

Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarında Bilişsel Davranışçı Terapi Hakkında Temel Bilgi Düzeyi ve Tutumun Araştırılması: Tanımlayıcı Bir Çalışma

Investigation of Basic Knowledge Level and Attitudes About Cognitive Behavioral Therapy in Patients and Their Relatives Admitted to the Psychiatry Outpatient Clinic: A Descriptive Study

Beyza Erdoğan Aktürk¹, Ayşe Erdoğan Kaya², Seda Türkili¹

¹Mersin Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çorum, Türkiye

Geliş Tarihi/Received: 25.09.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 04.10.2022

Yazışma Adresi/Address for

Correspondence:

Beyza ERDOĞAN AKTÜRK

Mersin Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, MERSİN

E-posta: beyzaerdogan128@gmail.com

Anahtar Sözcükler

Bilgi düzeyi

Bilişsel davranışçı terapi

Farmakoterapi

Tutum

Keywords

Attitude

Cognitive behavioral therapy

Level of knowledge

Pharmacotherapy

Orcid No



BEA¹ :0000-0002-5072-9241

AEK² :0000-0002-6780-9301

ST¹ :0000-0002-0079-060X

Öz

Amaç: Psikiyatri polikliniğimize başvuran hasta ve onların yakınlarında bilişsel davranışçı terapi ile ilgili temel bilgi düzeyleri ve tutumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine Ağustos 2021 - Kasım 2021 tarihleri arasında başvuran 110 hasta ve hasta yakınına 24 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %52,7'si kadın, %47,3'ü erkekti, yaş ortalaması 38,1 ± 14 idi. Katılımcıların % 48,2'si daha önce bilişsel davranışçı terapiyi hiç duymadığını bildirmişti. Bilişsel davranışçı terapi kullanım alanları hakkında katılımcıların çoğu (%65,5) depresyon yanıtını vermiştir. Katılımcıların %48,2'u bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin birlikte kullanımının daha etkili olduğunu, %62,7'si bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin birlikte kullanımının daha uzun etki süresi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %55,5'i ruhsal bir hastalık varlığında bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapinin her ikisini birden almayı tercih ettiğini bildirmiştir.

Sonuç: Hasta ve hasta yakınlarının bilişsel davranışçı terapi hakkında yeterli bilgi, farkındalık ve erişime sahip olmaması, tedavi seçenekleri arasında fırsat eşitliğinin sağlanmasını güçleştirmektedir. Çeşitli ruhsal bozukluklarda bilişsel davranışçı terapinin alternatif tedavi seçeneği olarak sağlanabilmesi hedefiyle, konuyla ilgili eğitimlerin ruh sağlığı çalışanlarına temel eğitim olarak sunulmasına, uygulama önündeki engeller ile mücadeleyle, sağlık çalışanlarının ve ilgili birimlerin toplumda bilişsel davranışçı terapi hakkında farkındalığı artırmaya yönelik bilgilendirici faaliyetlerinin artırılmasına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır.

Abstract

Objective: It was aimed to investigate the basic knowledge levels and attitudes of patients who applied to our psychiatry outpatient clinic and their relatives about cognitive behavioral therapy.

Material and method: A 24-question questionnaire was applied to 110 patients and their relatives who applied to a university hospital, department of psychiatry outpatient clinic, between August 2021 and November 2021.

Results: 52,7% of the participants were women, 47,3% were men, and the mean age was 38,1 ± 14 years. 48.2% of the participants had never heard of cognitive behavioral therapy before. Most of the participants (65.5%) gave the answer of depression about the areas of use of cognitive behavioral therapy. 48,2% of the participants stated that the combined use of cognitive behavioral therapy and drug therapy was more effective, and 62.7% stated that the combined use of cognitive behavioral therapy and drug therapy was associated with a longer duration of action. 55.5% of the participants reported that they prefer to receive both cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy in the presence of a mental illness.

Conclusion: The fact that patients and their relatives do not have sufficient knowledge, awareness and access to cognitive behavioral therapy makes it difficult to provide equal opportunities between treatment options. With the aim of providing cognitive behavioral therapy as an alternative treatment option in various mental disorders, it is understood that there is a need to provide training on the subject as basic training to mental health workers, to overcome the obstacles to implementation and to increase the informative activities of health workers and related units to raise awareness about cognitive behavioral therapy in society.

GİRİŞ

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) 1960'lı yılların başında Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş ve depresyon tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Temel davranışçı ve bilişsel prensiplerin bileşiminden doğan BDT; pek çok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde etkisi kanıtlanmış, yapılandırılmış, kısa süreli, bugüne odaklı bir psikoterapidir (1).

BDT'de terapist, olumsuz duygudurum ve davranışlara neden olan işlevsiz düşünceleri (ör: bazı otomatik düşünceler) çeşitli yollarla alternatif düşüncelere dönüştürerek, hastada duygusal ve davranışsal değişiklikler yapmayı hedefler (2). Seanslarda sorunlar formülasyonlarla incelenir, hastalar bilişsel terimlerle kavramsallaştırılır, düşüncelerin ve davranışların duyguları nasıl etkilediği incelenir (3). Terapist ve hasta seanslarda aktif rol alarak işbirliği kurar, terapide öncelikle günlük sorunlar incelenir, bu güne odaklıdır; bunun yanı sıra bireylere yaşamları boyunca karşılaştıkları sorunları çözmekte de kullanabilecekleri birtakım beceriler öğretilir, bir anlamda kişinin kendi kendinin terapisti olması hedeflenir (4). Bilişsel davranışçı terapisinin nihai hedefleri arasında sıkıntı yaratan belirtilerin azaltılması, işlevselliğin artırılması, kişinin refah düzeyi ve yaşam kalitesinin artırılması yer almaktadır (5).

Zaman içinde çeşitli araştırmacılar tarafından Beck'in geliştirdiği terapi temeli üzerinden tedavide çeşitli noktalara yaptıkları vurgularla birbirinden ayrılan pek çok BDT temelli terapi geliştirilmiştir (akılcı duygusal davranış terapisi, diyalitik davranış terapisi, problem çözme terapisi, kabul ve kararlılık terapisi, maruziyet terapisi gibi) (4) ve günümüzde artık BDT sıklıkla tüm bunları kapsayan şemsiye bir kavram olarak kullanılmaya başlanmıştır (2). Günümüzde BDT pek çok ruhsal bozukluğun tedavisinde, çeşitli kültürlere uyarlanmış olup, çocuk ve erişkin yaş gruplarında uygulayıcılar tarafından dünyada gittikçe artan sıklıkta kullanılmaktadır (6).

Ülkemizde kamu hastanelerindeki pek çok psikiyatri kliniğinde hasta yoğunluğu, uzmanlık eğitiminde psikoterapi eğitimlerindeki kısıtlılık ve neticede konuda yetkin uzman sayısının yetersizliği gibi nedenlerle, BDT uygulamaları sınırlı kalmaktadır. Aynı zamanda kanıta dayalı psikoterapilerin çeşitli ruhsal hastalıkların tedavisinde güçlü bir yeri olmasına rağmen toplum genelinde BDT ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalığın yetersiz oluşu göze çarpmaktadır. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran hasta ve onların yakınlarında BDT ile ilgili temel bilgi düzeyleri ve tutumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Ağustos 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında başvuran hasta ve hasta yakınlarından oluşan 110 katılımcıya, çalışmaya gönüllü katıldıklarına yönelik yazılı onam alındıktan sonra, sosyodemografik bilgiler, BDT hakkında temel bilgi ve tutumları içeren 24 soruluk bir anket uygulanmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı çalışmanın yürütüldüğü üniversite rektörlüğünün klinik araştırmalar ve etik kurulundan alınmıştır (18.05.2021 tarih ve 366 karar sayılı onayı ile). 18-75 yaş aralığında olan, okuma-yazma bilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcı-

lar çalışmaya dâhil edilmiştir. Okuma-yazma bilmeyenler, yeterli Türkçe dil bilgisi olmayanlar, akut duygudurum bozukluğu veya akut psikoz tablosu içinde olanlar, mental retardasyon veya demans tanısı bulunan hastalar ile gönüllü onam vermeyecek hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Halen veya geçmişte ruhsal hastalık tespiti için tüm hastalara bir psikiyatri uzmanı veya araştırma görevlisi tarafından DSM-V için yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, meslek, çalışma durumu gibi sosyodemografik bilgileri sorgulanmıştır. Ayrıca BDT ile ilgili temel bilgi düzeyi ve tutumları içerir bir dizi sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS (25.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler frekans tabloları, çapraz tablolar ve ki kare testleri kullanılarak yorumlanmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya uygunluk kriterlerini karşılayan toplam 110 hasta ve hasta yakını dâhil edilmiştir. Katılımcıların 58'i (%52,7)'si kadın, 52'si (%47,3) erkekti, yaş ortalaması $38,1 \pm 14$ 'tü. Katılımcıların 56'sının çalışmaya katıldığı esnada aktif ruhsal hastalığı vardı. Aktif ruhsal hastalığı olan 12 bireyin ayrıca tanı süreci devam etmekteydi veya tanısı belirtilmemişti. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilişkin bilgiler Tablo I'de özetlenmiştir.

Katılımcıların 51,8'i (n=57) daha önce BDT'yi duyduğunu belirtmişti ve katılımcılar BDT'yi nereden duyduklarına ilişkin soruya sırasıyla en çok; internet/sosyal medyadan (%26,3; n=15), TV kanalından (%24,6; n=14) ve sağlık çalışanından (%22,8; n=13) cevaplarını vermişti. Çalışmamızda da katılımcıların çoğunluğu (n=103; %93,6) daha önce BDT almamıştı ve yine büyük çoğunluğu (n=96; %87,3) BDT hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünüyordu.

Çalışmamızda, yeterlilik belgesiyle birlikte hangi mesleklerin BDT verebileceği sorusuna katılımcılar en sık; psikiyatr (%62,7), psikolog (%48,2) ve psikolojik danışman (%11,9) cevaplarını vermişti. Katılımcıların 18'i (%16,4) bu soruya hiç yanıt vermemişti. BDT hakkında genel bilgi düzeyi hakkındaki parametrelere ilişkin bilgilere Tablo II'de yer verilmiştir.

BDT ile en çok ilişkili terimlerden olan "otomatik düşünce", "alternatif düşünce" ve "maruziyet/yüzleşme" terimlerini katılımcılar sırasıyla şu sıklıkla BDT ile ilişkilendirmişti: %31,8; %50; %39,1. Katılımcıların %72,7'si (n=80) BDT seansları esnasında danışan ve terapistin karşılıklı rol aldığına katılıyordu. Çalışmamızda, katılımcıların 53'ü (%48,2) pek çok ruhsal hastalığın en etkili tedavisinin ilaç ve BDT'nin beraber kullanılması olduğunu düşünüyordu. %62,7 (n=69) katılımcı en uzun tedavi etkinliği süresinin BDT ve farmakoterapinin beraber kullanıldığında sağlanacağını düşünüyordu. Katılımcıların %55,5'i (n=61) ruhsal bir hastalık varlığında BDT ve farmakoterapinin her ikisini birden almayı tercih ettiğini belirtmişti. BDT hakkındaki tutumu ölçen parametreler Tablo III'te gösterilmiştir.

18-30 yaş grubunda, 31-49 yaş grubu ve 50 yaş üstü gruba göre BDT tedavisini duymuş olma oranı duymayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($x^2 = 6,316$; $p = 0,043$). Farklı yaş gruplarında BDT tedavisi almış olma, ruhsal hastalık varlığında tercih edilecek tedavi yöntemi, farmakoterapi ve BDT te-

Tablo I. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin dağılımı (n=110)

Yaş (y± SS)	38,1 ± 14
Cinsiyet (n, %)	
Kadın	58 (%52,7)
Erkek	52 (%42,3)
Medeni durum (n, %)	
Bekar	56 (%50,9)
Evli	54 (%49,1)
Eğitim Düzeyi (n, %)	
İlkokul	21 (%19,1)
Lise	35 (%31,8)
Lisans	45 (%40,9)
Lisansüstü	9 (%8,2)
Aktif çalışma durumu (n, %)	
Çalışmıyor	63 (%57,3)
Çalışıyor	47 (%42,7)
Alışkanlıklar (n, %)	
Sigara	38 (%34,6)
Alkol	15 (%13,6)
Madde	1 (% 0,01)
Aktif ruhsal hastalık varlığı (n, %)	
Evet	56 (%50,9)
Hayır	54 (%49,1)
Ailede ruhsal hastalık varlığı (n, %)	
Evet	35 (%31,8)
Hayır	75 (%68,2)
Aktif ruhsal hastalık (n, %)	
Anksiyete bozuklukları	12 (%21,4)
Bipolar bozukluk	11 (%19,6)
Depresif nöbet	10 (%17,9)
Psikotik bozukluklar	5 (%8,9)
Obsesif-kompulsif bozukluk	2 (%3,6)
Travma sonrası stres bozukluğu	1 (%1,8)
Kişilik bozukluğu	1 (%1,8)
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	1 (%1,8)
Somatizasyon bozukluğu	1 (%1,8)

n: Frekans, y: Ortalama yaş, SS: Standart sapma

davisinin karşılaştırılmaları yönünden anlamlı fark bulunmadı.

Hem kadın katılımcıların büyük bir kısmı (%90,2), hem de erkek katılımcıların büyük bir kısmı (%80,8) ruhsal bir hastalık varlığında sadece ilaç tedavisi yerine BDT veya ilaç ve BDT tedavisini birlikte tercih ettiklerini bildirmişlerdi. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre; ruhsal hastalık varlığında sadece BDT yerine, BDT ve farmakoterapi kombinasyonunu tercih etme sıklığı daha yüksekti; erkek katılımcıların ise yalnızca BDT'yi tercih etme sıklığı, kadınlara göre daha yüksekti (p=0,020). Cinsiyet faktörünün BDT'yi daha önceden duymuş olma, BDT almış olma, BDT ve farmakoterapinin etkinlik-süre yönlerinden karşılaştırılması alanlarında anlamlı farklılık göstermediği saptandı. Özgeçmişinde ruhsal hastalığı olanlar, olmayanlara göre her iki tedavi yönteminin birlikte kullanılma-

Tablo II. BDT hakkında genel bilgi düzeyi ile ilgili parametreler

Daha önce BDT'yi duymuş olma (n, %)	
Evet	57 (%51,8)
Hayır	53 (%48,2)
BDT'yi nereden duydukları (n, %)	
İnternet /sosyal medyadan	15 (%26,3)
TV kanalından	14 (%24,6)
Sağlık çalışanından	13 (%22,8)
Arkadaş veya aileden	9 (%15,8)
Diğer	6 (%10,5)
Daha önce BDT tedavisi almış olma (n, %)	
Evet	7 (%6,4)
Hayır	103 (%93,6)
BDT hakkında bilgi düzeyinin subjektif yorumu (n, %)	
Yeterli	14 (%12,7)
Yeterli değil	96 (%87,3)
Yeterlilik belgesiyle birlikte BDT'yi kimlerin uygulayabileceği (n, %)	
Psikiyatristler	69 (%62,7)
Psikologlar	53 (%48,2)
Psikolojik Danışman	13 (%11,9)
Pedagog	6 (%5,5)
Özel Eğitim Uzmanı	6 (%5,5)
Çocuk Gelişim Uzmanı	4 (%3,6)
Rehber Öğretmen	3 (%2,7)
BDT'nin hangi ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılabileceği (n, %)	
Depresif nöbetler	72 (%65,5)
Yaygın anksiyete bozukluğu	39 (%35,5)
Panik bozukluk	36 (%32,7)
Travma sonrası stres bozukluğu	36 (%32,7)
Kişilik bozuklukları	34 (%30,9)
Alkol ve madde kullanım bozuklukları	33 (%30)
Fobiler	30 (%27,3)
Obsesif-kompulsif bozukluk	27 (%24,5)
Bipolar bozukluk	24 (%21,8)
Psikotik bozukluklar	21 (%19,1)
Cinsel işlev bozuklukları	21 (%19,1)
Çift ve aile terapileri	18 (%16,4)
Yeme bozuklukları	16 (%14,5)
Somatizasyon bozuklukları	13 (%11,8)
Hipokondriazis	9 (%8,2)

n: Frekans, BDT: Bilişsel davranışçı terapi

sının daha yüksek oranda daha uzun etki süresiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (p=0,020). Ruhsal hastalık varlığında tercih edilecek tedavi yöntemini etkileyen parametrelerle ilgili bilgiler Tablo IV'te gösterilmiştir.

Eğitim düzeyi, medeni durum, meslek grubu, gelir düzeyi, sigara, alkol veya madde kullanımı değişkenleri, daha önceden BDT'yi duymuş olma, BDT almış olma, BDT hakkında bilgi

Tablo III. BDT hakkında tutumu ölçen parametreler

BDT ile ilişkili terimler (n, %)	
Otomatik düşünce	35 (%31,8)
Alternatif düşünce	55 (%50)
Maruziyet/yüzleşme	43 (%39,1)
BDT süresinde terapist ve hastanın rolü hakkındaki tutum (n, %)	
Terapistin aktif rol aldığını düşünenler	17 (%15,5)
Hastanın aktif rol aldığını düşünenler	13 (%11,8)
Her ikisinin de aktif rol aldığını düşünenler	80 (%72,7)
Ruhsal hastalık varlığında en etkili tedavi hakkındaki tutum (n, %)	
İlaç tedavisinin daha etkili olduğunu düşünenler	17 (%15,5)
BDT'nin daha etkili olduğunu düşünenler	40 (%36,4)
Her iki yöntemin birlikte kullanılmasının daha etkili olduğunu düşünenler	53 (%48,2)
Ruhsal hastalık varlığında en uzun etki süreli tedavi hakkındaki tutum (n, %)	
İlaç tedavisinin daha uzun etki süreli olduğunu düşünenler	11 (%10)
BDT'nin daha uzun etki süreli olduğunu düşünenler	30 (%27,3)
Her iki yöntemin birlikte kullanılmasının daha uzun etki süreli olduğunu düşünenler	69 (%62,7)
Ruhsal hastalık varlığında tedavi tercihi (n, %)	
İlaç tedavisini tercih edeceğini belirtenler	16 (%14,5)
BDT'yi tercih edeceğini belirtenler	34 (%30,9)
Her iki yöntemin birlikte kullanılmasını tercih edeceğini belirtenler	61 (%55,5)

BDT: Bilişsel davranışçı terapi

düzei, BDT-farmakoterapi etki gücü ve etki süreleri hakkındaki algılar ile; ruhsal hastalık varlığında tercih edilecek tedavi seçeneği arasında anlamlı farklılık oluşturacak ilişki saptanmadı. Aktif çalışan katılımcıların aktif çalışmayan katılımcılara göre tedavide yalnızca BDT'yi tercih etme sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Aktif hastalığı olanlarda yalnızca ilaç tedavisini tercih etme sıklığı ile BDT ve farmakoterapinin birlikte kullanılmasını tercih etme sıklığı, aktif hastalığı olmayanlara göre daha fazlaydı; aktif hastalığı olmayanlarda yalnızca BDT'yi tercih etme sıklığı, aktif hastalığı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$).

TARTIŞMA

İhtiyacı olan hasta popülasyonlarına BDT uygulamalarının uygun şekilde ulaştırılması yönündeki müdahale çalışmaları için, hastaların BDT hakkındaki bilgi düzeylerinin, tutumlarının, tercihlerinin ve inançlarının araştırılmasının oldukça önemli olduğu kanaatindeyiz. Araştırmamızda birincil hedef tanımlayıcı olarak bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların BDT hakkındaki temel bilgi düzeyi ve tutumlarının nasıl dağılım gösterdiğini araştırmak, ikincil olarak bu dağılımları etkileyen sosyodemografik ve klinik özellikleri incelemektir.

Her ne kadar bilişsel terapilerin son yıllarda daha yaygın kullanılmaya başlandığı bilinse de toplumlarda BDT hakkında genel bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Schofield ve arkadaşlarının ABD'de 2017'de yaptığı bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %25'i BDT'yi daha önce hiç duymadığını bildirmiştir (7). Bizim çalışmamızda neredeyse katılımcıların yarısının (%48,2) daha önce BDT'yi hiç

Tablo IV. Ruhsal bir hastalık varlığında tedavi tercihi

		Yalnızca FT	Yalnızca BDT	FT + BDT	χ^2	df	p
Yaş grupları	18-30 yaş	3 (%9,1)	10 (%30,3)	20 (%60,6)	2,623	4	0,632
	31-50 yaş	6 (%16,7)	14 (%38,9)	16 (%44,4)			
	>50 yaş	4 (%18,2)	6 (%27,3)	12 (%54,5)			
Cinsiyet	Kadın	5 (%9,8)	11 (%21,6)	35 (%68,6)	7,867	2	0,020
	Erkek	9 (%19,1)	19 (%40,4)	19 (%40,4)			
Eğitim düzeyi	İlkokul ve ortaokul	2 (%12,5)	2 (12,5)	12 (%75)	3,943	4	0,420
	Lise	4 (%12,9)	10 (%32,3)	17 (%54,8)			
	Üniversite ve üstü	8 (%16)	18(% 36)	24 (%48)			
Medeni durum	Bekar	6 (%12,2)	15 (%30,6)	28 (%57,1)	0,360	2	0,835
	Evli	8 (%16,3)	15 (%30,6)	26 (%53,1)			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	11 (%19,6)	8 (%14,3)	37 (%66,1)	17,525	2	<0,001
	Çalışıyor	3 (%7,3)	22 (%53,7)	16 (%39)			
Aktif ruhsal hastalık varlığı	Yok	2 (%5)	21 (%52,5)	17 (%42,5)	16,927	2	<0,001
	Var	12 (%22,2)	8 (%14,8)	34 (%63)			
Geçmişte ruhsal hastalık varlığı	Yok	7 (%10,9)	25 (%39,1)	32 (%50)	5,364	2	0,068
	Var	6 (%19,4)	5 (%16,1)	20 (%64,5)			

χ^2 : Ki-kare testi, $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BDT: Bilişsel davranışçı terapi

FT: farmakoterapi

duymadığı gözlenmiştir. Schofield ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada, anksiyete bozukluğu hastalarının çoğunun BDT hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu, bu konuda BDT'nin neden olduğu nörobiyolojik değişiklikleri içerir bilgilendirici bir internet sitesinin bu hasta popülasyonunda BDT ile ilgili bilgi ve tutumda olumlu değişime neden olduğunu gözlenmiştir (7). BDT hakkında bilgilendirme yaparken hedeflenen değişikliklerin neler olacağı, bunların hangi adımlarla yapılacağı ve değişimin hangi psikolojik ve nörolojik mekanizmalarla sağlanacağı konularında ayrıntılı bilgilendirmelerin toplumun BDT konusunda tutumunu olumlu yönde etkileyeceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur (8, 9). Ülkemizde gerek ruh sağlığı asistanlık sürecinde terapi eğitimleri ile ilgili kısıtlılıklar, gerekse klinik pratikte karşılaşılan hasta yoğunluğu ve uygun koşulların sağlanamaması gibi nedenler BDT uygulamalarını bir tedavi seçeneği olarak hastalarımıza sunmamıza ve bu konuda yaygın bilgilendirici faaliyetler yapmamıza engel olmaktadır. Ülkemizde psikiyatristler ve psikiyatri asistanlarında bilişsel-davranışçı terapi uygulamaları hakkında yanlış bilinen konular üzerine yapılmış bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun kendi kurumlarındaki psikiyatri eğitim programlarında BDT eğitimi alamadıklarını veya aldıkları eğitimin yeterli olmadığını bildirdikleri saptanmıştır (10). BDT'nin ülkemizde genel sağlık sigortası kapsamında olmayışı ve maliyetinin yüksek oluşu, terapinin yaygın kullanımını kısıtlayan bir başka nedendir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların çok büyük çoğunluğu (%93,6) daha önce BDT almamıştı ve yine büyük çoğunluğu BDT hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünüyordu.

Çalışmamızda eğitim ve gelir düzeyine göre BDT'yi daha önceden duymuş olma veya BDT alma sıklıklarında anlamlı bir dağılım farkı gözlenmemiştir. Bu durum genel popülasyonda BDT hakkındaki bilgi düzeyinin ve BDT'ye ulaşılabilirliğin eğitim düzeyi ve finansal faktörlerin ötesinde, genel popülasyonda bu konuda yeterli bilgilendirmenin olmadığını düşündürmektedir.

Daha önce BDT'yi duyan katılımcıların çoğu internet ve sosyal medya ile TV kanalı vasıtasıyla bilgi sahibi olmuştu. Günümüzde sosyal medya ve TV kanalları tıbbi konularda halkı bilgilendirmek için oldukça önemli araçlar haline gelmiştir. Konuyla ilgili farkındalığı artıracak programların daha çok planlanması BDT hakkında toplum farkındalığını artırabilir. BDT'yi duyan katılımcıların yaklaşık %23'ü bunu bir sağlık çalışanından duymuştu. Sadece ruh sağlığı alanında çalışanların ötesinde diğer alanlarda çalışan sağlık personelinin de BDT ile ilgili bilgi düzeyini artırıcı ve bunu gerekli durumlarda hasta ve yakınlarına önerebilmelerini teşvik edici faaliyetlerin planlanması önemlidir. Ayrıca telepsikiyatri ve akıllı telefon uygulamalarının yaygınlaştığı günümüzde BDT temelli alternatif ruh sağlığı müdahalelerinin kullanımı mümkün olmaktadır. Bilgisayar temelli BDT uygulamaları (computerised cognitive behavioural treatment (cCBT)) hakkında Avustralya'da ruh sağlığı çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışma; bilgilendirici kısa ve basit bir sunumun bu uygulamanın kullanımı ile ilgili klinisyenlerde olumlu tutum geliştirmeye katkısı olduğunu ortaya koymuştur (11).

Ülkemizde BDT uygulamaları psikiyatristler, psikologlar, psikolojik danışmanlar başta olmak üzere ruh sağlığı ile ilgili farklı meslek dallarından uygulayıcılar tarafından

yapılmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcılar yaklaşık %63 sıklıkta BDT'nin psikiyatristler tarafından uygulanabildiğini belirtmiş, azalan sıklıkta diğer meslek gruplarının BDT yapabileceğini belirtmiştir. Pek çok katılımcı yeterlilik almış olan psikiyatri hemşireleri, rehber öğretmenler pedagoglar, özel eğitim uzmanları ve sosyologların BDT yapabileceğini bilmekteydi. Katılımcıların önemli bir yüzdesi (%16) bu soru hakkında görüş bildirmemiştir. Bu bulgu, hasta ve hasta yakınlarının BDT hizmeti alabileceği çeşitli meslek grupları hakkında farkındalık yetersizliği olduğunu göstergesidir. Çeşitli gruplarının ruhsal alanda hizmet verebileceği konusunda halkı bilgilendirici faaliyetlerin gerekli olduğu göze çarpmaktadır.

Kuckertz ve arkadaşlarının 2019'da ABD'de yaptığı bir çalışmada da katılımcıların çoğunun tedavide BDT ve farmakoterapi kombinasyonunu tercih ettiği gözlenmiştir (12). Bizim çalışmamızda katılımcıların çoğu (%55,5) ruhsal bir hastalık varlığında BDT ve farmakoterapiyi birlikte almayı tercih ettiğini bildirmiştir.

Ruhsal bir hastalık varlığında tercih edilecek tedavi yöntemini yordayan faktörler incelendiğinde her ne kadar anlamlı düzeyde fark olmasa da daha düşük yaş ortalamasına sahip gurubun daha yüksek oranda BDT'yi tedavi seçenekleri arasında tercih ettiği gözlenmiştir. Yaş ortalaması arttıkça BDT seçeneğini tercih etme sıklığının azaldığı gözlemlendi. BDT'nin özellikle son yıllarda daha fazla duyulduğu ve daha yaygın kullanılmaya başlandığı düşünülecek olursa bu bulgu beklenen bir durumdur.

Aktif olarak çalışmakta olan katılımcıların tedavide yalnızca BDT tercihinin, sadece farmakoterapi veya farmakoterapi ve BDT kombinasyonuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aktif çalışıyor olmanın sağladığı finansal getiri günümüzde çoğu yerde maliyetli olan BDT'ye ulaşma konusunda kolaylık sağlıyor olabilir. Ayrıca aktif çalışmakta olan grubun sık görülen ilaç yan etkilerinden (ör; sedasyon) kaçınmak için sadece ilaç tedavisi ya da BDT ve ilaç tedavisi kombinasyonunu sıklıkla tercih etmemiş olabileceği düşünüldü. Aktif çalışıyor olma durumunda ortaya çıkan tedavi tercihlerinin aksine gelir düzeyine göre ayrılan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda aktif veya geçmişte ruhsal hastalığı olmayanların, olanlara göre olası ruhsal hastalık varlığında tedavi seçenekleri arasında sadece ilaç tedavisi yerine sadece BDT veya BDT ve ilaç kombinasyonu seçeneklerini daha yüksek sıklıkta tercih ettiği gözlenmiştir. Anksiyete bozukluğu hastalarında yapılan bir başka çalışmada anksiyete şiddeti arttıkça, BDT hakkında bilgilendirmenin sağladığı tedavi tutumu ve bilgi düzeyindeki ilerleme seviyesinin azaldığı gözlenmiştir (7). Bizim çalışmamızda da aktif veya geçmişte ruhsal hastalığa sahip olanlarda hastalığın bir belirtisi olarak veya muhtemelen olumsuz sonuçlarına bağlı gelişen karamsarlık, tedaviye BDT seçeneğinin eklenmesinin daha olumlu sonuçlarla ilişkileneceği yönündeki tutumların önüne geçmesi olabilir. Bu da çeşitli ruhsal bozukluklardan mustarip hastalarda en etkili tedavi arayışının isabetini azaltıyor olabilir. Çalışmamızda daha önce BDT almış olan az sayıdaki katılımcının hiçbiri, ruhsal hastalık varlığında sadece ilaç tedavisi almayı tercih etmemiştir.

Başlangıçta depresyon tedavisine yönelik olarak geliştirilen BDT'nin 1980'li yıllarda yaygın anksiyete bozukluğu, sos-

yal fobi, panik bozukluk, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi pek çok hastalığa yönelik geliştirilerek etkili kullanılabildiği gözlenmiştir (13, 14). Bunlar dışında, bilişsel davranışçı terapilerin bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, obezite, öfke kontrol sorunları, bedensel belirti bozuklukları, yeme bozuklukları, insomnia, çeşitli suç davranışları, kronik ağrı ve yorgunluk gibi durumlarda da kullanılabilen etkin bir yöntem olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (14-19). Bizim çalışmamızda çoğu katılımcı (yaklaşık %65 sıklıkta) BDT'nin depresyon tedavisinde kullanılabildiği, azalan sıklıklarda diğer ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılabildiği yönünde görüş bildirmiştir. Katılımcıların önemli bir yüzdesinin (%19) bu konuyla ilgili hiç görüş belirtmemesi, BDT'nin uygulanabildiği alanlardaki farkındalığın yetersiz olduğunu gösteren bir diğer bulgudur.

Bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının en sade çerçevesine baktığımızda; olaylar karşısında aklımıza kendiliğinden gelen, sıklıkla farkında olmadığımız ancak duygu ve davranışlarımızı belirleyen "otomatik düşünceler"; bu otomatik düşüncelerdeki hatalar ve çarpıtmaların belirlenip yerine "alternatif düşünceler" in konması ile bir takım kaygı verici durumlardan kaçınmak veya işlevsel olmayan davranışlar sergilemek yerine bu durumlara "maruziyet/yüzleşme" uygulamalarını temel aldığını görmekteyiz (20).

Bu bağlamda, bizim çalışmamızda katılımcıların çoğunun bu terimleri BDT ile ilişkilendirme konusunda yetersiz kaldığı gözlenmiştir. Amerika'da bine yakın katılımcı ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde, katılımcıların yarısından fazlasının, kaygı ve travma ile ilgili bozuklukları tedavi etmeye yönelik olarak "exposure" (maruz kalma) terapisini daha önce duymadıkları saptanmıştır (8).

Bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında zaman zaman çeşitli farmakolojik ajanların da tedaviye dahil edildiğini bilmekteyiz. Çeşitli ruhsal bozukluklarda sadece ilaç, sadece BDT veya ilaç ve BDT'nin birlikte kullanımının etkinliklerini karşılaştıran çalışmalar vardır (21). Hangi yöntemin uygulanacağı ile ilgili karar psikopatolojinin şiddeti, danışanın tercihi, terapiye erişebilirlik, çeşitli diğer ruhsal ve tıbbi durumlar gibi etkenler göz önünde bulundurularak verilir.

Çalışmamızda katılımcı sayısının düşük olması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir. Buna rağmen bu çalışma bildiğimiz kadarıyla BDT ile ilgili genel bilgi düzeyi ve tutumu ölçen ülkemizdeki ilk çalışmalardan biri olup daha geniş örneklem sayısı ve daha homojen gruplarda yapılacak sonraki çalışmalara fikir verebilmesi ve yapılacak müdahaleler için ön açıcı olması yönüyle önemlidir. Bir diğer kısıtlılık; bir ön çalışma olarak tasarlanan araştırmamızda herhangi bir ölçek kullanılmamasıdır. Gelecekte bu çalışmanın devamı niteliğinde tasarlayacağımız geniş kapsamlı araştırmalarda daha objektif verilerin elde edileceğine inandığımız geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış çeşitli ölçeklerin kullanılması planlanmaktadır (terapi hakkında düşünceler, terapi beklentileri ve terapi motivasyonu gibi). Ayrıca çalışmamızda tanı grupları ayrı ayrı ele alınmamıştır. Gelecekte tanıların ayrı ayrı ele alındığı kapsamlı araştırmalar planlanmaktadır. Böylece hangi tanı grubunun BDT hakkında daha fazla veya daha az bilgi sahibi olduğu, BDT'nin etkinliği ile ilgili tutumun çeşitli tanı gruplarında nasıl seyrettiği, bu bağlamda farklı tanı gruplarında BDT ile ilgili

farkındalığın ve psikoeğitimin ne yönde olması gerektiği ve ne kadar elzem olduğunu daha isabetli saptanması hedeflenmektedir. Katılımcı sayısının az olması nedeniyle tüm katılımcılar birlikte değerlendirilmiş, hasta ve hasta yakınları ayrı ele alınmamıştır. Hasta ve yakınlarında, BDT ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumun ayrı ayrı incelenmesi, psikoterapi süreciyle ilgili hangi grubun ne yönde bilgi ihtiyacı olduğunu belirlenmesi, tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının doğru yönlendirilmesi için oldukça önemlidir. Bu nedenle gelecekte daha kapsamlı yürütülecek çalışmalarda hasta ve hasta yakınlarının ayrı ayrı ele alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Pek çok ruhsal bozukluk için etkinlik kanıt düzeyi yüksek olan BDT tedavi seçeneği hakkında psikiyatri hastalarının ve genel toplumun bilgi düzeyinin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Buna rağmen bu çalışmadaki katılımcıların çoğu BDT ve farmakoterapinin birlikte kullanıldığında daha etkili ve daha uzun süreli bir iyileşme sağlayacağını düşünmüş, ruhsal bozukluk durumunda her iki tedavinin birden kullanılmasını tercih edeceğini belirtmiştir. Hastaların tedavi seçenekleri arasında fırsat eşitliğinin sağlanması açısından, konuyla ilgili eğitimlerin ruh sağlığı çalışanlarına temel eğitim olarak sunulması, uygulama önündeki engeller ile mücadelede, sağlık çalışanlarının ve ilgili birimlerin, toplumda BDT hakkında farkındalığı artırmaya yönelik bilgilendirici faaliyetlerinin artırılmasına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır.

Yazarlık katkısı: Fikir/Hipotez:BEA,ST. Tasarım: BEA,ST. Veri toplama/Veri işleme: BEA. Veri analizi: AEK. Makalenin hazırlanması: ST. Makalenin kontrolü: ST.

Etik Kurul Onayı: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı 18.05.2021 tarih ve 366 karar sayılı onayı . Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

Hasta Onayı: Hastaların tümünden çalışmaya katılmaları için onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: İlgili alan editörü tarafından atanan iki farklı kurumda çalışan bağımsız hakemler tarafından değerlendirilmiştir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek alınmadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Özdel K. Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler : Teori ve Uygulama. Türkiye Klin J Psychiatry-Special Top. 2015:10-20.
2. Hofmann SG, Asmundson, G. J., & Beck, A. T. T. The science of cognitive therapy. Behavior Therapy. 2013;44:199-212.
3. Akar H. Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1992;5:37-40.
4. Judith S. Beck TGP. Bilissel Davranisci Terapi: Temelleri ve Otesi. Şahin M, editor: Nobel Akademik Yayıncılık;

2014.

5. Kazantzis N, Luong HK, Usatoff AS, Impala T, Yew RY, Hofmann SG. The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2018;42:349-57.

6. M. Hakan Türkçapar MZS, A. Akdemir. Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Terapiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1995;2:93-100.

7. Schofield CA, Weis H, Ponzini G, McHugh RK. Improving perceptions of cognitive-behavioral therapy with brief website exposure: Does neuroscientific allure impact attitudes? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2017;57:53-61.

8. Arch JJ, Twohig MP, Deacon BJ, Landy LN, Bluett EJ. The credibility of exposure therapy: Does the theoretical rationale matter? *Behaviour Research and Therapy*. 2015;72:81-92.

9. Feeny NC, Zoellner LA, Kahana SY. Providing a treatment rationale for PTSD: Does what we say matter? *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47:752-60.

10. Ertekin E, Ergun BM, Sungur MZ. Psikiyatristler ve psikiyatri asistanlarında bilişsel-davranışçı terapi hakkında mitler ve yanlış bilinenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16(1).

11. Donovan CL, Poole C, Boyes N, Redgate J, March S. Australian mental health worker attitudes towards cCBT: What is the role of knowledge? Are there differences? Can we change them? *Internet Interventions*. 2015;2:372-81.

12. Kuckertz JM, Silverman AL, Bullis JR, Björgvinsson T, Beard C. Awareness of and attitudes toward CBT, DBT, and ACT in an acute psychiatric sample. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;76:749-68.

13. M. Hakan Türkçapar AES. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012.

14. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36:427-40.

15. Cakir S, Ozerdem A. [Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010;21:143-54.

16. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res*. 2001;48:335-42.

17. Rohsenow DJ, editor *Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders* 2016.

18. Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur M. Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2016;8:133.

19. van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Medicine Reviews*. 2019;48:101208.

20. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(4):597-609.

21. Babak Roshanaei-Moghaddam MCP, David C. Atkins, Scott A. Baldwin,, Murray B. Stein PR-B. Relative effects of cbt

and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and cbt somewhat better for anxiety? *Depression and Anxiety*. 2011;28:560-7.