapistler yetersizlik duygularıyla başa çıkmaya çalışırken zorlanabilirler. Bu nedenle, bırakmanın olumsuz etkisi ilgili tüm taraflar tarafından hissedilmektedir (Kazdin, 1996).

Tedaviden ayrılma oranındaki farklılıklar, tedavi ortamındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir (Örneğin, zihinsel sağlık merkezleri, hastaneler, danışmanlık merkezleri). Terapiyi erken bırakma tanımı hakkında araştırılan hasta popülasyonları, sunulan tedaviler ve kullanılan ayrılma tanımlaması konusunda çalışmacılar arasında bir görüş olmamakla birlikte, planlanmış bir oturuma gidilmemesi, habersiz terk ve geri tedaviye dönülmemesi, terapistin bunu uygun gördüğü için tedaviyi sonlandırması,

tedavinin terapisti ile karşılıklı olarak mutabakata varılmadan durdurulması şeklinde tanımlar bulunmaktadır.

Hatchett ve Park'ın (2003) ve Wierzbicki ve Pekarik'in (1993) yaptığı tanımlama araştırmalarında da aynı şekilde farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Nitekim bırakılmanın neyin oluştuğu konusunda bir görüş birliği mevcut değildir.

Bilişsel-davranışsal psikoloji literatüründe, klinik uygulamada ayrılma sorununa belirli bir döneme kadar az önem verilmiştir. Bu terapi modelinde yaşanan terapiyi erken bırakma konusu hakkında yapılan en kapsamlı çalışmalardan birinde sırasıyla 525, 70 ve 88 hastayla yürütülen üç çalışmada (Gavino ve Godoy, 1993; Persons, Burns ve Perloff, 1988; Trepka, 1986) terk oranları % 41, % 50 ve % 39.8'dir. Kullanılan ayrılma tanımları geniş bir yelpazede değişmektedir. Önerilen terapötik hedefleri gerçekleştirmeden önce tedavinin kesilmesi, terapistin tavsiyesine karşı terapinin durdurulması veya terapistle görüşülmeden ve planlanan bir randevuda bulunulmadan ve yeni bir tayin talebinde bulunulmaksızın kesilmesi şeklinde farklılıklar vardır. Bilişsel davranışsal terapi çeşitleri içerisinde, dialektik davranış terapisinin bazı grup terapilerinden daha düşük seviyede bırakma oranı olduğunu göstermektedir (Vatan, 2016).

2.1. Terapiyi Terkin Ölçüm Kriterleri

Terapi sürecinde yaşanan terklerin gerçekten bir terk (dropout) olup olmadığının değerlendirilmesi için belirli kriterler belirlenmiştir. Psikoterapi araştırmalarında, terapiyi bırakma dört farklı şekilde ölçülerek değerlendirilmektedir. Terapist yargısı, oturum sayısı, klinik değişiklik ve hasta/danışan bildirimleri. Terapist yargılama, terapistin, hastanın gerçekten erken tedaviyi bırakıp bitirmediğine karar vermesine dayanır. Bu yöntemin yüksek ölçüde geçerliliği olduğu kabul edilir. Ayrıca uygulayıcı klinisyenler arasında en yaygın kullanılanıdır. Terapistler, bırakma işleminin yapılıp bırakılmadığı konusunda bilinçli kararlar verecek donanıma sahip olsa da, buna rağmen kararlarında bazı önyargılar olabilir (Swift ve Greenberg, 2012).

Örneğin, terapistler terk oranlarını düşürmek için baskıya maruz kalabilirler ve bu baskıyla daha az danışan terki elde etmek üzere motive olabilirler. Tersine, bir terapistin

danışana veya vakaya karşı kendi karşı aktarım tepkileri, danışanın erken ayrıldığı veya reddettiği şeklinde de olabilir. Bu yöntem aynı zamanda, bırakma olarak değerlendirilenler için dereceler arası güvenilirlik sorunlarından etkilenmektedir. İkinci bir kriter ise, hastanın tedaviye katılmadığı oturum sayısını değerlendirmektedir. Bu yöntem kolayca ölçülebiliyor, ancak hastanın farklı oranlarda sonuç aldığı gerçeğini hesaba katmıyor (Baldwin ve ark., 2009).

Hatchett ve Park (2003) bırakma yapısını anlamak için klinik olarak hastada gerçekleşen, ortaya çıkan önemli değişiklikler fikri diğer bir kriter olarak kabul edilmektedir. Bu metoda dayanarak, bir hastanın, tedaviden elde ettiği sonuçları kendisi kanıtlayabildiği ölçüde tedaviden olumlu veya olumsuz olarak ayrılmış olduğu değerlendiriliyor. Dolayısıyla hastanın dropout olma durumunun daha sağlıklı değerlendirilmesi için önemli kriterlerden bir tanesidir (Swift, Callahan ve Levine, 2009).

Diğer bir kriter ise hastaların kendi yargısıdır. Hastaların, bırakma işleminin ne zaman gerçekleştiğini belirlemek için en iyi şekilde konumlandırıldığı fikrine dayanır. Bırakmayı bu şekilde ölçmek, psikoterapi karar verme sürecinde hastayı onurlandırır (Owen ve ark., 2012). Bu yöntemler içerisinde hangisinin dropout olmayı daha sağlıklı ve güvenilir bir şekilde ölçtüğüne dair çok az fikir birliği bulunmaktadır. Genellikle terapi yöntemi, planlaması, bireysel farklılıklar esaslarına göre bu yöntemlerden ve kriterlerden kullanmada farklılıklar olmaktadır.

Tüm bu kriterlerden farklı olarak terapiyi bırakmada etkili olan inanç türlerinin tespiti için de kullanılan Sağlık İnanç Modeli psikiyatri hastalarının terapiyi bırakma nedenleri değerlendirilmektedir. Bu model çerçevesinde yapılan değerlendirmede 6 kriteri esas alarak kişilerin sağlık süreçleri hakkındaki inançlarına vurgu yapılmaktadır (Meriç ve Oflaz, 2010). Bu kriterler; a) Duyarlılık; bireyin var olan sağlık sorunu hakkındaki algısının durumu b) Ciddiyet/Önemseme; var olan tehdit edici hastalığın bireyde oluşturduğu endişe ve zarar verici sonuçların hasta tarafından algılanması c) Yarar algısı; uygulanan koruyucu tedavinin olumlu etkilerinin birey tarafında fark edilmesi d) Engel; uygulanan koruyucu tedavilerin olumlu yönlerinin hasta tarafından algılanması, e) Sağlık Motivasyonu; bireyin sağlık durumunun değişimi için kendi

motivasyonu, f) Özetkilik; bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade etmektedir (Gözüm ve Aydın, 2004).

2.2. Terapiyi Bırakmayı Etkileyen Faktörler

Uygulanan yöntemler ne şekilde farklılık gösterse de psikoterapiyi veya terapisti seçme hakkı hastanın kendisinde varken neden terapi sürecini terk ettiği konusunda çalışmalar 1960 lı yıllardan sonra hız kazanmaya başlamıştır. Bu incelemeler sonucunda belirli faktörlerin terapiyi terki (dropout) etkilediği görülmektedir. Bu faktörlerin başında damgalanma (stigma) gelmektedir.

2.2.1. Stigma (Damgalanma)

Günlük yaşam içerisinde bireylerin inanç, tutum ve damgalanma kavramlarıyla gelişimleri süresince sıklıkla karşılaştıkları bilinmektedir. Bu üç kavramın bireyi motive edici yönleriyle birlikte bireyin iç motivasyonunu çökertebilecek olumsuz yönlerini de vardır (Çam ve Bilge, 2013).

Stigma, genellikle üç tür şeklinde kavramlaştırılmıştır: kamusal, sosyal ve kendini damgalama. Kamusal Stigma; yardım talebinde bulunan kişinin yardım isteği kurum veya kuruluşların kendisini istemediği veya kendisinden hoşlanmadığı algısının oluşmasıyla ilgilidir. Kamusal stigma algısına sahip hasta genellikle tedavi arama sürecinde kendisinin toplum veya yardım sağlayan kurum tarafından negatif bir şekilde yargılanacağı inancına sahiptir. (Vogel, Wade ve Haake, 2006).

Sosyal Stigma, yine hastanın veya danışanın yardım arayışının sosyal çevresince olumsuz bir şekilde yargılanacağı algısının olması şeklinde yorumlanmıştır (Owen,Thomas ve Rodolfa, 2013). Kendilik Stigması ise, bireyin kendi duygu ve düşüncelerinin olumsuz bir şekilde içselleştirilerek yardım arayışını yorumlamasında negatif algılar oluşmasıdır (Vogel ve ark., 2006).

Bu tip damgalanmalar arasında örtüşme olduğu halde, her biri bir kişinin tedaviye girme kararına yaklaşımında farklı bir faktör olacaktır. Sosyal stigma ve kendilik

stigmatası, terapötik sonuçlarla en yakından ilişkili olduğu için, terapiyi bırakılma ile ilişkili olarak etkilerini fazladır (Owen, Thomas ve Rodolfa, 2013).

Psikolojik hastalıkları olan bireylere yönelik olan negatif inanç ve tutumlara bağlı olarak damgalanmanın sıklıkla görüldüğü bilinmektedir. Bu süreç içerisinde bireylerin bu tedavi ve terapilere yönelik kaçınma tutumlarının önüne geçilebilmesi için bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi oldukça önemlidir. Konuyla ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda da hastaların damgalanmaya bağlı olarak terapi ve tedavi süreçlerinden kaçındıkları, bu kaçınmaya bağlı olarak da tedavi süreçlerinde aksaklıklar olduğu görülmektedir. Stigmaya bağlı olarak hastaların ve yakınlarının sosyal ortamdan kendilerini izole etmektedirler ve yardım arama davranışlarının sönmesidir (Çam ve Bilge,2013).

2.2.2. Etnik Köken ve Kültürel Özellikler

Psikoterapi araştırmaları, terapistlerin ve tedavi sürecinin hastaların kültürel kaygılarında daha etkili bir şekilde yer alması gereğini ortaya koymuştur (APA,2003). Terapi sürecine dahil olan bireylerin etnik kökenlerinin genetik olarak değil fakat kültürel özellikleri açısından terapi süreçlerine katılımlarını etkiledikleri görülmektedir. Kişilerin dünya bakış açılarının, algılama biçimlerinin, kendilik değerlendirmelerinin ve bir çok diğer faktörlerin kültürel özelliklerden etkilendiği bilinmektedir. Bu özellikler bireylerin terapi sürecindeki algılama, düşünme ve değerlendirme biçimleri üzerinde de etkili olacaktır (Helms ve Talleyrand, 1997).

Lampropoulos ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmalarda tedaviyi erken terkte kişilerin eğitim durumlarının, yaş durumlarının, sosyo ekonomik seviyelerinin etkili olduğunu vurgulamıştır. Konuyla ilgili yapılan literatür taramasında ülkemizde yapılan çalışmaların çok nadir olduğu görülmektedir.

2.2.3. Sosyodemografik Özelliklerin Etkisi

Wierzbicki ve Pekarik (1993)'in yapmış oldukları çalışmada terapi sürecini erken bırakan hastaların sosyo demografik özelliklerini incelediklerinde, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, ekonomik düzeyi düşük olmasının kişilerin terapi sürecini erken bırakmalarında ciddi derecede etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda ayrıca çocuksuz ailelerin çocuklu ailelere göre daha erken bıraktıklarını, daha genç yaştaki kişilerin, daha önce terapi sürecine dahil olmamış hastaların, ebeveynleriyle sorunlu olan ve sürekli suçlayıcı bir tutum sergileyen hastaların (Wierzbicki ve Pekarik, 1993), terapi sürecinin ücret karşılığında olmamasının (Molinari ve ark.,2012) terapiyi erken bırakma riskini arttırdığı gözlemlenmiştir.

Sosyodemografik değişkenlerden yaş değişkeniyle terapiyi erken bırakma arasında ilişki olmadığını gösteren bir çok çalışma olmasına rağmen (Sledge ve ark.,1990), daha sonraki zamanlarda yapılan çalışmalarda Wierzbicki ve Pekarik (1993) terapiyi erken bırakma ile yaş değişkeni arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmacılar genç hastaların terapiyi erken bırakmalarının sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Smith ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise (1995) borderline kişilik bozukluğu olanlardan genç yaşta olanların terapiyi daha erken bıraktıklarını gözlemlədiler. Bununla birlikte Thormählen ve arkadaşları (2003) Smith ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmayı destekler şekilde kişilik bozuklukları olan ve genç yaşta olan hastaların terapiyi daha erken terk ettiklerini bulmuştur.

Edlund ve arkadaşlarının yaş değişkeniyle ilgili yaptıkları en son çalışmada (2002), 1,261 hasta içerisinde 15-24 yaş aralığındaki kişilerde erken bırakmanın daha yaygın olduğunu bulmuştur. Dolayısıyla erken dönemlerde yapılan çalışmalarda yaş değişkeninin etkili olmadığını gösteren birçok çalışma olmasına rağmen son zamanlarda yapılan çalışmalarda ise yaş değişkeninin terapiyi erken bırakmayı etkilediğini gösteren bulgular mevcuttur.

Bununla birlikte bireylerin sosyoekonomik düzeyleriyle erken terk arasında anlamlı ilişki olduğuna dair tutarlı bulgular vardır (Garfield, 1994; Wierzbicki ve Pekarik, 1993; Williams, Ketring ve Salts, 2005). Sosyoekonomik düzeyle ilişkili olarak yapılan meta analiz çalışmalarında Wierzbicki ve Pekarik (1993), sosyoekonomik düzeyin ve eğitim seviyesinin erken terkle ilişkili olduğunu bulmuştur.

Sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesindeki bu düşüklüğün terapiyi erken terk ile ilişkisine dair yapılan açıklamalarda genellikle kişilerin bu dezavantajlarına bağlı olarak sözel yetilerinde, psikolojik değerlendirme biçimlerinde, soyut düşünce yetisinde de düşüklük olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Bu yetiler ve beceriler psikoterapinin sağlıklı

ve verimli geçmesi için olması gereken unsurlardır. Bu unsurların olmaması bireyin törapatik ilişki kurmamasına veya gelişim sağlayamamasına neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak da hastaların tedaviyi erken terk etmeleri muhtemel sonuçlardan bir tanesidir (Reis ve Brown,1999).

2.2.4. Kişilik Özellikleri ve Psikolojik Bozukluğun Etkisi

Psikoterapi sürecine katılan hastanın kişilik özelliğini ve hastanın psikolojik bozukluğunun da erken bırakma üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Hoffman (1985) yaptığı çalışmalarda daha önceden psikiyatrik destek almış olan, psikotik bozukluğu olan veya düşünme bozuklukları nedeniyle terapiye gelen kişilerin daha uzun süreli olarak sağaltım sürecine katıldıklarını, iletişim sorunlarıyla ilgili olarak danışmanlığa gelen kişilerin ise daha kısa sürede tedaviyi bıraktıklarını vurgulamıştır.

Bununla birlikte bireylerde kişilik bozukluğu olmasının (Clarkin ve Levy,2003), yeme bozukluğu, disformik bozukluğu olan kişilerin (Surgenor, Maguire ve Beumont, 2004), duygusal bozukluğu veya nevrotik bozuklukları olan bireylerin (Davis, Hooke ve Page, 2006), dürtü kontrolü bozukluğuna sahip bireylerin terapiyi erken bırakma risklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Bados ve ark.,2007).

Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan sınırlı sayıda tedavi veya terapi türleri vardır. Bunlar genellikle Bilişsel ve Davranışsal Terapi, Göz Hareketleriyle duyarsızlaştırma Teknikleri, Davranışçı Terapide Maruz Bırakma şeklinde özetlenmektedir (Society of Clinical Psychology, 2012). Bu terapi türlerinin hepsinin de kişiler için zorlayıcı ve can yakıcı anılar üzerinde odaklanarak çalışmalarını gerektirmektedir (Foa, Keane ve Friedman, 2010). Bu gibi zorlayıcı durumlara bağlı olarak TSSB tanısı alan kişilerin %20 oranında tedaviyi erken bıraktıkları çalışmalarda bildirilmiştir (Bradley ve ark.,2005; Hembree ve ark.,, 2003).

2.2.5. Terapist- Hasta İlişkisinin Etkisi:

Psikoterapi sürecinde bireylerin erken bırakma (dropout) nedenleri arasında terapist ve hasta arasındaki ilişkinin oldukça önemi vardır. Terapi sürecinde öncelikli

olması gerekenlerden birisi olan duygusal bağ veya güven ilişkisi kurulamaması süreci sekteye uğratan bir durumdur. Bununla birlikte terapistin danışanın veya hastasına yönelik ön yargılı tutumu, ilk görüşmede ortaya çıkan hastanın olumsuz terapist algısı erken bırakmaya neden olmaktadır (Clarkin ve Levy, 2003).

Bu süreç içerisinde karşılıklı uyum olmaması ve her iki tarafın hatalarının olması, terapistin hastasıyla ilişki kuramaması veya zorlanması, pasif tutum sergilemesiyle hastanın iyileşme veya değişim sürecine karşı direncinin olması da erken bırakmayı yordayan faktörler arasında gösterilmektedir (Werner-Wilson ve Winter, 2010).

Najavits ve Strupp (1994) etkili terapistlerin etkin olmayan terapistlerden daha olumlu davranışlar sergilediklerini ve önemli ilişkilerin çoğunun ilişki odaklı davranışları içerdiğini bildirmişlerdir. Strupp ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında da tedaviden ayrılan bir hastanın vaka incelemesini bakmışlardır. Terapistin teknik hatalarının erken bırakmaya katkıda bulunduğu ortaya çıktı. Bu çalışmasından çıkan diğer sonuçlardan birisi de terapistin olumsuz sonuçlara katkısının olduğu yönündedir. Terapist davranışlarının erken bırakma arasındaki ilişkilerin (örn., aktarım yorumlarının yüksek kullanımı) ve zaman sınırı olan bireysel psikoterapinin de bazı hastalar için olumsuz sonuçlar doğurduğu tespit etmiştir (Piper ve ark., 1991).

Hasta ve terapist arasında etkili olan çalışma birliği/ittifakı terapi süreci üzerindeki olumlu olumsuz etkilerini inceleyen bir çok araştırma vardır. Çalışma birliği üç şekilde yorumlanmaktadır; Çalışma birliği veya antlaşması geniş bir şekilde incelenmiş ve geniş anlamda kavramsallaştırılmış bir yapıdır, ancak çalışma ittifakının teorik tanımlarının çoğu ortak olarak üç temaya sahiptir: a) ilişkinin işbirliğine dayalı doğası, b) müşteri ile terapist arasındaki duygusal bağ ve c) terapi hedefleri ve görevleri üzerine terapist anlaşması (Bordin, 1979; Horvath ve Symonds, 1991).

Martin ve arkadaşlarının (2000) çalışma ittifakı veya birliğiyle ilgili olan bu üç temel unsur üzerine yaptıkları çalışmada, çalışma birliğinin hastaların beklentilerini ve terapi sonuçlarını güçlü şekilde etkilediğini bildirmişlerdir. Ayrıca çalışma birliğinin zayıf olmasının terapiyi erken bırakmaya neden olabileceği konusunda çalışmalar vardır (Johansson ve Eklund, 2005; Saatsi, Hardy ve Cahill, 2007; Sharf, Primavera, ve Diener,

2010).Özellikle, terapötik görevler üzerinde hasta-terapist anlaşması ile ilgili problemlerin erken tedaviyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Tryon ve Winograd, 2011),

Danışanlar/hastalar ve terapistler terapinin çeşitli yönleri hakkında farklı perspektiflere sahip olma eğilimindedir. Örneğin, hastalar çok kendi sorunlarını çözmek için daha az seans gerektireceklerini genel olarak beklemektedirler (Swift ve Callahan, 2008). Terapistler ise genelde hastanın beklediğinden daha uzun sürede belirlemeye ve erken bırakma (dropout) eğiliminde olan hastayı hafife almaya meyillidirler (Mueller ve Pekarik, 2000; Pekarik, 1992;Pulford, Adams ve Sheridan, 2008).

2.2.6. Danışan/Hastanın Beklentisinin Etkisi

Hem tedavinin hem de tedavi süreci etkinliği için hasta/danışan beklentileri, tedavi sürecini ve sonrası oluşan sonuçları etkilemektedir. Constantino ve arkadaşları (2011),terapi öncesi hastaların beklentileriyle terapi sonrası hastaların elde ettikleri sonuçları terapi öncesinde ve sonrasında değerlendiren araştırmaları üzerinde meta analiz çalışması yapmışlardır.Çalışma sonucunda küçük oranda buldukları bir etkinin söz konusu olduklarını bildirmişlerdir.

Hasta beklentilerinin terapiyi erken bırakma üzerinde etkisini inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bunlar genel olarak az miktarda da olsa beklentilerin hastaların erken bırakma tutumları üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir. Elkin ve arkadaşları (1999), Depresyon İşbirliği Araştırma Programının Tedavisi verilerinden yararlanarak, yararlı olacağına inandıkları tedavi stratejileri türleri hakkında hasta tahminlerini incelemiştir. Tedavi ödevi yararlı olacağını düşündükleri ile eşleşen danışanların inançlarıyla uyuşmayan bir tedavi alan danışanlarla kıyaslandığında, 4 seansın ötesine geçme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırma bulguları, danışan beklentileri gibi psikoterapide bağlamsal faktörlerin hem sonuç hem de terapiyi erken bırakma üzerindeki etkilerini incelemenin önemini vurgulamaktadır.

2.2.7. Hastanın Kendi Mazeretlerinin Etkisi

Terapi sürecini erken sonlandırmada hastanın kendi mazeretleri genel olarak üç temel temadan birini yansıtmaktadır: a) terapide hedef kazanım veya iyileşme, b)

terapistin terapi konusunda yetersiz olduğunun algılanması veya terapistin veya terapiden hoşlanmama gibi terapist veya terapiye odaklı nedenler ve c) paranın yetersizliği veya randevu planlamasındaki çakışmalar gibi çevresel eksiklik veya engeller (Roe ve ark., 2006).

Danışanların/hastaların bildirdikleri ve en sık görülen nedenlerden biri, elde ettikleri kazanımdan memnuniyet duydukları için tedaviyi bırakmış olmalarıdır. Çalışmaların ötesinde, hedeflerini gerçekleştirdikleri için tedaviyi erkenden bitiren danışanların yüzdesi %14'ten %45.5'e değişmektedir (Todd ve ark., 2003). Buna karşılık olarak hastaların bir kısmı ise aldıkları terapiden veya terapistin kendisinden memnun olmadıkları için terapi sürecini sonlandırma kararı aldıklarını bildirmişler. Yaşadıkları memnuniyetsizlik sonucunda terapi sürecini erken bırakma oranları ise çalışmalar %8 (Todd ve ark, 2003) ile %34 (Hunsley ve ark., 1999) oranında gözlemlenmiştir.

Birçok danışan/hasta, tedaviyi erken bırakmada etken olarak önleyici engelleride göstermiştir. Bu engeller genellikle planlama zorlukları, tedaviye gelirken çocuk bakım düzenlemeleri yapma zorlukları ve mali engeller gibi nedenlerdir. Bu engellere bağlı nedenlerin bildirilme oranı ise % 8,5 (Hunsley ve ark. 1999) ile % 54,6'ya (Roe ve ark., 2006) kadar olduğu bildirilmiştir. Pekarik (1992)'in yapmış olduğu çalışmada, bir kamu ruh sağlığı kliniğinde hastaların terapiyi erken bırakma sebepleri incelendi. Araştırmacılar tarafından temas edilen 49 hastadan % 39'u sorunlarının çözülmesi veya iyileştirilmesi nedeniyle terapiyi erken sonlandırdıklarını,% 35'i çevresel engellerden ötürü (para, zaman, planlama vb.),% 26'sı terapist veya terapistten memnuniyetsizlikten ötürü terapiyi sonlandırdıklarını bildirmişlerdir. Bir eğitim klinik ortamında, Bados ve arkadaşları (2007), 89 kişiden 60 hastasıyla aynı konuda araştırma yaptığında, 60 hastadan % 46.7'si, tedavi veya terapistten düşük motivasyon veya memnuniyetsizlikten ötürü,% 40'ı çevreyle ilgili engeller (ulaştırma sorunları, planlama, hastalık vb.) ve% 13.3'ü iyileştiklerini düşündükleri için terapiyi erken sonlandırdıklarını bildirmişlerdir.

Hastaların terapiyi erken bırakmaları konusunda araştırmalar yapan Kazdin ve arkadaşları (1997) erken bırakma sebeplerinin araştırılmasında terapiye özel engellerin önemine odaklanmışlardır. Kazdin, bu engelleri a) tedaviye katılımı pratik engeller (ulaşım zorlukları, randevu çizelgesindeki uyumsuzluklar gibi), b) tedavinin masraflı, çok

uzun veya zor olarak algılanması, c) hastanın yaşadığı bu engellerin terapiyle alakasız olarak görülmesi, d) terapistle zayıf bir terapötik ilişki. Yaptığı çalışmalarda 260 genç ve çocuk yaştaki hasta bildirimlerinin bu dört perspektif açısında değerlendirdiğinde %15 oranında terapist ve gençlerin aileleri tarafında oluşturulan engellere bağlı olarak hastaların terapi sürecini erken bıraktıklarını bildirmiştir.

2.3. PSİKOTERAPİNİN ERKEN BIRAKILMASI İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Avustralya'da yapılan iki çalışmada (Davis, Hooke ve Page, 2006; Issakidis ve Andrews, 2004) ve Almanya'da yapılan bir çalışmada (Lincoln ve ark., 2005), sırasıyla 946, 731 ve 287 hastada sırasıyla % 12.3,% 10.3 ve% 6.3'lük bir drop out gözlemlenmiştir. Bu çalışmalarda yoğun bir tedavi programına başlanmış (1-3 hafta boyunca 30-80 saat) ancak hastaların erken bırakması nedeniyle tamamlamadığı bildirilmiştir.

Westbrook ve Kirk (2005) tarafından yapılan çalışma, Birleşik Krallıktaki Ulusal Sağlık Hizmetinin bir parçası olarak bilişsel-davranışçı terapi sunan 1.646 hasta arasından sadece % 22.5'lik bir bırakma oranı bildirmiştir. Ayrıca terk etme, (dropout) kavramı, daha önce terapistle anlaşmaya varılmadan tedavinin durdurulması olarak bu araştırmada tanımlanmaktadır.

Bados, Balaguer ve Saldaña'nın (2007) Barselona'da yaptıkları çalışmada 203 hastayla başladıkları terapi sürecinde, 89 hastanın tedaviyi terk ettiklerini bildirmişlerdir. Tedaviyi terk eden hastaların genel olarak terk nedenlerini ise %46'sının düşük motivasyon ve terapist ile ilişkisinden tatmin olamama, %40'ının içsel süreçlerde karşılaşılan zorluklardan, %13,3'ünün ise yeterince gelişim sağladıklarını düşündükleri için terk ettiklerini bildirmişlerdir. Tedaviyi terk eden hastaların devam eden hastalardan ayıran en belirgin özellikleriyse, terapiyi erken bırakan hastaların daha sık duygusal veya yeme bozuklukları veya dürtü kontrolü ile ilgili sorunları olduğu gözlemlenmiştir.

Özer ve Altınok'un (2014) yapmış oldukları güncel bir çalışmada 555 üniversite öğrencilerinden danışmanlığa devam etmeme nedenlerine dair inceleme de öğrencilerin psikiyatrik yardım almanın ve yaş faktörünün danışmanlık sürecini terk etmeyi yordayan faktörler olduklarını bulmuşlardır. Araştırma sonucuna göre yaşı yüksek olan ve daha önce psikiyatrik yardım almış olmanın tedaviyi terk etme sürecini geciktirdiği ve devam sağladığını gözlemlenmişlerdir.

Swift ve Greenberg (2014) yaptıkları meta analiz çalışmasında 587 çalışmanın verilerini kullanarak, 12 farklı psikiyatrik bozukluk kategorisi için tedavi yaklaşımları arasındaki bırakma oranlarını karşılaştıran bir dizi meta-analiz gerçekleştirildi. Terapiyi erken sona erdirmeye ilgili daha önceki incelemelerde, farklı psikoterapi tedavilerinin belirli bozuklukların ayrılma oranlarında farklı olup olmadığı incelenmemiştir. Araştırma içerisinde depresyon, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu için tedavi yaklaşımları arasında anlamlı farklılıklar bulunmasına rağmen, tedaviler geriye kalan 9 tamsal kategori için bırakma oranlarında farklılık göstermemektedir. Bütünleştirici tedaviler depresyon ve TSSB için en düşük bırakma oranları ile sonuçlanmasına rağmen, diyalektik davranışlı tedavi, yeme bozuklukları için ortalama bırakma oranının en düşük olduğu görülmüştür. Bozukluk kategorilerinin çoğunda terk oranlarındaki benzerlik, hastaların tedaviyi bırakma kararında, kullanılan spesifik tedavi türünün değil, diğer terapi değişkenlerine (örneğin, ortak faktörler, hasta özellikleri ve terapist özellikleri) bağlı olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca araştırma bulgularında, tedaviye entegrasyoncu bir yaklaşımın özellikle yararlı olduğu vurgulanmaktadır.

Hansen, Lambert ve Forman (2002), rutin zihinsel sağlık uygulamalarında 6.072 hastaya yönelik oldukça geniş çaplı bir alan ve terapötik bir inceleme gerçekleştirdiler ve tamamlanan oturum sayısının 4.3 olduğu tespit etmişlerdir. Tedaviye bu kısa süre sonra, tedavi merkezine gelen bu hastalardan % 10'undan azında iyileşme olduğunu ve % 25'ten daha azında da her hangi bir iyileşme olmadığını gözlemlemişlerdir. Doz yanıt çalışmaları genellikle, 13 ila 18 seanslık tedavinin, psikiyatrik semptomların klinik olarak ısrarlı tanıları için gerekli olduğunu göstermektedir. Hansen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu çalışmada da, psikoterapinin erken sonlandırılmasına ilişkin beş on yıllık araştırmanın rutin uygulamada müşteri bırakma oranlarının düşürülmede başarısız olduğunu

gösteriyor. Ayrıca, erken bırakmanın terapinin etkililiğini düşürdüğünü gösteren net bir göstergedir (Barrett ve ark., 2008; Swift, Callahan ve Levine, 2009).

Pekarik ve Finney-Owen (1987), hastaların terapiyi erken bırakmada etkili olan başlıca nedenleri hakkında toplum ruh sağlığı kliniğinde çalışan 173 terapist ile görüşerek araştırmışlardır. Terapistlere, genel olarak, hastalarının ayrılmalarının en önemli nedenlerini listelemelerini istediler ve bunları, bir toplum ruh sağlığı kliniğinden bir hasta örneklemeyle elde edilen verilerle karşılaştırdılar. Hastalara, erken bırakmalarından 3 ay sonra araştırmacılar tarafından başvuruldu ve doğrudan terapiyi bırakma nedenlerini soruldu. Terapistlerin ve hastaların terapiyi erken bırakma konusunda olumlu sebeplerden; sorun çözüldü veya gelişim sağlandı gibi cevapları onaylayan hasta oranı % 39 ve terapistlerden ise % 31'inin onayladığı görülmüştür. Tedavinin önünde çevre kısıtlamaları, zaman yetersizliği gibi engellerden ötürü terapiyi erken bıraktıklarını söyleyen hasta oranı % 35 iken bu engellerin olduğunu kabul eden terapistlerin yüzdesinin ise %37 olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, başarısız terapi nedeniyle terapinin sonlandığı düşüncesinin onaylanması istendiğinde ise terapist ile hastalar arasında bir anlaşmazlık durumu olduğu görülmüştür. Terapiyi veya terapistten memnuniyetsizlik oranı hastalar tarafından %22 oranında bildirilmesine karşın terapistlerin bunu kabul oranı ise %11 olarak bildirilmiştir.

Rumstein-McKean (2005) bekleme listesindeki zamanın, bir hastanın en azından üçüncü seansa kadar terapiye katılıp katılmayacağını güçlü bir şekilde öngördüğünü bulmuştur. Bir hasta bekleme listesinde ne kadar uzun süre beklediyse, hastanın terapinin en az üç seansına katılma olasılığını azalttığını gözlemlemiştir. Ayrıca bekleme listesindeki sürenin uzamasıyla erken bırakma arasında ilişki olduğunu vurgulamışlardır.

Bununla birlikte klinik ortamının hastaların erken terki üzerindeki etkisi olduğuna dair çalışmalar vardır. Bazı araştırmalar klinik erişilebilirlik ve ofis ortamı gibi faktörlerin erken sona erme konusundaki belirgin hususlar olabileceğini göstermiştir. Barrett ve ark. (2008) birçok hastanın, bekleme odalarındaki kalabalık ve rahatsız oluşundan, hastaların tek bir odada beklediklerini ve terapi odalarının küçük ve kötü havalandırıldığından şikayet ettiğini belirtti. Ayrıca, klinik personelinin sosyal ve kültürel önyargılarının da

bekleme esnasında hastaları etkilediğini ve erken bırakma üzerinde etkisi olduğunu vurgulamıştır.

Yapılan çalışmalarda hastaların tedaviyi erken bırakma nedenleri şu şekilde özetlenmektedir; düşük sosyoekonomik düzeye sahip hastaların erken bırakma olasılığı daha yüksektir (Hubble, Duncan ve Miller, 1999; Lambert, Harmon ve Nielson,2005), hastaların psikolojik semptomlarının şiddeti erken bırakmayı öngörebilir (Clarkin ve Levy, 2004),Tedaviye yönelik olumsuz tutum, erken bırakma ile ilgilidir (Lambert, Harmon ve Nielson, 2005), Uyuşmayan terapi beklentileri, örneğin, uzun süre maruz kalma ve nüks önleme teknikleri ile tedavi edilen bir hastaların erken bırakma ihtimali yüksektir (Hubble, Duncan ve Miler, 1999; Clarkin ve Levy, 2004; Wampold, 2001). Hastanın terapist ile karşılaşmasında oluşun ilk izlenimin negatif olması (Clarkin ve Levy, 2004), hastaların terapi beklentileri ve daha da önemlisi, terapötik ilişkinin hasta tarafından değerlendirilme biçimi erken bırakmayı öngörür (Beutler ve ark.,2004),kişilik bozuklukları olan, özellikle de narsisistik konulara ve sınırda kişilik bozukluğu tanısı konmuş genç hastalarda daha yüksek oranda tedaviyi erken bırakma eğilimi vardır. Bağımlı ya da histrionik kişiliklere sahip olan hastalar ise borderline, şizoid, narsisistik, şizotipal, paranoid ve antisosyal kişilik bozukluklarına sahip olanlardansa daha iyi sonuçlara sahip olma ve tedavide kalma eğilimi gösterirler (Clarkin ve Levy, 2004; Hubble, Duncan ve Miller, 1999).

Terapide uygulanan yöntemlerin de tedaviyi erken bırakma üzerindeki etkisi incelenmiştir. Terapötik ilişkide yüksek direnç seviyesine sahip olan hastaların direktifsiz terapiden daha fazla fayda sağlar ve savunmasız bir tutuma sahip olanlar daha direktif terapötik yaklaşımdan daha iyi sonuçlara sahiptir(Beutler ve ark.,2004).Terapist ve müşteri arasındaki uyumsuzluk, erken sona erdirme ile sonuçlanır.(Hubble, Duncan ve Miller, 1999;Lambert, Harmon ve Nielson, 2005).

Örneğin, Thormählen,ve arkadaşları (2003), kişilik bozukluğu için destekleyici ifade edici terapiye katılanlarda erken terk nedenlerini incelediğinde ağır tanı alan ve karmaşık teşhisi olanların terapiyi erken bırakma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Buna karşın, Edlund ve arkadaşlarının çalışmasında ise (2002), Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Tamamlayıcılık Anketi ve Ontario Sağlık Araştırmasına

Yönelik Akıl Sağlığı Ek Bilgilerinden elde edilen veriler ile terapide erken terk oranına karmaşık bir tanı almanın etkili olmadığını daha geniş bir örneklem kitlesinde bulmuştur.

Hastaların terapi sürecini erken bırakmalarını önlemek için ve müdahale edebilmek için, hastaların tedaviyi tamamlamadan neden ayrıldığını daha iyi anlamamız gerekir. Bu alandaki araştırmaların çoğu, öncelikle demografik değişkenlere odaklanarak tedaviden kimlerin ayrıldığını araştırmıştır. Sınırlı sayıdaki çalışmalarda ortaya çıkan sorunların ve teşhislerin şiddeti de incelenmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda birçok faktörün birden etkili olduğu görülmektedir.

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Araştırmada, NP İstanbul Hastanesinde 2013-2016 yılları arasında farklı tanılarla sürdürdükleri psikoterapileri erken bırakan(Psikoterapi süreci terapist tarafından sonlandırılmadan 6 ay süre ile gelinmemiş olması) n=134 kadın (yaş ort: 35,49; ss: 11,441) ve n=113 erkek (yaş ort: 34,88; ss: 11,984) toplamda N=247 (yaş ort: 35,21; ss:11,673) hasta ile çalışılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Psikoterapiyi erken bırakan hastalara ilişkin hastanenin tuttuğu kayıtlardan elde edilen verilerle çalışılmıştır. Hastane kayıtlarından hastanın cinsiyeti, yaşı, teşhisi, alkol/madde kullanımı, muayene sayısı, hastaneye yatış sayısı, transkarniyel manyetik uygulama (TMU) sayısı, EKT sayısı, NT sayısı ve terapiyi bırakma nedenlerine ilişkin tutulan notlar elde edilmiştir.

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 (Statistical Program for Social Sciences) ile analize tabi tutulmuştur. Kategorik verilerin dağılımları için frekans dağılımı ve yüzdeler hesapları yapılmış, ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığının değerlendirilmesi için de bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak psikiyatri hastalarının demografik özelliklerine, ikinci olarak psikiyatri hastalarının klinik özelliklerine ilişkin betimsel bulgular verilmiştir. Üçüncü olarak psikiyatri hastalarının drop out nedenlerine ilişkin istatistiksel analiz bulguları verilmiştir.

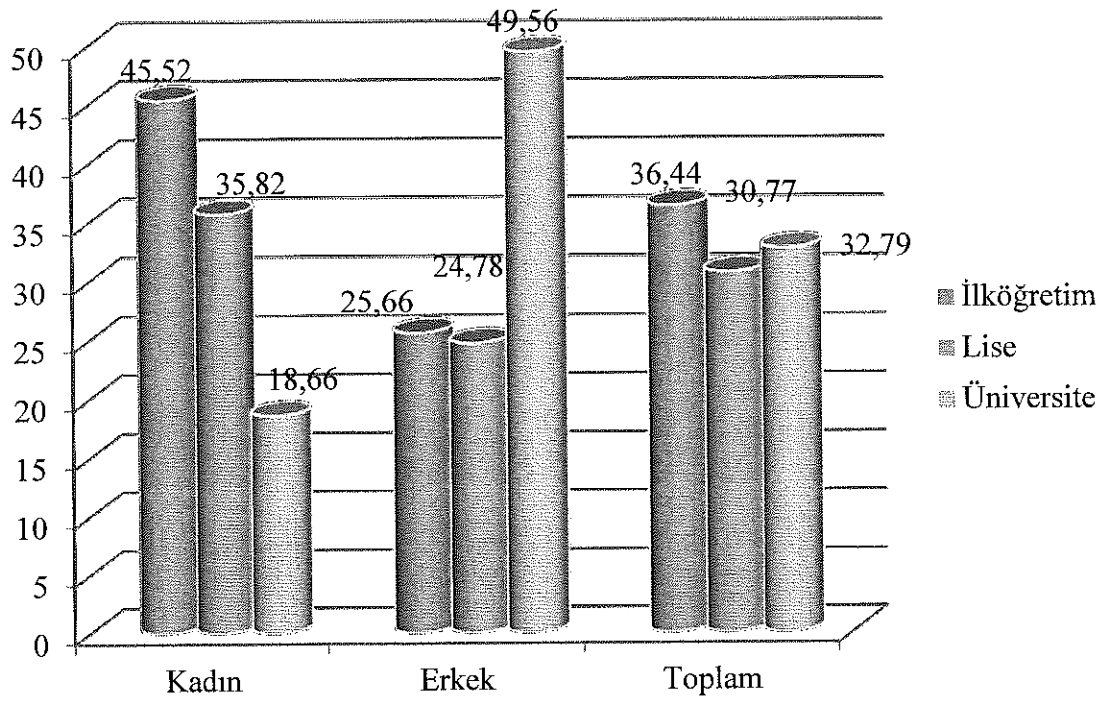
4.1. Psikiyatri Hastalarına Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel Bulgular

Tablo 1’de psikiyatri hastalarının eğitim durumlarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 1. Psikiyatri Hastalarının Eğitim Durumlarına Dağılımları ve Yüzdeleri

Eğitim Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlköğretim	61	45.52	29	25.66	90	36.44
Lise	48	35.82	28	24.78	76	30.77
Üniversite	25	18.66	56	49.56	81	32.79
Toplam	134	100.0	113	100.0	247	100.0

Kadın psikiyatri hastalarının %45.93’ü ilköğretim, %35.55’i lise, %18.52’si üniversite mezunudur. Erkek psikiyatri hastalarının %25.66’sı ilköğretim, %24.78’i lise, %49.56’sı üniversite mezunudur. Grubun tamamına bakıldığında ise psikiyatri hastalarının %36.69’u ilköğretim, %30.65’i lise, %32.66’sı üniversite mezunudur (Şekil 1).



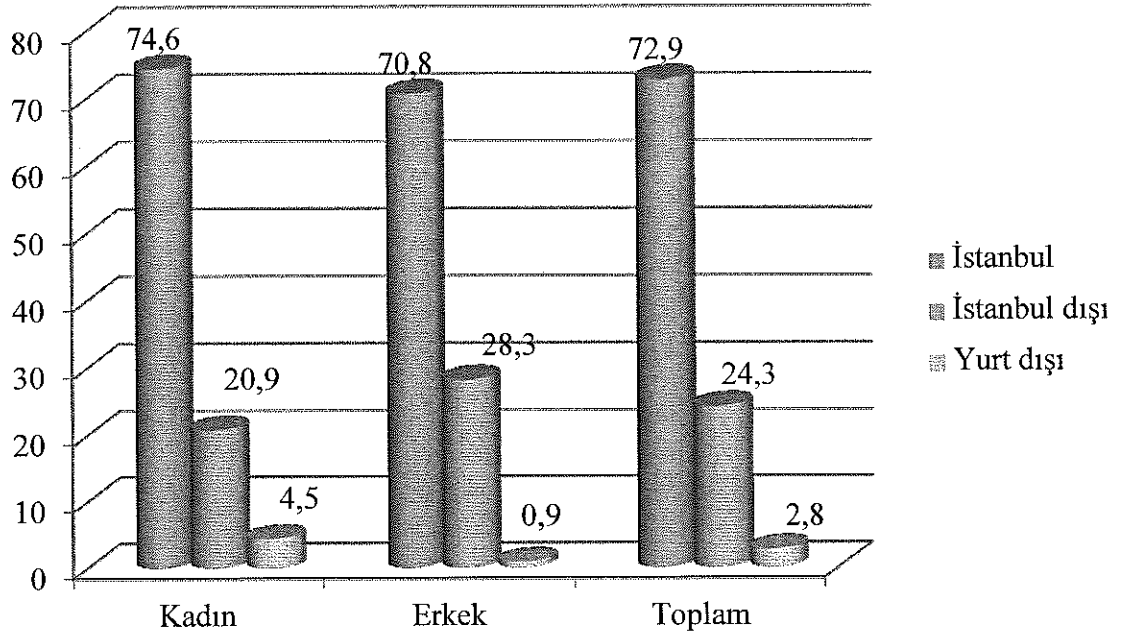
Şekil 1. Psikiyatri Hastalarının Eğitim Durumlarına Dağılımlarına İlişkin Yüzdeler

Tablo 2’de psikiyatri hastalarının yaşadıkları yere göre frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 2. Psikiyatri hastalarının yaşadıkları yere göre frekans dağılımları ve yüzdeleri

Yaşadığı Yer	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İstanbul	100	74.6	80	70.8	180	72.9
İstanbul dışı	28	20.9	32	28.3	60	24.3
Yurt dışı	6	4.5	1	0.9	7	2.8
Toplam	134	100.0	113	100.0	247	100.0

Kadın psikiyatri hastalarının %74.6'sı İstanbul'da, %20.9'u İstanbul dışında, %4.5'i yurt dışında yaşamaktadır. Erkek psikiyatri hastalarının %70.8'i İstanbul'da, %28.3'ü İstanbul dışında, %0.9'u yurt dışında yaşamaktadır. Grubun tamamında psikiyatri hastalarının %72.9'u İstanbul'da, %24.3'ü İstanbul dışında, %2.8'i yurt dışında yaşamaktadır (Şekil 2).



Şekil 2. Psikiyatri Hastalarının Yaşadıkları Yere İlişkin Yüzdeler

4.2. Psikiyatri Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3’de psikiyatri hastalarının cinsiyetlerine göre klinik özelliklerine ilişkin ortalamalar ve standart sapmalar verilmiştir.

Tablo 3. Psikiyatri Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Klinik Özelliklerine İlişkin Ortalamalar ve Standart Sapmalar

	Cinsiyet	N	ORT	SS
Yaş	Kadın	134	35.49	11.441
	Erkek	113	34.88	11.984
	Toplam	247	35.21	11.673
Muayene Sayısı	Kadın	102	6.46	6.283
	Erkek	89	6.51	6.552
	Toplam	191	6.48	6.393
Yatış Sayısı	Kadın	62	1.69	1.615
	Erkek	52	2.19	2.664
	Toplam	114	1.92	2.162
TMU Sayısı	Kadın	41	6.78	9.237
	Erkek	28	12.43	15.228
	Toplam	69	9.07	12.250
EKT Sayısı	Kadın	26	5.96	5.646
	Erkek	26	8.19	8.500
	Toplam	52	7.08	7.232

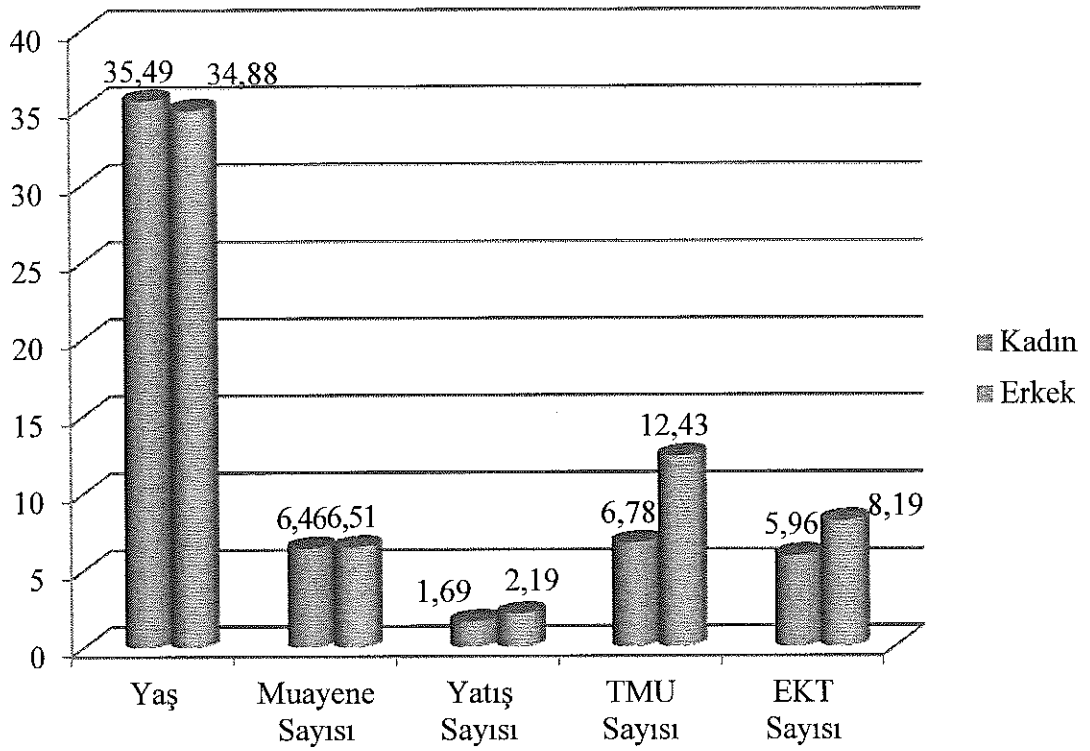
Kadın psikiyatri hastalarının yaş ortalaması $ort=35.49$, erkek hastaların yaş ortalaması $ort=34.88$, grubun tamamının yaş ortalaması $ort=35.21$ bulunmuştur.

Psikiyatri hastalarından $n=191$ kişinin muayene sayılarına ilişkin bilgi mevcuttur. Kadın psikiyatri hastalarının muayene sayısı ortalamaları $ort=6.46$, erkek hastaların muayene sayısı ortalamaları $ort=6.51$, grubun tamamının muayene sayısı ortalamaları $ort=6.48$ bulunmuştur.

Psikiyatri hastalarından $n=114$ kişinin yatış bilgisi mevcuttur. Kadın psikiyatri hastalarının yatış sayısı ortalamaları $ort=1.69$, erkek hastaların yatış sayısı ortalamaları $ort=2.19$, grubun tamamının yatış sayısı ortalamaları $ort=1.92$ bulunmuştur.

Psikiyatri hastalarından n=114 kişinin TMU bilgisi mevcuttur. Kadın psikiyatri hastalarının TMU ortalaması ort=6.78, erkek hastaların TMU ortalaması ort=12.43, grubun tamamının TMU ortalaması ort=9.07 bulunmuştur.

Psikiyatri hastalarından n=52 kişinin EKT bilgisi mevcuttur. Kadın psikiyatri hastalarının EKT ortalaması ort=5.96, erkek hastaların EKT ortalaması ort=8.19, grubun tamamının EKT ortalaması ort=7.08 bulunmuştur.



Şekil 3. Psikiyatri hastalarının yaş, muayene sayısı, yatış sayısı, TMU sayısı, EKT sayısı ortalamaları

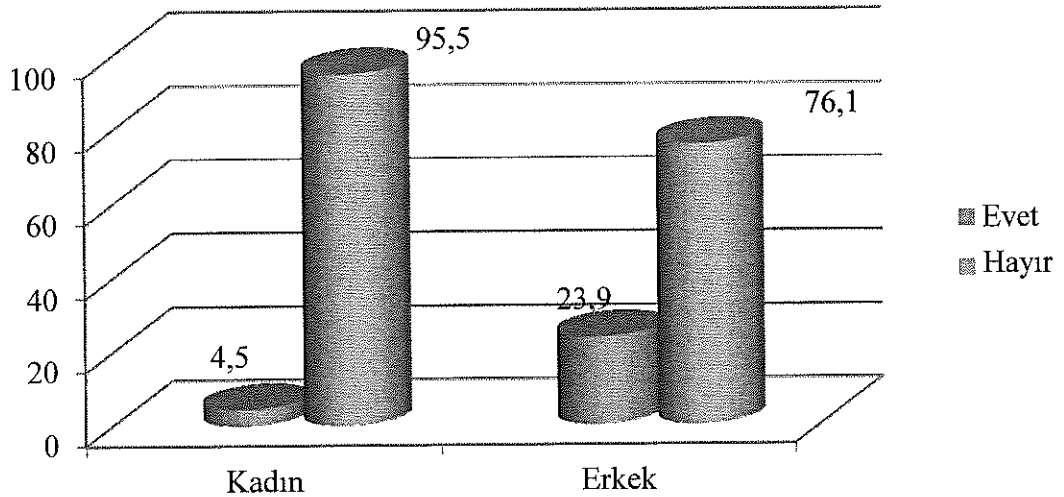
Tablo 4’de psikiyatri hastalarının cinsiyetlerine göre alkol/madde kullanımı frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 4. Psikiyatri hastalarının cinsiyetlerine göre alkol/madde kullanımı frekans dağılımları ve yüzdeleri

Alkol / Madde		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Evet	n	6 ^a	27 ^b	33
	%	4.5	23.9	13.4
Hayır	n	128 ^a	86 ^b	214
	%	95.5	76.1	86.6
Toplam	n	134	113	247
	%	100.0	100.0	100.0

Harfler (a,b) cinsiyete göre oranlar arasındaki farkın $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Alkol / Madde kullanan kadın ve erkeklerin dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=19.966$; $p < .05$]. Erkek psikiyatri hastalarının alkol/madde kullanım oranları (%23.9) kadın psikiyatri hastalarının alkol/madde kullanım oranlarından (%4.5) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Şekil 4).



Şekil 4. Psikiyatri hastalarının alkol madde kullanım dağılımlarına ilişkin yüzdeler

Tablo 5’de psikiyatri hastalarının cinsiyetlerine göre aldıkları tanıların frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 5. Psikiyatri hastalarının cinsiyetlerine göre aldıkları tanıların frekans dağılımları ve yüzdeleri

Tanı		Kadın	Erkek	Toplam
Depresyon	n	55 _a	25 _b	80
	%	41.0	22.1	32.4
Duygu Durum Bozukluğu	n	42 _a	35 _a	77
	%	31.3	31.0	31.2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	15 _a	18 _a	33
	%	11.2	15.9	13.4
OKB	n	11 _a	6 _a	17
	%	8.2	5.3	6.9
Şizoafektif Bozukluk	n	2 _a	10 _b	12
	%	1.5	8.8	4.9
Panik Bozukluk	n	1 _a	5 _a	6
	%	0.7	4.4	2.4
Sosyal Fobi	n	1 _a	4 _a	5
	%	0.7	3.5	2.0
Tanımlanmamış	n	1 _a	4 _a	5
	%	0.7	3.5	2.0
Psikoz	n	3 _a	1 _a	4
	%	2.2	0.9	1.6
Kişilik Bozukluğu	n	2 _a	1 _a	3
	%	1.5	0.9	1.2
Yoksunluk Sendromu	n	0 _a	3 _a	3
	%	0.0	2.7	1.2
Uyum Bozuklukları	n	1 _a	1 _a	2
	%	0.7	0.9	0.8
Toplam	n	134	113	247
	%	100,0	100,0	100,0

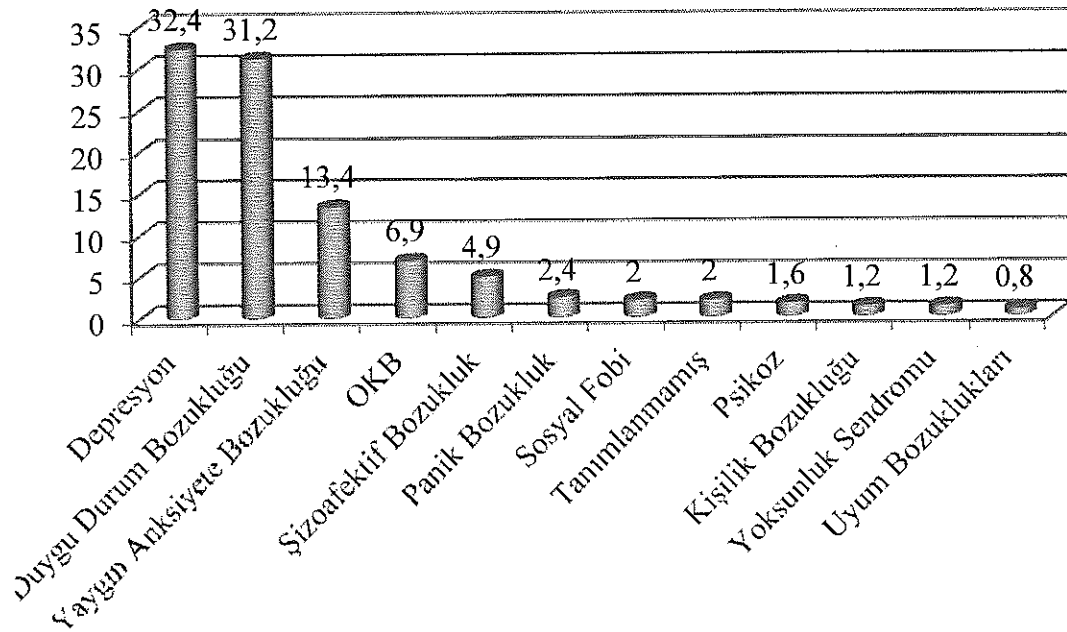
Harfler (a,b) cinsiyete göre oranlar arasındaki farkın $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Psikiyatri hastalarının cinsiyetlerine göre aldıkları tanılarına dağılımları arasında anlamlı farklar bulunmuştur [$\chi^2_{(12)}=28.316$; $p<.05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen z testi sonucunda, depresyon tanısı alan kadın ve erkeklerin dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kadınların %41'i ve erkeklerin %22,1'i depresyon tanısı almışlardır. Şizoafektif bozukluk tanısı alan kadın ve erkeklerin dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kadınların %1,5'i ve erkeklerin %8,8'i şizoafektif bozukluk tanısı almışlardır.

Diğer tanıları kadın ve erkekler açısından denk dağılım göstermiştir.

Psikiyatri hastalarının tamamına bakıldığında, hastaların %32,4'ü depresyon, %31,2'si duygu durum bozukluğu, %13,4'ü yaygın anksiyete bozukluğu, %6,9'u OKB, %4,9'u şizoafektif bozukluk, %2,4'ü panik bozukluk, %2'si sosyal fobi, %1,2'si kişilik bozukluğu, %1,6'sı psikozi, %1,2'si yoksunluk sendromu, %0,8'i uyum bozuklukları tanısı almış olup, psikiyatri hastalarını %2'sinin teşhisi henüz tanımlanmamıştır.

Hasta Dağılımı



Şekil 5. Psikiyatri Hastalarının Tanılara Dağılımları

4.3. Psikiyatri Hastalarının Tedaviyi Bırakma (Drop Out) Nedenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6’da psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma nedenlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler verilmiştir.

Tablo 6. Psikiyatri Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Tedaviyi Bırakma Nedeni Frekans Dağılımları, Yüzdeleri

Tedaviyi Bırakma Nedeni		Kadın	Erkek	Toplam
İhtiyaç halinde arayacak	n	45 _a	37 _a	82
	%	33.6	32.7	33.2
İhtiyaçlarının olmaması	n	13 _a	13 _a	26
	%	9.7	11.5	10.5
Şehir dışında yaşıyor	n	13 _a	12 _a	25
	%	9.7	10.6	10.1
İş yoğunluğu	n	11 _a	9 _a	20
	%	8.2	8.0	8.1
İl dışında program	n	8 _a	6 _a	14
	%	6.0	5.3	5.7
Psikoterapi istemiyor sadece psikiyatri	n	6 _a	8 _a	14
	%	4.5	7.1	5.7
Maddi nedenler	n	7 _a	5 _a	12
	%	5.2	4.4	4.9
Başka hastalık	n	7 _a	2 _a	9
	%	5.2	1.8	3.6
Özel neden	n	4 _a	4 _a	8
	%	3.0	3.5	3.2
Acil iş	n	6 _a	0 _b	6
	%	4.5	0.0	2.4
Yurt dışında yaşıyor	n	4 _a	1 _a	5
	%	3.0	0.9	2.0
Sınavları nedeniyle	n	2 _a	2 _a	4
	%	1.5	1.8	1.6
Yurt dışına çıktı	n	0 _a	3 _a	3
	%	0.0	2.7	1.2

Tablo 6. (devam). Psikiyatri Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Tedaviyi Bırakma Nedeni
Frekans Dağılımları, Yüzdeleri

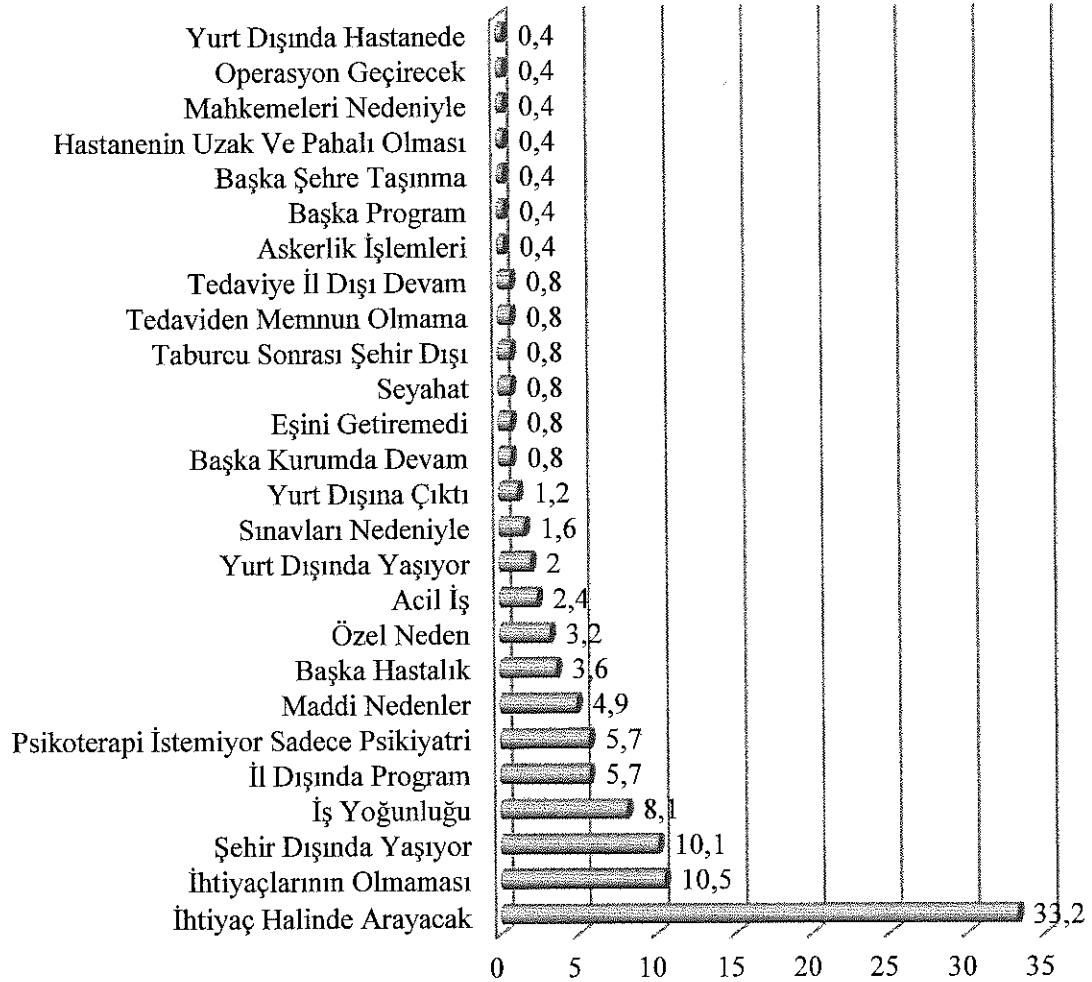
Başka kurumda devam	n	2 _a	0 _a	2
	%	1.5	0.0	0.8
Eşini getiremedi	n	0 _a	2 _a	2
	%	0.0	1.8	0.8
Seyahat	n	1 _a	1 _a	2
	%	0.7	0.9	0.8
Taburcu sonrası şehir dışı	n	1 _a	1 _a	2
	%	0.7	0.9	0.8
Tedaviden memnun olmama	n	0 _a	2 _a	2
	%	0.0	1.8	0.8
Tedaviye il dışında devam	n	1 _a	1 _a	2
	%	0.7	0.9	0.8
Askerlik işlemleri	n	0 _a	1 _a	1
	%	0.0	0.9	0.4
Başka programının olması	n	0 _a	1 _a	1
	%	0.0	0.9	0.4
Başka şehre taşınma	n	1 _a	0 _a	1
	%	0.7	0.0	0.4
Hastanenin uzak ve pahalı olması	n	1 _a	0 _a	1
	%	0.7	0.0	0.4
Mahkemeleri nedeniyle	n	0 _a	1 _a	1
	%	0.0	0.9	0.4
Operasyon geçirecek	n	1 _a	0 _a	1
	%	0.7	0.0	0.4
Yurt dışında hastanede	n	0 _a	1 _a	1
	%	0.0	0.9	0.4
Toplam	n	134	113	247
	%	100.0	100.0	100.0

Harfler (a,b) cinsiyete göre oranlar arasındaki farkın $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma nedenlerine bakıldığında, %33.2'si ihtiyaç halinde arayacağını, %10.5'i ihtiyaçlarının olmadığını, %10.1'i şehir dışında yaşadıkları için gelemeyeceklerini, %8.1'i iş yoğunluğu nedeniyle, %5.7'si il dışında programı olduğunda, %5.7'si psikoterapi istemediği sadece psikiyatrik takip istediğinden,

%4.9'u maddi nedenlerden, %3.6'sı başka hastalıktan, %3.2'si özel nedenlerden, %2.4'ü acil işinden, %2'si yurt dışında yaşadığından, %1.6'sı sınavları nedeniyle, %1.2'si yurt dışına çıkacağından, %0.8'i başka kurumda tedaviye devam edeceğinden, %0.8'i eşini getiremediğinden, %0.8'i seyahate çıkacağından, %0.8'i taburcu sonrası şehir dışına gideceğinden, %0.8'i tedaviye il dışında devam edeceğinden, %0.4'ü askerlik işlemleri nedeniyle, %0.4'ü başka programının olması nedeniyle, %0.4'ü başka şehre taşınma nedeniyle, %0.4'ü hastanenin uzak ve pahalı olması nedeniyle, %0.4'ü mahkemeleri nedeniyle, %0.4'ü operasyona girecek olması nedeniyle, %0.4'ü yurt dışında hastanede olması nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını bildirmişlerdir.

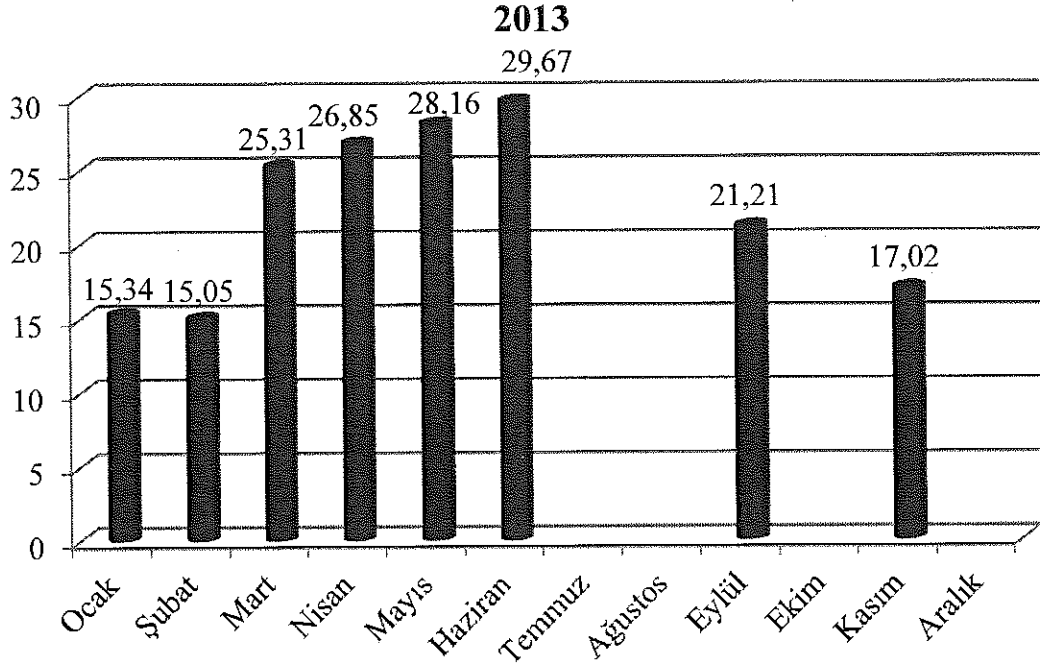
Hasta Dağılımı



Şekil 6. Psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma nedenlerine göre dağılımları

4.4. Tedaviyi Bırakma Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı

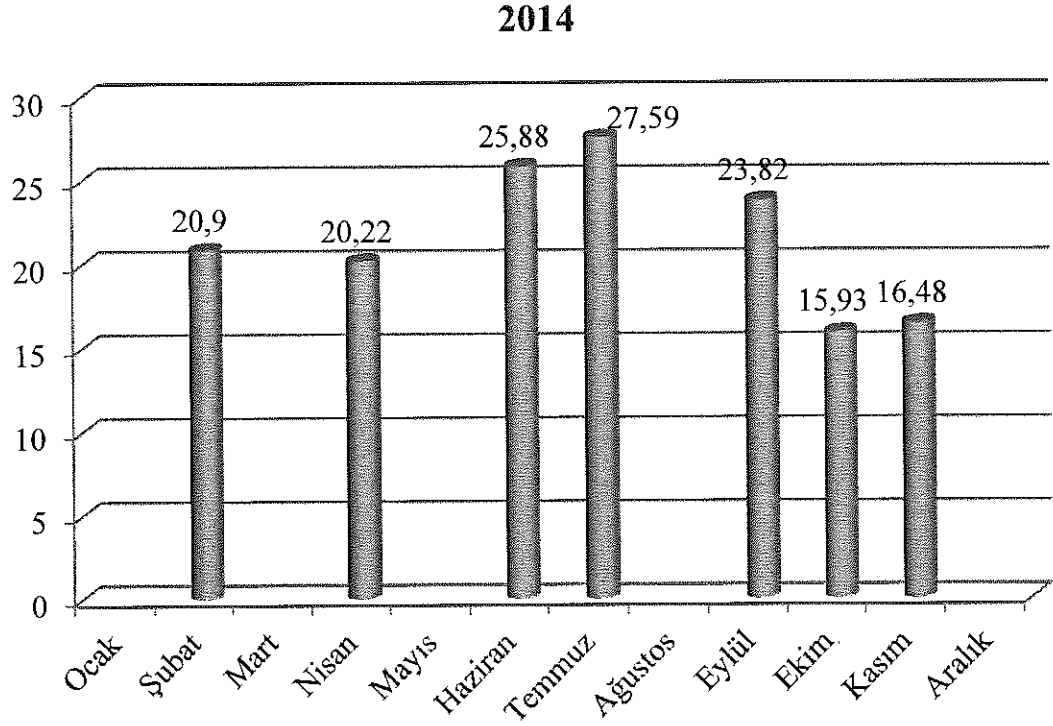
Şekil 7’de psikiyatri hastaların aylara göre 2013 yılında tedaviyi bırakma yüzdeleri verilmiştir. Temmuz, Ağustos, Ekim ve Aralık aylarına ait bilgilere ulaşamadığı için bu aylar boş bırakılmıştır.



Şekil 7. Psikiyatri hastalarının 2013 yılı tedaviyi bırakma yüzdeleri

2013 yılı Ocak ayında hastaların %15.43’ünün Şubat ayında hastaların %15.05’inin, Mart ayında hastaların %25.31’inin, Nisan ayında hastaların %26.85’inin, Mayıs ayında hastaların %28.16’sının, Haziran ayında hastaların %29.67’sinin, Eylül ayında hastaların %21.21’inin ve Kasım ayında hastaların %17.02’sinin tedaviyi bıraktıkları görülmüştür.

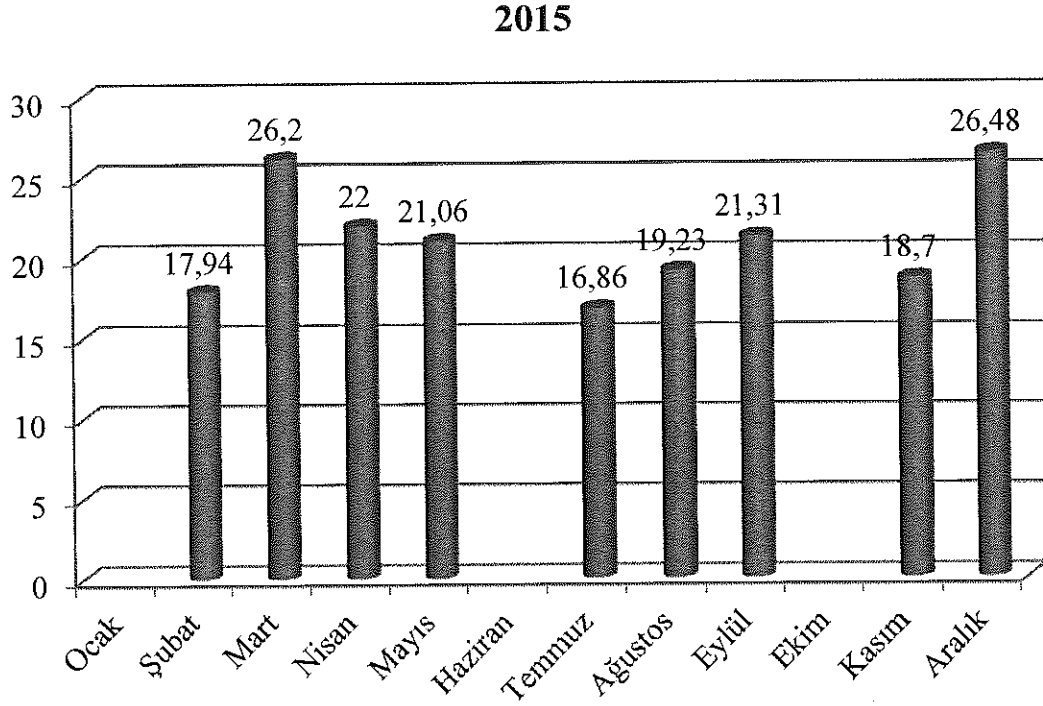
Şekil 8’de psikiyatri hastaların aylara göre 2014 yılında tedaviyi bırakma yüzdeleri verilmiştir. Ocak, Mart, Mayıs, Ağustos ve Aralık aylarına ait bilgilere ulaşamadığı için bu aylar boş bırakılmıştır.



Şekil 8. Psikiyatri hastalarının 2014 yılı tedaviyi bırakma yüzdeleri

2014 yılı Şubat ayında hastaların %29.9'unun,, Nisan ayında hastaların %22.22'sinin, Haziran ayında hastaların %25.88'inin, Temmuz ayında hastaların %27.59'unun Eylül ayında hastaların %%23.82'sinin, Ekim ayında hastaların %15.93'ünün ve Kasım ayında hastaların %16.48'sinin tedaviyi bıraktıkları görülmüştür.

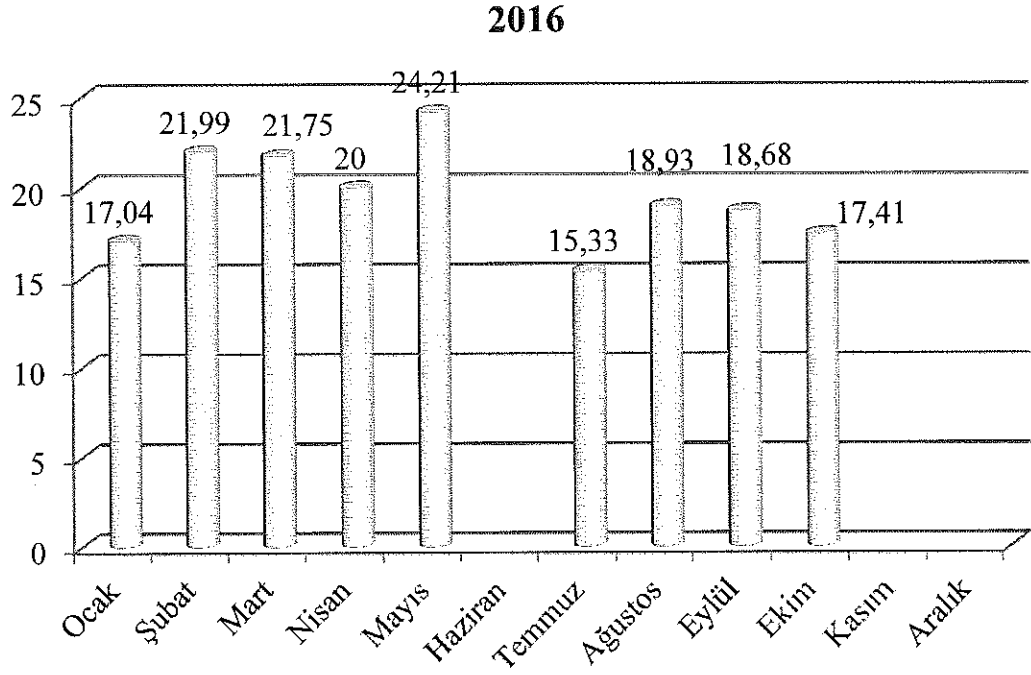
Şekil 9'da psikiyatri hastaların aylara göre 2015 yılında tedaviyi bırakma yüzdeleri verilmiştir. 2015 Ocak, Haziran ve Ekim aylarına ait bilgilere ulaşılamadığı için bu aylar boş bırakılmıştır.



Şekil 9. Psikiyatri hastalarının 2015 yılı tedaviyi bırakma yüzdeleri

2015 yılı Şubat ayında hastaların %17.94'ünün, Mart ayında hastaların %26.2'sinin, Nisan ayında hastaların %22'sinin, Mayıs ayında hastaların %21.6'sinin, Temmuz ayında hastaların %16.86'sinin, Ağustos ayında hastaların %19.23'ünün, Eylül ayında hastaların 21.31'inin, Kasım ayında hastaların %18.7'sinin ve Aralık ayında hastaların %26.48'inin tedaviyi bıraktıkları görülmüştür.

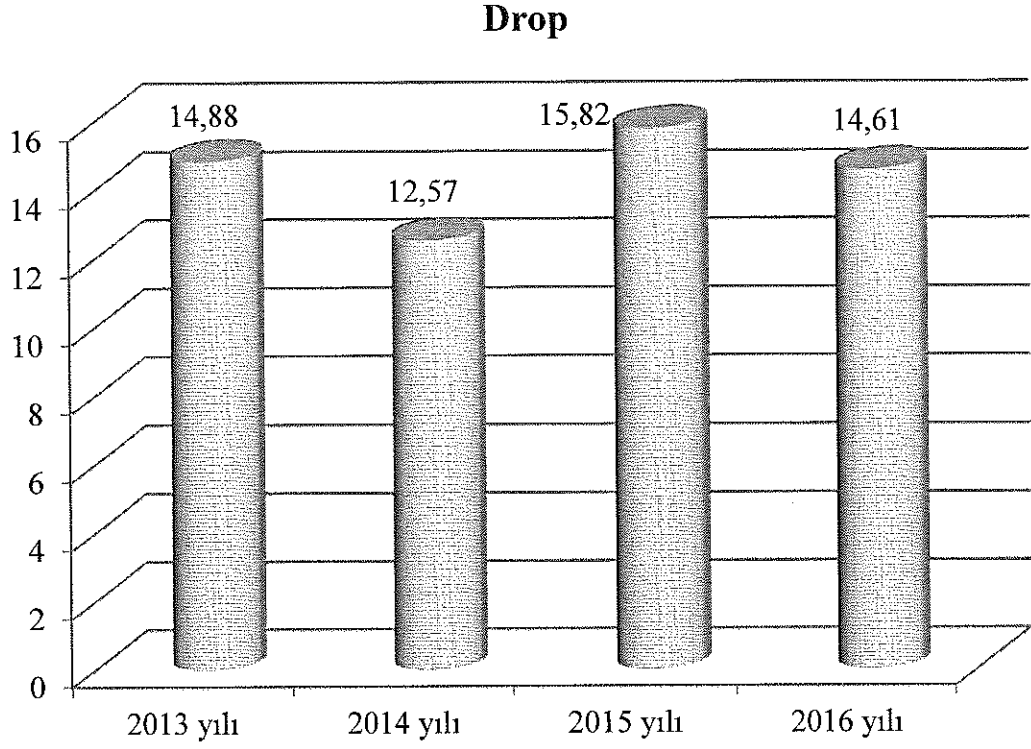
Şekil 10'da psikiyatri hastaların aylara göre 2015 yılında tedaviyi bırakma yüzdeleri verilmiştir. Haziran, Kasım ve Aralık aylarına ait bilgilere ulaşılamadığı için bu aylar boş bırakılmıştır.



Şekil 10. Psikiyatri hastalarının 2016 yılı tedaviyi bırakma yüzdeleri

2016 yılı Ocak ayında hastaların %17,04'ünün, Şubat ayında hastaların %21,99'unun, Mart ayında hastaların %21,75'inin, Nisan ayında hastaların %20'sinin, Mayıs ayında hastaların %24,21'inin, Temmuz ayında hastaların %15,33'ünün, Ağustos ayında hastaların %18,93'ünün, Eylül ayında hastaların %18,68'inin, Ekim ayında hastaların %17,41'inin tedaviyi bıraktıkları gözlenmiştir.

Şekil 11’de psikiyatri hastaların 2013-2016 yılları arasında tedaviyi bırakma yüzdeleri verilmiştir.



Şekil 11. Psikiyatri hastalarının yıllara göre tedaviyi bırakma yüzdeleri

2013 yılında psikiyatri hastalarının %14.88’inin, 2014 yılında %12.57’sinin, 2015 yılında %15.82’sinin ve 2016 yılında %14.61’inin tedaviyi bıraktığı gözlenmiştir.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistik analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Tedaviyi erken bırakan katılımcılar içerisinde cinsiyet faktörüne göre psikolojik tanı alma arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların erkeklere göre daha yoğun orandan depresyon bozukluğu ve şizoafektif tanısı aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte erkeklerde madde kullanım oranının kadınlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tedaviyi erken bırakma nedenleri cinsiyet faktörüne göre incelendiğinde kadın ve erkek dağılımları arasında fark bulunmadığı dolayısıyla cinsiyet faktörünün tedaviyi erken terk nedenleri üzerinde etkili olmadığı, kadın ve erkeğin aynı oranda benzer nedenler ile tedaviyi erken bıraktıkları görülmektedir.

Tedaviyi bırakma nedenlerinin oranları incelendiğinde ise en çok öne sürülen neden olarak kadınlarda ve erkeklerde, ihtiyaç halinde aranacağını bildirilmesi, tedaviye ihtiyaç duymadığının bildirilmesi, il dışına taşınma, iş yoğunluğu ve maddi nedenler olduğu görülmektedir. Bu bulgu literatür tarafından da desteklenmektedir. Tedaviyi bırakma nedenlerinden özellikle tedaviye ihtiyacı olmadığını hastanın düşünmesinin yoğun olarak görüldüğü bilinmektedir. Buna etken olan nedenlere yönelik yapılan çalışmalarda terapi sürecini erken bırakan hastaların sosyo demografik özelliklerini incelediklerinde, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, ekonomik düzeyi düşük olmasının kişilerin terapi sürecini erken bırakmalarında ciddi derecede etkili olduğunu görülmektedir (Wierzbicki ve Pekarik (1993). Tedaviye ihtiyacı olmadığını düşünen bireylerin ayrıca sosyoekonomik durumları ve eğitim seviyelerine dair inceleme yapılması gerekmele birlikte bu kişilerin sözel yetilerindeki, soyut düşünce ve analitik düşünce yetilerindeki düşüklüğün psikoterapi sürecinde gerekli olan özellikler olması nedeniyle bir dezavantaj oluşturduğu düşünülmektedir (Reis ve Brown,1999).

Tedaviyi erken terk nedenleri arasında yüksek oranda bildirimlerden olan il dışında oturma, terapi sürecinde terapistle ulaşabilmeye ilgili bir faktördür. Terapi koşullarının önündeki çevresel faktörlerden oluşan bu gibi engellere bağlı olarak bireyler mekân değişikliği yaşadıklarında terapiyi erken bırakabilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan literatür incelemesinde birçok hastanın tedaviyi erken bırakmada bu gibi bazı çevresel engellerin neden olabildiğini göstermektedir. Bu engeller genellikle planlama zorlukları, tedaviye gelirken çocuk bakım düzenlemeleri yapma zorlukları ve mali engeller gibi nedenlerdir (Hunsleyve ark. 1999).Pekarik(1992)'in yapmış olduğu çalışmada 49 hastanın % 35'inin çevresel engellerden ötürü (para, zaman, planlama vb.) terapiyi sonlandırdıklarını bildirmişlerdir.

Yapılan birçok çalışmada benzer şekilde psikoterapi sürecini erken bırakma olduğu bildirilmektedir (Kazdin ve Mazurick,1994). Türkiye'de konuyla ilgili olarak kapsamlı çalışmalar olmamakla birlikte bazı hastalıklara ve terapi yöntemlerine özgü çalışmalar mevcuttur. Bazı psikolojik/psikiyatrik hastalıkların tedaviyi erken bırakma üzerindeki etkilerinin incelendiği bu çalışmalar da ise yine net bir şekilde genellenebilir veri olmadığı görülmektedir (Meriç ve Oflaz,2010;Dikeç ve Kutlu,2015; Özer ve Altınok, 2015).

Tedaviyi erken bırakma konusunda yapılan literatür çalışmalarında özellikle bireylerin kendi motivasyonlarının yetersizliğinden, aldıkları tedaviden veya terapistten memnuniyetsizliklerinden, yaş faktöründen (Oterove ark., 2001), çevresel engellerden (ulaşım zorluğu, klinik ortamındaki uygunsuzluklar vb.), hastaların beklentilerinden, bazı psikolojik hastalıkların (depresyon, yeme bozuklukları ve TSSB) (Bradley ve ark.,2005) veya fiziksel hastalıklara (kanser tedavisi, fiziksel olarak yatılı olma durumu) (Thormählenve ark., 2003) bağlı olarak erken bırakma nedenlerinden, kişilerin maddi zorluklar (Roeve ark., 2006) yaşamalarından ötürü tedaviyi erken bıraktıklarını bildirdikleri görülmektedir.

Bununla birlikte klinik ortamının, terapi odasının, bekleme salonunun (Barrett ve ark., 2008) ve kişilerin bekleme listesindeki yerlerinin (Rumstein-McKean, 2005) de hastaların terapiyi erken bırakmalarında etkili olduğu görülmektedir. Birçok nedenin birlikte etkili olduğu bu süreçle ilgili yurtdışında yapılan çalışmalarda ayrıca stigma (damgalanma), etnik köken ve kültürel özelliklerin (Helmsve Talleyrand, 1997)

bireylerin tedavi sürecine bakış açısını etkilediklerini, buna bağlı olarak da kişilerin tedaviyi erken bırakabildikleri görülmektedir.

Özellikle kültürel özellikler ve stigmaya bağlı olarak hastaların tedavi kabullerinde ciddi derecede zorluklar ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu zorluklara neden olan en büyük etkenin hastanın veya danışanın yardım arayışının sosyal çevresince olumsuz bir şekilde yargılanacağı algısının olması şeklinde yorumlanmıştır (Owen, Thomas ve Rodolfa, 2013). Stigmaya bağlı olarak hastaların ve yakınlarının sosyal ortamdan kendilerini izole etmektedirler ve yardım arama davranışlarının sönmektedir (Çam ve Bilge,2013).

Tedaviyi erken bırakma konusunda uzun süredir yapılan çalışmalarla kişilerin sağlık sistemi üzerindeki randevu iptaline bağlı olarak oluşan olumsuz etkilerinin en aza indirgenmesi hedeflenmiştir. Fakat yapılan bu çalışmalar neticesinde genellenebilir sağlıklı bir veri havuzu oluşturulamamış ve hastaların kendilerine özgü nedenler bildirdikleri veya sağaltım sürecinde direnç gösterdikleri gözlemlenmiştir (Kazdin ve Mazurick,1994).

Bununla birlikte tedaviyi erken terk sürecinde az oranda da olsa yapılan çalışmalarda hastaların aldıkları terapi veya tedaviden iyileşmeleri ve artık tedaviye ihtiyaç duymadıklarını düşündükleri için erken bıraktıkları da bildirilmektedir.

Tedaviyi erken bırakma konusunda uzun süredir yapılan çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda psikoloji/psikiyatri hastalarının çoğunlukla aldıkları randevulara gelmedikleri (Sales, 2003) veya birkaç seanslık görüşmeden sonra haber vermeden seanslarına devam etmedikleri görülmektedir. Hastaların bu tutumlarının nedenlerini anlayabilmek için yapılan çalışmalarda, tedaviyi erken bırakmanın hasta üzerinde olumsuz etkisi olduğu gibi özellikle tecrübesiz terapistlerin de yetersizlik duygusu yaşamalarına neden olduğu vurgulanmaktadır.

5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, bu çalışmada, psikiyatri hastalarının tedaviye ihtiyaç duyulduğu takdirde arayacağı, tedaviye ihtiyaç duyulmadığı, il dışından gelmiş olma ve maddi sebepler öner sürülerek tedaviyi bıraktıkları tespit edilmiştir. Bu bulguların elde edilmesini sağlayan veriler hastane arşivinde bulunan verilerdir ve psikoterapist notlarını içermemektedir. Hastanın öne sürdüğü nedenin dışında psikoterapistin hastanın hastalıkla başa çıkma, tedaviyi sürdürebilme, olası tedaviyi erken bırakma risklerini de tedavinin başından itibaren ve tedavi süreci boyunca değerlendirebiliyor olması gereklidir. Psikoterapistin hastaların olası tedaviyi bırakma risklerini fark edebilmesi deneyimle kazanıldığından özellikle genç terapistlerin sıklıkla ve zorunlu olarak süpervize edilmeleri gereklidir.

Literatürde şimdiki araştırmada elde edilen bulgulara benzer tedaviyi bırakma nedenleri sıralanmış olsa da gerçekte hastanın tedaviyi bırakma nedeni sadece hastanın kendisinden ve çevresinden kaynaklanmayabilir. Psikoterapi sürecinde işleyen dinamikler de oldukça önemlidir. Hasta ve psikoterapist arasındaki iletişimin dinamikleri ve psikoterapistin hastanın tedaviyi bırakma risk değerlendirmesinin de hastane kayıtları arasında bulunması, diğer yandan vaka değerlendirme toplantılarında tüm bunların sözlü ve yazılı olarak ele alınması yoluyla standardize hale getirilmesi gerekli görünmektedir.

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı, psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma nedenlerine ilişkin psikoterapist notlarının verisinin bulunmamasıdır. Dolayısıyla şimdiki çalışmada elde edilen verilerin, normal şartlarda psikoterapi sürecinde hasta ile birlikte ele alınması gereken tedaviyi bırakma kararının uygulamada yerine getirilemiyor olmasından kaynaklanan sınırlılıkları taşıdığını düşündürmektedir. Hastanenin 2013-2016 yılları arasındaki tedaviyi bırakma yüzdelerine bakıldığında kimi aylara ait bilgilerin dahi girilmediği görülmüştür. Bu da hastaların tedaviyi bırakma nedenlerinin hastane işleyişi içinde ele alınma şeklinin de araştırılması gerektiğini göstermektedir.

6. KAYNAKÇA

- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Bados, A., Balaguer, G., Saldaña, C. (2007). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and the Problem of Drop-Out, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 63(6), 585-592
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 77(2), 203-211.
- Barrett, M.S., Chua, W.J., Crits-Cristoph, P., Gibbons, M.B., Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247-267.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 160-167.
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E., Schmitz, M. (2002) Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 276-282.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E (pp. 227-306). (2004). In M. J. Lambert's (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Castañeda, I., Mira, J. J. (1998). Drop-out in mental health care. Study of the factors that determine premature interruption of treatment]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 11, 42–52
- Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy (pp. 194-226). In M. J. Lambert's (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley
- Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2003). The influence of client variables on psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley Sons
- Constantino, M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Ametrano, R.M., Smith, J.Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192.
- Çam, O., Bilge, A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/ Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* ;4(2):91-101.
- Darker, C., Sweeney, B., El Hassan, H., Kelly, A., O’Connor, S., Smyth, B. (2012). Non-attendance at counselling therapy in cocaine-using methadone-maintained patients: lessons learnt from an abandoned randomised controlled trial. *Ir J Medical Science.*;181:483-9.
- Davis, S., Hooke, G. R., Page, A. C. (2006). Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology*, 58, 48–56
- Derisley, J., Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371–382

- Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;6(1):40-46
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159, 845-851.
- Elkin, I., Yamaguchi, J.L., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Sotsky, S.M., Krupnick, J.L. (1999). Patient-treatment fit and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 437-451.
- Fernández, A., Autonell, J., Haro, J. M., Carmona, C. (2004, September). When do psychiatric outpatients drop-out? Poster presented at the International Federation of Psychiatric Epidemiology 10th International Congress, Bristol, England.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. (2010). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY: Guilford Press.
- Frayn, D.H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, XLVI, 250-261.
- Garfield, S.L., (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). New York: Wiley.
- Gavino, A., Godoy, A. (1993). Reasons for dropout in behaviour therapy. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 311-336.
- Gözüm, S., Aydın I. (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nurs.*; 27: 491-498.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.

- Hatchett, G. T., Park, H. L. (2004). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226–231.
- Helms, J. E., Talleyrand, R. M. (1997). Race is not ethnicity. *American Psychologist*, 52, 1246-1247
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfman, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555–562.
- Hoffman, J. J. (1985). Client factors related to premature termination of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 83
- Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, D.C.: APA.
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Vestervelt, C. M., Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 4, 380- 388.
- Issakidis, C., Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 426– 433.
- Johansson, H., Eklund, M. (2005). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 140-147.
- Kazdin, A. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychol Psychiatry*. 1:133-56.

- Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- Kazdin, A.E., Holland, L., Crowley, M., Breton, S. (1997). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1051-1062.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Nielson, S. L. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Lowman, R.L., DeLange, W. H., Roberts, T.K., Brady, C.P. (1984). Users and teasers: Failure to follow through with initial mental health services inquiries in a child and family treatment center. *Journal of Community Psychology*, 12, 253-261.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B. (2005). Who comes, who stays, who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research*, 15, 210-225.
- Martin, D.J., Garske, J.P., Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:180-6.
- Meriç, M., Oflaz, F. (2010). Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanç Modeline Dayalı Tedaviyle İlgili Düşüncelerinin Tedaviyi Bırakma ile İlişkisi, *TAF Prev Med Bull*; 9(5):441-452
- Molinari, E., Pagnini, F., Castelnuovo, G., Lozza, E., Bosio, C. A. (2012). A new approach for psychological consultation: the psychologist at the chemist's. *BMC public health*, 12(1), 501.

- Mohl, P.C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 478-481.
- Mueller, M., Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37, 117-123.
- Moré, M. A., Huidobro, Á., Rodríguez, M., Holgado, P. (2002). A study of treatment drop-out. *Archivos de Psiquiatría*, 65, 243-262
- Naravits, L. M., Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S. (2005) Piper WE. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry*. 2005;13:57-70.
- Otero, J., Luque, A., Conde, M., Jiménez, C., Serrano, C. (2001). Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 153-158.
- Owen, J., Imel, Z., Adelson, J., Rodolfa, E. (2012). 'No-show': Therapist racial/ethnic disparities in client unilateral termination. *Journal Of Counseling Psychology*, 59, 314-320.
- Owen, J., Thomas, L., Rodolfa, E. (2013). Stigma for seeking therapy: Self-stigma, social stigma, and the therapeutic process. *The Counseling Psychologist*, 41, 857-880
- Özer, Ö., Altınok, A. (2015). Üniversite Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezinde Psikolojik Danışma Sürecini Erken Bırakmayı Yordayan Faktörler, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 1, 18-25
- Pekarik, G., Finney-Owen, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Mental Health Journal*, 23, 120-130.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 91-98.

- Persons, J. B., Burns, D. D., Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557–575.
- Piper, W. E., Mccallum, M., Joyce, A. S., Azim, H. F., Ogradniczuk, J. S. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 267-273.
- Pulford, J., Adams, P., Sheridan, J. (2008). Therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal*, 44, 181-186.,
- Reis, B.F., Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36,123-136.
- Roe, D. Dekel, R., Harel, G., Fennig, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 79, 529-538.
- Rumstein-McKean, O. (2005). Seeking and engaging in psychotherapy: Investigating the comparative value of two models (Doctoral dissertation, University of Ottawa.
- Saatsi, S., Hardy, G.E., Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 185-195.
- Sales, C. (2003). Understanding Prior Dropout in Psychotherapy, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (1) , 81-90
- Sharf, J., Primavera, L.H., Diener, M.J. (2010). Dropout and the therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645.
- Society of Clinical Psychology. (2012). Present-centered therapy for posttraumatic stress disorder.

- Smith, T.E., Koenigsberg, H.W., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Selzer, M.A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- Sledge, W.H., Moras, K., Hartley, D., Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341- 1347.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E., Henry, W. P., Binder, J. L. (1992). Jack M.: A case of premature termination. *Psychotherapy*, 29, 191-205.
- Surgenor, L. J., Maguire, S., Beumont, P. J. (2004). Drop- out from inpatient treatment for anorexia nervosa: can risk factors be identified at point of admission?. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 94-100.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559.
- Swift, J. K., Callahan, J., Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328-335.
- Swift, J.K., Callahan, J.L., Levine, J.C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328-335.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D. (2012). Non-adherence and nonresponse in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 26:583-9.
- Thormählen, B., Weinryb, R.M., Norén, K., Vinnars, B., Bagedåhl-Strindlund, M. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13, 493-509.
- Todd, D. M., Deane, F. P., Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 133-147.

- Trepka, C. (1986). Attrition from an out-patient psychology clinic. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 181–186.
- Vatan,S. (2016). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3):190-203
- Vardar, E., Sönmez, B., Şıpka,H., Karaca,E. (2015). Bağımlılık Tedavisini Terk Nedenlerinin Değerlendirilmesi *Bağımlılık Dergisi*, 2015, Cilt:16 (2),70-77
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate:Models, methods, and findings.* Lawrence ErlbaumAssociates, Publishers: Mahwah; N. J.
- Werner-Wilson, R. J., Winter, A. (2010). What factors influence therapy drop out?. *Contemporary Family Therapy*, 32(4), 375-382.
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: a comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychother Res.* ;20:423-35.
- Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190–195.
- Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195
- Williams, S.L., Ketring, S.A., Salts, C.J. (2005). Premature termination as a function of intake data based on ethnicity, gender, socioeconomic status, and income. *Contemporary Family Therapy*, 27, 213-231.
- Yıkılmaz, M., Şahin, E.E., Özer,Ö.,Altınok, A. (Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Danışma Sürecini Erken Bırakma: Nedenler ve Öneriler

EKLER

Bu çalışmada toplanan veriler NP İstanbul Hastanesine ait ve elektronik ortamda bulunan kayıtlardan elde edilmiş olup, veri toplama amacıyla herhangi bir form kullanılmamıştır. Dolayısıyla çalışmaya eklenecek ekler bulunmamaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

İHSAN ÖZTEKİN

Kişisel Bilgiler:

Doğum Tarihi: 29.05.1963

Doğum Yeri: Balıkesir

Mail: ihsan.oztekin@uskudar.edu.tr

Eğitim Durumu:

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi/ Klinik Psikoloji 2014-2016

Lisans: İstanbul Üniversitesi/ Psikoloji 1980-1984

İş Deneyimi:

- 1- Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar kurumu – 1987-2003
Psikolog
- 2- Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi – 2003-2007
Psikolog
- 3- Nİstanbul Beyin Hastanesi – 2007- Halen Nİstanbul Beyin Hastanesi