



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZLİ)
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TOPLUM VE RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TEDAVİ GÖREN
ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BAĞLANMA STİLLERİNİN TERAPÖTİK
İTTİFAK VE İLAÇ UYUMU İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Ferhat EKİNCİ

Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Necmettin AKSOY

İstanbul – 2017

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....P. K. K. J. Anabilim/Anasanat Dalı K. K. K. P. K. K. J. Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Ferhat ERN. G. tarafından hazırlanan
..... Toplumun Kuluhanı (T.K.) metesinde de bu günün profren hark
barınla birtanma fihlerin, dem pükik stifikab ve stajunmde stir
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. Kır

Sınav Tarihi 22/06/2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. N. Aksoy
Danışman: Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Atay Gündoğar
..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Elvan As. Hardever
Hanca Üniv. Pst. K. J. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:
..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:
..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....
.....
.....

ÖNSÖZ

“Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezlerinde Tedavi Gören Şizofreni Hastalarında, Bağlanma Stilllerinin Terapötik İttifak ve İlaç Uyumu ile İlişkisi” adlı bu araştırma T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda tez olarak hazırlanmıştır.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Araştırmanın Problemi	5
1.5. Araştırmanın Sayıltıları	6
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	6
1.7. Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar	7
1.8. Araştırmanın Önemi	8
İKİNCİ BÖLÜM	9
İLGİLİ LİTERATÜR	9
2.1. Şizofreni	9
2.2. Bağlanma	13
2.4. Tedavi Uyumu	21
2.5. Terapötik İttifak	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	30
YÖNTEM	30
1.1. Araştırmanın Modeli	30
1.2. Evren ve Örneklem	31
1.3. Veri Toplama Araçları	31
1.4. İşlem	33
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	35
BULGULAR	35
4.1. Kişisel Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri	35

4.2. Bağlanma Stili, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumunun Kişisel Değişkenlerle Karşılaştırılması	38
BEŞİNCİ BÖLÜM	50
TARTIŞMA	50
5.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması	50
5.2. Açıklayıcı Bulguların Tartışılması	51
ALTINCI BÖLÜM	56
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar	56
6.2. Öneriler	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	65
EK-1. Demografik Bilgi Formu	65
EK-2. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)	68
EK-3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)	69
EK-4. Görüşme Değerlendirme Formu (Danışan Formu)	70
EK-5. Özgeçmiş	71

KISALTMALAR

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

TRSM: Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



TABLolar LİSTESİ

Tablo no	Sayfa no
Tablo 1. Demografik ve Klinik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	35
Tablo 2. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 3. Yaşam Şekli Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 4. İç Görü Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 5. İntihar Girişimi Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 6. Tıbbi Rahatsızlık Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Temel Gereksinimler Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 8. Son 18 Ayda Alkol Kullanımı Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 9. İlaç Tedavisi Süresi Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 10. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 11. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 12. Yaş Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 13. Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	49

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Ferhat EKİNCİ
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Necmettin AKSOY
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran, 2017

TOPLUM VE RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TEDAVİ GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BAĞLANMA STİLLERİNİN TERAPÖTİK İTTİFAK VE İLAÇ UYUMU İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Bu çalışma, Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)'nde tedavi gören şizofreni hastalarında bağlanma stillerinin terapötik ittifak ve ilaç uyumu ile ilişkisini incelemeyi hedeflemiştir. Araştırma için, ölçek çalışmasına katılımı uygun bulunan ve şizofreni tanısı olan 60 hastanın katılımı sağlanmıştır. Bilgilendirilmiş onamları doğrultusunda anketleri doldurması istenen katılımcıların vermiş olduğu bilgiler analiz edilerek araştırma değişkenleri değerlendirilmiştir.

Araştırma için katılımcıların yanıt verdikleri değerlendirme araçları “Demografik Bilgi Formu”, “İlişki Ölçekleri Anketi”, “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği” ve “Görüşme Değerlendirme Formu”dur. Araştırmada ölçeklerden alınan bilgiler istatistiksel analiz yöntemleriyle değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bulguları doğrultusunda, tedaviye uyum değişkeni ile saplantılı bağlanma stili arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuş, kayıtsız bağlanma ve terapötik ittifak arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, demografik değişkenler araştırmanın değişkenleri olan bağlanma stilleri, terapötik ittifak ve tedaviye uyumu ile karşılaştırılmış, medeni durum, iç görü, intihar girişimi ve tıbbi rahatsızlık bakımından araştırma değişkenlerinin anlamlı farklılıkları olduğu saptanmıştır.

Şizofreni tanısı konulmuş hastalar için uygun bir tedavi planı oluşturulması anlamında tedavi sürecinde bağlanma stilleri ve tedaviye gösterdiği uyumun önem arz etmesi sebebiyle, bu çalışmada elde edilen bulguların uygulama anlamında tedavi

sürecinin etkililiği arttırabilecek yöntemlerin geliştirilmesi ve ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalara katkıda bulunacağı düşünölmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bağlanma stilleri, Terapötik İttifak, şizofreni, İlaç Uyumu



GENERAL KNOWLEDGE

Surname, Name : Ferhat EKİNCİ
Field : Psychology
Program : Clinical Psychology
Supervisor : Assit. Prof. Necmettin AKSOY
Degree Awarded and Date : Master's Degree- June, 2017

EXAMINATION OF RELATIONSHIP AMONG ATTACHMENT STYLES, THERAPEUTIC ALLIANCE, TREATMENT ADHERENCE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS BEING TREATED IN PUBLIC MENTAL HEALTH CENTERS

ABSTRACT

This study aimed to examine the relationship among Schizophrenia patients' attachment styles, treatment adherence, and therapeutic alliance. For this study, 60 patients with schizophrenia being treated in public mental health centers were recruited with their informed consent for applying surveys. For data collection, participants filled four forms including "Demographic Information Form", "Therapy Evaluation Form", "Medication Adherence Rating Scale", and "Relationship Scales Questionnaire". Statistical methods were maintained with the data obtained from the respondents.

Based on the results of the study, treatment adherence was found as positively correlated with preoccupied attachment. Additionally, therapeutic alliance was found as negatively correlated with dismissed attachment. Additionally, research variables including therapeutic alliance and treatment adherence were also compared with demographic variables. Findings related to the comparison indicated significant relationship with certain demographic variables including marital status, insight, physical illness, and suicidal attempt. The findings of this study are important in terms of modifying treatment process when working with schizophrenia patients for obtaining success outcome. Besides, the findings are prominent and promising in terms of contributing details for further research and applications.

Keywords: Attachment styles, Therapeutic Alliance, Treatment Adherence, Schizophrenia

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Bu bölümde yapılan tez çalışmasının problem durumu, alt hipotezleri, araştırmanın amacı, araştırmanın varsayımları, araştırmanın sınırlılıkları ve tanımlara yer verilecektir.

1.1. Problem Tanımı

Bağlanma davranışı, Bowlby (1980) tarafından “bir bireyin korktuğunda bir figürle ilişki kurmak ya da yakınlık aramak için duyduğu istek” şeklinde tanımlanmaktadır. Temeli bebeklik döneminde oluşan bağlanma davranışı, yetişkinlik dönemindeki bağlanma davranışı üzerinde de etkili olmaktadır. Bağlanma kavramının temeli 1950’lerin sonlarında ebeveynden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntı ve problemleri anlamaya çalışan İngiliz psikanalist John Bowlby tarafından atılmıştır. Bowlby (1980) bağlanmanın, bebeklik bitiminde sona ermediğini ve güvenli bağlanmanın erken çocukluk boyunca süren bir olgu olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca, bebeklik dönemi itibariyle bebeklik döneminde, çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte farklı güven temelli bağlanma davranışları gözlenmektedir.

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen sağlıklı bir durumdur. Bebeklikte karşımıza çıkan bağlanma; belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bir kısmının o kişiyle birlikte geçirilmek istenmesi, herhangi bir korku yaratan durum veya obje karşısında hemen o kişinin aranması, bağlanılan kişinin varlığının duyumsanmasına eş zamanlı olarak rahatlama duygusunun eşlik etmesi gibi duygu ve davranış örüntülerinin tümünü kapsamaktadır. Bağlanma, anne ile bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler. Bu kavram, bireyin diğerleriyle daha sağlam duygusal bağlar kurma eğilimini ve istenmeyen ayrılıklarla kayıp durumlarında gelişen kaygı, kızgınlık, depresyon gibi duygusal sıkıntıları açıklamaktadır (Bowlby, 1988)

Yıllar içerisinde birçok araştırmacının bağlanma kuramını, psikoterapi sürecinde bireysel farklılıkları anlayabilmek amacıyla uyguladıkları ve ele aldıkları görülmektedir (Lopez & Brennan, 2000). Psikoterapide, danışan ve terapist arasında

ortaklaşa çalışma halinde ittifak ve sonrasında danışanın bağlanması söz konusu olabilmektedir. Bu bağlamda, araştırmalarda bağlanma kavramı ile ruh sağlığı (depresyon, anksiyete gibi) ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorlanmalar (yalnızlık, çatışma vb.) arasındaki “aracı değişkenlere” önem verilmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalar arasında 2010 yılında psikoterapi sürecinde danışanların bağlanma stillerinin, duygu durum yönetimi ve tedavi çıktısı arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmada, danışanların güvenli bağlanma stiline ilk dönemlerdeki duygu durum yönetimi üzerinde istenen sonuçların alınması ile ilişkilendirilebilecek bir değişken olduğu tespit edilmiştir (Rodrigues, 2010). Ayrıca, Meyer ve meslektaşları (2001) psikiyatri tedavisi gören 149 hasta ile yapmış oldukları çalışmada, bağlanma stillerinden güvenli bağlanma stiline sahip olanların psikososyal işlevsellikleri arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuş ve güvensiz bağlanmanın ise tedavideki ilerleme ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ile psikoterapi sağlanan 94 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada ise güvenli bağlanma stiline sahip kişilerin kaçınan bağlanma stiline sahip olanlara göre daha iyi terapötik sonuçlar aldığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda terapötik ittifakın önemli olduğu düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarında ilaç tedavisine karşı uyumsuzluk yaygın olarak görülebilen bir durumdur. Özellikle ilaçların yan etkilerinden ve hastalığa dair psikoğitimin sağlanamaması durumundan kaynaklı tedavi olmayı reddetme durumu söz konusu olabilmektedir (Özkan ve ark, 2013; Yıldırım & Ekinci, 2010). Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının yaklaşık %80 oranında antipsikotik ilaç kullanımını devam ettirmediği tespit edilmiştir (Kelleci & Ata, 2011; Yılmaz & Buzlu, 2012). Tedavinin sürdürmemesi ve uyumsuzluk sonucunda ise psikotik belirtilerin artışı ve bunun sonucunda çevreye karşı uyumsuzluk ve şiddet görülmektedir. Ayrıca, tedavinin yapılandırıldığı biçimde sürdürmemesi sonucunda akut psikoz gibi acil durumların görülme riski artmaktadır. Şizofreni belirtilerinin artması, hem hastalar hem de yakın çevresi için risk faktörü oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, tedavi uyumunu etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi önleyici çalışmaların yapılandırılması anlamında önem teşkil etmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, şizofreni tanısı olan hastaların bağlanma stilleri ile terapötik ittifak ve tedaviye uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Yapılan alanyazını incelemelerinde görüldüğü üzere, şizofreni hastalarının ilaç uyumu farklı değişkenler çerçevesinde incelenen ve tedavi sürecine ilişkin kritik önem taşıyan bir adımdır. Bu doğrultuda, daha önce şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda görülen psikososyal faktörler arasında sayılabilecek, terapötik ittifak ve bağlanma stillerinin ilaç uyumu ile ne düzeyde ilişkisi olduğu bu çalışmada ele alınmıştır.

Çalışma kapsamında, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Esenler, Güngören ve Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde ayaktan tedavi gören ve şizofreni tanısı almış hastaların verileri incelenerek bu çalışma için belirlenen araştırma değişkenleri olan bağlanma stilleri, tedavi uyumu ve terapötik ittifak arasındaki ilişki ele alınmıştır.

Çalışmaya katılan şizofreni tanısı almış hastalar çalışmadan elde edilen demografik veriler ve psikiyatrik tanıya ilişkin değişkenler bazında değerlendirilmiş, ölçeklerden aldıkları puanlar bu doğrultuda incelenmiştir. Elde edilecek bulguların, ruh sağlığı hizmetleri anlamında şizofreni tanısı almış hastaların tedavi sürecini etkin hale getirmek ve ilaç uyumunun sürdürülebilirliği anlamında gerekli eylemlerin yapılabilmesi açısından önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın alt problemlerini oluşturan ve test edilen hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H.1. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören şizofreni hastalarında bağlanma stillerine göre terapötik ittifak anlamlı düzeyde farklılaşır.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören şizofreni hastalarında bağlanma stillerine göre terapötik ittifak anlamlı düzeyde farklı değildir.

H.2. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören şizofreni hastalarında bağlanma stillerine göre ilaca uyum düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşır.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stillerine göre ilaca uyum düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmamaktır.

H.3. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stilleri cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stilleri cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.4. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stilleri yaşı bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stilleri yaşı bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.5. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stilleri medeni duruma bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında bağlanma stilleri medeni duruma bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.6. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında terapötik ittifak ilaç kullanım süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında terapötik ittifak ilaç kullanım süresine bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.7. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında terapötik ittifak hastalık süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında terapötik ittifak hastalık süresine bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.8. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında terapötik ittifak hastaneye yatış süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında terapötik ittifak hastaneye yatış süresine bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.9. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında ilaç uyumu ilaç kullanım süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında ilaç uyumu ilaç kullanım süresine bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.10. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında ilaç uyumu hastalık süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında ilaç uyumu hastalık süresine bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

H.11. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında ilaç uyumu hastaneye yatış süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

H.0. Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Şizofreni hastalarında ilaç uyumu hastaneye yatış süresine bağlı olarak farklılık göstermemektedir.

1.4. Araştırmanın Problemi

Araştırmanın problemi aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu: Şizofreni tanısı almış hastaların bağlanma stilleri ile tedavi uyumu ve terapötik ittifak arasında ilişki var mıdır?

Şizofreni tanısı almış hastalarının bağlanma stilleri hakkında verilerin elde edilmesi ve tedaviye uyum düzeylerinin incelenmesi, sürece ilişkin etkili olabilecek psikososyal faktörlerin ele alınması açısından önem taşımaktadır (Dilbaz ve ark, 2006; Koç, 2006). Bu doğrultuda, sağlanacak tedavi hizmetlerinin yapılandırılması açısından elde edilecek bulguların katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, şizofreni tanısı almış hastalara ilişkin betimleyici bulguların ülkemizde tedavi alan şizofreni hastaları hakkında detaylı bilgi sağlayabileceği öngörülmektedir.

1.5. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmaya katılan bireylerin verilen anketleri kendileri için doğru ve tarafsız olacak bir biçimde yanıtladığı varsayılmaktadır.

“İlişki Ölçekleri Anketi” ve “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği” ve “Görüşme Değerlendirme Formu” araştırma kapsamında ölçmeyi amaçlanan değişkenleri test edecek nitelikte ölçekler olduğu varsayılmaktadır.

“İlişki Ölçekleri Anketi” ve “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği” ve “Görüşme Değerlendirme Formu”nun güvenilirlik ve geçerliliği uzman kişilerce yapılmış ve Türkçe uyarlaması olan güvenilir ve geçerli ölçeklerdir.

Araştırmaya katılan katılımcıların; şizofreni tanısı almış ve tedavi gören hastalardan seçilen ve bu çalışma için uygun olduğu varsayılmaktadır.

Araştırma değişkenlerini ölçmek için yürütülen istatistiksel analiz yöntemlerinin hipotezlerin doğrulanmasında geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılmaktadır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yöntem, ölçekler ve örneklem bakımından sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

Araştırma için örneklem, Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi’nde tedavi gören şizofreni hastaları ile sınırlandırılmıştır.

Araştırma değişkenleri, araştırma için belirlenen “İlişki Ölçekleri Anketi”, “Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği”, “Demografik Bilgi Formu” ve “Görüşme Değerlendirme Formu” ile sınırlandırılmıştır.

Araştırma değişkenlerinin ölçülmesi ve hipotezlerin ölçülmesi, araştırmacı tarafından uygulanan veri analiz yöntemleri ile sınırlıdır.

Araştırma değişkenlerine dair bilgi vermesi bakımından ölçeklerden elde edilen sonuçlar katılımcıların yanıtları ile sınırlıdır.

1.7. Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar

Bağlanma: Bowlby (1980)’e göre bağlanma; bebeğin, ihtiyaç halinde veya tehdit içeren bir durum söz konusu olduğunda bir kişi veya nesneyle yakınlık kurma ihtiyacı olarak tanımlanmaktadır. Kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde olmayan ve savunmasız bir biçimde dünyaya gelen bebekler, bakımvereni tarafından ilgiye, şefkate ve güven duygusuna ihtiyaç duymaktadır. Hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarının karşılanması onun hayatına devamlılığı için önem arz etmektedir. Bebeklerin bakımveren ile kurduğu ilişkinin kalitesine göre bağlanma stilleri oluşmakta ve psikososyal anlamda gelişimini etkilediği düşünülmektedir.

Şizofreni: Şizofreni duygu durumu, düşünceyi, konuşmayı, algıyı ve duyuları etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Psikotik deneyimlerle seyreden şizofreni, kişilerde işitsel ve duygusal sınırların olması ile kendisini göstermektedir. Kronik ruhsal bozukluk olarak tanımlanan şizofreni hem hastalar hem de yakınlar için yaşam kalitesini ve işlevselliği etkileyecek düzeyde ciddiyet taşımaktadır (WHO, 2001).

Tedavi Uyumu: Tedavi uyumu kişilerin tıbbi veya psikolojik yönlendirmelere ilişkin tutarlılık göstermesi ve tedavinin gerektirdiği standartlara ve sürece uyum sağlaması olarak tanımlanmaktadır (Haynes, 1979).

Terapötik İttifak: Terapötik işbirliği veya terapötik ilişki olarak değiştirilebilir ifadelerle tanımlanan ve terapist-danışan arasındaki ilişkinin yapısı olarak nitelendirilen ve süreç içerisinde şekillenebilen bir kavramdır (Castonguay ve ark, 2006).

1.8. Araştırmanın Önemi

Şizofreni, dünyada yaklaşık 24 milyon bireyde görülen sıklıkla 15-35 yaşları arasında tanısı konulan, sıklığı düşük olmasına rağmen kronikliği nedeniyle yaygınlığı yüksek olan (WHO 2014), küresel olarak hastalık yüküne ve işlev kaybına yol açan bir hastalıktır (Murray ve ark. 2013). Genellikle geç ergenlik veya erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Bununla birlikte, şizofreni hastalarının çoğu tedavi edilebilir, üretken bir hayat sürebilir ve topluma katılım gösterebilir (WHO 2014).

Şizofreninin tedavisi hem psikofarmakolojik hem de psikososyal yaklaşımları içermektedir. Şizofreni hastalarının %50 den fazlasının uygun bakım almadığı, uyum sorunları yaşadığı ifade edilmiştir (WHO 2014). Hastanın hastalığı ve tedavinin yararlılığı konusundaki inançlarının, ilaç yan etkileri gibi algılanan maliyetin, tedavinin sürdürülmesi sırasında karşılaşılan sosyal destek eksikliği gibi engellerin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir (Perkins, 2002). Bu süreçte hastada yaşanan uyum problemleri; belirtilerin ciddileşmesine, hastalığın nüksetmesine, sağlık kuruluşlarının kullanımında artışa, hastaneye yatışa, maliyet artışına, genel durumun kötüleşmesine, yaşam kalitesinde azalmaya, sosyal izolasyona, madde ve alkol bağımlılığında artışa, işsizliğe, şiddete, uyum problemlerine, mağduriyet oranlarında artışa, tutuklanmalara ve ölüme neden olabilmektedir (Tseng ve ark. 2008). Elde edilen bu bilgiler doğrultusunda, şizofreni hastalarının tedaviyi sürdürme açısından yaşadıkları problemlerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi, algılanan sosyal destekle ilişkili olduğu varsayılan bağlanma stilleri ve tedavi sürecinde belirleyici olabileceği öngörülen terapötik ittifak ile ilişkisi bu çalışmada incelenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

İLGİLİ LİTERATÜR

Bu bölümde, araştırma değişkenlerine ilişkin kavramsal çerçeve ve değişkenler arasındaki ilişkinin ele alındığı kuramsal çerçeve yer almaktadır.

2.1. Şizofreni

1896 yılında Emil Kraepelin'in ruh sağlığı bozukluklarını sınıflandırma çalışmasında belirttiği tiplerden bir tanesi de “dementia praecox”dir. Bu tanım daha sonrasında Eugen Bleuer tarafından şizofreni olarak adlandırılan ve mental fonksiyonların çözülmesi olarak nitelendirilen bir ruh sağlığı problemi olarak ifade edilmiştir. Şizofreninin etiyolojisi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içeren karmaşık bir yapıdadır. Tüm bu faktörlerin şizofreninin oluşumunda etkisi olduğu öne sürülmektedir. Özellikle genetik faktörlerin hastalığın gelişiminde en önemli faktör olduğu ve yaklaşık %80 oranında risk faktörü oluşturduğu belirtilmiştir (Gelder ve Harrison, 2006). Bir kısmı doğum öncesi süreçte gerçekleşen çevresel faktörlerin genetik faktörlerle etkileşiminin oldukça kritik olduğu şizofrenide sosyal ve psikososyal faktörlerin, stresli hayati olay ve durumların da etkili olduğu düşünülmektedir (Gelder ve Harrison, 2006).

Genetik faktörlerin hastalığın gelişimine olan etkisinin tam olarak anlaşılmasının sebebi, şizofreninin yalnızca tek bir genin sebep olabileceği bir durum olmamasından kaynaklıdır. Tek bir gen yerine farklı birkaç genin farklı rahatsızlıkların söz konusu olması haliyle etkileşimi sonucunda şizofreni tanısının konulabileceği öne sürülmektedir (Gelder ve Harrison, 2006).

Şizofreni kişilerde ciddi sosyal sonuçları beraberinde getirebilecek ciddi bir ruh sağlığı problemidir. Hastalığın akut dönemlerinde kişilerde birtakım karakteristik belirtiler seyretmektedir. Sanrılar olarak nitelendirilen ve kişilerin gerçeklikle bağdaşmayan fikir ve inanışları olarak örneklendirilen belirtileri, halüsinasyonlar, düşünüş ve algılamada ciddi problemler ve uygun olmayan duygulanım ciddi belirtiler olarak sayılmaktadır (WHO, 2014). Söz konusu belirtiler, şizofreninin “pozitif belirtileri” olarak tanımlanmaktadır. Bazı hastalar, akut belirtilerden

kurtulabilmekte; fakat bazıları için belirtiler kronik bir hal alabilmektedir. Hastalığın kronik evresinde ise kişilerde “negatif belirtiler” seyretmektedir. En yaygın negatif belirtiler arasında kişilerin etkinliğinin azalması, sosyal geri çekilme, konuşmanın azalması, yavaşlama, ilgide azalma olarak görülmektedir. Diğer görülebilen belirtiler arasında düşünce ve konuşmada bozukluklar, davranım bozuklukları, duygulanım bozuklukları ve bilişsel bozukluklar olarak görülmektedir (Pull, 2002; WHO, 2014).

14 ülke ile yapılan ve fiziksel ve mental engellilik durumunun incelendiği bir çalışmada, aktif psikoz durumun üçüncü engelleyici durum olduğu ve görme engelliliği ve felç durumundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Üstün & Sartorius, 1995). Şizofreni hastaları ile yapılan boylamsal çalışmalarda, hastaların azınlığının tam olarak iyileşme gösterdiği ve %10 ile %17 arasında yataklı tedaviye ihtiyacı olduğu ve %40'ının ise sosyal uyum sorunları sebebiyle ciddi sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca, şizofreni tanısı konulmuş hastaların yaklaşık %30'unun hayatları boyunca en az bir kez intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir (Hass ve ark, 1999).

Kronik bir rahatsızlık olan şizofreninin yaygınlığı incelendiğinde, yıllık şizofreni görülme oranının 1000 kişide 0.16 ile 0.54 arasında olduğu ve yaygınlığının ise 1000 kişide 1.4 ile 4.6 arasında olduğu tespit edilmiştir (Maurer ve ark, 1993). Şizofreninin farklı ülkelerde prevalansı göz önünde bulundurularak elde edilen sonuçların dışında başlangıç döneminin genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemi olduğu görülmüştür. Maurer ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan çalışmada ilk psikotik nöbetin görülme yaşının vakaların %63'ünde 30 yaş olduğu bulunmuştur.

Şizofreninin görülmesinde cinsiyet, yaygınlık, yaş ve ciddiyeti bakımından farklılıkların bulunmasının yanı sıra hastaların tedaviye verdikleri yanıtlar da farklılık göstermektedir. Cinsiyet farklılıkları incelendiğinde, şizofreninin erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü ve kadınların başlangıç yaşının erkeklere göre daha geç olduğu saptanmıştır. 15 ile 29 yaş aralığında şizofreni tanısı alan kadınların sayısı erkeklere göre daha az olarak belirtilmiştir. Kadınların şizofreni belirtileri gösterme ve tanı alma durumu 50'li yaşlarda daha yaygın olarak görülmektedir. Bununla birlikte, erkeklerin şizofreni belirtilerini daha ciddi düzeyde gösterdiği;

fakat kadınların antipsikotik ilaçların risklerine erkeklere göre daha hassas olduğu bildirilmiştir (Kahn ve ark, 2003).

2.1.1. Şizofreni Belirtileri

Şizofreni DSM 5 Tanı Kriterleri arasında “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” başlığında yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM 5 kriterlerinin yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü’nün Şizofreni tanısı için kriterleri bulunmaktadır. Dünya çapında prevalansı yaşam boyu %1 ile %1,5 aralığındadır. Ayrıca kadın ve erkeklerde görülme sıklığı birbirlerine yakın orandadır. Başlangıç yaşı ise kadınlarda 25-35 arası ve erkeklerde 15-25 yaş arasındadır (WHO, 2014). Aşağıda yer alan kriterler DSM 5 ve Dünya Sağlık Örgütü’nün Şizofreni tanı kriterleri olarak listelenmiştir.

2.1.1.1. Şizofreninin DSM 5 Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi ya da daha fazlasından her biri 1 aylık (eğer başarı ile tedavi edilmişse daha kısa bir sürede) bir sürenin önemli bir bölümünde bulunur. En az biri 1, 2 ya da 3 olmalıdır.

1. Sanrılar,
2. Varsanılar,
3. Dezorganize konuşma (örn. Çağrışımlarda dağınıklık -sık sık konu dışı sapmalar gösterme- ya da enkoherans)
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,
5. Negatif belirtiler (örneğin; duygulanımda küntlük, aloji ya da avolüsyon gibi).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir bölümünde: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlasında, kişi bu bozukluğun başlangıcından önce eriştiği düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (Başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda erişilmesi beklenen düzeye ulaşamamıştır).

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık süre, en

az 1 ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsmalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri ön (prodromal) ya da artık (rezidüel) dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütlerinde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaftif bozukluk ve psikotik özellikli duygu durumu bozukluğunun dışlanma ölçütleri şunlardır;

1. Bozukluğun aktif evre belirtileriyle eş zamanlı olarak majör depresif, manik ya da karma epizotlar bulunmamalıdır.
2. Eğer aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizotları ortaya çıkmışsa bile, bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin toplam süresinin az bir bölümünde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (Örneğin, kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Otizm spektrumu kapsamında bir bozukluk ya da bir başka çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, ancak en az 1 ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha az süreyle) belirgin sanrı ya da varsanılar varsa şizofreni ek tanısı konulabilir.

2.1.1.2. Şizofreni Spektrum Bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü

Kriterleri

Aşağıdaki (a) dan (d) ye kadar olan belirtilerden çok açık olarak en az birinin, yeterince açık değilse genellikle iki ya da daha fazlasının; ya da (e) den (h) ye kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay ya da daha uzun bir süre ile bulunması gereklidir.

- a) Düşüncelerin yankılanması, sokulması, çekilmesi ve yayınlanması
- b) Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyguları etkileyen); sanrılı algılama.
- c) Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgelerinden gelen işitsel varsanılar
- d) Tümüyle olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren diğer sanrılar.

Örneğin; dinsel ya da siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (örneğin; hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme).

e) Herhangi bir türden inatçı varsanılar; bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte olmalı ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

f) Düşünce akımında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojiizm.

g) Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor.

h) Negatif belirtiler; örneğin, belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi. Bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açarlar; bu belirtilerin depresyona ya da antipsikotik ilaç tedavisine bağlı olmadığını bilmesi gerekir.

i) Kişiliğin bazı yönleri ile ilişkili belirgin ve sürekli nitelik değişiklikleri; bunlar ilgi yitimi, amaçsızlık, tembellik, kendi kendisiyle uğraşma ve sosyal çekilme biçiminde ortaya çıkabilir.

2.2. Bağlanma

Bağlanma, kişilerin kendileri açısından önem arz eden kişi veya nesnelere kurdukları ilişki ve yakınlık kurma ihtiyacı olarak tanımlanır (Bowlby, 1980). Bağlanma, bebeklik dönemi itibariyle başlayan, bebeğin ihtiyaçlarının bakımveren tarafından karşılanması durumunun söz konusu olması sebebiyle güvenlik duygusunun hissedilmesini sağlayan bir dürtü olarak düşünülmektedir. Bağlanma, erken dönemlerde başlayan ve kişilerin hayatlarını ilerleyen dönemlerdeki ilişkilerine, kendilerine ve diğer insanlara bakış açısına etki edebilecek düzeyde önemli bir süreçtir. Bebeklik döneminde yapılanmaya başlayan bağlanma stillerinin türü ve bağlanmanın kalitesinin psikososyal gelişim üzerinde önemli bir işlevi bulunmaktadır. Bebeğin bakımverenin ihtiyacı karşılayıp karşılamama durumuna yönelik hissedeceği güven veya güvensizlik duygusu ilerleyen dönemlerde kişilerarası ilişkilerine farklı temsillerini deneyimleyeceği bir ilişki boyutu sağlayacaktır (Bowlby, 1980).

2.2.1. Bağlanma Kuramları

Bağlanma stilleri üzerine yapılan pek çok araştırma, farklı bağlanma stillerinin kişilerde farklı nitelikleri ve ilişkisel tutumları beraberinde getirdiğini ne sürmektedir. İlk olarak ‘‘Bağlanma Kuramı’’ olarak araştırılan ve Bowlby tarafından ortaya çıkarılan bu kavram daha sonrasında farklı tanım ve kapsamlarla ele alınarak farklı çalışmalarla ele alınmıştır.

2.2.1.1. Bowlby’nin Bağlanma Kuramı

Bağlanma kavramı üzerinde yapmış olduğu çalışma ile ilk isim olarak literatürde yer alan John Bowlby, bağlanma kavramını kişilik gelişiminin önemli bir aşaması olarak incelemiştir. Kişilerin iyi olma halini ve kişilerarası ilişkilerinin kalitesini belirleyen unsurun bebeklik döneminde bakımverenle bağlanma stilinin etkili olduğunu öne sürmüştür. Bebeğin bakımveren ile kurduğu iletişim ve bu tekrarlayan iletişim sonucunda bağlanmanın gerçekleştiğini ne süren Bowlby (1980), ocukların bu ilişkinin kalitesine göre önce bakımverenle ilgili, sonrasında dış çevresiyle ilgili zihinsel temsillerinin oluştuğunu ne sürmektedir. Çocuğun bakımverenle ilişkisinde geliştirdiği tepkilerin ergenlik ve erişkinlik döneminde dış çevreye ilişkin bilişsel unsurların oluşmasına zemin hazırladığını ifade etmektedir.

Bowlby’nin ‘‘Bağlanma Kuramı’’na göre kişilerin bağlanma ihtiyaı içgüdüsel ve ihtiyaa yönelik şekillenen bir yapısı vardır. Bebeğin ilk andan itibaren bakımverenle kurduğu sosyal ilişki ve gelişim düzeyine göre vermiş olduğu tepkilerle ihtiyaçlarının karşılanması durumunun savunmasız olmasından ileri gelen ve ilişkilerin temelini oluşturan niteliktedir. Bu kuram doğrultusunda bağlanmanın başlangıci bebeklerde yedinci aydan itibaren başlamaktadır. Bağlanma ihtiyaının sonrasında bebeklerde daha sonraki dönemlerde yakınlık ihtiyaı gelişmeye başlamaktadır (Bowlby, 1980).

Bebeğin bağlanma figürünü zaman içerisinde yakınlık kurma ihtiyaı hissettiği halde görmesi, tehdit içeren bir durumda onu yanında istemesi ve güven hissetmesi ile bağlanma süreci devam etmektedir. Bebeklerin savunmasız ve ihtiyaçlarının bakımveren tarafından karşılanması onun güvenilir bir figür olarak görme algısının oluşmasını sağlamaktadır. Böylelikle, bebek bu konuda bakımverenden güven verici bir tepki aldığında güvenli bağlanma gerçekleşmektedir.

Bu doğrultuda, bebeğin bakımveren ile kurduğu duygusal bağ da bağlanmayı tanımlamaktadır. (Hazan & Shaver, 1994).

Bağlanma ve güven duygusu arasındaki ilişkide ilk olarak bebek, bağlanma figürüne ihtiyaç duyduğuna ilişkin bir tepki verir. Sonrasında ise söz konusu ihtiyacın karşılanması için karşılıklı bir denetim süreci ortaya çıkar. İlk olarak sembiyotik ilişki içerisinde olan bakımveren ve bebek sonrasında kazandığı denetim becerisiyle özdenetim becerisini geliştirmeye başlar. Bowlby'e göre bebeğin korku hissetmesi veya belirsizlik durumlarında ihtiyaç duyulan bir durumdur. Ayrıca, bağlanma, bireylerin gelişimsel düzeylerine göre farklı temsilleri olan bir süreçtir.

Bağlanmanın gerçekleşmesi için güven ve güvensizlik durumlarının oluşması ve kişinin yakınlık kurma ihtiyacının bu durumlarda gerçekleşmesi beklenmektedir. Bağlanmanın gelişimsel dönemlere göre aşamaları incelendiğinde,

Birinci aşama, doğum ile başlamaktadır. Bebeğin doğumu itibariyle ilk altı hafta bağlanma öncesi dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada, bebek ve bakımveren yakın temas yhalindedir. Bebeğin anne veya bakımveren ile ilişkisinde bebeğin ihtiyaçları karşılanır ve bebek aynı zamanda yanında yabancı biri varken rahatsız olmaz. Anne veya bakımverenin farklı olduğunun henüz farkında değildir. İkinci aşamada ise, çocuğun bağlanmaya başlaması ile seyreden ilk altı hafta sonrası ile sekiz ay arasındaki süreyi kapsamaktadır. Bu aşamada çocuk bakımverenden farklı olan kişileri fark eder ve onlara farklı davranmaya başlar. Bakımverenin yakınlığına ihtiyaç duymaya başlar. Üçüncü aşamada 8 ay ile 24 ay arasındaki dönem olarak nitelendirilir. Çocuk burada anne veya bağlanma figüründen ayrı kaldığı durumda endişelenmeye başlar. Hissedilen endişe ile davranışsal ve duygusal tepkilerin düzenlenmesi söz konusudur (Bowlby, 1980).

Bowlby'e göre çocuklar güvenli bir sığınak edinme ihtiyacı hissederler ve yakınlık kurma ihtiyacı güderler. Bakımveren kişi ise bebeğin bu anlamdaki ihtiyacını karşılar ve bakımveren güvenli sığınak haline gelir.

Bowlby'nin bağlanma stillerinden yola çıkarak daha sonra yapılan çalışmalarda farklı alt tipler olarak incelenmiştir. Ainsworth ve meslektaşlarının yapmış olduğu "Yabancı Ortam" Deneyi'nde elde edilen sonuçlara göre oluşan bağlanma stilleri aşağıdaki gibidir:

Güvenli Bağlanma: Bu bağlanma stilinde bebek yabancı ile aynı odada olduğu zaman bakımveren gelene kadar oyun oynamaz ve onu bekler. Bakımveren gelene kadar huzursuz davranır ve bakımveren geldiğinde oyun oynamaya ve çevreyi keşfetmeye devam eder.

Güvensiz/Kaçınan Bağlanma: Bu bağlanma stilinde çocuk bir yabancı ile aynı odadayken bakımverenden ayrı kaldığı için tepki gösterir. Ağlayabilir veya öfke tepkisi verir. Bakımveren geri döndüğünde tepkisine devam edebilir ve mesafeli olur. Bakımveren geri geldiğinde onu yok sayar ve daha sonrasında buna fazla tepki göstermez.

Güvensiz Kaygılı/Kararsız Bağlanma: Bu bağlanma stilinde bakımveren odadan ayrılmadığı halde çocuk huzursuz davranır. Bakımveren gittiğinde ise çok fazla tepki gösterir. Bakımveren geri döndüğünde ise tepkisini sürdürür ama arada kalmış tepkiler verir ve sakinleşemez (Ainswoth ve ark, 1987).

Bowlby'nin Bağlanma Kuramı kapsamında çocuğun bakımverenle kurduğu ilişki sonrasında oluşan bilişsel temsiller "İçsel Çalışan Model" olarak nitelendirilmektedir (Bowlby, 1973). Bu model bağlanma kuramının ilerleyen dönemlerdeki etkisini açıklayan önemli bir yere sahiptir. Çocuğun bakımverenle kurduğu ilişkinin kalitesi ve bu ilişki sürecinde göstermiş olduğu tepkiler neticesinde, farklı kişilerle ilerleyen dönemlerde kurduğu ilişkiler yapılandırılacaktır. Bakımverenle güvenli bir ilişkisi olan çocuğun diğer bireyleri de güvenilir hissetmesi ve o şekilde yaklaşması içsel çalışan modelin temelini oluşturmaktadır. Çocuk, bakımverenle kurduğu ilişkiyi genelleyerek bir dünya görüşü edinmektedir. Bu durum kişilerarası ilişkilerin yapıtaşı olarak görülmektedir.

İçsel Çalışan Model, çocuğun bağlanma deneyimini içselleştirmesi ve buna bağlı olarak bilişsel süreçleri oluşturması ile mümkün olmaktadır. Bu şekilde kişilerarası ilişkilere yön vermektedir. İçsel Çalışan Model, zaman içerisinde dünyayı, diğer insanları, hayattaki deneyimleri anlama ve bunlara yönelik çıkarsamalar yapma konusunda önemli bir işleve sahiptir (Bowlby, 1980).

2.2.2.1. Bartholomew'in Bağlanma Kuramı

Bowlby'nin Bağlanma Kuramı sonrasında yapılan çalışmalarda üç temel bileşende incelenen bağlanma stilleri daha sonra farklı tipler halinde ele alınmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar arasında Bartholomew (1993) bağlanma stillerini geliştirerek çalışmalarında kullanmıştır. Bartholomew (1993), bağlanmanın sadece bebeklik dönemi ile sınırlanabileceği bir kavram olmadığı ve erişkinlik döneminde de ele alınması gereken bir olgu olduğunu savunmaktadır. Ainsworth ve meslektaşları tarafından yapılan "Yabancı Ortam" deneyi ve Hazan ve Shaver (1994)'in anne-çocuk bağlanmasını işlediği çalışmasında elde edilen bulgular sonrasında Bartholomew (1993) bağlanmanın erişkinlik dönemindeki temsiline odaklanmıştır. "Dörtlü Bağlanma Modeli" olarak literatürde yer alan bağlanma modeli önceki dönemlerde yapılan çalışmaların bütünü oluşturmakla birlikte erişkinlik döneminin bağlanma stillerini açıklaması açısından geniş kapsamlı olarak değerlendirilmektedir.

Bartholomew (1993), bağlanma stillerini dört temel bileşen halinde ele aldığı yeni modelde güvenli bağlanmayı kişilerdeki olumlu benlik ve diğerleri algısı, saplantılı bağlanmayı olumsuz benlik ve olumlu başkaları, kayıtsız bağlanmayı olumlu benlik ve olumsuz başkaları ve korkulu bağlanmayı ise hem benlik hem de başkaları olumsuz olarak incelemiştir.

Bartholomew (1993)'in ele aldığı bağlanma modelleri aşağıdaki gibidir:

Güvenli Bağlanma: Kişilerin hem kendilerine hem de başkalarına dair olumlu bakış açısıyla yaklaştığı, benlik saygısının yüksek olduğu ve bağımsızlık hissinin söz konusu olduğu bu bağlanma türü ile ilişkilendirilmektedir. Güvenli bağlanan bireyler diğer bağlanma modellerindeki kişilere göre başkalarıyla daha kolay ilişki kurarlar. Güvenli bağlanan kişiler, kişiler arası ilişkiler konusunda daha az kaygı yaşarlar (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Saplantılı Bağlanma: Bu bağlanma stilinde kişiler kendilerine dair olumsuz algıya sahiptir. Başkalarını ise olduğundan çok daha fazla üst düzey ve olumlu görürler. Hissettikleri güvensizlik duygusu neticesinde karşısındaki kişiyi önemli ve olumlu algılayıp saplantı geliştirme eğilimi gösterirler. Saplantılı bağlanma stiline

sahip bireyler bağlanma figürü tarafından terk edilme korkusu yaşarlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Kayıtsız Bağlanma: Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireylerin kendilerine dair olumlu görüşleri vardır; fakat başkalarına karşı olumsuz zihinsel temsilleri vardır. Bu yüzden de yakın ilişki kurmaktan kaçınan bir tutum içerisindedirler. Kayıtsız bağlanma modeline sahip kişiler, kişilerarası ilişkiden dolayı oluşabilecek kırgınlıklara ve hayal kırıklıklarına karşı kendilerini koruma eğilimi içerisinde olurlar. Bireyselliğe ve benlik saygılarına verdikleri önemden dolayı kişilerarası ilişkilerdeki yakınlık kurmak istemezler. İnsanlara güvenmekte zorlandıkları için kendi iç dünyalarını paylaşmaktan kaçınırlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Korkulu Bağlanma: Güvenli bağlanma stiline zıttı olan bağlanma modelidir. Korkulu bağlanmada kişi hem kendisi hem de başkaları ile ilgili olumsuz algıya sahiptir. Başkaları ile yakınlık kurmak isteseler de sahip oldukları olumsuz görüşleri sebebiyle kaçınma eğilimi gösterirler. Hem kendilerini hem de başkalarını engelleyici ve güvenilmez buldukları için insanlardan uzak durmayı tercih eder ve bu şekilde kendilerini korurlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Bartholomew'in bağlanma stillerinin şeması aşağıdaki figürde gösterilmektedir

		Kendilik Modeli	
		Olumlu	Olumsuz
Başkaları Modeli	Olumlu	GÜVENLİ (Yakınlığa karşı rahatlık ve otonomi)	SAPLANTILI (İlişkilerde saplantılı olma)
	Olumsuz	KAYITSIZ (Yakınlığa karşı kayıtsızlık ve karşıt bağımlılık)	KORKULU (Yakınlığa karşı korku ve sosyal olarak içe çekilme)

Şekil 1. Bartholomew' in bağlanma modeli (Bartholomew & Horowitz, 1991).

2.2.4. Şizofreni ve Bağlanma Stilleri

Şizofreni ve bağlanma stillerini konu alan çalışmalar incelendiğinde, özellikle kişilerde erken dönemdeki bağlanma stillerinin şizofreninin ciddiyeti üzerinde etkisi olduğu savunulmaktadır (Bo ve ark, 2013; Harder, 2014). Bununla birlikte, şizofreni ve bağlanma stillerini ele alan çalışmaların ağırlıklı olarak yurtdışında yapıldığı görülmektedir. Bu bağlamda, araştırmada bağlanma stillerinin şizofreni tanısı alan hastalarda incelenmesinin yurtiçi çalışmalara katkısı bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bo ve arkadaşları (2013), son on yılda yapılan çalışmalarda özellikle şizofreni ve agresyon arasındaki ilişkinin incelendiği ve bu çalışmalarda da özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları, Eksen I bozukluklar ve diğer klinik değişkenlere odaklanıldığını belirtmişlerdir. Tüm bu değişkenlerin dışında kişilerin akıl yürütme kabiliyeti, akli durumunu anlama kapasitesi, kişilik patolojisinin ciddiyeti ve bağlanma stilleri gibi değişkenlerin çok az incelendiği ifade edilmiştir. Bu doğrultuda yapmış oldukları çalışmada, kesitsel olarak araştırmaya dahil ettikleri 108 şizofreni hastasının akıl yürütme kabiliyetleri, bağlanma stilleri ve kişilik psikopatolojilerinin saldırganlık ile ilişkisini incelemişlerdir. Diğer klinik ve sosyodemografik değişkenlerin kontrol edildiği çalışmada, bağlanma stillerine yönelik kişilerin kendilerine yönelik tutumlarının olumlu ve başkalarına yönelik tutumlarının olumsuz olmasının saldırganlık ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Güvensiz bağlanma stilinin şizofreni hastalarında kişilik psikopatolojisi ve saldırganlıkla ilişkisi olduğu çalışmada aynı zamanda kişilerin akıl yürütme kapasitesinin söz konusu değişkenlerce etkilendiği belirtilmiştir.

Martin ve arkadaşları (2016), psikoz bozukluklarında bağlanma, nörobiyoloji ve akıl yürütme süreçlerini inceledikleri çalışmasında, bağlanmanın güvensiz oluşu ile nörobiyolojik süreçlerin etkilendiğini ve bu durumun psikozu tetikleyebileceğini öne sürmüşlerdir. Güvensiz bağlanmada özellikle beyindeki beş nörobiyolojik yolun psikoz oluşumu için risk faktörü oluşturduğu ifade edilmektedir. Özellikle dopaminerjik ve oksitonerjik sistemin bu durumda olumsuz etkilendiği ve stres tepkisinin buna bağlı olarak disfonksiyonel olduğu saptanmıştır. Ayrıca, kişilerin akıl yürütme kabiliyetlerinin psikotik bozukluklar için önleyici olabileceği ve kişilerin metakognitif ve telafi edici davranışsal ve düşünsel tutumlarının dayanıklılık

sağladığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, güvensiz bağlanmanın akıl yürütme kabiliyeti ile negatif yönlü ilişkisi olduğu öne sürülmektedir.

Rajkumar (2014), çocukluk döneminde bağlanma ve şizofreniyi incelediği çalışmasında bağlanmanın kognitif süreçler üzerinde etkili olduğu hipotezini öne sürmüştür. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün büyük ölçekli çalışmalarından yola çıkarak, şizofreni hastalarında çocukluk dönemi ihmal ve istismar durumlarının olup olmaması durumuna ve şizofreni hastalarında bu durumun yaygınlığına bakmıştır. Bu hipotez özellikle şizofreniye ilişkin daha önce öne sürülen modelleri, bağlanmanın nörobiyolojik süreçleri ve kognitif gelişimi etkileme durumunu ve hastalığın gidişatına ilişkin bilgileri kapsamaktadır. Bu çalışma, özellikle çocukluk döneminin dezavantajlı oluşu ve buna bağlı olarak güvensiz bağlanmanın söz konusu olması ile travmatik deneyimlerin söz konusu olabileceğini ve şizofreni için risk faktörü oluşturabilecek bir değişken olduğu ifade edilmiştir.

Rieben ve arkadaşları (2014), şizofreni vakalarında bağlanma stili ve ruhsal başa çıkma becerilerini inceledikleri çalışmasında özellikle psikoz vakalarında spiritüellik durumunun yaygın olarak incelendiği ifade edilmiştir. Yapılan çalışmada 28 şizofreni hastası ve 18 kişilik kontrol grubu incelenmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre hastalarda güvensiz bağlanma stiline anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, dini başa çıkma becerilerinin bağlanma stilleri ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte kontrol grubunda dini başa çıkma becerileri deney grubuna göre daha fazla bulunmuştur.

Ringer ve arkadaşları (2014), kaygılı ve kaçınan bağlanma ile şizofreni iyileşmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada kişilerin umut ve benlik saygısı düzeylerinin rolünü ele almışlardır. Çalışma için 52 şizofreni tanısı almış ve 26 HIV pozitif hastası incelenmiştir. Çalışmada hastaların içinde buldukları durum neticesinde umutsuzluk, bağlanma stilleri ve benlik saygısı incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre şizofreni tanısı alan kişilerde kaçınan bağlanmanın yüksek düzeyde umutsuzlukla ilişkilendirildiği tespit edilmiştir. Ayrıca, kaygılı bağlanma ise şizofreni hastalarında düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir. HIV/AIDS grubu ile kıyaslandığında ise şizofreni hastalarının anlamlı ve yüksek düzeyde kaygılı ve kaçınan bağlanma stiline sahip olduğu görülmüştür.

Sheinbaum ve arkadaşları (2015), çocukluk döneminde sağlıklı ilgi ve bakımın sağlanması ve şizofreni açılımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada özellikle güvensiz bağlanma stillerinin çocukluk döneminin olumsuz etkileri neticesinde şekillendiğini ve bu durumun psikotik durumlara zemin hazırlayabileceği öne sürülmüştür. Klinik düzeyde olmayan 214 kişinin araştırmaya dahil edilmesiyle çocukluk döneminde bakım, subklinik belirtiler, bağlanma stilleri ve depresyon düzeylerine ilişkin ölçümler yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk döneminde sağlıklı ebeveyn tutumlarının ve rol karmaşasının subklinik belirtiler ile ilişkisi olduğu ve özellikle öfkeli-kayıtsız bağlanmanın aracı değişken olduğu saptanmıştır.

2.4. Tedavi Uyumu

Tedavi uyumu kişilerin tıbbi veya sağlıkla ilgili olan bir öneriye davranışsal ve duygusal olarak uygun ve uyumlu olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Haynes, 1979). Ayrıca, hastaların tedavi davranışları ve tedavi standartlarına ilişkin tutarlılık derecesi olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye uyumun olmaması ilaca, hizmete veya terapiye uyumluluğun olmaması olarak nitelendirilmektedir (Kuipers, 1996). İlaçlar açısından bakıldığında, tedaviye uyum sağlayamama durumu kişilerin kullandıkları ilaçlar ve ilacı ne için kullandıklarına ilişkin farklılık göstermektedir. Bazı hastalar diğerlerine göre daha az dozlarda ilaç alırken, bazıları fazla doz ilaç alması gerektiği için uyum sağlamakta zorlanabilmektedirler.

Tedaviye uyum sağlayamama durumu aşağıdaki durumlarla ilişkilendirilmektedir:

1. İlaç tedavisini sürdürmede başarısızlık
2. İlaç reçetesini almak fakat ilaçları tedarik etmeme
3. İlaçları kısmı olarak almak
4. Reçetelerin yenilenmesi veya ilaç dozlarının yeniden ayarlanmasını takip etmemek (Buckalew and Sallis 1986).

Şizofreni hastalarına ilişkin ilaç tedavisine uyum konusu çok fazla odaklanılmayan bir konu olmakla birlikte özellikle bu hususta hastaların algısının ne olabileceği gizemini korumaktadır. Şizofreni hastalarında ilaç tedavisi algısının ne anlama gelebileceği konusunda Kuipers (1996), hastaların bazıları erişilebilir veya uygun olmadığını düşündüğü için ilaç tedavisine devam etmek istemeyebilir. Algısı

neticesinde böyle düşünen hasta için izlenebilecek yol ise ona bu süreçle ilgili gerekli bilgileri sağlamaktır. Eğer ciddi düzeyde düşünsel ve bilişsel bozukluğun söz konusu olduğu akut durumlarda olan hastalar ise gerekli eğitimin hasta yakınlarına verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Özellikle bu konudaki görüşler hastaların ilaçlar hakkında ne hissettikleri, ilaç tedavisinden ne anladıkları ve tedaviye bağlılığın onlar için ne anlama geldiği üzerine yoğunlaşmıştır. Bu durum şizofreni hastaları için ayrıca önemlidir; çünkü şizofreninin kronik bir rahatsızlık olması ve ilaç kullanımının sürekli olması gerektiğinden tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır. Uzun vadeli tedavinin gerektiği şizofreni vakalarında semptomların azaltılması anlamında tedavi uyumunun önemli olduğuna vurgu yapılmıştır (Fleischhacker 2002).

Weiden (2007), tedaviye uyuma ilişkin modelinde özellikle klinik pratikte uygulanabilir ve esnek nitelikler öne sürmüştür. Bu sürece ilişkin beş farklı kuramı olduğunu ve özellikle şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumunu açıklayabileceğini öne sürmüştür:

1. Tedaviye uyum klinik bir sonuç değil fakat sonucu etkileyebilecek bir durumdur.
2. Tedavi uyumuna ilişkin problemler antipsikotik tedavisinin etkililiğini kısıtlamada etkilidir
3. Tedaviye uyum özellikle ilacı alma veya almama gibi davranışsal veya ilacı almayı veya bırakmayı tercih etme gibi tutumları beraberinde getirmektedir.
4. Tedaviye uyum tutumları düşünüldüğünde, hastanın düşünceleri esastır.
5. Tedaviye uyum davranışları zaman içerisinde değişebilir ve dalgalanabilir. Bu durumu hastalıkla ilişkilendirmek yerindedir.

Tedaviye uyum kavramına ilişkin belirsizliklerin olması, tedavi uyumunun davranış veya tutum olarak görülmesi zaman içerisinde uzmanlar açısından zorlayıcı olabilmektedir. Bu durumda, tedavi uyumunu geliştirmek adına özellikle destekleyici ve kaynakların erişilebilir olması büyük önem taşımaktadır. Uzmanların sağlayacağı eğitim desteğinin hem hastaya hem de hasta yakınlarına verilmesi özellikle bu tutumun istenilen düzeyde gelişmesine olanak tanıyacaktır (Weiden, 2007).

2.4.2. Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumu

Tedaviye uyumsuzluk özellikle kronik rahatsızlıklarda kendisini gösteren bir durumdur. Şizofreni de kronik rahatsızlıklar arasında özellikle belirtileri neticesinde ve kronik olması sebebiyle hastaların tedaviye uyumsuzluk gösterdiği bir ruh sağlığı bozukluğudur. Tedavi uyumsuzluğu konusunda yapılan çalışmalarda yer alan karşılaştırmalarda Cramer ve Rosenheck (1988), 24 araştırma üzerine yapmış olduğu incelemelerde hastalarla yapılan görüşmeler, klinik ölçümler, kan ve idrar tahlilleri, ilaçların sayılması gibi yöntemlerin uygulandığını; fakat tedaviye uyumsuzluk oranının %10 ile %76 arasında değiştiğini tespit etmişlerdir. Bu çalışmada ortalama uyumsuzluk yüzdesi ise %42 olarak bulunmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalar arasında Fenton ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmada, 15 araştırmanın karşılaştırılması neticesinde tedaviye uyumsuzluk oranı %24 ile %88 arasında değiştiği ve ortalamanın %55 olduğu tespit edilmiştir.

Lacro (2002) tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise şizofreni tedavisinde uyumsuzluk oranının %4 ile %72 arasında değiştiği ve ortalamanın %41 olduğu bulunmuştur.

Tedaviye uyumu sağlamak amacıyla yapılan fakat çözüm olarak görülmeyen bir yöntem de antipsikotik ilaçların enjeksiyon ile hastaya uygulanmasıdır. Kane (1996) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların beşte birinde enjeksiyonla tedavi görme sonucunda belirtilerinin nüksetme durumunun söz konusu olduğu bulunmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada ise enjeksiyon yoluyla alınan veya oral yolla alınan antipsikotik ilaçların yan etki veya depresme gibi değişkenler bakımından farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Fenton ve ark, 2001). Bu durumun hastaların yalnızca oral yolla alınan antipsikotik ilaçlara direnç göstermesinden kaynaklı olabileceği ve bulguların yanlış olabileceği düşünülmektedir.

Diğer kronik rahatsızlıklar ve şizofrenide tedavide uyumsuzluğun incelendiği çalışmalar da literatürde yer almaktadır. Özellikle 90'lı yılların ortalarında hipertansiyon hastalarında, hastaların %55 oranında ilaç tedavisini bıraktığı saptanmıştır (Gorkin ve ark, 1995). Ayrıca, romatizma hastalarının tedavi uyumunu inceleyen bir diğer çalışmada ise bu oranın %24 ile %64 aralığında değiştiği görülmüştür (Gullemin ve ark, 1999).

Briesacher ve meslektaşları (2008) Amerikan Sağlık Hizmetleri bünyesinde yedi kıtadaki tedavi uyum oranlarını karşılaştırdıkları çalışmada, hastaların aldıkları ilaç miktarlarına göre %20'sinin ilaçlarını almayı unuttuğunu, bu oranın ise %30'unun hipertansiyon hastası olduğu %50'sinin osteoporoz hastası olduğu ve %40'ının ise tip 2 diyabeti olduğunu ve düzenli ilaç kullandıklarını tespit etmişlerdir. Tedaviye uyumsuzluk oranları incelendiğinde ise, romatizma hastalarının %0-60 aralığında uyum göstermeme aralığında olduğu görülmüştür (Harrold & Andrade, 2008). Antibiyotik alan hastalarda ise ilaç tedavisini sürdürmeme durumunun %50 civarında olduğu tespit edilmiştir (Ley & Llewellyn, 1994).

Tedaviye uyumsuzluk oranlarının depresyon vakalarında farklılık gösterdiği ve bu durumun depresyonun kısa ve uzun vadede görülebilmemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. SSRI alan hastaların tedavide uyumsuzluk gösterme oranının %40 ile %60 arasında değiştiği bulunmuştur (Eaddy ve ark, 2005).

Şizofreni hastalarında tedavi uyumsuzluğunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Buna ilişkin, hastaların almaları gereken ilaçların olası yan etkilerinin bu hususta etkili olduğu düşünülmektedir. Eski nesil antipsikotik ilaçlar bir diğer deyişle “tipik” ilaçlar kişilerde Parkinson benzeri titremeler, hipersalvasyon, akinezi, akut distonik tepkiler, huzursuzluk, kilo alma ve cinsel işlev bozuklukları gibi yan etkilere yol açmaktadırlar (Day ve ark, 1996). Daha yeni nesil olan antipsikotik ilaçlar tipik antipsikotik ilaçlarda ortaya çıkabilecek nörobiyolojik etkileri bertaraf etme işlevine sahiptir; fakat tipik antipsikotiklerde olduğu gibi uyuşturma ve kilo alma gibi yan etkilere yol açabilmektedir (Fleischhacker 2002).

Fenton ve arkadaşları (1997) şizofreni hastalarında tedavi uyumunu hasta kaynaklı, ilaç kaynaklı, çevresel etmenlerden kaynaklı ve psikodinamik faktörler olmak üzere farklı boyutlarda incelemiştir. Hastadan kaynaklı faktörler arasında hastanın demografik özellikleri, cinsiyet veya etnik köken, hastalığın özellikleri (başlangıç yaşı, süresi, ciddiyeti ve alttipi gibi örn. Katatonik) gösterilmiştir. İlaçtan kaynaklı faktörler arasında, yan etkiler, dozu, psikotropik ajan, rotası, kompleksitesi gibi unsurlar önem arz etmektedir. Çevresel faktörler arasında, aile ve sosyal destek, ekonomik güçlükler (ilacı tedarik etmede güçlük gibi), uzman-hasta arasındaki ilişki, sağlık çalışanlarının tutumu, müdahale türü, pekiştiriciler, eğitim ve hafıza geliştirme gibi unsurlar yer almaktadır. Psikodinamik faktörler olarak psikolojik anlam (otorite

hakkındaki düşünceler, ilacın yazılmasında kontrol gibi), psikolojik denge (benlik imajı ve sanrılar arasında kişinin dengeyi kurup kuramaması durumu) ve aktarım/karşıaktarım (ilacı yazan kişiye bakış veya onu otorite olarak görüp görmeme durumu).

Şizofreni hastalarına ilişkin tedaviye uyum süreci incelenirken özellikle bilişsel bozuklukların belirsizlik ve uyumsuzluğa yol açtığı düşünülmektedir (Buchanan, 1996). Pinikahana (2005), bu konuya ilişkin, şizofreni hastalarının bilişsel bozukluğu olmayan diğer kronik rahatsızlıkları olan (diyabet veya romatizma gibi) kişilerle yakın oranlarda uyumsuzluk gösterdiğini öne sürmüştür. Çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar bu konuya ilişkin belirsizliğin söz konusu olduğunu ve bireysel değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir.

2.5. Terapötik İttifak

Terapötik işbirliği ve terapötik ilişki kavramları, birbirleriyle yer değiştirilebilir bir biçimde kullanılan, fakat tam manasıyla aynı anlamı içermeyen ifadeler olarak görülmektedir (Howvath, 2001). Terapötik ittifak, terapötik ilişki içerisindeki pek çok etkin faktörü içerisinde barındıran bir kavram olarak nitelendirilmektedir. Bu yüzden, terapötik ilişki işbirliğinin içerisinde olduğu daha genel bir tanım olarak düşünülmektedir (Castonguay ve ark, 2006).

Terapötik ittifak kavramı, evrensel bir tanım barındırmamakla birlikte ilk olarak Freud'un (1912) terapist ve danışan arasındaki pozitif aktarımı üzerinden yapılandırılmıştır. Söz konusu psikanalitik tanımdan yola çıkarak Greenson 1967 yılında terapötik ittifak kavramını "çalışma ittifakı" (working alliance) olarak yeniden tanımlamıştır. Bu tanım içerisinde, nevrotik boyutta olmayacak şekilde terapist ve danışanın süreç içerisinde kurduğu ilişki sonucunda meydana gelen ve içerisinde hem aktarımın hem de karşıaktarımının bulunduğu birlikte çalışma biçimi olarak özetlemiştir. Bu tanım içerisinde hem terapistin hem de danışanın bilinçdışı süreçlerinin etkili olabileceği savunulurken, genel anlamda partner durumunda olmayı ifade etmektedir (Horvath, 2001).

1979 yılında ise Bordin'in bu kavramı daha geniş olarak ele almasıyla tüm terapi süreçlerini kapsayan ve yalnızca psikodinamik perspektifte değerlendirilmemesi gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bu tanım içerisinde amaca yönelik ve işbirlikçi tutum içerisinde olmak esastır. Terapist ve danışanın terapisinin hedefleri, görevler konusunda uzlaşmayı sağlaması, terapist ve danışan arasında afektif gelişimin sağlanması gibi süreçler söz konusu olmaktadır. Bu süreçlerin aynı zamanda birbirlerini etkilediğini öne süren Bordin (1979), terapi sürecine ve odağına ilişkin genel bir anlayış sağlamayı hedeflemiştir. Terapist ve danışan arasındaki afektif bağ ise birbirleri ile güven, ilgi ve bağlanma konusunda hemfikir olmayı kapsamaktadır. Bu özelliklerin eşleşmesi ile terapistteki görevlerin yerine getirilmesi ve gelişimin sağlanmasının mümkün olduğu savunulmaktadır. Ayrıca, terapötik ittifakın gücü terapisinin etkili olmasının en önemli faktörü olarak görülmektedir. İlk olarak ittifak, terapist tarafından danışan ile terapi sürecinin başlangıcında görülebilen ve seanslar ilerledikçe de görüşülmeye ve uzlaşmaya devam edilen bir süreçtir. Bununla birlikte, farklı terapi yaklaşımlarının bu anlamda farklı uzlaşma yollarının ve hedeflerinin olabileceği ifade edilmektedir; fakat tüm terapi yöntemlerindeki ortak yönü ise terapistte başarıyı sağlamaktır (Bordin, 1979).

Daha sonra Bordin'in çalışmasını yeniden ele alan ve genişleten Horvath ve Bedi (2002) terapötik ittifak kavramını, terapist ve danışan arasındaki işbirlikçi ilişkinin gücü olarak tanımlamışlardır. Bu tanım içerisinde terapist ve danışan arasındaki duygusal bağlılık, düşünce birliğinin oluşu ve terapi sürecine bağlılık unsurları yer almaktadır. Ayrıca, tanım içerisinde terapist ve danışanın bilinçli ve amaca yönelik bir biçimde bu ittifakın kalitesini belirlediğini öne sürmüşlerdir. Bilinçli olan sürecin ittifakı oluşturduğunu; fakat terapötik ilişki içerisinde bilinçdışı süreçlerin dahil olabileceğini öne süren bu yeni tanım içerisinde bilinçdışı süreçler üzerinde etkili olabilecek unsurların özellikle danışanın farkındalık düzeyi ve kişilik özellikleri olabileceği ifade edilmiştir.

Terapötik ittifak kavramına ilişkin bir diğer tanım ise Safran ve Muran (2003) tarafından yapılmıştır. Bu tanım önceki tanımlara göre daha genişletilmiş; fakat terapötik ittifakın kişilerarası ve göreceli boyutuna vurgu yapılmıştır. Bu tanım Bordin'in tanımına benzerlik göstermekle birlikte, hedefler konusunda görüş birliğinin sağlanması, afektif bağların kalitesi ve görevlerin birlikte

kararlaştırılabilmesi gibi adımları içermektedir. Ayrıca, terapötik değişimin danışanın terapist ile kurduğu yapılandırıcı ve göreceli olan ilişkisel deneyimi ile mümkün olduğu savunulmaktadır. Söz konusu algılanan ilişkinin doğrultusunda değişim sağlanabileceği ve öncesinde danışanın bunun için amaca yönelik olacak şekilde afektif deneyimi olması gerektiği ifade edilmektedir. Ayrıca, terapötik işbirliği bilinçli, akılcı ve kasti süreçlerle birlikte duygulanıma bağlı ve bilinçdışı süreçleri beraberinde getirebilecek karmaşık bir yapıda olabilmektedir. Bu doğrultuda, Safran ve Muran (2003), terapi amaçları ve görevlerine ilişkin fikir birliğinin sağlanması hem bilinç hem de bilinçdışı süreçlerinin devreye girmesi ile mümkün olmaktadır. Bu kapsamda hem Bordin (1979) hem de Horvath ve Bedi (2002)'nin bilinç düzeyinde olduğunu öne sürdükleri terapötik ittifak kavramından ayrılmaktadır.

2.5.1. Terapötik İttifak ve Bağlanma

Terapötik ittifak ve bağlanma stilleri hem terapistin hem de danışanın özellikleri göz önünde bulundurularak incelenmiştir. Terapötik ittifak ve bağlanma stillerinin terapi sonucuna etkisini inceleyen çalışmalarda, özellikle terapistin bağlanma stiline danışanlarla işbirliğini etkilediği vurgulanmıştır. Erişkin bağlanma stillerini baz alarak hem terapistin hem de danışanın bağlanma stillerinin etkileşim içerisinde olduğu ifade edilmiştir (Degnan ve ark, 2016). Bu alanda yapılan bir diğer çalışmada ise, Navia ve Arias (2012), seans sürecinde birinci, üçüncü ve onuncu seanslarda ölçümler yaparak hem terapistin hem de danışanların erişkin bağlanma stillerinin psikoterapi süreci ve terapötik ittifak ile ilişkisini incelemiştir. 19 psikoloji bölümü öğrencisi ve 6 profesyonel psikolog ile yapılan çalışmada 50 danışanın erişkin bağlanma stilleri incelenmiştir. Yapılan incelemelerde terapistin güvenli bağlanma stiline daha iyi bir terapötik bağlanmayı sağladığı saptanmıştır. Ayrıca, danışanın yakınlığı ve güven duygusunun söz konusu olduğu bağlanma stiline ise terapötik ittifaki geliştirici işlevi olduğu bildirilmiştir.

Terapötik ittifakın bağlanma stilleri ve terapi sonucuyla ilişkilendirildiği çalışmada (Bucci ve arkadaşları 2016), hem danışan hem de terapistin bağlanma stilleri incelenmiştir. 30 danışan 42 terapistin dâhil edildiği çalışmada 32 çift oluşturulmuş ve ölçümler yapılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda, terapistin güvensiz bağlanma stiline sahip oluşunun daha fazla psikiyatrik belirtisi olan hastalarla ittifak sağladığı görülmüştür. Ayrıca, terapist ve danışanın zıt bağlanma

stillerine sahip oluşunun daha iyi terapötik ittifak sağladığı sonucu elde edilmiştir. Güvenli bağlanma terapötik ittifakla ilişkilendirilen tekil ve bağımsız bağlanma stili olarak bulunmamıştır.

Soygüt (2004), bağlanma ve terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi incelediği gözden geçirme çalışmasında, güvenli bağlanmanın terapötik ittifak ile olumlu ilişkisi olduğunu; fakat danışan ve terapistin farklı bağlanma stillerine sahip oluşunun da olumlu anlamda terapötik sonuç ve işbirliği ile ilişkilendirilebileceğini öne sürmektedir.

Tedavinin ilk evrelerinde danışanın bağlanma durumu ve terapötik ittifakta değişimlerin incelendiği bir diğer çalışmada, 46 danışanın erişkin bağlanma stillerine bakılmış ve terapötik ittifaki puanlamaları istenmiştir. Terapötik ittifakın puanlandırılması seans sonundaki geri bildirimler aracılığı ile sağlanmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda korkulu bağlanma stiline sahip danışanların terapötik ittifakının süreç içerisinde azalma gösterdiği bulunmuştur. Danışanın güvenli bağlanması ise terapist ile bağlanma arasında anlamlı ve pozitif ilişkili bulunmuştur (Siefert ve Hilsenroth, 2015).

2.5.2. Şizofreni Hastalarında Terapötik İttifak

Şizofreni hastalarına sağlanan psikoterapi desteğinde terapötik işbirliği daha önceki çalışmalarda incelenmiş olup, bağlanma stillerinin terapötik ittifak ile ilişkisinin ele alındığı çalışmalara da yer verilmiştir. Owens, Haddock ve Berry (2012) şizofreni tanısı almış hastalarla yapmış olduğu çalışmada, bağlanma stilleri ve duygu durum düzenleme becerileri arasındaki ilişkide terapötik işbirliğinin rolünü ele almışlardır. 49 hasta ile eşleştirilen rehabilitasyon ekibi üyelerinin vermiş olduğu bilgiler doğrultusunda araştırma değişkenleri ele alınmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda, güvensiz bağlanma stiline sahip hastaların duygu durum düzenleme güçlüğü anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, terapötik ittifak ise daha az duygu durum düzenleme güçlüğü yaşayanlarda anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Kvrgic ve arkadaşları (2012), şizofrenide terapötik ittifakı inceledikleri çalışmasında iyileşme oryantasyonu kendini etiketleme ve içgörünün süreçteki rollerini ele almışlardır. DSM IV kriterlerine göre şizofreni tanısı almış 156 hastanın

dahil edildiği araştırmada, yüksek düzeyde iyileşme odaklı olmak ve kişilerin kendilerini daha az etiketlediği ve daha fazla içgörü sahibi olduğu durumlarda terapötik ittifakın anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında kendilerini daha fazla damgalayan, daha az içgörü sahibi ve düşük düzeyde iyileşme odaklı olmanın sağlıksız düzeyde işbirliği ile ilişkilendirildiği bulunmuştur.

Jung ve arkadaşları (2015), algılanan terapist içtenliğinin psikozda bilişsel davranışçı terapi sürecindeki işbirliğini açıkladığı çalışmasında 48 psikotik bozukluk tanısı almış hastanın terapistten algıladığı empati, yetkinlik, olumlu tutumun ve ikna edicilik özelliklerinin terapötik işbirliği ile ilişkisi incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, hastaların terapistten algıladığı tüm olumlu niteliklerin terapötik işbirliği ile anlamlı ve olumlu ilişkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yapılan regresyon analizine göre terapistin içtenliği ve olumlu tutumu, psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda bilişsel davranışçı terapi sürecinde terapötik işbirliğini açıkladığı saptanmıştır.

Cavelti, Homan ve Vauth (2016), şizofreni hastalarında bireysel toparlanma ve terapötik işbirliği arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında özellikle şizofreninin sözel iletişimi etkilemesi durumu ve düşünüş bozukluğu olması üzerinden ölçümler yapmıştır. 133 ayakta tedavi gören şizofreni hastası ile yapılan incelemeler sonucunda yüksek düzeyde düşünce bozukluğu olan hastalarda terapistin sürece ilişkin daha düşük puanlaması ile ilişkisi olduğu; fakat düşünce bozukluğunun hastaların puanları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, terapötik işbirliğinin düşük puanlı oluşunun daha az iyileşme ve terapiye bağlanma ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Davis, Eicher ve Lysaker (2011), şizofreni hastaları ile yapmış oldukları çalışmada, metakognisyonun terapötik işbirliğini açıklayıp açıklamadığını 26 haftalık bir seans süreci üzerinden incelemişlerdir. 63 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastası ile yapılan çalışmada, kişilerin akli durumuna ilişkin içgörüsü ve yetkinliğinin psikolojik zorluklara ve terapötik ittifaka etkisi incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, yetkinlik skorları daha yüksek olanların düşük olanlara göre terapötik ittifak düzeyleri anlamlı ölçüde daha iyi bulunmuştur.

Mulligan ve arkadaşları (2014), teleterapi olarak yürütülen ve psikotik deneyimleri olan hastalara verilen bilişsel davranışçı psikoterapide terapötik işbirliğini incelemiştir. Çalışma için 21 terapist-danışan çifti oluşturulmuş ve danışanlara depresyon, sosyal işlevsellik, belirtilerin ciddiyeti ve tedavide güçlü yönlerle ilgili ölçümler uygulanmıştır. Terapistler ise paylaşılan bilgiler, terapistin güvenilirliği ve terapi sürecindeki değişimler ile ilgili sorulara yanıt vermişlerdir. Yapılan incelemeler sonucunda, danışanların terapistlere göre terapötik ittifak skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyon skorları ile terapötik ittifak anlamlı ilişkili bulunurken, seanslara devamlılığın da terapötik ittifakı etkileyen değişken olduğu saptanmıştır. Bu çalışma telefonla yürütülen terapinin yüz yüze terapi süreci kadar etkili olabilecek ve terapötik ittifakın sağlanabileceği bir hizmet olduğunu savunmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

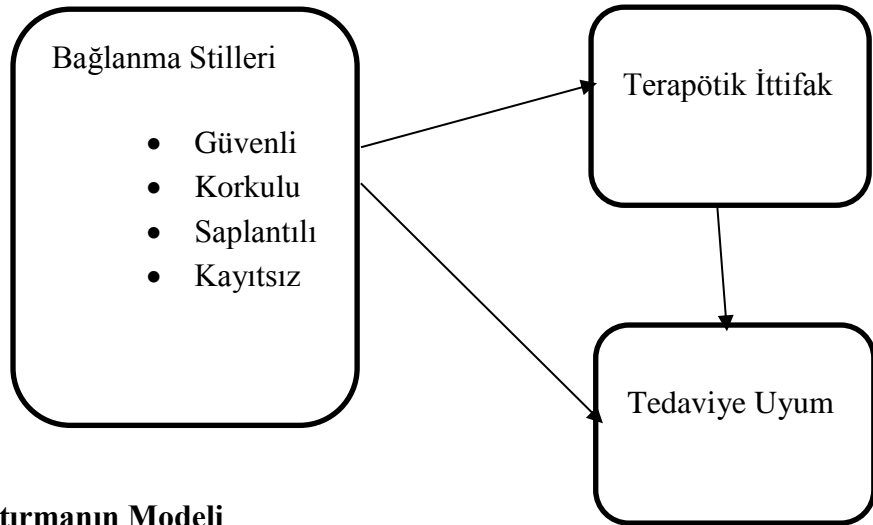
YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, araştırmada kullanılan değerlendirme formları ve ölçekler, örneklem ve araştırmada izlenen adımlara ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.1.Araştırmanın Modeli

Veriler, SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin katılımcılar bazında normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek için normallik testi uygulanmış, elde edilen sonuçlar doğrultusunda parametrik ve parametrik olmayan ölçümler yapılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerden ikili bağımsız gruplarla “Bağımsız örneklem t testi”, çoklu bağımsız gruplar için “Tek yönlü varyans analizi” uygulanmıştır. Parametrik olmayan değişkenler için ikili bağımsız gruplar için “Mann Whitney U testi”, çoklu bağımsız grupların karşılaştırılması için “Kruskal Wallis Homojenlik Testi” uygulanmıştır. Ayrıca, demografik ve tanıya ilişkin değişkenler için betimleyici istatistik ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişki ve açıklayıcılığı ölçmek için ise korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan istatistiksel çalışmalarda, elde edilen bulgular, %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir

Araştırmanın modeli aşağıdaki gibidir:



Şekil 2. Araştırmanın Modeli

1.2.Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı Esenler, Güngören ve Bakırköy Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezleri'nde tedavi gören şizofreni tanısı almış hastalar olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, ölçüm uygulanabilecek düzeyde olan şizofreni hastalarının araştırmaya dâhil edilmesi ile örneklem, araştırmaya katılanlara erişilebilirlik ve bilgilendirilmiş onam alınması durumu sebebiyle 60 kişiden oluşmaktadır.

1.3.Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılacak şizofreni tanısı almış hastalar için, demografik bilgi formu, “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği”, “İlişki Ölçekleri Anketi” ve Terapötik İttifak için öz bildirim formu olarak seans sürecinde kullanılan “Görüşme Değerlendirme Ölçeği-Danışan Formu” kullanılmıştır..

1.3.1. Kişisel ve Demografik Bilgi Formu

Katılımcının yaş, eğitim düzeyi, meslek bilgileri, medeni durumu, aile yapısı gibi sosyodemografik verilerine ek olarak şizofreni tanısına ilişkin değişkenlere dair soruların yer aldığı kişisel bilgi formudur.

1.3.2. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

İlişki Ölçekleri Anketi Griffin ve Bartholomew (1994; 1996) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek 30 maddeden oluşmaktadır ve farklı maddeler toplanarak dört bağlanma modelini ölçmek amaçlanmaktadır. İÖA, Hazan ve Shaver'ın (1994) bağlanma ölçümündeki paragraflarından, Bartholomew ve Horowitz'in (1991) “İlişki Anketi” ve Collins ve Read'in (1990) “Yetişkin Bağlanma Ölçeği'nde” kullanılan maddelerden oluşturulmuştur (Sümer ve Güngör, 1999a, 1999b). Sümer ve Güngör (1999) tarafından bu ölçek Türkçeye uyarlanmıştır.

Değerlendirme sonucunda ölçek, 17 maddeye indirilmiştir.(Griffin & Bartholomew, 1994; Sümer ve Güngör, 1999a) Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretlemişlerdir. (1=beni hiç tanımlamıyor; 7=tamamıyla beni tanımlıyor).

Ölçekte, güvenli ve kayıtsız bağlanma stilleri beşer maddeyle ölçülürken saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri dörder madde ile ölçülmektedir. Bir madde ters kodlanarak iki alt boyutta kullanılmaktadır. Buna göre 1., 4., 9. ve 14. sorular korkulu stili, 2., 5., 12., 13. ve 16. sorular kayıtsız stili, 3., 7., 8., 10. ve 17. sorular güvenli stili, 5 (ters), 6., 11., 15. sorular saplantılı stili ölçmektedir.

Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içinde gruplandırır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanır (Sümer, 2006).

İÖA'nın kullanıldığı araştırmalar alt ölçeklerinin güvenilirliklerinin düşük düzeyde olduğunu öne sürmektedir. Griffin ve Bartholomew (1994), İÖA alt ölçeklerinin değerlerinin düşük olmasının, az sayıda maddeden oluşmasından veya ölçeklerin psikometrik kalitesinin yetersizliğinden değil, alt ölçeklerin hem benliğe hem de başkalarına ilişkin iki modeli birlikte içermesinden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Ancak alt ölçeklerin güvenilirliklerinin düşük olmasına karşın yapı geçerliklerinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir (Sümer, 2006; Sümer ve Güngör, 1999). Sümer ve Güngör (1999a), İÖA'yı 123 Türk öğrenci üzerinde uygulamışlar ve faktör yapısını incelemişlerdir. Yapılan analizlerde her iki yöntem için de öz değeri 1'in üzerinde iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktör varyansın %43'ünü, ikinci faktör ise %33'ünü açıklamaktadır (Toplam %76). Birinci faktörde güvenli stili .84, korkulu stili .80 faktör yükü ile ikinci faktörde ise kayıtsız bağlanma stili .76,94 saplantılı bağlanma stili -.84 faktör yükü ile yer almıştır (Sümer ve Güngör, 1999a). Ölçeğin bir örneği ekler bölümünde verilmiştir.

1.3.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

Thompson ve arkadaşları tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Koç tarafından yapılmıştır. Ölçek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmekte olup ölçekte Evet/Hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumsuzluğun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Koç'un çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında alanların ise yüksek olduğu belirtilmiştir. MARS'in test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.92 bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği ekler bölümünde verilmiştir.

1.3.4. Görüşme Değerlendirme Ölçeği – Danışan Formu

Terapötik ittifak değişkeninin ölçülmesi amacıyla katılımcılara verilen öz bildirim formudur. 12 maddeden oluşan ve 7'li likert tipte yanıtlanma sistemine sahip değerlendirme formunda hastaların terapi sürecinde danışmanları ile iş birliği içerisinde olup olmadığını inceleyen sorular yer almaktadır.

Horvath ve Greenberg (1989) tarafından geliştirilen ölçeğin danışan formunun iç tutarlılık değerleri .85 ve .88 arasında değişmektedir. Tüm formun iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak bulunmuştur. Terapist formu da bulunan ölçeğin terapist formunun iç tutarlılık katsayısı .68 ile .87 arasında değişmektedir. Tüm formun iç tutarlılık değeri .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısı ise danışan formunda .90 ve terapist formunda .96 olarak hesaplanmıştır (Soygüt & Işıklı, 2008).

1.4. İşlem

Örneklem grubu almışmaya dahil edilen toplam 3 TRSM'de tedavi gören şizofreni hastaları arasından, merkezlerdeki görevli psikiyatri uzmanları tarafından psikiyatrik değerlendirilmesi yapılan, son 1 aydır pozitif belirtileri olmayan ve psikotik atak gözlenmeyen, araştırmadaki sorulara yanıt vermesi için uygun bulunanlar arasından seçilmiş olup, bilgilendirilmiş onam alınarak değerlendirme formları uygulanmıştır. Değerlendirme formlarına verilen yanıtlar bilgisayar ortamında girişleri yapılarak veri analizi gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada ulaşılması planlanan örneklem grubundaki her bir bireye bire bir görüşmeler yapılarak anketlerin uygulanması planlanmıştır. Araştırmada kullanılan Görüşme Değerlendirme Ölçeği-Danışan Formuyla ilgili olarak, terapötik ittifakın tarafsız bir biçimde değerlendirilmesi amacıyla, ölçeği TRSM bünyesinde görev yapan, hastayla ilgili tedavi sürecini takip etmeyen diğer danışmanlar (Hemşire, Sosyal Çalışmacı ve Psikolog) uygulamıştır.

Demografik veri formunda yer alan içgörü sorusunun değerlendirilmesi ölçeği uygulayan danışmanlar tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada hastaların, hastalıklarına dair içgörülerinin olup olmadığının anlaşılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda hastalara, ölçeği uygulayan danışmanlar tarafından, hastaya göre psikiyatrik bir hastalığı olup olmadığı, hastaya göre ilaç kullanılmasının gerekli olup olmadığına ilişkin sorular sorularak değerlendirilme yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma değişkenlerine yönelik oluşturulan hipotezlerin test edilmesi ve araştırma sorularının cevaplandırılması amacıyla uygulanan veri analizlerinin tablo ve açıklamaları yer almaktadır. Yapılan veri analizlerinde %95 güvenilirlik düzeyi temel alınmıştır.

4.1. Kişisel Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 1. Demografik ve Klinik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Demografik Değişkenler (N=60)	N	%
Yaş		
18-25 yaş	5	8,3
25-35 yaş	18	30,0
35-45 yaş	18	30,0
45-55 yaş	16	26,7
55-60 yaş	3	5,0
Toplam	60	100,0
Cinsiyet		
Kadın	18	30,0
Erkek	42	70,0
Toplam	60	100,0
Eğitim durumu		
Hiç okula gitmemiş	1	1,7
İlkokul mezunu	23	38,3
Ortaokul mezunu	10	16,7
Lise mezunu	21	35,0
Yüksekokul mezunu	5	8,3
Toplam	60	100,0
Medeni durum		
Evli	7	11,7
Bekar	52	86,7
Boşanmış	1	1,7
Toplam	60	100,0
Kaç yıldır ilaç kullanıyor		
0	1	1,7
1-3 yıl	7	11,7

3-5 yıl	4	6,7
5-10 yıl	14	23,3
10 yıl ve fazlası	34	56,7
Toplam	60	100,0
Son 18 ayda madde kullanımı		
Var	1	1,7
Yok	59	98,3
Son 18 ayda alkol kullanımı		
Var	10	16,7
Yok	50	83,3
Yaşam Şekli		
Yalnız	4	6,7
Aile	56	93,3
Toplam	60	100,0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	42	70,0
Aralıklarla çalışıyor	13	21,7
Düzenli çalışıyor	5	8,3
Temel gereksinimler		
Var	9	15,0
Yok	51	85,0
Sosyal güvence		
Var	56	93,3
Yok	4	6,7
Ailede ruhsal Hastalık öyküsü		
Var	34	56,7
Yok	26	43,3
İç görüşü		
Var	51	85,0
Yok	9	15,0
İntihar girişimi		
Var	22	36,7
Yok	38	63,3
Hastaneye yatış sayısı		
0	13	21,7
1-3 kez	25	41,7
3-5 kez	10	16,7
5-10 kez	10	16,7
10 ve üzeri	2	3,3
Tıbbi Rahatsızlık		
Var	16	26,7
Yok	44	73,3
Toplam	60	100,0

Hastalık suresi* cinsiyet	Ort	N	SS
Kadın	16,6	18	10,488
Erkek	12,4	42	9,426
Toplam	13,7	60	9,858

Tablo 1’de katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin frekans dağılımı incelendiğinde,

Katılımcıların %8,3’ü 18-25 yaş arası, %30’u 25-35 yaş arası, %30’u 35-45 yaş arası, %26,7’s, 45-55 yaş arası ve %5’i 55-60 yaş arasındadır.

Katılımcıların %30’u Kadın ve %70’i Erkektir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre katılımcıların %1,7’si hiç okula gitmemiş, %23’ü ilkokul mezunu, %16,7’si ortaokul mezunu, %35’i lise mezunu ve %8,3’ü yüksekokul mezunudur.

Katılımcıların %11,7’si evli, %86,7’si bekar ve bir kişi diğer olarak belirtmiştir.

Katılımcıların %11,7’si 1-3 yıl arasında, %6,7’si 3-5 yıl arasında, %23,3’ü 5-10 yıl arasında, ve %56’sinin 10 yıl ve fazlası ilaç tedavisi gördüğü belirtilmiştir.

Son 18 ayda madde kullanımı yalnızca bir kişide bildirilmiştir.

Son 18 ayda alkol kullanımı %16,7 oranında var ve %83,3 oranında yoktur.

Yaşam şekli değişkenine göre katılımcıların %6,7’si yalnız ve %93,3’ü ailesiyle yaşamaktadır.

Çalışma durumu değişkenine göre katılımcıların %70’i çalışmadığını, %21,7’sinin aralıklarla çalıştığı, %8,3’ünün düzenli çalıştığı bildirilmiştir.

Katılımcıların %15’inin temel gereksinimler konusunda problem yaşadığı %85’inin ise yaşamadığı belirtilmiştir.

Katılımcıların %93,3 oranının sosyal güvencesi var ve %6,7’sinin sosyal güvencesi yoktur.

Katılımcıların %56,7 oranında ailesinin psikiyatrik öyküsü bulunmaktadır. Ailede psikiyatrik öykü bulunmama oranı %43,3’tür.

Katılımcıların %85’inin iç görüsünün olduğu ve %15’inin olmadığı belirtilmiştir.

Katılımcıların %36,7’sinin intihar girişimi olduğu %63,3’ünün intihar girişimi olmadığı bildirilmiştir.

Hastaneye yatış değişkenine göre katılımcıların %21,7'sinin hastaneye yatışı olmadığı, %41,7'sinin 1-3 kez yatışının olduğu, %16,7'sinin 3-5 arası hastaneye yatışı olduğu, %16,7'sinin 5-10 kez hastaneye yatışı olduğu ve %3,3'ünün 10 ve üzeri hastaneye yatışı olduğu bildirilmiştir.

Tıbbi rahatsızlık öyküsü katılımcıların %26,7'sinde mevcuttur.

Hastalık süresinin cinsiyet bazında ortalaması Kadınlarda 16,6 yıl ve Erkeklerde 12,4 olmak üzere toplamda ortalama 13,7 yıl olarak saptanmıştır.

4.2. Bağlanma Stili, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumunun Kişisel

Değişkenlerle Karşılaştırılması

Şizofreni Hastalarında bağlanma stili, terapötik ittifak ve tedavi uyumu değişkenlerinin incelenmesinde, katılımcılara verilen "Demografik Bilgi Formu" içerisinde yer alan soruların oluşturduğu kişisel değişkenler karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin araştırma değişkenleri ile karşılaştırılmasında ikili bağımsız gruplar için "Bağımsız Örneklem t Testi" ve çoklu bağımsız gruplar için "Tek yönlü varyans analizi" uygulanmıştır.

Tablo 2. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumunu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	Cinsiyet	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli Bağlanma	Kadın	18	18,2778	5,69629	1,34263	-,843	,403
	Erkek	42	19,5238	5,04728	,77881		
Korkulu Bağlanma	Kadın	18	15,6111	4,84026	1,14086	-,194	,847
	Erkek	42	15,8810	4,97899	,76828		
Saplantılı Bağlanma	Kadın	18	17,1667	4,81725	1,13544	,583	,562
	Erkek	42	16,3810	4,76753	,73565		
Kayıtsız Bağlanma	Kadın	18	20,5556	8,35409	1,96908	-,597	,553
	Erkek	42	21,6190	5,24963	,81004		
Tedavi Uyumunu	Kadın	18	5,0556	7,34424	1,73105	1,595	,116
	Erkek	42	3,1905	1,41831	,21885		
Terapötik İttifak	Kadın	18	53,1111	8,85762	2,08776	2,016	,049
	Erkek	42	48,0714	8,96169	1,38282		

Tablo 2'de, cinsiyet değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=-,843$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($t=-,194$, $p>,05$), saplantılı bağlanma

($t=,583$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=-,597$, $p>,05$), tedavi uyumu ($t=1,595$, $p>,05$) değişkenleri cinsiyet bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Bununla birlikte, terapötik ittifak ($t=2,016$, $p<,05$) cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 3. Yaşam Şekli Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	Yaşam şekli	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli	Yalnız	4	19,2500	2,21736	1,10868	,039	,969
Bağlanma	Aile	56	19,1429	5,39504	,72094		
Korkulu	Yalnız	4	16,2500	6,18466	3,09233	,189	,851
Bağlanma	Aile	56	15,7679	4,86169	,64967		
Saplantılı	Yalnız	4	15,2500	5,37742	2,68871	-,592	,556
Bağlanma	Aile	56	16,7143	4,74711	,63436		
Kayıtsız	Yalnız	4	23,7500	5,50000	2,75000	,805	,424
Bağlanma	Aile	56	21,1250	6,34483	,84786		
Tedavi Uyumu	Yalnız	4	2,7500	,95743	,47871	-,489	,627
	Aile	56	3,8214	4,34054	,58003		
Terapötik İttifak	Yalnız	4	49,0000	7,87401	3,93700	-,131	,896
	Aile	56	49,6250	9,30213	1,24305		

Tablo 3’de, yaşam şekli değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=,039$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($t=,189$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($t=,592$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,805$, $p>,05$), tedavi uyumu ($t=-,489$, $p>,05$) ve terapötik ittifak ($t=-,131$, $p>,05$) değişkenleri yaşam şekli bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 4. İç Görü Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	İç görüşü	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli Bağlanma	Var	51	18,8431	5,37540	,75271		
	Yok	9	20,8889	4,16667	1,38889	-1,083	,283
Korkulu Bağlanma	Var	51	16,1961	5,03198	,70462		
	Yok	9	13,5556	3,46811	1,15604	1,507	,137
Saplantılı Bağlanma	Var	51	16,8039	4,74139	,66393		
	Yok	9	15,5556	4,97773	1,65924	,723	,472
Kayıtsız Bağlanma	Var	51	21,4902	6,65845	,93237		
	Yok	9	20,2222	3,56293	1,18764	,555	,581
Tedavi Uyumu	Var	51	3,8627	4,54321	,63618		
	Yok	9	3,1111	,92796	,30932	,491	,625
Terapötik İttifak	Var	51	50,9216	8,59033	1,20289		
	Yok	9	42,0000	9,00000	3,00000	2,853	,006

Tablo 4'te, iç görü değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=-1,083$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($t=1,507$ $p>,05$), saplantılı bağlanma ($t=,723$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,555$, $p>,05$), tedavi uyumu ($t=,491$, $p>,05$) değişkenleri iç görü bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Bununla birlikte, terapötik ittifak ($t=2,853$, $p<,05$) iç görü değişkeni bakımından anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 5. İntihar Girişimi Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	İntihar girişimi	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli Bağlanma	Var	22	19,7273	4,53748	,96739		
	Yok	38	18,8158	5,62742	,91289	,520	,647
Korkulu Bağlanma	Var	22	14,3182	4,19054	,89343		
	Yok	38	16,6579	5,12164	,83084	-1,917	,044
Saplantılı Bağlanma	Var	22	16,7727	4,96590	1,05873		
	Yok	38	16,5263	4,69466	,76157	,192	,849
Kayıtsız Bağlanma	Var	22	20,4545	6,58083	1,40304		
	Yok	38	21,7895	6,14315	,99655	,790	,433

Tedavi Uyumu	Var	22	4,4091	6,68088	1,42437	,923	,360
	Yok	38	3,3684	1,56691	,25419		
Terapötik İttifak	Var	22	48,5909	10,51375	2,24154	-,636	,528
	Yok	38	50,1579	8,36830	1,35752		

Tablo 5'te, intihar girişimi değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=-,520$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($t=,192$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,790$, $p>,05$), tedavi uyumu ($t=,923$, $p>,05$) ve terapötik ittifak ($t=-636$, $p<,05$) değişkenleri iç görü bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Bununla birlikte, korkulu bağlanma ($t=-1,917$ $p<,05$), intihar girişimi değişkeni bakımından anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 6. Tıbbi Rahatsızlık Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	Tıbbi rahatsızlık	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli Bağlanma	Var	16	17,8750	5,92030	1,48008	-1,141	,259
	Yok	44	19,6136	4,95194	,74653		
Korkulu Bağlanma	Var	16	14,3750	5,00500	1,25125	-1,369	,176
	Yok	44	16,3182	4,81168	,72539		
Saplantılı Bağlanma	Var	16	17,4375	5,79619	1,44905	,804	,425
	Yok	44	16,3182	4,35502	,65654		
Kayıtsız Bağlanma	Var	16	21,1250	7,36546	1,84136	-,129	,898
	Yok	44	21,3636	5,93802	,89519		
Tedavi Uyumu	Var	16	5,4375	7,81425	1,95356	1,916	,006
	Yok	44	3,1364	1,23120	,18561		
Terapötik İttifak	Var	16	48,5625	8,18917	2,04729	-,518	,607
	Yok	44	49,9545	9,54537	1,43902		

Tablo 6'da, tıbbi rahatsızlık değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=-1,141$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($t=-1,369$ $p>,05$), saplantılı bağlanma ($t=,804$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=-,129$, $p>,05$), terapötik ittifak ($t=-,518$, $p>,05$) değişkenleri tıbbi rahatsızlık bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Bununla birlikte, tedavi uyumu ile ($t=1,916$, $p<,05$) tıbbi rahatsızlık değişkeni bakımından anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 7. Temel Gereksinimler Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	Temel gereksinimler	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli	Var	9	20,6667	3,80789	1,26930		
Bağlanma	Yok	51	18,8824	5,43193	,76062	,942	,350
Korkulu	Var	9	18,2222	4,08588	1,36196		
Bağlanma	Yok	51	15,3725	4,93948	,69167	1,632	,108
Saplantılı	Var	9	16,4444	4,97773	1,65924		
Bağlanma	Yok	51	16,6471	4,76581	,66735	-,117	,907
Kayıtsız	Var	9	21,5556	6,72888	2,24296		
Bağlanma	Yok	51	21,2549	6,27325	,87843	,131	,896
Tedavi Uyumu	Var	9	3,1111	,78174	,26058		
	Yok	51	3,8627	4,54761	,63679	-,491	,625
Terapötik İttifak	Var	9	49,3333	8,98610	2,99537		
	Yok	51	49,6275	9,27353	1,29855	-,088	,930

Tablo 7’de, temel gereksinimler değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=,942$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($t=1,632$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($t=-,117$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,131$, $p>,05$), terapötik ittifak ($t=-,088$, $p>,05$) ve tedavi uyumu ($t=-,491$, $p<,05$) değişkenleri temel gereksinimler bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 8. Son 18 Ayda Alkol Kullanımı Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri (N=60)	Son 18 ayda alkol kullanımı	N	Ort	SS	Std. Hata	t	p
Güvenli	Var	10	19,7000	5,79367	1,83212		
Bağlanma	Yok	50	19,0400	5,17040	,73121	,361	,719
Korkulu	Var	10	13,5000	5,75905	1,82117		
Bağlanma	Yok	50	16,2600	4,63707	,65578	-1,650	,104
Saplantılı	Var	10	16,2000	6,17882	1,95391		
Bağlanma	Yok	50	16,7000	4,49149	,63519	-,301	,764
Kayıtsız	Var	10	22,2000	6,37356	2,01550		
Bağlanma	Yok	50	21,1200	6,31694	,89335	,493	,624
Tedavi Uyumu	Var	10	3,8000	1,47573	,46667		

	Yok	50	3,7400	4,57058	,64638	,041	,968
Terapötik İttifak	Var	10	45,9000	8,13019	2,57099		
	Yok	50	50,3200	9,24594	1,30757	,632	,165

Tablo 8’de, son 18 ayda alkol kullanımı değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($t=,361$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($t=-1,650$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($t=-,301$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,493$, $p>,05$), terapötik ittifak ($t=,041$, $p>,05$) ve tedavi uyumu ($t=,632$, $p<,05$) değişkenleri son 18 ayda alkol kullanımı değişkeni bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 9. İlaç Tedavisi Süresi Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri	N	Ort	SS	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	p	
* İlaç Tedavi Süresi									
Güvenli Bağlanma	0	1	17,0000	.	17,00	17,00			
	1-3 yıl	7	16,5714	3,15474	1,19238	12,00	22,00		
	3-5 yıl	4	20,2500	5,05800	2,52900	14,00	26,00	,572	,684
	5-10 yıl	14	19,0714	6,43864	1,72080	9,00	29,00		
	10 yıl +	34	19,6471	5,15154	,88348	9,00	29,00		
	Toplam	60	19,1500	5,23296	,67557	9,00	29,00		
Korkulu Bağlanma	0	1	13,0000	.	13,00	13,00			
	1-3 yıl	7	16,1429	5,55063	2,09794	11,00	23,00	,316	,866
	3-5 yıl	4	17,5000	4,65475	2,32737	11,00	22,00		
	5-10 yıl	14	14,9286	5,10602	1,36464	4,00	22,00		
	10 yıl +	34	15,9706	4,90816	,84174	8,00	25,00		
	Toplam	60	15,8000	4,89829	,63237	4,00	25,00		
Saplantılı Bağlanma	0	1	8,0000	.	8,00	8,00			
	1-3 yıl	7	17,1429	3,67099	1,38750	12,00	22,00		
	3-5 yıl	4	18,2500	3,77492	1,88746	14,00	23,00	1,317	,275
	5-10 yıl	14	15,3571	4,79755	1,28220	8,00	27,00		
	10 yıl +	34	17,0882	4,90743	,84162	6,00	27,00		
	Toplam	60	16,6167	4,75534	,61391	6,00	27,00		
Kayıtsız	0	1	18,0000	.	18,00	18,00			

Bağlanma	1-3 yıl	7	21,0000	5,62731	2,12692	14,00	31,00	,192	,941
	3-5 yıl	4	23,5000	4,65475	2,32737	18,00	29,00		
	5-10 yıl	14	21,0000	7,37981	1,97234	5,00	33,00		
	10 yıl	34	21,3235	6,36144	1,09098	5,00	31,00		
	+								
	Toplam	60	21,3000	6,28504	,81139	5,00	33,00		
Tedavi Uyumu	0	1	6,0000	.	.	6,00	6,00		
	1-3 yıl	7	2,5714	,78680	,29738	2,00	4,00		
	3-5 yıl	4	4,7500	2,50000	1,25000	2,00	8,00	,948	,443
	5-10 yıl	14	5,3571	8,33535	2,22772	2,00	34,00		
	10 yıl	34	3,1471	1,23417	,21166	1,00	7,00		
	+								
Toplam	60	3,7500	4,20502	,54287	1,00	34,00			
Terapötik İttifak	0	1	42,0000	.	.	42,00	42,00		
	1-3 yıl	7	46,4286	9,32483	3,52445	34,00	60,00		
	3-5 yıl	4	55,7500	2,87228	1,43614	54,00	60,00	,848	,501
	5-10 yıl	14	49,0714	6,95551	1,85894	38,00	58,00		
	4	34	49,9412	10,27483	1,76212	26,00	63,00		
	Toplam	60	49,5833	9,15644	1,18209	26,00	63,00		

Tablo 9’da, ilaç tedavisi süresi değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($F=,572$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($F=,316$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($F=1,312$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,192$, $p>,05$) tedavi uyumu ($F=,948$, $p<,05$) ve terapötik ittifak ($t=,848$, $p>,05$) değişkenleri ilaç tedavisi süresi değişkeni bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 10. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri *	N	Ort	SS	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	p
Medeni Durum								
Güvenli Bağlanma	evli	7	19,7143	4,60848	1,74184	15,00	28,00	
	bekar	52	19,0769	5,39733	,74848	9,00	29,00	
	boşanmış	1	19,0000	.	.	19,00	19,00	,045
	Toplam	60	19,1500	5,23296	,67557	9,00	29,00	,956
Korkulu Bağlanma	evli	7	15,4286	6,32079	2,38903	8,00	25,00	
	bekar	52	15,7885	4,77878	,66270	4,00	24,00	
	boşanmış	1	19,0000	.	.	19,00	19,00	,228
	Toplam	60	15,8000	4,89829	,63237	4,00	25,00	,797
Saplantılı Bağlanma	evli	7	14,4286	4,79086	1,81078	6,00	22,00	
	bekar	52	16,7885	4,68764	,65006	8,00	27,00	
	boşanmış	1	23,0000	.	.	23,00	23,00	1,717
	Toplam	60	16,6167	4,75534	,61391	6,00	27,00	,018
Kayıtsız Bağlanma	evli	7	22,4286	6,47707	2,44810	13,00	31,00	
	bekar	52	21,0769	6,34574	,88000	5,00	33,00	
	boşanmış	1	25,0000	.	.	25,00	25,00	,311
	Toplam	60	21,3000	6,28504	,81139	5,00	33,00	,734
Tedavi uyumu	evli	7	3,0000	,81650	,30861	2,00	4,00	
	bekar	52	3,7692	4,46606	,61933	1,00	34,00	
	boşanmış	1	8,0000	.	.	8,00	8,00	,615
	Toplam	60	3,7500	4,20502	,54287	1,00	34,00	,544
Terapötik ittifak	evli	7	45,8571	9,58173	3,62155	32,00	60,00	
	bekar	52	50,0000	9,15016	1,26890	26,00	63,00	
	boşanmış	1	54,0000	.	.	54,00	54,00	,743
	Toplam	60	49,5833	9,15644	1,18209	26,00	63,00	,480

Tablo 10’da, medeni durum değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($F=,045$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($F=,228$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,311$, $p>,05$) tedavi uyumu ($F=,615$, $p<,05$) ve terapötik ittifak ($t=,743$, $p>,05$) değişkenleri medeni durum değişkeni bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Bununla birlikte, saplantılı bağlanma ($F=1,717$, $p<,05$) medeni durum değişkeni bakımından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 11. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri *	N	Ort	SS	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	p	
Eğitim	hiç okula gitmemiş	1	25,0000	.	.	25,00	25,00		
	ilkokul mezunu	23	19,4783	5,37561	1,12089	9,00	29,00	,396	,811
	Güvenli ortaokul mezunu	10	18,3000	5,53875	1,75151	12,00	28,00		
	Bağlanma lise mezunu	21	18,9048	5,54892	1,21087	9,00	29,00		
	yüksekokul mezunu	5	19,2000	3,27109	1,46287	15,00	24,00		
	Toplam	60	19,1500	5,23296	,67557	9,00	29,00		
Korkulu Bağlanma	hiç okula gitmemiş	1	17,0000	.	.	17,00	17,00		
	ilkokul mezunu	23	17,0435	4,82869	1,00685	8,00	25,00		
	ortaokul mezunu	10	13,9000	4,38305	1,38604	8,00	21,00	1,970	,112
	lise mezunu	21	14,4286	5,12417	1,11819	4,00	23,00		
	yüksekokul mezunu	5	19,4000	2,60768	1,16619	16,00	23,00		
	Toplam	60	15,8000	4,89829	,63237	4,00	25,00		
Saplantılı Bağlanma	hiç okula gitmemiş	1	18,0000	.	.	18,00	18,00		
	ilkokul mezunu	23	16,5217	5,19501	1,08323	6,00	27,00		
	ortaokul mezunu	10	17,4000	3,50238	1,10755	13,00	23,00	,871	,487
	lise mezunu	21	17,1429	5,08218	1,10902	9,00	27,00		
	yüksekokul mezunu	5	13,0000	2,91548	1,30384	10,00	17,00		
	Toplam	60	16,6167	4,75534	,61391	6,00	27,00		
Kayıtsız Bağlanma	hiç okula gitmemiş	1	15,0000	.	.	15,00	15,00		
	ilkokul mezunu	23	20,4783	6,74786	1,40703	5,00	32,00		
	ortaokul mezunu	10	20,9000	4,20185	1,32874	17,00	29,00		
	lise mezunu	21	21,7619	6,81106	1,48629	5,00	33,00	,861	,493
	yüksekokul mezunu	5	25,2000	5,11859	2,28910	18,00	31,00		
	Toplam	60	21,3000	6,28504	,81139	5,00	33,00		
Tedavi uyumu	hiç okula gitmemiş	1	4,0000	.	.	4,00	4,00		
	ilkokul mezunu	23	5,0435	6,55382	1,36657	2,00	34,00		
	ortaokul mezunu	10	2,6000	,84327	,26667	2,00	4,00		
	lise mezunu	21	2,9524	1,11697	,24374	1,00	5,00	,925	,456
	Toplam	60	4,4000	6,55382	1,36657	2,00	34,00		

	yüksekokul mezunu	5	3,4000	,54772	,24495	3,00	4,00		
	Toplam	60	3,7500	4,20502	,54287	1,00	34,00		
	hiç okula gitmemiş	1	45,0000	.	.	45,00	45,00		
	ilkokul mezunu	23	50,7391	7,79404	1,62517	32,00	62,00		
Terapotik ittifak	ortaokul mezunu	10	50,0000	11,75679	3,71782	26,00	63,00		
	lise mezunu	21	49,0000	9,21412	2,01069	38,00	62,00	,282	,889
	yüksekokul mezunu	5	46,8000	11,92476	5,33292	33,00	59,00		
	Toplam	60	49,5833	9,15644	1,18209	26,00	63,00		

Tablo 11’de, eğitim düzeyi değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($F=,396$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($F=1,970$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($F=,871$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,861$, $p>,05$) tedavi uyumu ($F=,925$, $p<,05$) ve terapötik ittifak ($t=,282$, $p>,05$) değişkenleri eğitim düzeyi değişkeni bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 12. Yaş Değişkeni Bakımından Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırma Değişkenleri	N	Ort	SS	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	p	
* Yaş									
	18-25 yaş	5	16,8000	3,11448	1,39284	14,00	22,00		
	25-35 yaş	18	20,1111	6,15380	1,45047	11,00	29,00		
Güvenli Bağlanma	35-45 yaş	18	17,5000	5,09036	1,19981	9,00	27,00		
	45-55 yaş	16	20,0000	4,74693	1,18673	9,00	28,00	1,324	,273
	55-60 yaş	3	22,6667	2,51661	1,45297	20,00	25,00		
	Toplam	60	19,1500	5,23296	,67557	9,00	29,00		
	18-25 yaş	5	16,0000	3,93700	1,76068	13,00	22,00		
	25-35 yaş	18	15,4444	4,61739	1,08833	4,00	22,00		
Korkulu Bağlanma	35-45 yaş	18	17,1667	4,80502	1,13255	9,00	23,00		
	45-55 yaş	16	14,2500	5,24722	1,31181	8,00	25,00		
	55-60 yaş	3	17,6667	7,09460	4,09607	10,00	24,00	,878	,483
	Toplam	60	15,8000	4,89829	,63237	4,00	25,00		
	18-25 yaş	5	15,4000	4,61519	2,06398	8,00	19,00		
	25-35 yaş	18	17,8333	4,64315	1,09440	9,00	27,00		
Saplantılı Bağlanma	35-45 yaş	18	15,5000	3,69817	,87167	8,00	23,00		
	45-55 yaş	16	17,0625	5,79044	1,44761	6,00	27,00	,674	,613
	55-60 yaş	3	15,6667	6,50641	3,75648	9,00	22,00		

	Toplam	60	16,6167	4,75534	,61391	6,00	27,00		
	18-25 yaş	5	21,2000	4,76445	2,13073	17,00	29,00		
	25-35 yaş	18	21,3889	4,25840	1,00371	14,00	29,00		
Kayıtsız	35-45 yaş	18	21,5556	8,83990	2,08358	5,00	33,00		
Bağlanma	45-55 yaş	16	21,5625	5,27849	1,31962	11,00	31,00	,210	,932
	55-60 yaş	3	18,0000	8,66025	5,00000	8,00	23,00		
	Toplam	60	21,3000	6,28504	,81139	5,00	33,00		
	18-25 yaş	5	4,2000	1,48324	,66332	2,00	6,00		
	25-35 yaş	18	3,3333	1,68034	,39606	2,00	8,00		
Tedavi	35-45 yaş	18	5,0000	7,35647	1,73394	2,00	34,00	,699	,596
uyumu	45-55 yaş	16	3,0000	1,03280	,25820	1,00	5,00		
	55-60 yaş	3	2,0000	,00000	,00000	2,00	2,00		
	Toplam	60	3,7500	4,20502	,54287	1,00	34,00		
	18-25 yaş	5	49,8000	9,33809	4,17612	38,00	60,00		
	25-35 yaş	18	50,6667	8,22478	1,93860	34,00	63,00		
Terapotik	35-45 yaş	18	50,0000	10,08785	2,37773	26,00	62,00	,370	,829
ittifak	45-55 yaş	16	47,3125	9,95804	2,48951	32,00	62,00		
	55-60 yaş	3	52,3333	7,09460	4,09607	46,00	60,00		
	Toplam	60	49,5833	9,15644	1,18209	26,00	63,00		

Tablo 12’de, yaş değişkeni bakımından araştırma değişkenlerinin karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre güvenli bağlanma ($F=,1,324$, $p>,05$), korkulu bağlanma ($F=,878$, $p>,05$), saplantılı bağlanma ($F=,674$, $p>,05$), kayıtsız bağlanma ($t=,210$, $p>,05$) tedavi uyumu ($F=,699$, $p<,05$) ve terapötik ittifak ($t=,370$, $p>,05$) değişkenleri yaş değişkeni bakımından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 13. Bağlanma Stilleri, Terapötik İttifak ve Tedavi Uyumu Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırma Değişkenleri (N=60)	1	2	3	4	5	6
1. Güvenli bağlanma	1					
2. Korkulu bağlanma	,182	1				
3. Saplantılı bağlanma	,146	-,147	1			
4. Kayıtsız bağlanma	,012	,473**	-,201	1		
5. Tedavi uyumu	-,242	-,151	-,017	-,311*	1	
6. Terapötik ittifak	,041	,006	,329*	-,068	,089	1

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı
* . Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre,

Korkulu bağlanma ve kayıtsız bağlanma arasında orta düzey, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,473$, $p<,01$)

Saplantılı bağlanma ile tedavi uyumu arasında orta düzey, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,329$, $p<,05$)

Kayıtsız bağlanma ile terapötik ittifak arasında orta düzey, negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,311$, $p<,05$)

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmada elde edilen bulguların, alanda yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırması ve tartışması yer almaktadır.

5.1.Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Katılımcılara verilen demografik bilgi formu kapsamında incelenen değişkenlerin betimleyici istatistiksel yöntemle frekans dağılımları verilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, katılımcılar yüzdesel çoğunlukla erkek şizofreni hastalarından oluşmaktadır. Ayrıca, Katılımcıların yaş ağırlığı 25-45 yaş arasındadır.

Eğitim düzeyi değişkenine göre, katılımcıların yüzdesel çoğunluğu lise mezunudur. Medeni durum çoğunlukla bekar olarak bildirmiştir. Katılımcılar çoğunlukla ailesiyle yaşamaktadır ve bir işte çalışmamaktadır. Ayrıca, ailesiyle yaşadığını çoğunlukla bildiren katılımcıların temel gereksinimlerinde sorun yaşamadığı yüzdesel çoğunlukta görülmektedir.

Klinik değişkenler, demografik değişkenlere ek olarak katılımcılara verilen form içerisinde yer alan sorularla ölçülmüştür. Elde edilen bilgiler doğrultusunda, katılımcıların çoğunluğu on yıldan fazla bir süredir ilaç tedavisi görmektedir. Bir kişi dışında katılımcıların son on sekiz ayda madde kullanımı bulunmamaktadır. Ölçeklere yanıt vermeleri ve tedavi sürecindeki tutumda belirleyici bir faktör olabilecek iç görü değişkeninin katılımcıların çoğunda söz konusu olduğu görülmektedir. Hastaneye yatış değişkeni 1 ile 3 kez arasında daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, katılımcıların on yıldan fazla süredir ilaç tedavisi aldığı belirtilmiştir. Ayrıca, katılımcıların şizofreni tanısına ek olarak tıbbi rahatsızlığı olma durumu daha az olarak bildirilmiştir. Hastalık süresi, cinsiyet bazında incelenmiş olup, ortalamanın kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum, kadın ve erkeklerde hastalığın görülme riskinin farklı yaş gruplarında söz konusu olması sebebinden ileri geldiği düşünülmektedir. Kadınların şizofreni belirtileri gösterme yaşı erkeklere göre daha ileridedir (Hafner ve ark, 1998). Bununla birlikte, hastalık süresinin kadınlarda daha fazla çıkmasının tanı konulan zamanın erkeklere göre daha erken olmasından kaynaklı olabileceği

düşünülmektedir. Tedaviye uyumluluk ve direnç göstermeme durumunu kadınlar bazında inceleyen bir çalışmada, tedavi uyumunun şizofreni hastalarında 45 yaş sonrasında azaldığı, fakat cinsiyetler bazında kadınların tedavi uyumunun erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Perez-Garza, Victoria-Figueroa & Ulloa-Flores, 2016). Bu çalışmada da, başvuru yaşının kadınlarda daha erken olması sebebiyle hastalık süresinin erkeklere göre daha fazla olduğu düşünülmektedir.

5.2.Açıklayıcı Bulguların Tartışılması

Açıklayıcı bulgular, araştırma değişkenlerine ilişkin bulguları kapsamakta olup, karşılaştırma ve ilişki analizleri içermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda hipotez edilen ilişkilerin kısmi olarak doğrulandığı görülmektedir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, tedavi uyumunun bağlanma stillerinden saplantılı bağlanma ve kayıtsız bağlanma stilleri ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. Tedavi uyumu ve saplantılı bağlanma stili arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durumun, kişilerin kendilerinden çok başkalarına aşırı değer yüklemeleri ve onlardan vazgeçememe durumundan kaynaklı olabileceği, bu bağlamda kişilerin tedavi sürecine sadık kalmaları ve tedavi sürecini bırakmaması şeklinde açıklanabilir. Kişilerarası ilişkilerde karşısındaki insanların özelliklerini abartılı bir biçimde ve olumlu olarak gören saplantılı kişiler, bağlanma figürlerine aşırı bağlılık ve bağımlılık gösterme eğiliminde olmaktadır (Bartolomew ve Horowitz 1991). Bu durum tedavi sürecinde, terapist ve diğer sağlık çalışanlarına bağlanma düzeyinin aşırı odaklanmış düzeyde olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca bu bağlamda, tedavi sürecinin aksamaması anlamında önem arz etmektedir. Araştırmada, şizofreni tanısı alan hastaların on yıldan fazla süredir şizofreni tanısı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun süreç açısından önemli bir unsur olabileceğini göstermektedir. Şizofreni alanında yapılan çalışmalarda, hastanede kalma süresinin hastalığın süresi, yaş ve cinsiyete bağlı sebeplerden ötürü anlamlı düzeyde değiştiği bulunmuştur. 55 yaş ve üzeri şizofreni hastalarında hastanede kalma süresinin daha alt yaş gruplarına göre daha fazla olduğu, kadınların hastanede kalma süresinin erkeklere göre daha fazla olduğu ve belirtilerin altı aydan fazla süredir devam ettiği hastalarda hastanede kalma süresinin daha fazla olduğu görülmüştür (Van Rensburg & Olorunju, 2010).

Bağlanma stilleri ele alındığında, kişilerin saplantılı bağlanma stilinde olmasının psikopatoloji ile ilişkili olarak işlevsel olmayan düzeyde olmasının da söz konusu olabileceği öngörülmektedir. Tedavi sürecinde uzmana karşı geliştirebileceği saplantılı tutum, hastalığın belirtileri ile ilişkilendirilebilecek düzeyde işlevsel olmayan ve süreci olumsuz etkileyebilecek düzeyde de olabilmektedir. Tedaviye uyum ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda, güvenli bağlanma stilinde olan bireylerin, uzmanla kurduğu iletişimin güvenli ve sağlıklı olmasını sağlayan önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Fleischhacker 2002; Kane, 1996; Lacro, 2002)

Bağlanma stillerine ilişkin bir diğer bulgu ise, kayıtsız bağlanma ve terapötik ittifak arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu yönündedir. Bu durum, kayıtsız bağlanma stilinde olan bireylerin bağlanma figürüne ihtiyaç duymayan bir tutumda olması olarak tanımlanır(Bartolomew ve Horowitz 1991). Söz konusu bağlanma stilinin terapötik ittifakı olumsuz etkileyebileceği ve sürecin sekteye uğrayabileceği öngörülmektedir. Kişinin bağlanma figürüne ihtiyaç duymayan şekilde uzak duran bir tutum sergilemesi kişilerarası ilişkilerde de kaçınan bir tutum sergilemesine yol açabilecek bir durumdur. Bu doğrultuda, tedavi sürecinde uzmanla kurulan iletişimin kısıtlı olabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, bu çalışmada, kayıtsız bağlanma ile korkulu bağlanma pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur. Elde edilen sonucun, kişilerin korkulu olması ile birlikte bağlanmaya ilişkin beklentilerinin olmayışı ve kayıtsız bir tutumda olabileceği ihtimalinden ötürü bu ilişkinin anlamlı olabileceği düşünülmektedir. Sümer ve Güngör'e (1999b) göre, kayıtsız bağlanma biçimine sahip bireyler kendilerine duydukları güven neticesinde bağlanma ihtiyacını yok sayma eğilimi gösterebilirler. Aynı zamanda, kişilerin olumsuz duygu durumdan kaçmak için kayıtsız bağlanma tutumunda olabileceği, duyguları deneyimlemekten korkması sebebiyle kişilerarası ilişkilerden kaçınabileceği düşünülebilir.

Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulguların elde edildiği görülmektedir (Covelti ve ark. 2016; Bucci ve ark 2016) Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, terapötik ittifakın tedavi uyumu ve bağlanma stilleri ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda, terapötik ittifakın tedavi uyumu ile ilişkisi olduğuna yönelik bulgular elde etmiştir (Swartz ve ark, 2001; Robinson ve ark, 2002) fakat bu çalışmada söz konusu değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun örneklemin sayısının az oluşu ve

şizofreni tanısından dolayı, katılımcıların vermiş olduğu yanıtların yanlı olması ihtimalinden görülmüş olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, şizofreni hastalarında tedavi direnci yaygın olarak araştırılmış bir konu olup, tedavi uyumunun süreçte önemli bir işlevi olduğu ifade edilmektedir (Van Putten, 1974).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre korkulu bağlanma stili ile intihar olgusu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Korkulu bağlanmada kişi hem kendisi hem de başkaları ile ilgili olumsuz algıya sahiptir. Hem kendilerini hem de başkalarını engelleyici ve güvenilmez buldukları için insanlardan uzak durmayı tercih eder ve bu şekilde kendilerini korurlar (Bartolomew ve Horowitz 1991). Bu bağlamda bu bağlanma stilinde olan kişilerin yaşadıkları güvensizlik neticesinde sosyal içe çekilmenin artması, toplumdan uzaklaşma, yaşadıkları korkuyla baş etmelerine yardımcı olabilecek sosyal destek mekanizmalarının azalmasıyla birlikte intihar olgusunun arttığı düşünülebilir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, terapötik ittifakın kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, Kadın şizofreni hastalarının daha fazla psikiyatrik yardım arama eğiliminde olmaları, premorbid uyumlarının daha iyi olması, tedavi uyumlarının daha iyi oluşu, erkeklere göre tedavi periyotlarının daha kısa olması ve ihtiyaç duyulan antipsikotik ilaç dozları daha düşük olması ile açıklanabilir. Rasanen ve ark.(1999) yaptıkları çalışmada kadın şizofreni hastalarının tedaviye daha aktif katıldıklarını belirtmişlerdir.

Terapötik işbirliğinin, terapistin şizofreni tanısı almış birey hakkında detaylı bilgiye sahip olması ve süreçte kişinin tedaviye uyumluluğunu arttırabilecek yaklaşımla hareket etmesi bakımından önemli olduğu düşünülmektedir (Frank & Gunderson, 1990). Şizofreni tedavisinde terapötik ittifak, hastanın tedavi uyumunu sağlamak adına önemli bir adım olarak görülmektedir (Swartz ve ark, 2001; Van Putten, 1974). Bu durumun çalışmada elde edilen sonuç kapsamında ilişkili olmadığının tespit edilmesinin, şizofrenide terapötik müdahale konusunda farkındalığın yeterli düzeyde olmamasıyla ilgili olabileceği, kişilere birincil müdahale yöntemleri olarak yataklı müdahale ve farmakoterapi yöntemlerinin kullanılıyor olması, buna ek olarak süreç içerisinde farklı pek çok uzmanın kişinin tedavi sürecinde yer alabiliyor oluşu gösterilmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalardan bir tanesi Johansen ve arkadaşları (2013), kişilik özellikleri, kişilerarası problemler ve terapötik ittifakı erken dönem şizofreni açılım bozukluğu hastalarında incelediği çalışmasında, 42 hastanın ve terapistlerin verileri zeriden karşılaştırma yapmışlardır. Terapötik ittifakın şizofreni hastalarında kişisel problemleri açıklayan bir değişken olduğu saptanmıştır Terapistin terapötik ittifakının ise kişilik özelliklerinden uyumluluğu ve iğry açıkladığı saptanmıştır. Bu durumda, hem terapistin hem de danışanın kişilik özellikleri, kişilerarası ilişkilerinin kalitesi, terapötik ittifakı açıklayan önemli unsurlar olarak düşünülmektedir.

Misdrahi ve arkadaşları (2012), şizofreni hastalarında tedavi uyumu, iğr ve terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hastanede yatan 38 şizofreni hastasının hastaneden taburcu edilmeden önce ayrı ayrı olmak üzere ölümleri yapılmıştır. Tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, tedavi uyumunun az olmasının terapötik ittifakı olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ayrıca, tedavi uyumunun istenilen düzeyde olmamasının alkol ve madde kullanımı ile ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, iğrnn olmaması ile terapötik ittifakın olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Bu çalışmada ise şizofreni tanısı alan bireylerin iğrsnn olduğu saptanmıştır. İğr kavramı, şizofreni hastalarında hastalığın fazına göre değişkenlik gösterebilen bir kavramdır. şizofreni hastalarından tedaviye yatkınlık gösterenlerin iğrsnn süreç içerisinde gelişmeye daha yatkın olduğu yapılan çalışmalarda elde edilen bulgularla desteklenmiştir (Weiler ve ark, 2000). Tedavi sürecine gönüllü katılım gösterenlerin iğrsnn daha iyi durumda olduğu görülmüştür (Smith ve ark, 1998). Bu çalışmada rneklemi oluşturan hastaların iğrsnn olmasının bu bağlamda tutarlık oluşturduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kişisel değişkenlerin araştırma değişkenleri ile karşılaştırması yapılmış olup, bazı bireysel değişkenler ile araştırma değişkenleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. İğr değişkeninin terapötik ittifak ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Terapötik işbirliği olan şizofreni tanısı konulmuş bireylerin iğrsnn olduğu saptanmıştır. Bu durum gönüllülük ve klinik müdahale sürecinin olması ve iğrnn gelişime yatkınlığı olarak açıklanabilir (Weiler ve ark, 2000). Bununla birlikte, bağlanma stillerini bireysel değişkenler açısından incelediğimizde, korkulu bağlanma stili puanının intihar girişimi olan bireylerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bekr ve boşanmış bireylerin ise saplantılı bağlanma puanlarının

anlamli düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Saplantılı bağlanma, kişilerin kendilerinden çok başkalarının olumlu özellikleri ve değerinin olduğunu düşünerek bağlanma figürlerine karşı saplantı geliştirmesi şeklinde kendisini gösterir. Bu doğrultuda, kişilerin bağlanma figürlerinden kopmalarının tanı konulan rahatsızlıkla ilişkin sosyal izolasyon belirtisi olarak görülebilir ve kişi saplantılı bağlanma figüründe olsa dahi psikopatolojik durum neticesinde ilişki durumunun bekar ve boşanmış olabileceği düşünülmektedir (Frank ve ark, 1990). Bununla birlikte, tıbbi rahatsızlığı olan şizofreni tanısı almış kişilerin tedavi uyumunun anlamli düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki, söz konusu karşılaştırma analizleri arasından, tıbbi rahatsızlığın olması ve tedavi uyumu arasındaki ilişkinin, kişilerin rahatsızlıklara ilişkin daha fazla bilgi sahibi olması ve bu durumun uyum sağlamayı kolaylaştırmasından ileri geldiği düşünülmektedir (Frank ve ark, 1990; Smith ve ark, 2000; Swartz ve ark, 2001).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda ilerleyen dönemde yapılacak diğer araştırma ve uygulamalarda yapılabilecek ek incelemelere ilişkin öneriler yer almaktadır.

6.1. Sonuçlar

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir:

- Katılımcılar yüzdesel çoğunlukla erkek şizofreni hastalarından oluşmaktadır. .
- Katılımcıların yaş ağırlığı 25-45 yaş arasındadır.
- Katılımcıların yüzdesel çoğunluğu lise mezunudur.
- Katılımcıların büyük bir çoğunluğu bekarlıdır.
- Katılımcıların çoğunluğu on yıldan fazla bir süredir ilaç tedavisi görmektedir.
- Bir kişi dışında katılımcıların son on sekiz ayda madde kullanımı bulunmamaktadır.
- Katılımcılar çoğunlukla ailesiyle yaşamaktadır.
- Katılımcılar çoğunlukla çalışmadığını belirtmiştir.
- Katılımcılar çoğunluk olarak temel gereksinimlerde sorun yaşamamaktadırlar.
- Katılımcıların çoğunluk olarak ailesinde psikiyatrik öyküsü bulunmaktadır.
- Katılımcıların ağırlıklı olarak iç görüsü olduğu bildirilmiştir.
- Katılımcıların 1 ile 3 kez arası hastaneye yatış oranı daha fazladır.
- Katılımcıların tıbbi rahatsızlığı bulunmama oranı olanlara göre daha fazladır.
- Hastalık süresinin cinsiyet bazında ortalaması kadınlarda 16,6 yıl ve erkeklerde 12,4 yıldır. Toplamda tedavi süresinin yıl bazında ortalaması 13,7'dir.
- Cinsiyet ve bağlanma stilleri arasında ilişki bulunmamıştır.

- Cinsiyet ve tedavi uyumu arasında ilişki bulunmamıştır
- Cinsiyet ve terapötik ittifak arasında ilişki bulunmuştur. Kadınların terapötik ittifak skorları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Yaşam şekli değişkeni, bağlanma stilleri, tedaviye uyum ve terapötik ittifak ile ilişkili bulunmamıştır.
- Terapötik ittifak ve iç görü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- İntihar girişimi ve korkulu bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Tıbbi rahatsızlık ve tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Temel gereksinimler değişkeni, bağlanma stilleri, tedaviye uyum ve terapötik ittifak ile ilişkili bulunmamıştır.
- Son on sekiz ayda alkol kullanımı değişkeni, bağlanma stilleri, tedaviye uyum ve terapötik ittifak ile ilişkili bulunmamıştır.
- İlaç tedavisi değişkeni, bağlanma stilleri, tedaviye uyum ve terapötik ittifak ile ilişkili bulunmamıştır.
- Medeni durum ve saplantılı bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Eğitim düzeyi değişkeni, bağlanma stilleri, tedaviye uyum ve terapötik ittifak ile ilişkili bulunmamıştır.
- Yaş değişkeni, bağlanma stilleri, tedaviye uyum ve terapötik ittifak ile ilişkili bulunmamıştır.
- Saplantılı bağlanma ile tedaviye uyum arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- Kayıtsız bağlanma ile terapötik ittifak arasında negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın bulguları doğrultusunda, ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalar için katkı sağlayabileceği düşünülmektedir; fakat araştırmanın yöntem ve örneklem bakımından kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, örneklemin sayısının az olmasının örneklemin temsil edilebilirliği bakımından kısıtlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. İkinci olarak hastaların tedavi sürecinde olmaları ve şizofreni tanısı almış olmalarının anketlere vermiş oldukları yanıtlarda kısıtlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda, şizofreni tanısı almış kişiler ile diğer psikopatolojik durumlara ilişkin tanısı bulunan ve kontrol grubundan

oluşan araştırma gruplarının dahil edilmesinin araştırma değişkenlerine ilişkin detaylı sonuçlar elde edebilme açısından önemli olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şizofreni tanısı alan hastaların aileleri ile yaşadıkları saptanmıştır. Yapılacak diğer çalışmalarda da aileden algılanan sosyal desteğin ve ebeveyn tutumlarının incelenmesinin özellikle bağlanma stilleri ve tedavi uyumuna ilişkin önemli bulgular sağlayabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ: Erlbaum

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-44.

Bo, S., Abu-Akel, A., Bertelsen, P., Kongerslev, M., & Haahr, U. H. (2013). Attachment, Mentalizing and Personality Pathology Severity in Premeditated and Impulsive Aggression in Schizophrenia. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(2), 126-138. doi: 10.1080/14999013.2013.787562

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. 3). Loss*, New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10

Bucci, S., Berry, K., Seymour-Hyde, A., & Harris, A. (2016). Client and Therapist Attachment Styles and Working Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 155-165. doi: 10.1002/cpp.1944

Cavelti, M., Homan, P., & Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 239, 92-98. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.070

Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew, & D. Perlman

(Eds.), *Attachment processes in adulthood*.(pp. 53-90). London, England: Jessica Kingsley Publishers.

Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 85-90. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.026

Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*(1), 47. doi: 10.1002/cpp.193

Dikeç, G. T., & Kutlu, Y. T. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 143.

Dilbaz, N. T., Karamustafaoğlu, O. T., Oral, T. T., Önder, E. T., & Çelin, M. T. (2006). Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(4), 223.

Frank A.F., Gunderson J.G. (1990) The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 47:228–236

Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships, Vol. 5: Attachment processes in adulthood* (pp.17-52). London: Jessica Kingsley.

Rasanen S, Nieminen P, Isohanni M. Gender differences in treatment and outcome in a therapeutic community ward, with special reference to schizophrenic patients. *Psychiatry* 1999; 62(3): 235-49.

Hafner H , an der Heiden W , Behrens S , Gattaz WF , Hambrecht M , Loffler W , et al . (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia .*Schizophr Bulletin* , **24** (1), 99 – 113 .

Harder, S. (2014). Attachment in schizophrenia - Implications for research, prevention, and treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1189-1193. doi: 10.1093/schbul/sbu133

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships.*Psychological Inquiry*, 5(1), 1-22

Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169-1176. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.016

Jung, E., Wiesjahn, M., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2015). Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 34-48. doi: 10.1111/bjc.12059

Kelleci, M. T., & Ata, E. T. (2011). Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105.

Koç A. (2006). Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi] Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209, 15-20. doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.009

Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 283-300.

Martin, D., George, S., Patrick, L., Deborah, B., Marco, A., Alessandra Solida, T., & Benjamin, B. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol 10 (2016). doi: 10.3389/fnhum.2016.00406/full10.3389/fnhum.2016.00406

Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15 (5), 371-389.

Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P.-M. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 49-54. doi: 10.3109/08039488.2011.598556

Mulligan, J., Haddock, G., Hartley, S., Davies, J., Sharp, T., Kelly, J., . . . Barrowclough, C. (2014). An exploration of the therapeutic alliance within a telephone-based cognitive behaviour therapy for individuals with experience of psychosis. *Psychology And Psychotherapy*, 87(4), 393-410. doi: 10.1111/papt.12018

Navia, C. E., & Arias, E. M. (2012). Therapist and client attachment and its relationship with therapeutic alliance. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.

Owens, K. A., Haddock, G., & Berry, K. (2012). The Role of the Therapeutic Alliance in the Regulation of Emotion in Psychosis: An Attachment Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1793

Özkan, B., Erdem, E., Demirel Özsoy, S., & Zararsız, G. (2013). Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve

ilaç uyumuna etkisi. *Anatolian Journal Of Psychiatry / Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-199. doi:10.5455/apd.35951

Rajkumar, R. P. (2014). Childhood attachment and schizophrenia: The “attachmentdevelopmental-cognitive” (ADC) hypothesis. *Medical Hypotheses*, 83, 276-281. doi: 10.1016/j.mehy.2014.05.017

Rieben, I., Huguelet, P., Mohr, S., Lopes, F., & Brandt, P. Y. (2014). Attachment and spiritual coping in patients with chronic schizophrenia. *Mental Health, Religion and Culture*, 17(8), 812-826. doi: 10.1080/13674676.2014.908045

Ringer, J. M., Buchanan, E. E., Olesek, K., & Lysaker, P. H. (2014). Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: Associations with self-esteem and hope. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*(2), 209. doi: 10.1111/papt.12012

Robinson D.G., Woerner M.G., Alvir J.M., Bilder R.M., Hinrichsen G.A., & Lieberman J.A (2002) Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Research*, 57:209–219

Rodrigues, A. (2010). *An Examination of Clients' Attachment Styles, Affect Regulation and Outcome in the Treatment of Depression*. [Master's Thesis], Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto.

Sheinbaum, T., Ballesepí, S., Mitjavila, M., Barrantes-Vidal, N., Bifulco, A., & Kwapil, T. R. (2015). Interview investigation of insecure attachment styles as mediators between poor childhood care and schizophrenia-spectrum phenomenology. *PLoS ONE*, 10(8). doi: 10.1371/journal.pone.0135150

Siefert, C. J., & Hilsenroth, M. J. (2015). Client Attachment Status and Changes in Therapeutic Alliance Early in Treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*(6), 677. doi: 10.1002/cpp.1927

Soygüt, G., (2004). Bir Düzeltici Bağlanma İlişkisi Olarak Psikoterapi: Psikoterapi Süreçlerinde Bağlanma ve Terapötik İttifak. *Psychotherapy as a Corrective Attachment Relationship: Attachment and Therapeutic Alliance in Psychotherapy Processes*, 7(13), 63.

Sümer, N. (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*,21(57), 1-22.

Sümer, N. ve Güngör, D. (1999a). Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14, 35-58.

Sümer, N. ve Güngör, D. (1999b). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14, 71-106

Swartz M.S., Swanson J.W., Wagner H.R, Burns B.J., & Hiday V.A (2001) Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 189:583–592

Van Putten T (1974). Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry*, 31:67–72

Yıldırım, A. T., & Ekinci, M. T. (2010). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının aillerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 195.

Yılmaz, S. T., & Buzlu, S. T. (2012). Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(2), 93.

EKLER

EK-1. Demografik Bilgi Formu

1-Yaşı:

1 () 18-25

2 () 25-35

3 () 35-45

4 () 45-55

5 () 55-60

2- Cinsiyeti:

1 () Kadın

2 () Erkek

3- Eğitim durumu:

1 () Hiç okula gitmemiş

2 () ilkokul mezunu

3 () Ortaokul mezunu

4 () Lise mezunu

5 () Yüksek okul mezunu

4- Medeni durumu:

1 () Evli

2 () Bekar

3 () Dul

4 () Boşanmış

5-kaç yıldır ilaç kullanıyor

- 1 () 1-3 yıl
- 2 () 3-5 yıl
- 3 () 5-10 yıl
- 4 () 10 yıl ve üzeri

6-Son 18 ayda madde kullanımı:

1 () Var

2 () Yok

7- Son 18 ayda alkol kullanımı:

1 () Var

2 () Yok

8- Yaşam şekli:

1 () Yalnız

2 () Aile

3 () Arkadaş

9- Son 18 ayda çalışma durumu:

1 () Çalışmıyor

2 () Aralıklarla çalışıyor

3 () Düzenli çalışıyor

10- Temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik:

1 () Var

2 () Yok

11- Sosyal güvencesi:

1 () Var

2 () Yok

12- Hastalık süresi:.....

13- Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

1 () Var 2 () Yok

14- Kullandığı İlaçlar:

15- İç görüsü:

1 () Var

2 () Yok

16- Suisid Girişimi

1 () Var

2 () Yok

17-Hastaneye yatış sayısı

1 () 1-3

2 () 3-5

3 () 5-10

4 () 10 ve üzeri

18-tıbbi rahatsızlığı var mı

1 () var

2 () yok

EK-2. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Ölçek maddeleri;

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinden değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----
-7

Beni hiç
Tamamıyla
Tanımlıyor Tanımlamıyor Beni kısmen
Tanımlıyor Beni

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.
4. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.
5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.
6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.
7. Yalnız kalmaktan korkarım.
8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.
9. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.
10. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.
11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.
12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.
13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.
14. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.
15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.
16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.
17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.

EK-3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

EK III

TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS)

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

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

EK-4. Görüşme Değerlendirme Formu (Danışan Formu)

Aşağıdaki her bir cümleyi okuduktan sonra, ifadelerle ilgili değerlendirmenizi sağdaki yedi kutucuktan birinin içine (x) işareti koyarak yapınız.

	Hiçbir zaman	Çok	Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
1. Danışmanım ve ben sorunlarımın düzelmesi için tedavide neler yapmam gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz.								
2. Tedavi sürecinde yaptıklarım, bana sorunumla ilgili yeni bir bakış açısı kazandırıyor.								
3. Danışmanımın bana yakın hissettiğine inanıyorum.								
4. Danışmanım tedavide neye ulaşmak istediğimi anlamıyor.								
5. Danışmanımın bana yardım edebileceğine inanıyorum.								
6. Danışmanım ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.								
7. Danışmanımın beni takdir ettiğini hissediyorum.								
8. Ne tür değişikliklerin benim yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık.								
9. Danışmanım ve ben birbirimize güveniyoruz.								
10. Danışmanım ve ben sorunlarımın neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz.								
11. Benim için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz.								
12. Sorunumu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum.								

EK-5. Özgeçmiş

Ferhat EKİNCİ

18.09.1985

Psikolog

Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi (Tez Dönemi)

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Psikoloji	Dicle Üniversitesi	2004-2008
Y. Lisans	Klinik Psikoloji	Haliç Üniversitesi	2015-
Doktora	-	-	-

Akademik Unvanlar -

Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri -

Yayımlar -

Projeler –

İş Deneyimleri

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, Psikolog (Aralık 2014-Halen)

Kızıltepe Devlet Hastanesi, Mardin, Psikolog (Aralık 2011-Aralık 2014)

Diyarbakır E Tipi Cezaevi, Psikolog (Kasım 2010 – Aralık 2011)

TOPLUM VE RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TEDAVİ
GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BAĞLANMA
STİLLERİNİN TERAPÖTİK İTTİFAK VE İLAÇ UYUMU İLE
İLİŞKİSİ

Yrd. Doç. Dr.
Necmiye Arslan
Aksoy
Dr. Öğr. Üyesi
Sönmez

ORJİNALLIK RAPORU

% 14	% 10	% 3	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	sizofrenifederasyonu.org İnternet Kaynağı	% 4
2	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 3
3	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	addicta.com.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	% 1
6	ERÖZKAN, Atılğan. "Lise Öğrencilerinde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Yordayıcıları", Selcuk University Social Sciences Institute Journal/13021796, 20081201 Yayın	% 1
7	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1

8	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<% 1
9	ALANTAR, Zeynep and MANER, Fulya. "Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları", Esform Ofset, 2008. Yayın	<% 1
10	DEMİRLİ, Yunus, AYYILDIZ, Yaşar and VURAL, Tarık. "VERGİ MÜKELLEFLERİNİN ÖDEMEDE UYGUNLUK KURALI NA İLİŞKİN ALGILARI: BOLU İLİ ALAN ARAŞTIRMASI", Erciyes Üniversitesi, 2015. Yayın	<% 1
11	www.globalpartner.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	Submitted to Mersin Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
13	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
14	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
15	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
16	www.dersindir.net İnternet Kaynağı	<% 1
17	www.emo.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1

ALINTILARI ÇIKART KAPAT
BİBLİYOGRAFYAYI KAPAT
ÇIKART

EŞLEŞMELERİ ÇIKAR KAPAT