



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE VE
SAĞLIKLI BİREYLERDE ÜST BİLİŞ DÜZEYLERİNİN, FARKINDALIK
VE PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

**Mehtap ÇAKIR
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Doç.Dr. Cumhur Taş
İstanbul, 2018**

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE VE
SAĞLIKLI BİREYLERDE ÜST BİLİŞ DÜZEYLERİNİN, FARKINDALIK
VE PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Mehtap ÇAKIR

164102203

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Doç.Dr. Cumhur Taş

İstanbul, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Sosyal Bilimler ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102203
Öğrenci Adı Soyadı	: MEHMET ÇAKIR
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Cumhur Taş
Tezin Başlığı	: Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde ve Sağlıklı Bireylerde İst. Biliş Ölçeklerinin Farklılık ve Problem Çözme Becerisi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Toplantı Tarihi	: 16.7.2013	Saati	: 16:00
-----------------	-------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya	: ☒ Geldi
-------------------	---

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltmiştir.

☒ Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,
☐ Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)
☐ Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE
☐ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU

İle karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi ☐ Değişti
-------------------------	--

Tezin Yeni Başlığı	: ☒ Değişmedi
--------------------	---

Öğrenci Savunmaya	: ☐ Gelmedi
-------------------	------------------------------------

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

☐ **OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Doç. Dr. Cumhur Taş	
Danışman Üye	Doç. Dr. Cumhur Taş	
Üye	Doç. Dr. Boris Metin	
Üye	Doç. Dr. Korkut Uluç	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : / / 20

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak savunmuş olduğum “OKB tanısı almış bireylerde ve Sağlık Kontrol Grubunda metabiliz düzeylerinin, farkındalık ve problem çözme becerisi üzerindeki etkisinin incelenmesi” isimli araştırmanın tarafımdan bilimsel ahlak, geleneklere uygun bir şekilde yazıldığı ve faydalandığım yapıtların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu şerefimle doğrularım.

Mehtap Çakır

ÖNSÖZ

Öncelikle tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, pozitif enerjisiyle beni destekleyen ve çalışmada daha fazla hız kazanmamı sağlayan çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Cumhuri TAŞ'a

Çalışmanın hazırlık kısmında kıymetli yardımlarını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan ve Sayın Uzm. Psk. Ahmet Cengiz Demirsoy'a

Çalışmam boyunca beni destekleyen ve cesaretlendiren, her daim maddi manevi yanımda olan canım babam İsmail Çakır' a ve canım annem Melek Çakır'a ve kardeşlerim Mert Çakır'a, Meltem Çakır'a

Tezin başından beri her daim yanımda olan, destek veren ve motive olmamı sağlayan tüm sevdiklerime sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

OKB'li bireyler ile herhangi bir psikiyatrik tanı almamış bireylerin üst biliş düzeylerinin birbirinden farklı olduğu bilinmektedir. Buna bağlı olarak, üst biliş süreçlerinin, farkındalık ve kişilerarası problem çözme becerilerinin üzerinde de etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada da OKB tanısı almış bireylerde ve Sağlık Kontrol Grubu'nda üst biliş düzeylerinin, farkındalık ve problem çözme becerisi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada, NP feneryolu polikliniğinde 18-40 yaş arası DSM-V e göre OKB tanısı almış 30 bireyle ve rastgele seçilmiş olan 30 kontrol grubuyla çalışılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması amacıyla katılımcılara, Sosyodemografik Veri Formu, sadece OKB tanısı almış bireyler için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y- BOCS), Meta biliş Ölçeği (MCQ-30), Bilinçli Farkındalık Ölçeği(BİFÖ) ve Kişilerarası Problem Çözme Envanteri(KPÇE) uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS(Statistical Package for Social Sciences) 20 paket programı ile yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre, Deney ve kontrol grupları arasında yapılan ortalama karşılaştırmalarında tüm KPÇE, KPÇE altındaki “Probleme olumsuz yaklaşma”, “Kendine güvensizlik”, tüm MCQ-30, MCQ-30 altındaki “Bilişsel Farkındalık”, “ Kontrol edilemezlik ve Tehlike” ve “Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı” alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu($p<0,05$) tespit edilmiştir. Ayrıca, OKB tanısı bulunan kişilerin sağlıklı kişilere göre daha çok skor topladığı görülmüştür. Bu durum karşısında, OKB tanılı bireylerin bu iki ölçekteki skorlarının, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azaldığı ya da arttığı tespit edilmiştir. Bu ikili haricinde ki ikili ölçek karşılaştırmalarında ölçekler arası anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. ($p>0,05$).

Anahtar kelimeler: OKB, Üst biliş, Problem çözme, farkındalık

ABSTRACT

It is known that individuals with obsessive compulsive disorder (OCD) and individuals without any diagnosis have different metacognitive levels. Consequently, It is believed that metacognitive processes have an influence on awareness and problem solving skills. In this research, it is intended that metacognitive processes have an influence on awareness and problem solving skills in individuals with obsessive compulsive disorder and individuals without any diagnosis. In this research, This study has been carried out 30 individuals with diagnosis OCD according to DSM-V between the ages 18-40 in NP Feneryolu Polyclinic and 30 control groups which is randomly selected. In order to collect research data, Sociodemographic Form, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) for individuals with OCD, Consious Awareness Scale(CAS), Metacognitive Questionnaire-30 (MCQ-30) and Interpersonal Problem Solving Ability Inventory(IPSAI) are implemented. The analysis of the data collected in the research is made through SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) with 20 package programs. The findings of research study show that there is statistically significant difference between experimentel groups and control groups on all IPSAI- subscales of IPSAI negative approaches to problems, lack of self-confidence and all MCQ-30- subscales of MCQ-30 cognitive awareness, uncontrollable and dangerous, need to control thought. Also, it show that people with OCD score up much more than individuals without any diagnosis. Under these circumstances, it have been detected that the scores of individuals with OCD on these binary scales increase or decrease relatively in paralel. Apart from these two scales, it hasn't been found any correlations on other binary scales between groups.

Keywords: OCD, Interpersonal problem solving skillls, consious awareness, metacognition

KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

KPÇE: Kişilerarası Problem Çözme Beceri Envanteri

MCQ- 30: Üst biliş Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

ECA: Epidemiological Catchment Area

TS: Tourette Sendromu

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MAOI: Monoaminooksidan İnhibitörleri

TDK: Türk Dil Kurumu

Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ARK: Arkadaşları

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 6.1: Katılımcılara Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Tablosu.....	45
Tablo 6.2: Toplam Skorlara Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Tablosu.....	47
Tablo 6.3: Deney Grubunun Skorlarına Ait Normal Dağılım Tablosu.....	48
Tablo 6.4: Kontrol Grubunun Skorlarına Ait Normal Dağılım Tablosu.....	48
Tablo 6.5: Deney ve Kontrol Grubu Arasında Ortalama Skor Karşılaştırma Tablosu.....	49
Tablo 6.6: Deney Grubunun Ölçek Skorlarına Ait Korelasyon Matrisi.....	53
Tablo 6.7: Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarına Ait Korelasyon Matrisi.....	56

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Problem Çözmede CRESST Modeli	20
--	----



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK.....	3
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tarihçe.....	3
1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı.....	4
1.3. Epidemiyolojisi.....	6
1.4. Etiyoloji	8
1.4.1. Biyolojik Etkenler	8
1.4.2. Psikososyal Etkenler	9
1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kuramlar	9
1.5.1. Psikoanalitik Kuram	9
1.5.2. Bilişsel Davranışçı Kuram	11
1.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Tedavi.....	13
1.6.1. Farmakoterapi	13
1.6.2. Psikoterapi.....	13
BÖLÜM 2: ÜST BİLİŞ.....	14
2.2 Üst bilişin Tanımı	14
2.1.1. Üst biliş Boyutları.....	15
2.2. Üst biliş Gelişimi	16
2.2.1. Bilişsel Gelişim	16
2.2.2. Eğitim.....	16
2.2.3. Psikolojik Bozukluklar (Patolojik ve klinik alanlar)	17
2.3. ÜST BİLİŞ VE FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİ	18
2.4. Üst biliş ve Kişilerarası Problem Çözme Becerisi arasındaki İlişki.....	18
2.5. Üst biliş Obsesif- Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki.....	20

BÖLÜM 3: BİLİNÇLİ FARKINDALIK	22
3.1. Bilinçli Farkındalık Tarihçesi.....	22
3.2. Bilinçli Farkındalık Tanımı	22
3.3. Bilinçli Farkındalık ve Meditasyon	24
3.4. Bilinçli Farkındalık Becerileri.....	25
3.4.1. Yargısızlık	25
3.4.2. Şuana Odaklanmak.....	26
3.4.3. Mesafe Belirtme	26
3.4.4. Serbest Bırakma.....	27
3.4.5. Kabullenme.....	27
3.5. Bilinçli Farkındalığın Kuramları	28
3.5.1. Psikedinamik Psikoterapi.....	28
3.5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	28
3.5.3. Gestalt Terapi	29
3.5.4. Varoluşçu Psikoterapi	29
3.5.5. İnsancıl Psikoterapi.....	30
3.6. Farkındalık Temelli Terapiler	30
3.6.1. Üst biliş	30
3.6.2. Duygu Düzenleme	31
3.6.3. Dikkat Düzenleme	32
3.6.4. Maruz Bırakma	32
BÖLÜM 4: Kişilerarası Problem Çözme.....	33
4.1. Kişilerarası Problem Çözme	33
4.2. Problem Çözme ve Problem Çözme Becerisi.....	35
4.3. Kişilerarası İlişkiler Kuramı.....	38
4.3.1. Psikoanalitik Kuram	38
4.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram	39
BÖLÜM 5: YÖNTEM	40
5.1. Araştırmanın Modeli.....	40
5.2. Popülasyon ve Örneklem.....	40
5.3. Veri Toplama Araçları	40
5.3.1. Kişisel Genel Bilgi Formu	40
5.3.2. Meta biliş Ölçeği (MCQ-30)	41
5.3.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)	42

5.3.4. Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE)	42
5.3.5 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)	42
5.4.İŞLEM	43
BÖLÜM 6: BULGULAR	45
6.1.TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	45
6.2.Analizler	48
6.3. İki Grup Arasında Ortalama Skor Karşılaştırmaları	49
6.4. Ölçekler Arası Korelasyon Analizleri	52
6.5. Kontrol Grubunun Ana Ölçek ve Alt Ölçek Skorları Arasında Korelasyon Analizleri	55
6.6. BULGULAR	59
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	61
7.1. Sınırlılıklar	78
7.2. Öneriler.....	79
KAYNAKÇA	80
EKLER	86
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	86
Ek-2:Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	87
EK-3 MCQ-30	98
EK-4 BiFÖ Ölçeği	100
EK-5 Kişilerarası Problem Çözme Envanteri	101
ÖZGEÇMİŞ.....	106

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), içinde obsesyonları ya da kompulsiyonları barındıran psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Obsesyon ya da saplantı bireyin bilinçaltına istem dışı giren; kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği yineleyici ve sıkıntı yaratan düşünce, dürtü ya da imajlardır. Kompulsiyon ise, çoğunlukla obsesif düşüncelerin neden olduğu sıkıntıyı azaltmak ve önlemek ya da bu düşünceleri zihinden uzaklaştırmak için yapılan yineleyen motor ve zihinsel eylemlerdir.

Üst biliş, bireyin, sahip olduğu düşünce süreçlerini fark edip bu süreçleri kontrol edebiliyor olmasıdır. Psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili üst bilişsel modelleri araştıran çalışmaların sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır. Üst bilişsel modelin önemli özelliklerinden biri, obsesif kompulsif semptomların benlik ya da dünya ile alakalı girici düşüncelerin ve inançların içeriğinden bağımsız olacak bir şekilde, düşüncelerin şiddeti ve önemi ve onlara ne tür cevap verilmesi ile alakalı belirli bir üst bilişler grubu tarafından meydana geldiğini savunmasıdır. Örneğin; OKB'nin üst bilişsel modelinde, bireyler kafasındaki bazı düşüncelerin etkilerine ve önemine ilişkin olumsuz inanışlara sahiptirler. Örneğin; 'aklımdan çocuğuma zarar vereceğim düşüncesi geçiyor ise bu çocuğuma zarar vereceğim anlamına gelir' şeklindedir. Uygun olmayan bu üst bilişler kişiyi kontrol etmeye yönelik tekrarlayıcı davranışlara götürebilir. Örneğin; 'eğer bu eylemi sergilemezsem, aklımdan geçen bu kötü şey gerçekleşecek'. Yapılan bir çok araştırmaya göre, üst bilişsel süreçlerin ve inanışların, obsesif kompulsif semptomlarının etkili yordayıcıları olduğunu savunmakta; ayrıca, üst bilişsel süreçlerin ve inanışların obsesif kompulsif bozuklukları tanımlamadaki önemini ifade etmektedir.

Üst biliş diğer taraftan, problem çözme becerilerinde de etkili olan faktörlerden biridir. Üst biliş bireye, çözülmesi gereken sorunu fark etmesini ve sorunun tam olarak ne olduğunu ve çözüme ne şekilde ulaşacağını anlaması için yol gösterir. Başka bir ifadeyle, Üst bilişler, sorunu tarif etme, sembolü olma, süreci planlama ve başlangıç döneminden istenilen duruma dönüştürme sürecinden sorumludur (Ergin ve ark., 2013).

Üst biliş farkındalıkla da ilişkilendiren ve bilişsel süreçleri açısından ele alan pek çok araştırmalara da rastlanılmaktadır. Wells, farkındalığı uzaklaşmış bir bakış açısı olarak ifade etmektedir. İşlevsiz olan üst biliş inanışların etkisi, farkındalıkta oluşan bilişsel uzaklaşma etkisiyle azalmaktadır. Bu şekilde, tekrarlayan düşünce örüntüleri değişebilmektedir (Çatak ve Ögel, 2010).



BÖLÜM 1: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) insanlık tarihinde birçok tanımsal değişim geçirmiştir. Shakespeare'ın on yedinci yüzyıl eseri olan Lady Macbeth'te yapıtında, suçluluktan kurtulmak için el yıkama ritüelleri gösteren bir karaktere rastlanmaktadır. (aktaran Akgün, 1989).

Obsesif kompulsif bozukluk ilk önceleri karşımıza dinsel tanımlarla çıkmıştır. Genellikle cinsellik ile ilgili obsesif düşüncelere sahip olan kişilerin şeytan tarafından yönetildiğine inanılır ve hastalıktan kurtulmanın çaresinin şeytan çıkartma olduğuna inanılırdı. Zamanla Obsesif Kompulsif Bozukluk' un dinsel tanımı tıbbi bir tanıma dönüşmüştür. İlk OKB tanımını, Samuel Johnson 1759'da melankoli, depresyon ve obsesif semptomları bir araya getirip bunları suçluluk duygusu ve batıl inançlara bağlayarak vermiştir (Rauch ve Jenike, 1993).

1866'da Obsesyon terimini ilk olarak Morel kullanmıştır. 1838'de Jean Etienne Dominique Esquirol ise psikiyatrik literatürde OKB'yi ilk defa tanımlayarak, depresyon ve melankoli sonucunda ortaya çıktığını savunmuştur (Gabbard, 2005).

Fransız klinisyenler 19. yüzyılda Obsesif Kompulsif bozukluğu şüphe ve güvensizlik nedeniyle karar verememe veya bir algıya güvenememe olarak tanımlamışlardır. Alman klinisyenler ise bu bozukluğu daha bilişsel bir şekilde ele almış ve patolojiyi, nörolojik yapıların bilişsel temsili olan mantık dışı düşüncelere dayandırmışlardır (İnsel, 1990).

Obsesif Kompulsif Bozukluk belirtileri tarih boyu incelenirse de 20.Yüzyıl'a kadar adlandırılmamıştır. 20. Yüzyılın başlarında ise Pierre Janet Fransız ruh hekimi fobileri, obsesyon ve kompulsiyonların bir başlık altında derlemiş ve buna 'psikasteni' adını vermiştir. Freud ise birkaç vaka ile Obsesif Kompulsif Nevroz olarak nitelendirdiği bozukluğa dikkat çekmiştir (Rauch ve Jenike, 1993).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, Obsesif Kompulsif Bozukluğun nörolojik temelini araştırmaya gitmiştir. MRI ve PET tekniklerine yer vererek Nörobiyolojik yaklaşım beyinde bazal ganglia, frontal korteks ve limbik yapıları OKB ile ilgili disfonksiyon bölgeleri olarak saptamıştır (Rauch ve ark., 2002). 1980'de OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara yayımlanan ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı olan DSM-III ile girmiştir.

DSM-III-R’de ise gün içerisinde en az bir saat devam eden ve günlük hayatı büyük ölçüde etkileyen obsesyonlar veya kompulsiyonlar veya her ikisinin birlikte bulunması şeklinde ifade edilmiştir. OKB, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) olan Amerikan Psikiyatri Birliği’nin sunduğu sınıflandırma sisteminde anksiyete bozuklukları başlığı altında belirtilmiştir (Yavuz ve Yavuz, 2008). DSM-V’ te ise takıntı ver zorlantı bozukluğu (OKB) ve ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almıştır.

1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ya da kompulsiyonlar ile karakterize edilmiş ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon veya saplantı kişinin bilinçaltına istem dışı girmektedir. Bunlar, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği yineleyici ve sıkıntı yaratan dürtü, imajlar ya da düşünce olarak ifade edilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Obsesyon olarak ifade edilen düşünceler, dürtüler veya imajlar kişinin gerçek yaşam problemleriyle bağlantılı değildir. Birey bu dürtü, düşünce ve imajları baskılamaya, dikkate almamaya veya başka düşünce ya da eylemle bunları etkisiz hale getirmeye çalışır. Kompulsiyon ise, çoğunlukla obsesif düşüncelerin neden olduğu sıkıntıyı azaltmak ve önlemek veya bu düşünceleri zihinden uzaklaştırmak için yapılan yineleyen motor ve zihinsel eylemlerdir (Özten, 2018). Kişi obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının aşırı ve mantıksız olduğunu fark eder ve gerek obsesyonlarını gerekse kompulsiyonlarını ego-distonik olarak yaşar. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir kaygıya sebep olarak kişide zaman kaybına yol açar ve kişinin günlük rutinine, mesleki işlerine sosyal faaliyetlerine ve ilişkilerine büyük ölçüde etki eder (Bayar ve Yavuz, 2008).

Çoğu insanın yaşamında dönem dönem, zorlayıcı, istem dışı ve benliğe yabancı olarak deneyimlediği birkaç düşünce, düşlem, dürtüler ve kendini yapmaktan alıkoyamadığı bazı davranışları olabilir. Bunlar sağlıklı kişilerde OKB sahibi bireylere göre daha az zamanlı, benliğe daha az yabancı, zihinden net bir sıkıntı oluşturmada daha kolay atılan ve önemli yansızlaştırma (nötralizasyon) çabası gerektirmeden deneyimlenirler (Beşiroğlu ve ark., 2005).

OKB’de en sık görülen durum, elinin ya da vücudunun idrar, dışkı, meni ile kirlendiği düşüncesini barındıran bulaştırma obsesyonları ve bunu takip eden temizleme ve yıkama obsesyonları ve bulaşan cisimden kompulsif kaçınmadır.

İkinci yaygınlıkta karşılaşılan durum, ‘ocağın altını söndürdüm mü?’, ‘kapıyı kilitledim mi?’ şeklindeki şüphe obsesyonları ve bunları takip eden ocağı, ya da kapı kilidini devalarca kontrol etme gibi kompulsiyonların.

Üçüncü yaygınlıkta karşılaşılan durum, kompulsiyonların görülmediği sadece obsesyonların deneyimlendiği durumdur. Bunlar, çoğunlukla cinsel ve saldırgan davranışların eşlik ettiği yineleyici düşüncelerdir.

Bunların yanında diğer obsesyon türleri ise, dinsel veya cinsel içerikli rahatsızlık ve suçluluk veren obsesyonlar, simetri obsesyonları ve biriktirme kompulsiyonları şeklindedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

DSM- V’ de yer alan Obsesif- Kompulsif Bozukluk için tanı ölçütleri şunlardır:

A) Takıntıların(obsesyon), zorlantıların (kompulsiyon) ya da her ikisinin bir arada görüldüğü:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile ifade edilir:

1)Çoğu zaman zorla ve istem dışı meydana gelip çoğu kişide anksiyete veya sıkıntıya sebep olan, sürekli düşünceler ve tekrarlayıcı dürtüler ya da düşlemler

2) Birey, bu düşüncelerin, dürtülerin ve ya düşlemlerin üzerinde durmamaya çalışır veya bunları örtmeye ve başka bir düşünce ve eylemle etkisiz hale getirmeye çabalar.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile ifade edilir:

1) Bireyin katı bir şekilde yapması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alamadığı obsesyona bir tepki olarak sergilediği yineleyici (kontrol etme ya da el yıkama gibi) ya da zihinsel eylemler (örn: sayı sayma, dua etme, bazı sözcükleri sessiz bir şekilde tekrarlayıp durma).

2) Davranışlar veya zihinsel davranışlar, kaygıdan uzaklaşmaya ve ya yaşanan kaygıyı azaltmaya ya da korkuya neden olan olay veya durumdan kaçınmaya yöneliktir; fakat bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisiz hale getirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde bağlantılı değildir ve ya net bir şekilde çok fazla bir boyuttur.

B) Obsesyon ya da kompulsiyonlar hissedilir bir kaygıya neden olur, zamanın boşa işlevsiz harcanmasına neden olur (bireyi gün içerisinde 1 saatten daha fazla meşgul eder), ve ya bireyin düzenli günlük işlerini mesleki (ya da eğitim ile alakalı) işlevselliğini ve ya var olan sosyal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli şekilde etkiler ve bozar.

C) Bu rahatsızlık bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç gibi) ve ya genel tıbbi durumun fizyolojik etkileri ile ilişkili değildir.

D) Başka bir ruhsal bozukluk yaşıyorsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla açıklanamaz (vücut dismorfik bozukluğunda dış görünümle zihni fazla meşgul etme, bir madde kullanım bozukluğunda ilaçlar üzerinde düşünceyi yoğunlaştırma, bir yeme bozukluğunda yeme üzerine yoğunlaşıp durma, trikotillomaninin varlığı durumunda saç yolma üzerine yoğunlaşma, hipokondriyazisin varlığı durumunda önemli bir hastalığının olduğu düşüncesi üzerinde yoğunlaşıp durma, bir parafilinin varlığı durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde fazla zaman harcama ve ya majör depresif bozukluğunda suçluluk duygusu üzerinde yoğunlaşma).

Yaşıyorsanız söyleyiniz:

İç görü iyi: Birey inanışlarının asıl olmadığını bilincindedir.

İç görü kötü: Birey inanışlarının ihtimalle hakiki olduğunu düşünmektedir.

İç görünün olmadığı sanrısız inanışlar: Birey inanışlarının hakiki olduğuna şüphesiz şekilde inanır.

Yaşıyorsanız söyleyiniz:

Tikle bağlantılı: Birey o anda ya da geçmiş dönemde bir tik bozukluğu öyküsüne sahip.

1.3. Epidemiyolojisi

Tanı ve tedavi metotlarındaki artan çalışmalar, OKB' nin yaygın bir bozukluk olduğunu fark etmemizi sağlamıştır. OKB' nin, ECA (Epidemiological Catchment Area) araştırmasına göre yaşam süreci içerisinde prevalansı %1.9 ile 3.3 olarak değişmektedir. Yine ECA araştırmasında, OKB' nin başlangıç yaşı ortalama 20-25 olarak belirtilmiştir; ancak olguların yarısında semptomların çocukluk veya ergenlik döneminde oluştuğu belirtilmiştir (Karshoğlu ve Yüksel, 2007).

Etiyolojide ve semptomların ortaya çıkışında OKB ve TS(Tourette Sendromu) olan bireyler arasında yürütülen genetik araştırmalar hem genetik hem çevresel faktörlerin rolü olduğunu göstermektedir. OKB' ye sahip çocukların birinci derece yakınlarında %20- 25 oranında OKB olduğu, kontrol yakınlarına göre 5 kat daha fazla rastlandığı ve obsesyonların kompulsiyonlar göre daha fazla geçiş gösterdiği belirtilmiştir. Monozigot

ikizlerde dizigotlara kıyasla eş tanı oranı daha fazladır (sırasıyla % 25 ve %30) (Karslıoğlu ve ark Yüksel, 2007).

Önceleri OKB' nin çocuk ve ergenlerde çok fazla görülmediği düşünülürdü; fakat son yapılan araştırmalar bu hastalığın düşünüldüğü kadar az olmadığını söylemektedir. Flament ve arkadaşları yapmış oldukları araştırmada yaşam boyu OKB sıklığını 5000 lise öğrencisinde %2 olarak bulmuştur. Zohar ve arkadaşları ise OKB' nin puberte öncesi süreçte %1, ergenlerde %4 derecesinde olduğunu göstermiştir. Yapılan bir meta-analiz araştırmasında çocukluk döneminde OKB tanısı alan kişilerin %41' nin yetişkinlikte de OKB tanısı aldığı görülmektedir (Karaman ve ark., 2011).

Epidemiyolojik araştırmalar OKB prevalansının çocuk ve ergenlerde %1-4 arasında ve ortalama % 2 olduğunu belirtmiştir. Erkek çocuklarda OKB sıklığı ergenlik dönemi öncesinde daha fazla iken ergenlik döneminde kızlarda ve erkeklerde yoğunluğun dengelendiğini ergenlik sonrasında ise kızlarda daha çok görüldüğü belirtilmiştir. Olguların %70' inde semptomları ebeveynler fark ederken kalan kısımlarda çocuk şikayetlerini paylaşmaktadır (Karaman ve ark.,2011). Erkeklerde OKB kadınlara oranla daha erken yaşta başlamaktadır. Erkeklerde OKB' ye ortalama 13-15 yaşlarında rastlanırken, kadınlarda 20- 25 yaşlarında rastlanılmaktadır. Diğer bir taraftan, OKB tanısı almış yetişkinlerin %50-80'sinde semptomlar 18 yaşından önce kendini göstermeye başlamaktadır (Pişgin ve Özen, 2010).

OKB' nin sıklığı ve medeni durum arasındaki bağlantıya bakıldığında ise boşanmış ve ya dul kadınlarda bozukluk, evli ya da daha önce hiç evlenmemiş kadınlara oranla daha fazla görülmektedir. Erkeklere bakıldığında ise medeni durum ile OKB' nin sıklığı arasında herhangi bir farklılaşmaya rastlanılmamıştır (Pişgin ve Özen, 2010).

1.4. Etiyoloji

1.4.1. Biyolojik Etkenler

OKB önceleri ruhsal kökenli bir rahatsızlık olarak bilinirdi; ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar OKB' ye biyolojik ve nörolojik yapılanmanın etkisi olduğunu belirtmektedir.

1.4.1.1. Genetik

Genetik araştırmalarının artmasına paralel olarak, obsesif kompulsif bozukluğun etiyolojisinin belirlenmesiyle ilgili çalışmalar da hız kazanmıştır ve OKB' nin sebeplerinin anlaşılmasında yeni yaklaşımlar ortaya çıkmıştır (Pişgin ve zen, 2010).

OKB' de genetik araştırmalar şu şekildedir:

- Aile alışmaları
- İkiz alışmaları

Lenane ve ark. yapmış oldukları bir araştırmada; OKB sahibi hastaların %30'unun birinci derece yakınlarında OKB saptamışlardır ve bu oran genel popölasyonda ki OKB sıklığından çok daha fazladır. Ayrıca başka psikiyatrik rahatsızlıkların da OKB hastalarının yakınlarında daha sık görölüğüne rastlanılmıştır. Yine aynı çalışmada OKB'li hastalarının annelerinde %9, babalarında ise %25 OKB yaygınlığı olduğu bildirilmiştir. Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB için, genetik geçişin daha fazla görölüğü yorumunu yazarlar yapmıştır (Pişgin ve zen, 2010).

Tüm çelişkili yayınlara rağmen OKB'nin yaşam boyu prevalansı ve subklinik durumlar OKB sahibi olan hastaların yakınlarında daha yüksektir. Bu oranlar normal popölasyonda %1.9-%2 iken OKB yakınlarında %10.9-%7.9 değerlerindedir. Ailesel geçiş ve OKB'nin başlangıç yaşı arasında bir bağlantı söz konusudur. 18 yaşından sonrası çıkan OKB genetik ailesel geçiş ifade etmemektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB için 15 çift yumurta ve 15 tek yumurta ile sürdüşülen diğer bir ikiz çalışmasında ise tek ve çift yumurta ikizleri arasında OKB bozukluğu açısından bir farka saptanamamış; fakat subklinik olgular için tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranları %87, çift yumurta ikizlerinde ise %47 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte subklinik OKB tanısı net ve güzel tanımlanmış rahatsızlık değildir. İkiz çalışmalarıyla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise Cliffot ve arkadaşları 419 tane ikizde obsesyonel belirtilerin kalıtsal yüklölüğünü %47 olarak saptamışlardır. Ancak, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre daha çok hastalandıklarına dair bir bilgiye rastlayamamışlardır. Nörotizm açısından tek yumurta ikizleri arasında eş hastalanma olasılıkları çift yumurta ikizlerine kıyasla daha fazladır (Bayar ve Yavuz, 2008).

1.4.1.2. Nörotransmitterler

OKB' nin meydana gelmesinde serotonin disregulasyonunun etkisi olduğunu birçok araştırma tespit etmiştir. Bunun yanı sıra, diğer nörotransmitter sistemleri üzerinden

alışan ilaçlara göre serotonerjik ilaçların daha etkili olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda, dopaminerjik ve kolinerjik sistemlerinde OKB etyopatogenezinde etkisi olduğu gösterilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008).

1.4.1.3. Beyin görüntüleme alışmaları

OKB hastalarında yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasındaki nöronal ilişkilerde hareket farklılığı sergilemiştir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi farklı görüntüleme çalışmalarında, OKB bireylerinin frontal loblarında, singulumlarında ve bazal ganglionlarında artmış metabolizma ve kan akımı gzkmştir. OKB bireylerinde kaudat nükleus çaplarının bilateralinin azaldığı ise Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) araştırmalarında bulunmuştur (Bayar ve Yavuz, 2008).

1.4.2. Psikososyol Etkenler

OKB' nin oluşmasında toplumsal faktörlerin rolü tam olarak açıklanmamış olsa da, bir ilişki olabileceğine ilişkin veriler elde edilmiştir. Aşırı kuralcı-koruyucu, disiplinli, ve mkemmeliliyeti bir aile yapısında yetişen çocukların diğer çocuklara oranla daha fazla temizliğe ve düzene hassas olup, önem veren özellikleri barındırdıkları saptanmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008).

1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kuramlar

1.5.1. Psikoanalitik Kuram

Freud 1909' da obsesyonel nevrozu olan ' Rat Man ' adında bir olgunun psikanalizini yayınladı. Freud; zihinsel dejenerasyondan psikasteniyeye farklı hastalıklarla ilişkilendirilmiş takıntılı düşünce ve eylemler, patolojik şüphe, vb. gibi belirti kümesinin kökenini i ruhsal çatışmalara bağlayarak kendi döneminin psikiyatri fikirlerinden ayrılmıştır. Bu sendroma da obsesif nevroz adını vermiştir (Toprak, 2018) . Freud obsesif nevrozu farklı gözlemleri bir araya getirerek sunmuştur. Bunlar; Anal döneme saplanma ve gerileme, yer değiştirme, yapma-bozma, yalıtma gibi bu bozukluğa ait savunma mekanizmaları ve sadomazoşistik ilişki dediği ego ile sadistik süper ego arasındaki ilişkidir. Obsesyonel nöroz oedipal arzular sonucunda meydana gelir. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireyin anal döneme yani oedipal sürecin çatışmalarıyla uğraşamadığı, yoğun anksiyete deneyimlediği ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine gerilediği kabul edilir. Gerileme, ruhsal gelişim zorlanma olaylarında bulunduğu

noktadan daha önceki dönemlere geri gidilmesidir. Gerilemede libidonun genital organizasyonu terkedilir; bileşen dürtüler olan sadizm ve anal erotizm genital cinsel dürtünün yerini alırlar. Libidinal dürtü nesnesine karşı sevgi ve nefreti anal sadistik dönemde birlikte taşır. Bu duruma ambivilans denir (Topçuoğlu, 2003).

Jones da anal erotizm ile nefretin birlikteliğinin obsesif kompulsif nöroz özgü olduğunu belirtmiştir. Gerileme obsesyonel nöronda sorunu çözmez. Birey için anal sadistik dürtüleri gerilemekle oedipal çatışmaya karşı koyamadığından hasta sürekli bu dürtülerle savaşmak zorunda kalır. Obsesif kompulsif hastaların savunmaları oedipal çatışmayla başlar, sonrasında yerini anal sadisme bırakır ve savunma bu dürtülere karşı yol alır. Bu hastalığın değişmez bulguları sadistik yönelimler ya da bunlara karşı savunmalar ve anal erotik dürtüler ile bunlara karşı savunmalardır. Deskriptif yaklaşıma göre obsesyonların ve kompulsiyonların bazıları bilinçdışı dürtülerin kapalı ve çarpıtılmış ikameleridir; bazıları süper egonun dürtülere karşı olan tehditleri bazıları ise bu ikisi arasındaki çatışmayı tarif ederler (Topçuoğlu, 2003)

Freud Obsesif- Kompulsif davranışları, ‘ Hasta kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmekte ve hastanın zihni onu ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur. Bazen karşı koyamadığı davranışlara geçmek zorunda kalır. Obsesyon dediği bu zihnine yerleşen düşünceler birey için hiçbir anlam ifade etmez ve çoğu zaman kendisi de saçma bulur. Bu düşünceler bireyin, bu düşünceleri çağrıştıran koşullardan kaçmasına sebep olurlar. bireyin istemsiz olarak sergilediği bu davranışlar, abartılmış ve törensel biçimlerde yapılan yıkanma gibi eylemlerden öteye gitmez. Bu obsesif eylem ya da kompulsiyon denilen zararsız davranışlar kişinin isteği dışında gerçekleşir. ‘ şeklinde açıklamaktadır (Topçuoğlu, 2003).

1.5.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

OKB’ nin anlaşılması için bilişsel modeller uzun yıllar boyunca kullanılmaktadır. Bu anlayışa göre obsesif düşünceler çoğu insanda bulunur ve içerik olarak da klinik obsesyonlardan farklı değildir. Bilişsel Davranışçı kurama için OKB, genel zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark, bu düşüncenin kontrol edilebilirliğinin yerine obsesif bireyin zorlayıcı düşünceleri ziyanın engellenmesinden mesul olabileceklerinin göstergesi olmasıdır. Bu kurama göre imgeler, zorlayıcı düşünceler, dürtüler ve imgeler normal zihinsel faaliyetlerdir. OKB’ nin sıkıntılı ve yansızlaştırma

örüntüsünü kendi zihinsel faaliyetlerini kişisel sorumluluğun belirtisi olarak yanlış yorumlama eğiliminde olanlar geliştirir (Pişgin ve Özen, 2010).

Erişkenler için OKB'nin anlaşılmasında rolü olan ve çeşitli bilişlerin üzerinde duran üç bilişsel model vardır:

- Abartılı Sorumluluk Algısı: Bu modeli Salkovskis, OKB belirtilerini anlamak için ortaya koymuştur. Bu modele göre sağlıklı zihinlerden de OKB sahibi zihinlerde rastlanılan benzer içerikli dürtü, imge, ya da zorlayıcı düşünceler geçmektedir. Bu durumu patolojik kılan bu zorlayıcı düşüncelerin yorumlanma şeklidir.

- Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli: Bu modeli ortaya koyan Rachman'dir. Bu modele göre OKB sahibi bireyler rahatsız edici içerikleri içeren zorlayıcı düşünce, imge ve dürtülerin anlamlarını yanlış yorumlayarak; kendi ahlaka yönelik değerlendirmelerinde, kendilerini ahlaksız- tehlikeli olarak etiketlerler.

- Bilişsel Kontrol Modeli: Obsesif kompulsif bozukluğu tanımlayan bu başka model ise Clark tarafından geliştirilmiştir. Bu model düşüncelerin kontrolü temelinde gerçekleşir. Obsesif kompulsif tanısına sahip bireyler, istem dışı gerçekleşen düşüncelerin, imgelerin ya da dürtülerin bilinç düzeyinde ketlenmesi, baskılanması ya da yok edilmesi gerektiğini düşünürler. İşlevsel olmayan düşüncelerin kontrolünü sağlamak için gerçekleştirilen bu çabalar istem dışı oluşan bu düşünce, dürtü ya da imgelerin daha şiddetli bir şekilde yaşanmasına neden olur (Pişgün ve Özen, 2010).

OKB'yi tanımlayan bilişsel modeller içerisinde, altı hatalı değerlendirme ve inanç sahası vardır. Bunlar:

- Abartılı Sorumluluk Algısı: Bu algıya göre kişi önemli olumsuz sonuçları engellemek için gücü olduğuna inanır. Bu algıyı barındıran bir birey, gerçekleşebilecek bir olumsuz sonucu engellemekte geçersiz olmanın ahlaki yönden aktif bir şekilde hasara sebep olmak kadar hatalı olduğu veya gerçekleşebilecek mesul konusunda bir düşüncüyü görmezden gelmenin hasar olasılığı ne kadar alçak olursa olsun, kabul edilemez olduğu yönünde fikirlere sahiptir.

- Düşüncenin Önemsizliği: Düşüncenin önemsizliği, bir düşüncenin varlığının onun önemli olduğunu gösterdiği inancıdır. Örneğin; bu düşünce

yapısına sahip OKB'li bir bireyler, ' ahlak dışı bir fikiri barındırmak bunu yapmakla aynı şeyi ifade eder; ayrıca bir olayın gerçekten olma olasılığı o olay hakkında düşünmekle artar ve eğer bir anlamı olsa o düşünce tekrar tekrar aklımı meşgul etmezdi' gibi düşünce içeriklerine sahiptirler.

- Abartılı Tehdit Algısı: Zararının ihtimalinin veya ciddiyetinin abartılması demektir. Bu algıya sahip OKB'li bireyler ' diğer insanlara oranla kötü şeyler benim başıma daha çok gelir', ' Eğer işin içinde ben varsam olaylar daha kötüye gider', 'böyle bir şeyi daha önce yapmamış olsam da ileride yapma olabilirliğim fazla', ' kötü sonuçların olması iyi sonuçların olmasından daha mümkündür' tarzında düşünce yapılarına sahiptir.

- Belirsizliğe Tahammülsüzlük: OKB sahibi bireylerde rastlanılan bir diğer inanç, belirsizliğe tahammülsüzlüktür. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kesin olma zorunluluğuyla ilgili inancı, öngörülemeyen değişimlerde üstesinden gelebilme becerisi yoksunluğu inancı, net olmayan durumlarda işlev görme zorluğu demektir. Bunun için yaygın düşünceler: ' eğer belirsiz hissediyorsam doğru olmayan şeyler vardır'- 'bir katil, pedofili olmadığım netleşmediği sürece normal gibi yaşamam doğru olmaz'- ' bir şeyin kabul edilir olması için mutlak kesinliği olması şarttır' tarzında olan yapılarıdır.

- Mükemmeliyetçilik: Mükemmeliyetçilik, tüm sorunların mükemmel bir çözümü olduğuna inanma eğilimidir. En küçük hataların bile büyük sonuçlara yol açacağı ve herhangi bir şeyi mükemmel bir şekilde gerçekleştirmenin hem gerekli hem de mümkün olduğunu açıklamaktadır. Mükemmeliyetçilik, ' mükemmel bir olay bir kere gerçekleştiyse kişi her defasında buna bir kez daha ulaşmak için çaba harcamalı' düşüncesi ile ifade edilmektedir (Pişgin ve Özen, 2010).

OKB ile bağlantılı olan bu kusurlu değerlendirme ve inanç sahalarının çocukluk döneminden erişkinlik boyu artarak süreklilik gösterir (Pişgin ve Özen, 2010).

1.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Tedavi

OKB'nin tedavisinde farmakolojik müdahale kadar davranışsal yöntemler de başarıyla kullanılmaktadır. Bu tedavi seçenekleri arasında hangisinin öncelikli kullanılacağı ya da kombine mi kullanılacağı tam olarak hastanın durumuna göre belirlenir.

1.6.1. Farmakoterapi

Tedaviye, klomipramin, fluvoksamin, paroksetin, fluoksetin, sertralin, sitaloqram, essitaloqram gibi serotonerjik ilaçlarla başlayıp; kifayetli görülmediği durumda farmakolojik yöntemleri uygulama metodundadır.

Bu tedaviler sonuç vermezse bir nöroleptik (risperidon, olanzapin gibi) ve ya lityum ile sağlamlaştırma tedavisi sağlanabilir. Monoaminooksidan inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepam, OKB'nin tedavisinde kullanılan başka ilaçlardır (Yavuz ve Bayar, 2008).

1.6.2. Psikoterapi

Davranışçı yaklaşımların temel prensipleri, hastayı obsesyonel düşüncelerle yüzleşmesini sağlayıp maruz bırakma ve bireyin korkulan durumla ilişkili olarak oluşan kaygısını indirmek için sergilediği eylemleri önlemektir.

Farmakoterapi, davranışçı terapi ya da her ikisinin kombinasyonunun OKB'li bireylerinin semtomlarının büyük ölçüde indirdiği bulunmuştur.

Bunlar haricinde, psikodinamik psikoterapi, grup terapisi, aile terapisi gibi tedavilere de başvurulabilmektedir (Yavuz ve Bayar, 2008).

BÖLÜM 2: ÜST BİLİŞ

2.2 Üst bilişin Tanımı

Üst biliş, bilişin üstü ve ötesi olarak düşünüldüğünde, ne olduğunu daha iyi anlayabilmek için önce ‘biliş’in ne anlama geldiğini anlamakta fayda vardır. Biliş terimi, eğitim bilimlerinde Osmanlıca ‘vukuf’, İngilizce ‘cogniton’ kavramlarının karşılığını içermektedir. Biliş, Latin kökenli olup, bilmek, kavramlaştırmak ve tanımak anlamına gelmektedir. Kant biliş tanımı için ‘bilgiyi anlamlandırma’ olarak ifade etmiştir. Hegel ise, fark etme, algılama, ayırt etme olarak tanımlamıştır. Biliş, kabaca ‘bilme’ ve ‘farkında olma’ şeklinde tanımlanabilir (Akpınar, 2011).

Biliş, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde ‘bireyin, bir olaya ya da nesneye ilişkin bilgili ve bilinçli duruma gelmesi demektir’ şeklinde ifade edilmiştir. Britannica sözlüğüne göre biliş, tanıma, algılama, kavrama ve akıl yürütme gibi her türlü bilme deneyimini içeren zihinsel süreçlerdir. Oxford sözlüğü ise biliş, ‘düşünme ve akıl yürütme yetisi’ ne ek olarak deneyim, algılama, hafıza, problem çözme ve yaratıcılık gibi zihinsel süreçleri de ekleyip tanımlamıştır. Biliş’ i bilgi bağlamında ele alan tanımlarda ise biliş, ‘kişinin kendisi, çevresi ve davranışı ile ilgili bilgisi, görüşü ve inançları biçiminde ifade edilmektedir. Geniş tanımda bilme süreci; hafıza, algılama ve muhakemeyi içinde barındırır (Akpınar, 2011).

Üst biliş ise bireyin kendi düşünce süreçlerinin fark etmesi ve bu süreçleri kontrol edebiliyor olmasıdır. Üst bellek (metamemory) terimini ilk kez, 1976 yılında çocukların yüksek bellek becerileri ile ilgili olarak yürüttüğü çalışmada Flavell kullanmış ve bu terimi literatüre getirmiştir. Flavell, 1979 yılında uygulamalarını ilerleterek üst biliş (metacognition) de kapsayacak şekilde kuramını yeniden oluşturmuştur (Özsoy, 2008).

Üst biliş Reeve ve Brown (1985) gözünden, bireyin kendi bilişsel süreçlerini yönlendirebilmeleri ve kontrol edebilmeleridir. Stenberg’ e göre (1988), bireyin problem çözmede kullandığı izleme, planma ve değerlendirme gibi büyük düzeyde yönetimsel süreçlerdir. Shanahan için (1992), bilişsel aktivitenin kontrol edilmesi ve anlaşılması demektir. Butterfield, Albertson ve Johnston’a (1995) için ise küçük modellerle birlikte bilişin takip edilip denetlenmesi ve biliş etkileyen faktörlerin anlaşılması olarak ifade edilmesidir (Özsoy, 2008).

Üst biliş ile Biliş arasındaki farklar aşağıdaki gibidir:

- Üst biliş, bilişin fark edilmesini ve koşullara uygun şekilde kullanılabilmesidir.
- Bilişsel öğretim, koşullara özel yöntemlerin kazanılmasına önem yüklerken; üst biliş öğretimi, bu süreci takip etme ve denetleme becerilerinin öğretimine ağırlık verilir.

Üst bilişin öğretimi, bireyin kendi bilişsel aşamalarının ne şekilde işlediğini öğrendiğinde, bu süreçleri kontrol edebileceği ve daha donanımlı bir öğrenme için bu süreçleri tekrar derleyerek daha etkili kullanabileceği varsayımına uzanmaktadır (Özsoy, 2008).

2.1.1. Üst biliş Boyutları

Flavell' den bu yana üst biliş, çok yönlü ve kapsamlı bir yapı olarak tasarlanmaktadır. Flavell ve Brown üst biliş boyutlarına ayırarak açıklamışlardır. Flavell, üst bilişsel bilgiler ve üst bilişsel deneyimler; Brown, biliş bilgisi ve bilişin derlenmesi şeklinde ikili bölümlere ayırmışlardır. Her iki bölümde de ikinci bölümler, bireyin kendi bilişlerini takip etmesi, denetlemesi ve düzenlemesi olarak birbirine yakın şekillerde ifade edilmişlerdir (Karakelle ve Saraç, 2010).

Son zamanlardaki araştırmalara göre üst bilişin, üst bilişsel, üst bilişsel izleme, üst bilişsel bilgi ve üst bilişsel denetleme şeklinde üç yüzlü boyutla ifade edilmiştir.

- Üst bilişsel Bilgi: Bilişler hakkındaki bilgilerdir. Bize bilişsel işlemlerimizin ne şekilde işlediğine dair ne bildiğimizi söyler. Bu malumat bazı zamanlarda hatalı olabilen ve genellikle sözel olarak ifade edilebilen bir bilgidir; ayrıca bir nesne olarak bireyin kendi bilişsel süreçlerine bakmasına sağlar. Üst bilişsel bilgiler, bireyin kendi bilişsel özellikleri ile çeşitli bilişsel görevlerin doğasına bağlı bilgileri ve çeşitli bilişsel görevlerle baş etmeyi sağlayan olası taktiklerin bilgisini barındırmaktadır. Üst bilişsel bilgiler, uzun süreli bellekte depolanmış bulundukları için yapıları gereği durağan bir özelliğe sahiptirler ve bildirimsel bilgilerdir.

- Üst bilişsel izleme: Bir bilişsel etkinliğin var olan durumunun değerlendirilmesi ile yapılan bilinçli ya da bilinçsiz tercihleri tanımlamaktadır. Bu etkinlikler bir faaliyetin başlatılmasına, devam ettirilmesine; kullanılmasına ya da uygulanan stratejinin değiştirilmesi ile ilgili karar verme mekanizması demektir.

Kişi üst bilişsel izleme ile kendi bilişsel süreçlerini denetler ve durumunu değerlendirir. Bu sayede örneğin canlı bir kitap okuduğunda bunu anlayıp anlamadığına karar verebilir ya da çarpım tablosunu ezberleyip ezberlemediğine karar verebilir.

- Üst bilişsel denetleme: Bilişsel etkinliğin çeşitli yönlerinin düzenlenmesi demektir. Bu düzenlenmeler etkinliği sonlandırmak, devam etmesine karar vermek ya da değiştirmek biçiminde uygulanabilir (Karakelle ve Saraç, 2010).

2.2. Üst biliş Gelişimi

2.2.1. Bilişsel Gelişim

Hem bilişsel hem de gelişim psikolojisi alanındaki çalışmalar beraberinde üst bilişsel yaklaşımdaki olgunlaşmayı da getirmiştir. Flavall'ın öncü çalışmaları sonrası, 80' li yıllarda üst bilişsel gelişim ile ilişkili yapılan çoğu araştırmada çocukların üst bellekleri üzerinde durulmuştur. Bu araştırmalarda, üst bilişsel bilgilerin ve stratejilerinin yaşa bağlı şekilde ilerlediği ortaya konulmuştur. Fakat ufak çocukların zihin hakkındaki bilgilerinin temeli hakkında fazla şey bilinmediğinden, belleğin ya da zihnin işleyişine ilişkin anlayışın ne şekilde edinildiği sorusu üzerinde durulmuştur; bütün bunlar Zihin Kuramı denen, 'bireyin kendisi ve başkalarının zihinsel hallerine atıfta bulunma yeteneğinin altında barınan ve kavramsal sistemi sorgulayan bir çalışma bölgesi' olarak ifade edilen bir alanda toplanmıştır.

Sonuç olarak, bilişsel bakış açısı, deneysel varsayımlar olan insanların üst bilişsel süreçlerini açıklamak için varsayımlar üretirken, gelişimsel bakış açısı insanı faaliyetleri kapsamında kavrayabilecek geniş bir çerçeve göstermektedir (Karakelle ve Saraç, 2010).

2.2.2. Eğitim

Son zamanlarda fazlalaşan yapılandırıcı anlayışın uzandığı varsayımlardan biri, öğrenen kişinin kendi öğrenmelerini gözden geçirip düzenleyen bir birey olarak ifade edilmesidir. Kendi öğrenmelerinin nasıl gerçekleştiğini, öğrenmedeki güçlü ve zayıf taraflarını, zayıf yönleriyle nasıl baş edebileceklerini farkında olan bireyler öğrenmeyi bilen bireylerdir (Karakelle ve Saraç, 2010).

Shunk' a(2009) göre, temelde öğrenmeyi açıklamak yerine tanımlamaları bilgi işleme kuramlarının sorunudur. Bilgilerin nasıl kodlandığını, ilişkili bilgilerle nasıl ilişkilendirildiğini ve kayıt altına alındığını bu sayede ifade edebiliyoruz. Ancak, bazı

soruların cevapları üst biliş sahasına dayandırılmaktadır. Örneğin; insanlar çeşitli durumlarda hangi bilginin gerekli olduğunu nasıl biliyorlar? Ya da birbiriyle ilişkili konular uzun bellekte nasıl ayrışıp seçiliyorlar?

2.2.3. Psikolojik Bozukluklar (Patolojik ve klinik alanlar)

Üst bilişsel süreçlerdeki gelişim ve bilişsel psikolojideki araştırmaların klinik psikolojiyi de etkilediği görülmektedir. Seksenli yıllardan sonra, üst bilişsel süreçleri özel öğrenme güçlüğünde ve otizmde inceleyen ve ilişkilerini kaydeden çok sayıda araştırma yürütülmüştür. Bu çalışmalarda, belirtilen bozukluklarda üst bilişsel süreçlerin işlevini göstermekte iken bazıları ise üst bilişsel farkındalığı ve strateji yöntemlerini geliştiren farklı teknikleri sınaama amacını ortaya koymaktadır.

Wells ve Matthews, doksanlı yıllarda bilişsel-davranışçı yaklaşımların psikolojik rahatsızlıkların tanımlanması ve müdahale teknikleri bakımından sınırlılıkları üzerinde yürütülen tartışmaların sonucu olarak üst bilişsel kuramı ortaya atmışlardır. Daha sonra Obsesif-Kompulsif Bozukluklar' da ve yaygın kaygı bozukluklarında bu modeli denemiş ve tedaviye ilişkin ölçek geliştirme çalışmaları yürütülmüştür. Wells ve Purdon için (1999), bilişsel- davranışçı kuramlar, psikolojik bozuklukları tanımlarken dikkat gibi bilişsel süreçlerden ziyade düşünce ve kanaat gibi bilişsel süreç yelpazesine odaklanma eğilimi göstermektedirler. Kişinin bedensel ve sosyal benlik imgesi hakkındaki düşünce ve kanaatlerinin kapsamını farklılaştırmak tedavi sürecinde önem kazanmaktadır. Fakat bireyin kendi düşünceleri hakkındaki bilgisi gibi kendilik bilgisi ve kanaatlerin, başka boyutları da olmaktadır. Bu sayede, psikolojik bozuklukların gelişmesinde ve devam etmesinde üst biliş etkili bir faktördür (Karakelle ve Saraç, 2010).

2.3. ÜST BİLİŞ VE FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Farkındalık, bir zihin ve beden pratiği olan dikkatin anlık olaylara odaklanması ve içsel deneyimlerin gözlemlenmesi demektir. Farkındalığı üst bilişle ilişkilendiren pek çok bilişsel süreçleri açısından ele alan araştırmalar vardır. Wells (2002) , farkındalığı uzaklaşmış bir bakış açısı olarak nitelendirmektedir. İşlevsiz üst biliş inanışların etkisi, farkındalıkta oluşan bilişsel uzaklaşma etkisiyle azalmaktadır. Bu sayede, kendine odaklı tekrarlayan düşünme örüntüleri değişebilmektedir. Wells, üst bilişsel bilgi işlemlenin farkındalıkta yapıldığına dikkat çekmektedir. Buna göre, farkındalık bilgi işleme düzeyi olan düşüncelerin gerçekte eşdeğer olarak değerlendirilmesinden uzaklaşmayı sağlamakta ve üst bilişsel bilgi işlemeye geçilmektedir (Çatak ve Ögel, 2010).

Teasdale' ye göre ise (1999), farkındalık iç görüyü de beraberinde artırır. Bu görüş, farkındalıkta zihin akışının gözlenmesiyle üst bilişsel bir iç görünün yüzeye çıktığını söylemektedir. Bu sayede, düşüncelerin bilinç akışının geçici eserleri olduğu ve gerçeği ifade etmedikleri fark edilebilmiştir. Farkındalık, düşüncelere mesafe kazandırmayı pekiştiren bir beceri olarak Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi' de öğretilmektedir. Teasdale ve ark. (2002) tarafından yapılan bir araştırmada Farkındalığın üst bilişsel iç görüyü arttırdığı görülmektedir (Çatak ve Ögel, 2010).

2.4. Üst biliş ve Kişilerarası Problem Çözme Becerisi arasındaki İlişki

Çoğu insan için yaşamda günlük sıkıntılar ve stresli olaylar mevcuttur. Yapılan araştırmalar, deneyimlenen bu zorlukların bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediğini ifade etmiştir. Problem kaynağıdır. Etkili olmayan problem çözme becerilerini geliştirme olumsuz sonuçlara neden olmakta ve ruhsal uyumsuzluğa yol açmaktadır. Sosyal problem çözme kavramı, klinik sahada ve danışmanlık sahasında günlük problem çözme olgusu için kullanılmaktadır. Sosyal problem çözme çalışmaları, kişisel problemler(Düşük benlik algısı gibi), kişisel olmayan problemler (yetersiz mali durum gibi), kişilerarası problemler (ikili ilişki problemleri gibi), küçük grup problemleri(aile içi kavgalar gibi), ve daha kapsamlı sosyal problemler(toplum problemleri gibi) de içinde olmak üzere hayattaki her türlü problemle meşgul olmaktadır. Kişilerarası problemler de bu sosyal problem çözmenin bir alt grubu olan kişilerarası ilişkilerden yaşanan sıkıntılardır (Soylu ve Pala, 2018).

Psikoterapide en sık karşılaşılan problemlerden biri Kişilerarası problemlerdir. Çalışmalar, geçersiz olan problem çözme yöntemlerinin psikolojik belirtilerle ilişki

olduğunu göstermektedir (Soylu ve Pala 2018). Akıl yürütme, objeleri uygun katmanlara bölme, olaylara ya da kurallara dayalı yeni sonuçlar elde etme yeteneği, problem çözme becerisi ile birlikte bireyin hayatını başarıyla ilerletmesi için gerekli olan önemli yetenekler arasındadır.

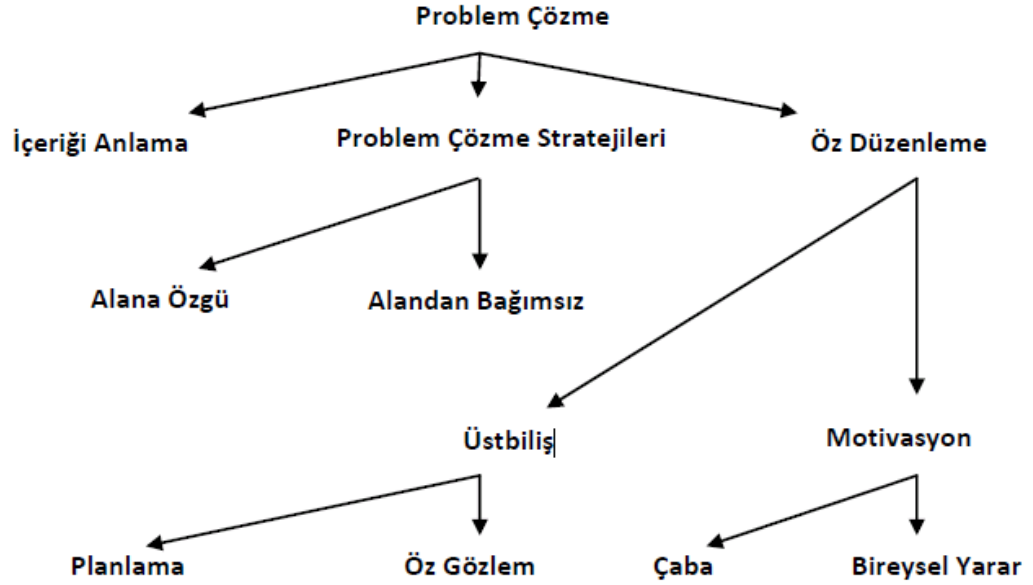
Üst biliş ise, problem çözme becerilerinde etkili olan faktörlerden biridir. Problemi çözen bireye çözülmesi gereken problemi fark etmesi ile sorunun bütünüyle ne olduğunu ve çözüme ne şekilde ulaşılabileceğini anlaması için Üst biliş yardımcı olur. Başka bir deyişle, Üst bilişler, genel anlamda, sorunu tarif etme, süreci planlama, temsil etmek ve başlangıç durumundan istenen bir duruma dönüştürme sürecinden sorumludur. Bununla birlikte, problemin kendisi ve problemi çözüme kavuşturan bireyler ile alakalı bazı etkenler bu bilişsel süreçlerin uygulanmasına katkıda bulunabilir. Nitekim, problem çözmede, bireysel özellikler olan yaş, zeka ve bilgi üst bilişsel süreçlerin etkin kullanımını etkileyebilecek özellikler arasındadır (Ergin ve Dag, 2013).

Problem Çözme Becerileri içerisinde üst bilişsel bilgi dört başlık altında toplanır:

- Kendi Bilgisi: Bireyin güçlü ve zayıf yönlerini farkında olması ve kendini değerlendirme kapasitesinin olması demektir.
- Görev Bilgisi: Bir görevde yapılması gereken işlemleri ve ihtiyaç olan şeyin ne olduğunu bilmeyi sağlar.
- Strateji Bilgisi: Hedeflere ulaşabilmek için öğrenmede kullanılan strateji bilgilerini kapsamaktadır.
- Plan ve Hedef Bilgisi: bireylerin kendi hedeflerini koyabilmesini, bu hedefleri devam ettirebilmesini ve bu süreç içerisinde tasarladıklarını kaydedebilmeyi içerir.

Üst biliş, problem çözme için tüm alanlarda, problemi farklı taraflarıyla zihinde hayal etmede, var olan bilgilerin yeni bileşenlerini meydana getirmede, karşılaştırmalı düşünmede, yeni hipotezler ortaya çıkarmada ve çözüme ilişkin farklı bir yol keşfetmede önemli bir etkiye sahip olmaktadır (Kiremitçi, 2013).

O' Neil, problem çözme becerisinde Üst bilişin önemli bileşenlerini CRESST Modelinde (Center for Research on Evaluation, Standards and Student Testing) şematik olarak belirtmiştir.



Şekil 1: Problem Çözmede CRESST Modeli (O' Neil, 1999: 255 – 268)

O' Neil araştırmasında, problem çözmede üst biliş ve motivasyon gibi öz düzenleme araçlarının da önemli olduğunu vurgulamaktadır (O' Neil 1999). Üst bilişsel süreçlerin yetersizliği, bireylerin problem çözme becerilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Peretti ve ark., 2002).

2.5. Üst biliş Obsesif- Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki

Üst biliş, bireyin kendi zihnindeki faaliyetleri ve durumları fark etmesini sağlar. Bireyin bilişsel süreçlerinin uyum içerisinde ve işlevsel çalışmasında, üst biliş sistem çok önem taşımaktadır. Yani, bu mekanizmadaki ufak bir sapmanın birçok psikopatolojinin oluşmasına ve sürmesine yol açar. Bu yaklaşıma göre, psikiyatrik rahatsızlıklarda herhangi bir işlevsellik belirtmeyen düşünce ve başa çıkma becerilerine üst bilişsel işlevler sebep olmaktadır. Bu şekilde, bireyler olayları ve durumları değerlendirmelerini etkileyen işlevselliği olmayan bilişleriyle ilgili bazı olumlu ve olumsuz inanışlara sahiptirler. Yani üst bilişlere sahiptirler. Bu durum bireyin uyuma yönelik olmayan birtakım davranışlar geliştirmesine yol açmaktadır (Yılmaz ve ark., 2016).

Psikiyatrik bozuklukları içeren üst bilişsel süreçleri araştıran çalışmalar yapılmakta olup, bunlardan biri de OKB' dir. OKB sahibi bireylerde, düşüncenin değerlendirilmesinde ve düşünce ile alakalı inanışlar gibi üst bilişsel süreçlerin, obsesyonlar ve kompulsiyonların meydana gelmesi ve sürdürülmesi üzerinde büyük etkiye sahip olduğundan söz edilmektedir. Yapılan bir araştırmada, OKB hatalarında üst

biliş skorlarının sağlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2016).



BÖLÜM 3: BİLİNÇLİ FARKINDALIK

3.1. Bilinçli Farkındalık Tarihçesi

Bilinçli farkındalık (mindfulness), kökeni Doğu meditasyon geleneğine uzanan bir dikkat çevirme yolu olarak ifade edilir; ancak Batı toplumlarında çoğalarak tartışılmaya ve uygulanmaya başlamıştır. Budist psikoloji, bilincin iki birleştirilmiş durumdan oluştuğunu söylemektedir: farkındalık ile farkındalığı uyandıran nesneler. Farkındalık duygularla algılanan yaşantılarda çoğalmaya neden olmasıyla bilinir. Budist kavramında, temeli derinlemesine keşfedilmiş olmasına karşı, var olan önemli noktası farkındalık kavramsal olarak tanımlanamaz, doğrudan yaşanılması gereklidir. Çok sayıda fikir ve uygulamalar, Budizm’de olduğu gibi geleneksel psikolojilerden bilişsel davranışçı terapilere uyarlanmıştır. ‘Dünyayı düşüncelerimizle oluştururuz’ görüşü Budizm ve bilişsel terapilerin ortak paylaştığı bir görüştür. İnsanların düşüncelerinin nasıl ortaya çıktığını ve zihinlerinin bu düşünce ve istekleriyle nasıl baş edebilecekleri konusunda yardımcı olur. Bilinçli farkındalık kavramı bize, düşüncelerimiz üzerinde etkisi olan duygusal güçlük ve sıkıntının, düşünce ve duyguları yargılamadan ve tepki vermeden zihinde oluşmalarına müsaade ederek, ve bu düşünceleri bu şekilde merkezden uzaklaştırarak azaltılabileceğini göstermektedir (Ülev, 2014).

Klinik yaklaşım açısından ‘farkındalık’ kavramının doğasını anlamak zor olmaktadır. Bunun nedenleri: Farklı klinik yaklaşımları kendi tedavi bakış açılarından bu kavramla alakalı farklı tanımlar yapmaları, bazı klinik yaklaşımların ‘farkındalık’ kavramıyla ilişki olarak, kendini duygu düzenleme- anlayış- kontrol etme gibi kavramlar içerisinde incelemeleri ve son olarak, bilinçli farkındalığın yıllar boyunca uygulama şeklinde kullanılıp deneyimlenen bir olgu olmasıdır (Ülev, 2014).

3.2. Bilinçli Farkındalık Tanımı

Bilinçli farkındalık genellikle bir kinişinin yargılamadan ve kabullenici bir şekilde dikkatini ‘şu an’ da meydana gelmekte olan olaylara vermesi olarak ifade edilir. Nyanaponika Thera (1972) bilinçliliği, ‘bizde ve iç dünyamızda algılarımızın sadece birbirini izleyen anlarda neler olduğuna dikkat verme ve net bir şekilde farkına varma durumu’ olarak ifade etmektedirler.

Bilinçli farkındalık Germer, Siegel ve Fultona göre ise (2005), tam olarak yaşamın içinde aktif ve uyanık olmak için bir fırsattır. Bilinçli farkındalık şuanda olanlar

karşısında daha az pasif olmamızı destekleyen bir beceridir. Acı çekmenin bütün düzeylerini olumlu, olumsuz ve nötr deneyimlerimizle indirmesi ve iyi oluş durumumuzu yükseltmesiyle bağlantılıdır. Bilinçli bir şekilde farkında olmak bir uyanıştır ve bizler fikirlerimizi nadiren şimdiki zamanda gerçekleşene bilinçlilikle yönlendiririz. Bu da umursamamak ve dalgınlık (mindlessness) olarak adlandırılır. Bilinçli farkındalık hatırlamayı da içene alır; ancak bu deneyimlerle yaşamak demek değildir. Bu tüm kalbimizle odağımızı ve farkındalığımızı kabullenici bir şekilde şu andaki deneyimlerimize çevirmektir, ve bu da tam olarak anı yaşamayı gerektirir (Özyeşil, 2011).

İyilik halinin sağlanması ve yükseltilmesi için fazlaca ruhsal, psikolojik ve felsefi gelenek bilinçliliğin niteliğinin önemi üzerinde durmaktadır. Dikkatlilik ve şimdiki zamanda olan olayları fark etme hali bilinçliliğin en genel tanımıdır.

Bilinçli farkındalık anlarının bazı ortak tarafları mevcuttur. Germer, Siegel ve Fulton' a göre bu ortak yönler şunlardır ;

1) Kavramsal nitelikte değildirler (nonconceptual): Bilinçli farkındalığı, düşünce süreçlerinden önce oluşan farkındalık hali olarak ifade eder.

2) Şimdiki zaman odaklı olmaları(present-center): ‘ Bilinçli farkındalık her zaman şimdi ki andadır’ der.Şu anın bir adım sonrası ise deneyimlediklerimiz hakkındaki düşüncelerimizdir.

3) Yargılamaya yer yoktur (nonjudgemental): Eğer deneyimlediklerimizin bu durumdan farklı olmasını arzuluyorsak, farkındalık serbest olarak meydana gelmez.

4) Kasıtlıdır (intentional) : Her daim belirli bir yere çevrilmiş dikkat bilinçli farkındalık için şarttır. Bilinçli farkındalığa zaman içinde devamlılık sağlamak için dikkati şimdiki zamana tekrar yönlendirmek gerekir.

5) Katılımcı gözlemine yer verir (participant observation): Bilinçli farkındalık zihin ve bedeni daha yakın şekilde hissetmek demektir, olayların dışından umursamaz olarak bakmak değildir

6) Sözel olarak ifade edilmezler (nonverbal): Farkındalık, cümleler zihinde belirmeden önce meydana gelir; bu sebepten bilinçli farkındalık sözün esareti altına girmez.

7) ***Keşfe yer verir (explanatory)***: Bilinçli farkındalık, algının her daim ince düzeylerini tarar.

8) ***Özgürleştirici yönü vardır(liberating)***: Bilinçli farkındalık her anı şartlanmış durumlardan kurtulmayı destekler (Özyeşil ve ark., 2011).

Bireyler duyuşal ve algısal uyanların dışında, niyetlerin, düşüncelerin ve duyuların da bilincindedirler. *Bilinçli olma farkındalığı ve dikkati içine alır, farkındalık bilinçli olmanın iç ve dış dünyayı izleyen ‘radar’ıdır* (Brown ve Ryan, 2003). Bir birey uyanların farkındalığına dikkatin tam olarak ana noktasında olmadan da varabilir. Dikkat bilincimizi odaklama sürecidir. Bilinçli farkındalık, şu andaki deneyime karşı arttırılmış dikkat ve farkındalık olarak ifade edilir. Her birey farklı oranlarda bilinçli farkındalık kapasitesine sahiptir (Brown ve Ryan 2003). Bu kapasiteyi ortaya çıkartan ve geliştiren yöntemler ise; Meditasyon, bilinçli farkındalık temelli bilişsel müdahaleler (Teasdale v ark.,2002), bilinçli farkındalık temelli stres arındırma (Golden ve Gross, 2010) ve diyalektif davranış terapisi.

Umursamazlık, bilinçli farkındalığın tam tersidir. Kişi bir duyguyu, düşünceyi, niyeti ya da algıyı onunla ilgilenmeyerek kabul etmez ve bu da savunma mekanizmasının göstergesi olabilir (Brown ve Ryan, 2003).

Sürmekte olan durumların ve yaşantıların daha fazla bilincine vararak yansıtabilen ve açık ya da kabul edici farkındalık ve dikkatlilik, bilinçli farkındalığın en önemli konularının içinde bulunabilir (Brown ve Ryan, 2003). Örneğin; arkadaşıyla konuşurken bir kişinin dikkati onunla olan iletişime yüksek düzeyde olabilir ve konuşmasının arka planında olan duyusal ses tonunu da farkına varabilir.

3.3. Bilinçli Farkındalık ve Meditasyon

Meditasyon kişinin kendisini izleyerek kendisiyle ilişkili bir şeyler keşfetmesi ve tam olarak kendisi olmasıyla ilişkili bir durumdur. Meditasyon kişinin yaşama bakış açısını fark ederek bundan memnun olup olmadığına yönelik düşünmesini sağlar. Buradaki amaç düşünceleri değiştirmek yerine, bu düşünceleri olduğu gibi takip etmek, dikkat ve farkındalığı arttırıp derinleştirmektir. Meditasyonda, şu anda gerçekleşen deneyimlerin, gelecek yaşantıları etkilediğinin fark edilmesi ve bu uygulamaları günlük yaşantının bir parçası haline getirilmesi sağlanmaktadır (Kabat- Zinn, 2003).

Meditasyon rutin olarak işlemiş olduğumuz şeylere ara vermek demektir. Kişide meditasyon anında rekabet, hırs, birtakım şeylere sahip olma arzusu ve kaygılı

koşuşturmalar yoktur; O anda var olan bütün kaygı ve korkulardan uzaklaşır. Hiçbir hırsı barındırmayan bu durumda ne kabul ediş ne de reddediş söz konusudur. Sadece bizi kötü hissettiren duygularımızdan duru olan duygulara doğru geçiş yaparız. Farkındalık Budist meditasyonunun kalbidir. Kişi dağılmış olan zihnini farkındalık egzersizleri sayesinde toparlar. Bunu dikkati şimdiki ana odaklayarak gerçekleştirir. ‘sükunetle durmak’ ya da ‘dinginlik içinde kalmak’ bu durumu ifade etmek için kullanılabilir (Rinpoche, 2006).

Birey için avantajlı olan şey bilinçli farkındalığın meditasyon olarak evde kullanılabilir olmasıdır. Meditasyon teriminin tam karşılığı olmamasına rağmen Buddha’nın asıl dili olan Pali dilinde ‘bhavana’ terimi kullanılmaktadır. Bu terimin anlamı ‘zihinsel eğitim yoluyla gelişim’ olarak ifade edilmektedir. (Ülev, 2014).

3.4. Bilinçli Farkındalık Becerileri

3.4.1. Yargısızlık

Farkındalığa ulaşabilmek için şimdiki zamana odaklanıp, anda gerçekleşen olayları yargılamadan gözlem yapmak gerekir. Bireyin anda deneyimlediği şeyleri yargılaması otomatik ve bilinçsiz bir şekilde oluşmaktadır. Zihnimiz geçmiş yaşantılarımızın etkisinde kalarak vicudumuzda oluşan duyuları değerlendirmeye elverişlidir. Kişinin duygu ve fikirlerine doğru, yanlış, kötü, iyi, olumlu ya da olumsuz şeklinde etiketlemelerde bulunmasını buna bağlayabiliriz. Bunlar insan zihninde otomatik olarak gerçekleşen bir eylemdir. Halbuki yaşam deneyimlerimizi farkındalık sayesinde yargıdan uzak olduğu gibi görebiliriz. Kişilerin bazen deneyimlerinden yola çıkarak oluşturdukları yargıları, bazı psikolojik rahatsızlıkların kaynağı haline dönüştürebilir. Örneğin; Bir panik atak hastasını düşünelim: hızlanan solunum ve kalp ritmi sebebiyle vücudunda oluşan fiziksel semtoları tehlikeli olarak değerlendirir. Kendi bedenlerinde önemi olmayan bir ya da birkaç hata ile saatlerce meşgul olurlar. Burnunun şekilsiz olması, göğüslerinin sarkık ya da küçük olması, saçlarının az olması gibi kendi fiziksel görünümüne ilişkin yargılarla devamlı olarak zaman harcarlar. Farkındalık ise, bireyin etiketlerde bulunmadan ve yargılamadan kendisi ve çevresinde olup bitenlere yaklaşabilme becerisidir (Demir, 2014).

3.4.2. Şuana Odaklanmak

Gestalt terapiye göre, kişiyi geçmiş veya gelecek ile ilgili rahatsız eden bir durum varsa o ‘şimdi’ ve ‘burada’ yaşanmalıdır. Birey yaşamış olduğu problemi ‘şimdiki

zamanda' ve 'burada' deneyimleyerek onu çözmek için içinde tüketmiş olduğu enerjiyi açığa çıkartır ve şimdiki zamanda kullanılabilir duruma getirir. Örneğin; danışan, geçmişe dair anne-babasıyla alakalı sıkıntılar deneyimliyor ve bunların sorumlusu olarak da onları işaret ediyorsa; terapist, danışana, anne- babasını karşısındaki boş sandalyeye oturtup ' şimdi' ve 'burada' hayal ettirerek ve söylemek istediklerini karşısında duran boş sandalyeye söyleterek bu problemi çözmek için içinde tüketmiş olduğu enerjiyi terapi ortamında açığa çıkartmaya çalışır (Mehmet, 2015).

Anılarımız ve bunlara dair çıkarımlarımızdan, geçmiş hakkındaki bilgilerimiz meydana gelir. Geçmiş geçmişte kalmıştır. Biz ne yaparsak yapalım bu gerçeği değiştiremeyiz. Bunun yanında gelecek ise belirsizliğini hala korumaktadır ve her an her şey meydana gelebilir. Geçmişle alakalı yaşananlara takılı kalmak veya daha gerçekleşmemiş olan gelecek zamanla ilgili olaylar hakkında endişe yaşamak sadece şimdiki zamanın harcanmasına sebep olur (Tuncer, 2017).

3.4.3. Mesafe Belirtme

Düşünce ve duygunun bilincine varma durumu farkındalıktır. Farkındalık sayesinde elde edilen becerilerden biri 'mesafe koymadır. Bireyin duygularına ve düşüncelerine mesafe koyabilmesinde farkındalığın rolü mevcuttur. İnsanların çoğu psikolojik rahatsızlıkları dışarıdan kendi duyguları ve düşüncelerine belirli mesafeden bakamamalarından kaynaklanmaktadır. Örneğin; depresyon, mutsuzluk ve hayattan keyif alamama hali ve kişinin hayatını olumsuz şekilde etkileyen uzun süre devam eden bir rahatsızlıktır. Depresyondaki kişilerde, umutsuzluk, üzüntü, yalnızlık, suçluluk, değersizlik ve ümitsizlik duyguları vardır. Panik atak rahatsızlığı, yaygın kaygı bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler de, başlarına kötü bir şey gelecek gibi olumsuz düşüncelerden kendilerini kurtaramazlar. Bu rahatsızlıkların benzer noktaları, insanların düşüncelerini gerçekmiş gibi kabullenmeleri ve düşünceleriyle özleştikleri için araya mesafe koyamamalarıdır. Mesafe koyamadıkları bu düşünceler, kişinin o andaki duygusal durumunun etkisi altında kalmaktadır. Örneğin; Sosyal kaygı bozukluğuna sahip olan bir birey, kendisinin sosyal ortamlarda rezil olup, utanacağına ilişkin gerçek olmayan düşüncelere sahiptir. Bireyler düşüncelerine mesafe koyduğunda, düşüncelerin sadece düşünceden ibaret olduğunu ve bireyin kendisinin bir parçası olmadığını kavrar. Bu sayede, duygularla ve düşüncelerle, bunları izleyen kişi arasında bir mesafe meydana gelmektedir (Sungur ve ark., 2012).

3.4.4. Serbest Bırakma

Zihnımız endişe, korku gibi bazı otomatik düşünceler oluşturur. Örneğin; ‘ kimse beni sevmiyor’, ‘ başarılı değilim’, ‘beceriksizim’, ‘hayatımda hiçbir şey yolunda gitmiyor’, ‘ hayatım berbat’ gibi çoğu olumsuz düşünceler zihninizi doldurabilir. Bu şekilde olumsuz cümlelerin otomatik bir şekilde gerçekleştiğini fark edebiliriz, bir süre sonra sanki başka bir şey düşünemez hale geliriz. Düşüncelerin yüklediği anlamlar gerçek gelmeye başlarsa ruh halimizde kötüleşmeye başlayabilir ve kendimizi kaygılı, üzüntülü ve gergin hissedebiliriz. Depresyon, kaygı, obsesyon, panik atak gibi pek çok psikolojik sorun, rahatsız edici düşünce ve duygularla takıntılı olarak meşgul olunması, bunlardan kaçınmaya ve ya bastırılmaya çabalanması otomatik hale gelmiş eylemlerle alakalıdır. Örneğin; birey agorafobiye sahipse, kişi kaçmanın zor olabileceği yerlerde veya panik gibi semptomların meydana gelmesi durumunda yardım edilemeyeceği yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan rahatsızlık yaşar ve kaçınma eylemine sebep olan otomatikleşen düşüncelere sahiptir. Farkındalık, endişe ve kaygı uyandıran içsel deneyimlere tepki vermek yerine yanıt verebilme yeteneğini geliştirmeyi sağlamaktadır (Demir, 2014).

3.4.5. Kabullenme

Birey kendisini kaygılandıran duygu ve düşüncelerle başa çıkabilmeyi farkındalıkla edindiği beceri olan kabullenme sayesinde başara bilmektedir. İnsanlar kimi zaman, kendilerini rahatsız eden stresli durumlardan kurtulmak için bu faktörleri yok etmeyi yeğler. Fakat bu durumda olumsuz duygu ve düşünceleri görmezden gelip yok etmek bir çözüm yolu olmamaktadır. Üstelik bunları bastırmak ya da reddetmek uzun sürede daha çok psikolojik hasara yer vermektedir (Demir, 2014).

Kabul etme, rahatsızlık veren olumsuz düşüncelere, kişilere, olaylara ve durumlara yer açmak ve bunlarla uzlaşabilmektir. Kabul etme, bireyin kendisine nazik, anlayışlı, açık, ve şuan odaklı olmasını sağlar. Kabullenmenin anlamı rahatsızlık vermelerine rağmen, hoş olmayan durumları ve kişileri yargılayıcı bir tutum sergilemeden makul karşılamak ve onlara tahammülü arttırmaktır. Kabullenmek, her şey karşısında pasif bir tutum sergilemek ya da hoş gitmeyen her şeyi beğenmek anlamına gelmez (Demir, 2014).

3.5. Bilinçli Farkındalığın Kuramları

3.5.1. Psikodinamik Psikoterapi

Psikodinamik kuram Doğu toplumu etkisinde kalarak yoga, meditasyon, rahatlama teknikleri, ruhsal gerginliğin azalması, meditasyon esnasında kas gerginliğinin giderilmesi, kanda bulunan laktik kontrasyonunda azalmalar, şeklinde deneysel uygulamalara önem verilmiştir. Budizm Eric Fromm için, Hintli' ye ait rasyonel ve soyut düşünce tarzıyla, Çinli' nin somuta ve rasyonele çevrili bilişsel yapının birleşmesiyle gerçekleşen aydınlanma yönüdür. Budizm'in takdir ve kabul görmesine yol açan şey ise, Carl Gustav Jung'ın Suzuki'nin Zen Budizm kitabına ön söz yazması Karen Harney ve başka pek çok psikiyatrist ve psikoloğun Budizm ile yakından alakadar olmuştur. Bilinçli farkındalık ve Psikanaliz, bireyin bilinç dışı süreçlerine odaklanarak, bireyin iç yaşamını keşfetmesine yardımcı olurlar (Demir, 2014).

3.5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel kurama göre, psikolojik rahatsızlıklarda bireyin bilişsel süreçleri öncelik taşımaktadır. Bireyin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceği ile alakalı düşünceleri ve yorumları değerlendirmesi bilişsel bir işlevdir. Bilişsel kurama göre, kişinin durum hakkındaki düşünceleri ve yorumları, kişinin duygu ve davranışlarında değişikliğe yol açar. Bilişsel- davranışçı terapinin tarihsel kökenlerinde Stoacılık, Kantçı gibi farklı akımlar bulunmaktadır. Bununla birlikte bu yaklaşım Budizm ve Doğu felsefeleriyle ortak noktalar taşımaktadır. Farkındalık, Budist'in çok eski bir uygulamasıdır. ' Biz kimiz?' ' Dünyadaki yerimiz nedir, nerededir?' şeklinde sorgular yer almaktadır. Bilişsel terapilerin kaynağı Budizm'e uzanmaktadır ve 'evreni düşüncelerimizle meydana getiririz.' şeklinde görüşe sahiptirler. Budizm gibi bilişsel terapilerde de, insan düşüncelerinin nasıl oluştuğu, bazı düşünce ve isteklerle baş etmek için zihnin nasıl eğitileceği konusunda hedef gösterilir (Özyeşil, 2011).

Algı ve dürtüsel duygu ve davranış kalıpları, bilinçli farkındalık ve bilişsel terapilerin ortak noktalarıdır. Her iki görüş için, algının ya da dürtüsel duygu ve fikirlerin herhangi birinin kontrolsüz değişimiyle kökleşmiş bir öz-yıkım ve uyumsuz eylemler meydana gelmektedir (Demir, 2014).

Farkındalığa yönelik terapiler, davranış terapilerinin üçüncü dalgası şeklinde ifade edilir. Bunun nedeni ise, farkındalık temelli terapilerde de, duygu düzenleme, üst biliş,

maruz bırakma ve dikkat gibi bilişsel- davranışçı terapilerde kullanılan yaklaşımlar kullanılmasıdır (Demir,2014).

3.5.3. Gestalt Terapi

‘Şu anda ne yaşıyorum’ sorusuna, bireyin kendi duygu ve düşüncelerini yorumlayarak verdiği yanıt farkındalık olarak ifade edilmektedir. Gestalt yaklaşımın öncülerinden olan Fritz Perls için, ‘Geçmiş sona ermiştir. Gelecek ise henüz gelmemiştir. Asıl olan şimdiki zamandır. Şimdinin haricinde hiçbir şey yoktur.’ Birey geçmiş zamanda yaşadığı deneyimlere sığınmamalıdır. Değişim ‘yaparak’ değil ‘olarak’ oluşturulur. Deneyimler deneyimlenerek elde edilir. Farkındalığı arttırmayı Gestalt terapi bir hedef olarak görmektedir. Çünkü farkındalık, seçimleri arttırıp şıkları çoğaltarak esneklik yaratır (Demir, 2014).

‘Şimdi’ ve ‘Burada’ farkındalığa ait bir kavramdır ve farkındalık, Gestalt kuramlarının temel kavramlarından biridir. Kişi ilk olarak, kendisine daha sonra da çevresindeki kaynaklara odaklanır; önce kendisinde ihtiyaç olana bakar, daha sonra çevredeki kaynakları ihtiyacına yönelik nasıl kullanıp ihtiyaçlarını giderebileceğine odaklanır. Birey günlük hayatta ihtiyaçları doğrultusunda pek çok kez uyarılır, ve bireyi o ihtiyacın tatminine yönelik harekete geçirir. İhtiyaçların bazıları tatmin edilirken, bazıları edilememektedir. Zeminimiz pek çok tamamlanmış ve tamamlanmamış durumlardan meydana gelir. Teorik olarak zeminin tamamlanmış olması için, her şeklin tatmin edilebiliyor olması lazımdı. Fakat, her ihtiyaç giderilemediği, her şekil tamamlanamadığı için zemin tamamlanmışların yanında bir de tamamlanmamış şekilleri kapsar (Demir, 2010).

3.5.4. Varoluşçu Psikoterapi

İnsanın en temel özelliği varoluşçu terapiye göre önemli olma duygusu ve kendi hayatına yönelik anlam arayışında olmasıdır. Varoluşçu Terapi’ de ‘ Yaşamın anlamı benim için nedir?’, ‘ Hayatımda anlamın kaynağı nedir?’ sorularına cevap aranır. Yalom yaşamın gerçeğini, anlamsızlık olgusu yani yaşamda anlam kaybı olarak ifade etmektedir. Nietzsche ise ‘ hayatını bütün yaşamak’ ve ‘ doğru vakitte ölmek’ şeklinde ifade eder ve ‘ kendinizi var edin, cesur ve tam anlamıyla yaşayarak potansiyelinizi fark edin. Ancak o vakit pişmanlık duymadan ölürsünüz’ diyerek yaşanmamış bir hayattan kaçınmayı öğütler. Kişi anlamsızlık deneyimlediğinde ise endişe ve çatışma deneyimlemektedir. Varoluşsal farkındalığa erişen bir zihin, yaşamın ve her şeyin nihai bir sonu olduğu esası

ile yaşamını bütünsel bir bakış açısından değerlendirme ve yorumlama yetisi edinir. Ölümü fark etmek, yani hayatın sonlu ve sınırlı bir obje olduğunu fark etmek, bireyi daha tatmin edici, daha anlamlı bir yaşamı deneyimlemesini sağlar. Kişiyi yaşama sıkı sıkı bağlayan şey, ölümün farkındalığı ile ölüm korkusudur (Demir, 2014).

3.5.5. İnsancıl Psikoterapi

Psikolojinin insan kısmı ve psikolojinin insan bağlamı ile Hümanist(insancıl) yaklaşım alakadardır. Bu sebeple insanı değerlendirişleri açısından diğer yaklaşımlardan farklıdır. İnsancıl yaklaşım için, insan kendine ait bir değere sahiptir ve kendisinden, davranışlarından meydana getireceği kimliğinden kendisi meshuldür. Bireye düşen şey, hayatı kendisi için solumaya değer ve anlamlı bir duruma getirmektir. Ölümlü olan her bireyin hayatı sonlanacaktır, bu sebeple Budist psikolojisi gibi geçmiş veya gelecek değil, şimdiki an önemlidir. Budist psikolojide olduğu gibi İnsancıl ekolün ulaşmak istediği, bireyin beceri ve kaynaklarını kendisi için doğru olana yöneltmesi ve yaşamın farkında olarak şimdiki ana odaklanmasıdır (Özyeşil, 2011).

3.6. Farkındalık Temelli Terapiler

Bilişsel- Davranışçı terapiler içerisinde, farkındalık temelli terapiler değerlendirilmektedir. Farkındalık temelli terapiler Hayes (2004), davranış terapilerinin ‘üçüncü dalgası’ olarak belirtmiştir. Farkındalık temelli terapilerin ve Bilişsel terapilerin ortak değerlendirilmesinde ki en önemli etken, farkındalığın kapsadığı diğer bilişsel yaklaşımlarla ortak değişim mekanizmalarına dayanmasıdır. Farkındalık temelli terapilerde yer alan ortak bazı değişim mekanizmaları şunlardır: Üst biliş, dikkat düzenleme, maruz bırakma ve duyguyu düzenleme.

Ülkemizdeki psikoterapi pratiğinde Farkındalık temelli terapiler henüz yaygınlık kazanmamıştır. Çoğunlukla ülkemizde yapılan çalışmalarda Farkındalık kavramsal düzeyde ele alınmıştır (Özyeşil, 2011).

3.6.1. Üst biliş

Farkındalığı bilişsel süreçler açısından değerlendiren çoğu araştırma, farkındalığı üst bilişle ilişkilendirmektedir. Wells (2002) farkındalığı , ‘ uzaklaşmış bir bakış açısı’ şeklinde ifade etmektedir. İşlevsiz üst biliş inanışların etkisi, farkındalıkta beliren bilişsel uzaklaşma etkisiyle azalmaktadır. Bu şekilde kendine odaklı tekrarlayan düşünme örüntüleri değişebilmektedir. Wells, farkındalıkta üst bilişsel bilgi işleme yapıldığını

ifade etmektedir. Buna göre farkındalık, düşüncelerin gerçekte eşdeğer olarak değerlendirildiği nesnel bilgi işleme düzeyinden uzaklaşmayı sağlayarak üst bilişsel bilgi işlemeye doğru geçilmektedir (Çatak ve Ögel, 2010).

Teasdale (1999) göre ise farkındalık, üst bilişsel iç görüyü arttırmaktadır. Bu görüşe göre, düşüncelerin bilinç akışının geçici ürünüdür ve rasyoneli yansıtmamaktadır. Bu görüşü destekleyen Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi’ de düşüncelere mesafe kazandırmayı pekiştiren bir beceri olarak farkındalık yerleştirilmektedir. Farkındalığın üst bilişsel iç görüyü arttırdığı Teasdale ve ark. (2002) tarafından yürütülen bir araştırmada gösterilmiştir (Teasdale ve ark., 2002).

3.6.2.Duygu Düzenleme

Duygusal düzenleme, Farkındalık Temelli Terapilerin içinde yer alan etki mekanizmalarından biridir. Duygusal düzenlemede ve duygusal düzenlemede iyileşme sağlamada Farkındalığın etkisi varsayılmaktadır. Gross(1998), öncül ve tepki odaklı olmak üzere duygu düzenlemeyi iki grupta ele almıştır. Duygusal tepkiyi tetikleyen ipuçlarının değerlendirilmesi, öncül duygu olarak tanımlanmış; açığa çıkmış duygusal tepkinin farklı bileşenlerin düzenlenmesi ise tepki odaklı olarak tanımlanmıştır (Çatak ve Ögel, 2010).

Farkındalığın tepkisel düzenleme aşamasındaki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmanın sonuçlarında, farkındalığın ruminasyon ve bastırma gibi tepkisel mekanizmaları azalttığı gösterilmiştir (Çatak ve Ögel, 2010).

Duygusal düzenlemenin öncül aşamasında bulunan ‘yeniden değerlendirme’ bilişsel bir mekanizmadır. Duygu düzenleme üzerinde ‘yeniden değerlendirme’ nin olumlu sonuçları olduğu gözlenmiştir. Farkındalığın duygusal düzenleme üzerindeki etkisi konusunda çeşitli çalışmalar vardır. Bazı çalışmalar, farkındalığın duygusal düzenleme üzerinde yeniden değerlendirmeyi etkilemeyeceğini gösterirken; bazı çalışmalar da etkilediği yönünde görüşlere sahiptir. Garland’ a göre, farkındalık stresör faktörler olan birincil değerlendirmelere mesafe kazandırır. Bu şekilde ikincil olan pozitif içerikli değerlendirmelerin yapılması kolaylaşmaktadır. Yapılan güncel araştırmada, farkındalık ve pozitif yeniden değerlendirme arasında ilişki olduğu gösterilmişti (Garland ve ark. 2009).

Duygusal tolerans ise, farkındalığın duygusal düzenleme üzerindeki etkisine bir diğer görüştür. Bu görüğe göre, farkındalık istenmeyen duyguların kabulünü sağlayarak, olumsuz duygular karşısında tolerans kapasitesini arttırmaktadır (Roemer ve ark. 2008).

3.6.3.Dikkat Düzenleme

Dikkatin istemli bir şekilde şimdiki zamana odaklanmasına farkındalık denir. Bu sebeple, birçok ‘farkındalık’ tanımında dikkat farkındalığın bir bileşeni olarak değerlendirilmiştir. Bazı araştırmalarda farkındalık direk olarak kendine yönelik dikkat şekli olarak belirtilmiştir. Bu çalışmalarda, farkındalık odağın fiziksel ve duygusal iyi olma durumu arasında olumlu bir ilişkiye rastlandığı, depresyon ve kaygı belirtileri arasında ise olumsuzluk olduğuna rastlanılmıştır.

3.6.4.Maruz Bırakma

Bilişsel ve davranışsal terapilerde yaygın olarak uygulanan bir yöntemdir Maruz Bırakma. Bir terapi yöntemi olarak farkındalığın, maruz bırakma yöntemiyle ortak etki mekanizmasına sahip olabileceği ile alakalı görüşler yer almaktadır. Farkındalığın, özellikle içsel maruz bırakma sistemiyle benzer şekilde değişime neden olduğu düşünülmektedir. İçsel maruz bırakma, kaygının neden olduğu somatik belirtilerin bilinçli olarak dışarıya çıkarılmasına ve bu somatik duyumlara odaklanılmasını içermektedir. Benzer şekilde farkındalık yönteminde de, odak devamlı olarak düşünce, bedensel duyumlara, dürtülere çevrilmektedir ve bu deneyimler kabullenmekle izlenmektedir (Çatak ve Ögel, 2010).

Farkındalık ve maruz bırakma arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, farkındalığın istenmeyen içsel yaşantılara dokunma isteğini arttırdığını göstermiştir. Yine yapılan başka bir araştırmada, 15 dakikalık süren farkındalık alıştırmalarının sonrasında, bireylerin olumsuz içeriği barındıran görsel malzemeyi izleme isteklerinde artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, farkındalık sisteminin, maruz bırakmaya benzer bir yolla istenmeyen ve kaçınılan deneyimlere yönelme kapasitesini arttırdığını göstermektedir (Çatak ve Ögel, 2010).

BÖLÜM 4: Kişilerarası Problem Çözme

4.1. Kişilerarası Problem Çözme

Literatürde ‘problem’ in birçok anlatımı bulunmaktadır. Bingham için problem (1998), bir kişinin istediği amaca ulaşmak için topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engellerdir. Keneland (2001) ise problemi, herhangi bir şeyin gerçekleşmesi gerektiği durum ile şimdiki zamanda gerçekleşen durum arasındaki ayırım olarak ifade etmiştir (Kesicioğlu, 2015).

Çoğu insan toplum içinde problem çözmeyle alakalı bir çok durumla karşı karşıya gelmektedir. Morgan (1991) için problem, bireyin hedefe ulaşırken karşılaştığı engellenme ile oluşan bir çatışma halidir. Heppner ve Krauskopf (1987) için ise problem, bireyin tepki verdiği içsel ve dışsal talepleridir. D’ Zurilla ve Nezu ise problemi, ‘etkili olmak ve ya uyum yaratmak için tepki gerektiren durum’ şeklinde ifade etmektedir (Sabahattin ve Tümkeya, 2008).

Problem birçok tanıma sahip olmasına rağmen benzer yönleri şu şekilde belirtilmiştir:

- Yaşayan birey için problemin bir güçlük olması
- Bireyin problemi çözümlemeye ihtiyaç duyması
- Bireyin böyle bu problemle daha önce yüzleşmemiş olması ve çözümle alakalı bir tecrübenin bulunmaması (Kesicioğlu, 2015).

İnsan hayatı süresince birçok insanla iletişim halindedir. Bu iletişim sürecinde bireyler arasında pek çok sebepten dolayı çatışma meydana gelmektedir. İnsan hayatının ve ilişkilerinin kaçınılmaz bir bölümüdür Çatışma (Çam ve Tümkeya, 2008).

Bireyleri oldukça etkileyen kişilerarası problemler günümüzde en yaygın sorunlardan biri olarak hayattaki konumunu bulmaktadır. Bireyin kişiliğinin, ruhsal durumunun ve davranış örüntülerinin değerlendirilmesinde, en yakınlarından başlamak üzere doğumundan itibaren etkileşim içinde bulunduğu pek çok insan rol oynamaktadır (Nacar ve Tümkeya, 2011).

İnsan, ilişkileri kapsamında sürekli tekrar tekrar tanımlanan bir varlıktır. Başka insanlarla hiçbir şekilde ilişki kurmayan bir birey hayal bile edilemez. Bir insanın yaşamının kalitesini, o insanın ilişkilerinin niteliği belirlemektedir. Bir bireyin yaşamının

anlamlı olmasını sağlayan Şeyler; bireyin kendini beğenmesi ve kendisini başka insanlar ve doğayla ilişki halinde görmesidir (Nacar ve Tümkaya, 2011).

Bireylerin birçok  zellikliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliği etkilediği gibi, bireyin çeşitli kişisel özellikleri de deneyimledikleri ilişkinin  zellikliğini etkilemektedir. Başka bir deęiŐle, kişilerarası ilişkiler ile kişisel özellikler arasında iki taraflı bir ilişki söz konusudur. Bireyin hem kişiliğinin meydana geliŐinde, hem de başka bireylerle olan iletiŐimin niteliğinde, kişilerarası ilişkiler mühim bir katkı barındırır. Kişilik geliŐimiyle de alakalı pek çok araştırmada bireyin, kendisi ve çevresiyle olan uyumu vurgulanmaktadır (Nacar ve Tümkaya, 2011).

İnsanlar günlük yaŐamlarında birçok farklı durumla karŐılaŐırlar. Bireyin karŐılaŐıęı bu problemleri nasıl  zeceği bireyin kişilik özelliklerine bağlıdır. Bazı bireyler problem çözmede etkisiz olurken, bazılarının ise etkili çözüm yollarını uyguladığı görülmektedir. Bireylerin bu etkili çözüm yollarını uygulayabilmeleri için problem çözme becerilerini kullanmaları gerekmektedir. Sonuç olarak, problem çözme işlemi, zekayı etkin olarak çalıŐtırarak ilişkileri ve nedenlerini anlama, yorumlama ve Şıkları değerlendirip uygulamayı sağlamaktadır (Yüksel, 2008).

Kişiler sağlıklı ilişkiler kurabilmeleri için ilk olarak kendilerini tanımlamaladırlar çünkü kendini tanımayan bir bireyin başka insanları anlaması da beklenemez. Bu sebepten kişi ilk olarak kendini tanımaktan baŐlamalı ve başka insanlara doğru yönelmelidir (Yüksel, 2008).

Jourard yapmış olduğu bir çalışmada, nasıl ve kim olduğunu saklayan insanların giderek kendilerine de yabancılaŐmakta olduğunu ve kendi asıl kimliğini kaybetmesi tehlikesi ile karşı karşıya kalmakta olduklarını ifade etmektedir (Yüksel, 2008).

Boyacıoğlu' na göre (1996), kişilerarası ilişkilerin kuramsallaŐtırılması ile alakalı ilk giriŐimlerin Sullivan ile birlikte baŐladıęı ifade edilmektedir. Günümüzde de kişilerarası kuram ve çalışmaların, Sullivan' ın klasik çalıŐmasına dayandırıldığı görülmektedir. KiŐilięin, kişilerarası iletişim içindeyken anlaŐılabileceęi, kişilerarası kuramın temel prensibidir (Yüksel, 2008).

4.2. Problem Çözme ve Problem Çözme Becerisi

Hiçbir birey kendisini dış dünyadan bütünüyle soyutlayamaz; doğrudan ya da dolaylı bir şekilde insanlar, çevresindeki bireyler ve diğer canlılarla etkileşim içerisindeyler. Başka bireylerle başarılı etkileşim kurmak ve iletişim kurmak insan hayatının en önemli özelliklerinden birisidir. Bireylerin bazı incelik gerektiren düşünce ve davranış becerilerini barındırmaları, onların günlük hayatta yaşadıkları güçlükleri atlatmalarında büyük önem taşımaktadır. Bu süreçte kişilerarası problem çözme becerisi, tüm hayatın başından beri desteklenmesi gereken becerilerden biri olarak kabul edilmektedir (Nacar ve Tümkeya, 2011). Bireyler, tüm problemlerin kendine dair bir çözümün bulunduğunu ve çözüme gelmek için problem çözme becerilerine sahip olmaları gerektiğini bilmelidir. Bu sebeple, insanların problem çözme becerilerini barındırmaları önemli bir faktördür. Problem çözme becerisi, “herhangi bir amaca sahip olup da, ona hangi yolla ulaşacağımızı bilmediğimiz zaman ne yaptığımızdır” şeklinde ifade edilmektedir. Problemin çeşidi ve karmaşıklığına yönelik, karşılaşılan problemlerin çözümleri değişiklik göstermektedir. Problemlerin bazıları mantık yoluyla çözülebilirken, bazı problemler duygusal büyüklük ile bazı problemler ise durumlara yeni bir bakış açısı getirilerek çözülebilir. Problemlerin çözülmesinde benzer bölüm, ulaşmaya ket vuran engeli yok etmektir. Bir başka ifadeyle problem çözme, etkili biçimde kişinin isteğine ulaşabileceği yolu keşfetmesine yardımcı olacak süreçtir (Kesicioğlu, 2015).

Kişilerarası problem çözme becerisi, bireylerin inançları, düşünceleri, değerleri ya da gereksinimleri arasındaki çeşitlilikten oluşan sıkıntıları çözüme ulaştırarak, sosyal ve duygusal uyum sağlamaları olarak ifade edilir. Bireyin deneyimlediği problemlere alternatif başka yollar, yeni çözümler ve yeni fikirler geliştirme süreci, kişilerarası problem çözme süreci olarak tanımlanır. Burada önemli olan şey, gelişimlerine katkıda bulunacak yeni yollarla problemlerine çözüm bularak; sorunu yok sayıp uzaklaşmak, şiddete yönelmek, saldırgan davranışlarda bulunmak gibi yöntemlerden uzak durmaktır. Kendall ve Fischler(1984) araştırmalarında, kişilerarası problem çözme becerisine sahip bireylerin, kişilerarası yaşanan sıkıntılara daha duyarlılık gösterdikleri, problemlere etkili çözüm yolları sunabildikleri, bireyin toplumsal eylemlerinin muhtemel sonuçlarını düşünebildikleri ve başka bireylerin de eylemlerini, duygu ve düşüncelerini değerlendirebildiklerini göstermişlerdir (Kesicioğlu, 2015).

Çoğu insan, yaşantısı engeller olmadan sıkıntısız bir şekilde akıp gitsin ister. Ancak, her birey toplum içinde farklı bireylerle etkileşim içindedir. Bu kişilerin bazıları yaşamı kolay hale getirirken, bazıları ise zor hale getirir. Bizim çözmemiz gereken problemleri de işte bu zorlukla oluşturur ve bunlar da her bireyde farklı bir problem anlamına geldiğinden farklı çözümler gerektirir (Yüksel, 2008).

Basmacı (1988)'ye göre; bireyin ruh sağlığını koruması için sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi gerekmektedir. Bireyler, sürekli olarak problemlerle günlük ve mesleki yaşantılarında iç içe yaşarlar. Bu problemlerin hızlı ve etkili bir şekilde çözümlenebilmesi için yeni yöntem ve stratejilere ihtiyaç vardır. Her farklı durum ve kişi, problem çözmede farklılığa neden olacağı için problem çözme davranışı da bu koşullara göre farklılık gösterecektir (Yüksel, 2008).

Oğuzkan'ın göre problem çözme (1989); Bireyin, ihtiyaç, değer, inanç, yetenek, yatkınlık ve tutumlarıyla ilişkili olup; çaba, enerji, alıştırma ve zaman gerektiren bir iştir. Ayrıca; bireyin cesareti ve kendine duyduğu güven duygusu, bireyin problemi çözmeye yönelmesiyle orantılı bir ilişkiye sahiptir (Yüksel, 2008).

Heppner problem çözme, gerçek hayatta kişisel problem çözme, iç ya da dış arzular ya da çağrılara uyum göstermek amacıyla davranışsal tepkilerde bulunma şeklinde bilişsel ve duygusal işlemleri bir yöne doğrultmak şeklinde tanımlamaktadır (Yüksel, 2008).

Karasar'a (2005) göre, insanlar hayatlarında problem çözmeyle alakalı pek çok durumla karşılaşır. Örneğin; alışverişi nerden nasıl yapacağı, hangi işte çalışmayı seçeceği, çalışma ortamında müdürüne bir arzusunu ne şekilde dile getireceği, bir yakınına karşı ne şekilde davranacağı gibi olaylar birey için sıkıntı yaratan durumlardır. Bu tür durumlarda, her bireyin birbirlerinden çeşitli davranışlar sergiledikleri izlenmektedir. Aynı problem için bazısı çok az zaman harcayıp etkili çözüm yöntemleri bulurken, bazıları ise çok çaba ve zaman harcadığı halde etkili çözümler bulamamaktadır. Bireylerin günlük hayatta deneyimledikleri problemlerine, genellikle kişisel tecrübelerine, geleneklerine ya da otorite figüründen faydalanarak çözüm aradıkları gözlenmektedir.

Bir birey problem çözme becerisini kullanabilmesi için, ilk olarak bir problemin varlığını fark etmeli ve hissetmelidir. Probleme tepki vermesi gerektiğini anladığında,

çözümüne nasıl ulaşacağına önceki deneyimlerinden edinmiş olduğu bilgilerden faydalanarak bulabilmelidir (Yüksel, 2008).

Kişilerarası etkili ilişkiler için, iletişim becerilerinin geliştirilmesi gereklidir. Bu da bireylerin ilişki yetenekleri kapsamında eğitilmesi, bu yeteneklerin daha net şekilde anlatılması ve ifade edilmesi anlamını taşımaktadır (Nacar ve Tümkaya, 2011). Çam için, kişilerarası problemlerin çözümü, kişilerarası etkileşiminin sağlıklı olup olmamasıyla bağlantılıdır, bireyler sahip oldukları etkili iletişim becerilerini kullanabiliyorlarsa yaşadıkları problemleri daha etkili bir şekilde çözüme kavuşturabileceklerdir. Çam, başarılı problem çözme için, sosyal beceri alanlarında iyi olup, etkili iletişim becerilerine sahip olunması gerektirdiğini ifade etmektedir. Sosyal yetenekler arasında yer alan iletişim becerileri, birbirleriyle bağlantılı olan sözlü ve sözsüz iletişim, empati, dinleme becerisi, doğru geri yanıt verme, beden dili kullanma gibi başka beceriler ve duygularla açıklanan yeterliliklerdir. Sosyal beceriler içerisinde yer alan iletişim becerileri öğrenmek isteyen herkese öğretilir bilinir (Nacar ve Tümkaya, 2011). Ayrıca, sosyal problem çözme süreci, var olan hayatta deneyimlenmiş bir durumda öğrenilmiş birtakım bilişsel davranışsal becerilerden meydana gelmektedir (Yüksel, 2008).

Problemlerle başa çıkma kavramını, Heppner ve Peterson (1982) problem çözme ile eş anlamlı olarak kullanmaktadır. Frauenknecht ve Black, (1995)' göre, problem çözme, davranışlar ve becerilerle ilgili bilgi aktarırken, insanların kişilik özellikleriyle bir ilişkisi olup olmadığına ilişkin herhangi bir bilgi sunmamaktadır. Kişilerarası problem çözme, kişisel ve ya sosyal problem çözme olarak düşünüldüğünde açık ve ya örtük biçimde, bilişsel, davranışsal ve duygusal süreçlerin uygulandığı iç içe girmiş çözüm ya da tepkiler anlamını taşımaktadır (Yüksel, 2008).

Problem çözmede kendisini donanımlı algılayan kişilerin, kişilerarası ilişkilerde daha sosyal, daha olumlu benlik algısına sahip oldukları ve akademik yönden daha etkili çalışma stilleri ve durumu sergiledikleri ortaya çıkmıştır (Derin ve Serin, 2008).

Problem çözme becerileri; uygun problem çözme, var olan problemi mantıklı yollarla değerlendirmeye alma, problem çözme becerilerini düzene sokma, uygulama ve ilerletme ile en etkili çözüme ulaşmayı ya da başa çıkma yollarını kullanmayı tanımlar. Problem çözme becerileri hedefe yönelik dört görevden oluşmaktadır (Sabahattin ve Tümkaya, 2008). Bunlar:

- Problemin açıklanması ve formüle edilmesi: Probleme ilişkin doğru bilgilere ulaşmak, problemin doğasını kavrayarak ortaya rasyonel problem çözme hedefleri koymak.

- Alternatif çözüm yollarının bulunması: Çözüm seçeneklerini çoğaltmak adına mümkün olduğunca fazla alternatif bulmak, keşfetmek ya da meydana çıkarmaktır.

- Kararlaştırma: Bulduğumuz alternatif çözümler içerisinde probleme en uygun olanını seçebilmektir.

- Çözümün uygulanıp değerlendirilmesi: Çözüm uygulamaya geçtikten sonra meydana gelen sonuçların değerlendirilmesidir.

Bireyin önceki deneyimlerine dayanan probleme yönelme durumu; probleme olumlu yönelme ve probleme olumsuz yönelme olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır.

Problemi çözme faktörü ise şu şekilde belirlenmiştir:

- Akılcı bir şekilde problem çözme
- Dikkatsiz- iç tepkisel bir yaklaşım
- Kaçınmacı yaklaşım

Kaçınmacı yaklaşım, problem çözmeye yönelik olmayan problem çözme becerileri olarak ifade edilir. Buna göre, eğer birey problem çözme ile alakalı olumlu eğilime sahip ise akılcı problem çözme becerilerine başvuracaktır. Bunun tersini eğer birey problem çözme ile alakalı olumsuz yönelime sahip ise problem çözme becerilerini tam ve yeterli kullanmayarak problemden kaçma yoluna gidecektir (Sabahattin ve Tümkaya, 2008).

4.3. Kişilerarası İlişkiler Kuramı

4.3.1. Psikoanalitik Kuram

Kişilerarası ilişkilerde ilk kuram, Freud ve diğerlerinin de içinde bulunduğu Psikoanalitik kuramcılarla başlamıştır. Kişilerarası ilişkiler onlara göre ‘obje ilişkiler’ dir ve kişilik gelişiminde psikopatolojinin meydana çıkmasında önemli bir role sahiptir.

Obje ilişkileri kuramı; dürtüler ilişkiler içerisinde ortaya çıktığı için, dürtüler ile ilişkilerin birbirlerinden ayıramayacağını savunmaktadır. Bu kurama göre kişilerarası ilişkiler, ilişkilerin içselleştirilmiş imgelerine çevrilerek deneyimlenmektedir. Bu demek oluyor ki; birey ilişki içinde olduğu bireyleri içselleştirmek yerine ilişkinin kendisini içselleştirerek yaşamaktadır.

Kişilerarası ilişkiler ile ilgili araştırma yapan Sullivan'ın kuramı, insanlar arasındaki ilişkilerdeki davranışlara vurgu yapılarak, insanlar arası ilişkilere dayanır. Bu sebeple, tedavisi de insan ilişkilerini barındırmaktadır. İletişim insan ilişkilerinde önemli bir rol oynamaktadır. İletişim sözlü ve ya sözsüz bir şekilde olabilir. Sözlü iletişim, insanlar arasında iletişimde, alış-veriş gibi alanlarda kullanılıyorken, sözsüz iletişim ise düşünce ve insanın kendisiyle kurduğu iletişimlerde kullanılır (Yüksel, 2008).

4.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

Davranışçı yaklaşım için; bireyin problem çözme becerilerini önceki deneyimlerine göre nasıl yorumladığı, problemi nasıl açıkladığı, alternatif çözüm yollarını ne şekilde meydana getirdiği, ne şekilde karar verdiği izlenemediği için kişinin problemin çözümü için uygulamaya koyduğu izlenebilir davranışı üzerinde durulmalıdır (Sabahattin ve Tümkaya, 2008).

Bilişsel yaklaşımçılar için; problem çözme süreçleri şu şekilde meydana gelmektedir: problemi kavramak, başka hipotezler oluşturmak ve bunlar arasından tercih yapmak, çözümleri kontrol etmek ve uygulamaya koymak (Sabahattin ve Tümkaya, 2008).

Shure ve Spivack (1972) kişilerarası problemlerde; yaşanan soruna karşı duyarlılık, farklı çözüm yolları oluşturma, nedensel düşünme ve sebep- sonuç ilişkisine doğru bilişsel problem çözme becerilerine dayalı çalışmalara fırsat vermişlerdir. Bu yöndeki çalışmalarda çoğunlukla hipotetik problem çözme, daha etkili çözüm yolları ve daha etkili psikolojik müdahalelere ilişkin alternatif sonuçlar üretmeye özen gösterilmiştir.

Bilişsel yaklaşımı destekleyen birçok araştırmacı, problem çözmeyi birbirinden farklı adımlardan meydana gelen bir süreç olarak bahsetmiştir. Bu aşamalı modellerden en çok bilineni D'Zurilla ve Goldfried'in (1971), beş aşamalı olan; genel yönelim, problemi tanımlama, alternatif üretme, kararlaştırma ve uygulama metotlarıdır. D'Zurilla ve Goldfried'in (1971) ilerlettiği ve daha sonra D'Zurilla ve Nezu tarafından genişletildiği bu problem çözme modeli, benzer konudaki pek çok çalışmanın kaynağını meydana getirmektedir (Sabahattin ve Tümkaya, 2008).

BÖLÜM 5: YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada, OKB tanısı almış bireylerde ve Sağlık kontrol grubunda Meta biliş düzeylerinin, farkındalık ve problem çözme becerileri üzerindeki etkisinin incelenmesi amacı ile karşılaştırma çalışması yapılmıştır.

5.2. Popülasyon ve Örneklem

Bu araştırmanın popülasyonunu, NP nörobeyin hastanesine bağlı olan feneryolu polikliniğinin 18-40 yaş arası OKB tanısı almış hastalardan oluşmaktadır. Sağlık kontrol grubu ise rastgele herhangi bir tanı almamış bireylerden oluşmaktadır. Araştırma bulguları örneklem grubunda yer alan 30 OKB tanısı almış bireyler, 30 herhangi bir psikolojik tanı almamış bireyler olmak üzere toplamda 60 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan OKB hastalarının ve Sağlık Kontrol Grubunun yaşları esas alınarak ölçekler uygulanmıştır. Yaş kriteri: 18- 40 yaş aralığı şeklindedir. Araştırmayı etik çerçeveler içerisinde yürütebilmek adına Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. NP İstanbul Beyin Hastanesinden izin çıktıktan sonra örneklem grubunda yer alan OKB'li bireylere ve rastgele seçilmiş olan Sağlık Kontrol Grubundaki bireylere, araştırmada kullanılacak bilgilendirilmiş Onam Formu ile birlikte veri araç gereçleri gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanmıştır.

5.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Üst biliş Ölçeği(MCQ-30), Bilinçli Farkındalık Ölçeği(BİFÖ) ve Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE) uygulanmıştır.

5.3.1. Kişisel Genel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından belirlenen kişisel bilgi formu; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgi elde edilmesi amacı ile hazırlanmıştır. Bu formda katılımcıların, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir düzeyleri, eğitim ve herhangi bir psikolojik tanı alıp almadığına dair bilgilerini elde etmeye yönelik sorular bulunmaktadır.

5.3.2. Meta biliş Ölçeği (MCQ-30)

Üst biliş Ölçeği(ÜBÖ)'nin orijinal adı ' Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ-30) şeklindedir ve Cartwright Hatton ve Wells tarafından (1997) geliştirilmiştir. Daha

sonrasında bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu Wells ve Cartwright Hatton oluşturmuştur.

ÜBÖ-30 'da yer alan her soru ,kesinlikle katılmıyorum(1) ile kesinlikle katılıyorum(4) bölümlerine sahip 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekten toplanacak puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte ve sayıların artması patolojik olarak üst bilişsel faaliyetin arttığını göstermektedir.

ÜBÖ-30'da yer alan sorular beş faktöre dağılmakta olup, bu dağılım uzun formdakiyle özdeştir.

Ölçekte;

(1)olumlu inançlar: 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. sorular. Plan yapmaya veya problem çözmeye endişelenmenin yardım ettiğine dair, endişelenmeyi içeren olumlu inançlara yer vermektedir. Ayrıca endişe bu faktör için, arzu edilir bir kişilik özelliği olarak ifade edilir.

(2)kontrol edilemezlik ve tehlike: 6, 13, 15, 21, 25, 27. sorular. Bu faktör iki boyuttan oluşur. İlki, insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerine kontrol altına alması gerektiği şeklindeki inançlardır. İkincisi ise, endişenin kontrol altına alınamayacağına ilişkin inançtır.

(3)bilişsel güven: 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. sorular. Bu faktör, kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine beslediği güvensizlikle ilgilidir.

(4)düşünceleri kontrol ihtiyacı: 2, 4, 9, 11, 16, 22. sorular. Bu faktör ise, batıl inanç, cezalandırma ve sorumlu tutulma konularını barındıran olumsuz inançları kontrol altında tutma ihtiyacını içerir. Bu inanışlar, birey onları kontrol altına alamadığı zaman meydana gelebilecek hasar verici sonuçlardan bireyin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir.

(5)bilişsel farkındalık: 3, 5, 12, 17, 19 ve 30.sorular. Bu faktör ise, kişinin sürekli olarak kendi düşünce süreçleri üzerinde fazla zaman harcamasını ifade eder.

5.3.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Bilinçli Farkındalık (BİFÖ) Ölçeği, Brown ve Ryan aracılığıyla 2003 yılında geliştirilmiştir. BİFÖ, günlük hayattaki anlık deneyimleri fark etme ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi test eden ve 15 maddelik sorudan oluşan bir ölçektir. Bu ölçek tek boyutlu bir yapı gösterir ve tek bir toplam puan verir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğuna işaret eder. BİFÖ, 6 dereceli Likert tipi bir ölçektir. Bunlar: hemen hemen her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, oldukça seyrek ve hemen hemen hiçbir zaman.

5.3.4. Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE)

Bu ölçek bireylerin kişilerarası problem çözme becerilerini araştırmak için geliştirilmiştir. Bu envanterin yapılan analiz çalışması sonucunda beş ayrı boyuttan meydana geldiği görülmüştür. Bunlar: Probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, kendine güvensizlik, sorumluluk almama ve ısrarcı-sebatkar yaklaşım alt ölçekleri şeklinde isimlendirilmiştir. Araç beşli derecelendirme seçeneği olan (hiç uygun değil, biraz uygun, uygun, çoğunlukla uygun, tamamiyle uygun) 50 maddeden meydana gelmektedir.

Envanterde Yer alan Alt Ölçekler ve Maddeler:

Probleme Olumsuz Yaklaşma: 5, 6, 8, 9, 12, 17, 18, 23, 30, 33, 40, 41, 43, 45, 47, 48 (16 madde)

Yapıcı Problem Çözme: 2, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 25, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 49, 50 (16 madde)

Kendine Güvensizlik: 20, 22, 24, 26, 27, 28, 44 (7 madde)

Sorumluluk Almama: 11, 21, 38, 39, 42 (5 madde)

Israrcı- Sebatkar Yaklaşım: 1, 3, 4, 7, 31, 46 (6 madde)

5.3.5 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Obsesif- Kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek için Goodman ve arkadaşları aracılığıyla 1989 yılında geliştirilmiştir. Toplam 19 sorudan meydana gelir ve beşli Likert tipi değerlendirme yapılıır. Y-BOCS ölçeğinin, 1-5 maddeleri obsesyonların şiddetini, 6-10 maddeleri ise kompulsiyonların şiddetini değerlendirmektedir. Her iki puanın

toplamıyla Y-BOCS toplam puanı saptanmaktadır. Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

5.4.İŞLEM

Uygulamanın yapılacağı Üsküdar Üniversitesi NP feneryolu Polikliniğine bağlı NP beyin hastanesi etik kurulundan izin alındıktan sonra veri toplama işlemine başlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına bağlı olarak gerçekleşmiştir ve uygulamaya başlamadan önce katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve katılımcılardan gönüllü onam formu alınmıştır.

Araştırmada, OKB tanısı almış katılımcıların OKB belirti düzeylerini ölçmek amacı ile Y-BOCS ölçeği kullanılmıştır. Tüm katılımcıların Üst biliş düzeylerini tespit etmek için Üst biliş Ölçeği olan MCQ-30 ölçeği kullanılmıştır. Kişilerarası problem çözme becerilerini test etmek için kişilerarası problem çözme beceri envanteri olan KPÇE kullanılmıştır. Son olarak bilinçli farkındalık düzeylerini tespit etmek için ise BİFO bilinçli farkındalık ölçeği kullanılmıştır.

5.5. İstatistiksel Yöntem

Analizler IBM SPSS Statistic 20 paket programında gerçekleştirildi.

Öncelikle çalışmaya katılan 30 deney grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 kişinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, anne ve babanın yaşam durumu, anne babanın birliktelik durumu, anne babanın eğitim durumu, kardeşlik durumu, gelir düzeyi, psikiyatrik ilaç kullanımına dair, psikiyatrik tanı durumu hakkında tanımlayıcı istatistikler tablo halinde paylaşıldı. Sonrasında ise tüm ana ve alt ölçekler için çalışmaya katılan 60 kişinin toplam skorlarının ortalama ve standart sapmalarına dair tablo paylaşıldı

Veriler analiz edilirken öncelikle hangi ölçeklerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla Shapiro-Wilk normal dağılım testi uygulandı. Normal dağılmayan ölçeklerin analizleri için parametrik olmayan testler tercih edildi.

Yalebrown haricindeki tüm ana ve alt ölçekler için kontrol ve deney grubunun toplam skorlarının ortalama karşılaştırıldı. Normal dağılan ölçekler karşılaştırılırken bağımsız t testi kullanıldı. Skorları normal dağılmayan ölçekler için parametrik olmayan Mann Whitney U testi kullanıldı.

Deney ve kontrol grubu için ayrı ayrı tüm ana ve ara ölçeklerin kendi aralarındaki çaprazlama korelasyon ilişkileri incelendi. Korelasyon matrisleri çıkartıldı. Normal dağılan ölçekler incelenirken Pearson testi kullanıldı. Skorları normal dağılmayan ölçekler için parametrik olmayan Spearman testi tercih edildi.

Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak verilmiştir.



BÖLÜM 6: BULGULAR

6.1.TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışmaya katılan kişilerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 1. paylaşılmıştır.

Tablo 1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Tablosu

		n	%	Ortalama	Standart Sapma
Yaş				28,20	6,714
Cinsiyet	Kadın	36	60,0		
	Erkek	24	40,0		
Medeni Durum	Bekar	44	73,3		
	Evli	14	23,3		
	Boşanmış	1	1,7		
	Diğer	1	1,7		
Eğitim Durumu	Ortaokul	3	5,0		
	Lise	6	10,0		
	Lisans	35	58,3		
	Yüksek Lisans	16	26,7		
Anne Babanın Yaşam Durumu	İkisi de yaşıyor	52	86,7		
	Sadece anne yaşıyor	7	11,7		
	Sadece baba yaşıyor	1	1,7		
Anne Babanın Birliktelik Durumu	Birlikte	48	80,0		
	Boşanmış Ayrı	12	20,0		
Annenin Eğitim Durumu	Okur-Yazar	3	5,0		
	İlkokul	14	23,3		
	Ortaokul	11	18,3		
	Lise	12	20,0		
	Lisans	18	30,0		
	Yüksek Lisans	2	3,3		
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul	7	11,7		
	Ortaokul	14	23,3		
	Lise	10	16,7		
	Lisans	24	40,0		
	Yüksek Lisans	4	6,7		
	Doktora ve Üstü	1	1,7		
Kaç Kardeş	Tek	5	8,3		
	2	30	50,0		
	3	17	28,3		
	4	5	8,3		
	5	1	1,7		
	6 ve üstü	2	3,3		
Kaçınıcı Kardeş	Tek veya ilk	27	45,0		
	2	14	40,0		
	3	5	8,3		

	4	1	1,7
	5	2	3,3
	6 ve üstü	1	1,7
Gelir Düzeyi (TL)	1000-2000	6	10,0
	2000-5000	24	40,0
	5000-10000	21	35,0
	10000 ve üzeri	9	15,0
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	30	50,0
	Kullanmıyor	30	50,0
Psikiyatrik Tanı	Evet (OKB)	30	50,0
	Hayır	30	50,0

- Çalışmaya katılan kişilerin %60'ını kadınlar %40'ını erkekler oluşturmaktadır.
- Tüm katılımcıların yaş ortalaması %28,20 olarak bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan katılımcıların %73,3' ü bekar, %23,3' ü evli, %1,7'si boşanmış, %1,7'si ise diğer olarak belirlenmiştir.
- Katılımcıların %86,7'sinin anne-babası hayatta, %11,7'sinin sadece annesi yaşıyor, %1,7'sinin sadece babası yaşıyor bulunmuştur.
- Katılımcıların %80'inin anne-babası birlikteyken, %20'sinin anne babası boşanmış ya da ayrıdır.
- Katılımcıların %5'inin annesinin eğitim durumu okur-yazar iken, %23,3'ü ilkokul mezunu, %18,3'ü ortaokul mezunu, %20,0'ı lise mezunu, %30,0'ı lisans mezunu, %3,3' ü ise yüksek lisans mezunu olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların babalarının eğitim durumu ise %11,7'si ilkokul mezunu, %23,3'ü ortaokul mezunu, %16,7'si lise mezunu, %40,0'ı lisans mezunu, %6,7'si yüksek lisans mezunu, %1,7'si ise doktora ve üstü mezunu olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %8,3'ü tek kardeş, %50,0'ı 2 kardeş, %28,3'ü 3 kardeş, %8,3'ü 4 kardeş, %1,7'si 5 kardeş, %3,3'ü 6 ve üstü olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %45,5'i ilk çocuk, %40,0'ı ikinci çocuk, %8,3'ü üçüncü çocuk, %1,7'si dördüncü çocuk, %3,3'ü beşinci çocuk, %1,7'si ise altıncı ve üstü olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %10,0'ının gelir düzeyleri 1.000-2.000 arasında değişirken, %40,0'ının 2.000-5.000 arası, %35,0'ının 5.000-10.000 arası, %15,0'ının ise 10.000 ve üzeri olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %50,0'ı psikiyatrik bir ilaç kullanıyorken %50,0'ının herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmadığı görülmüştür.

- Katılımcıların %50,0'ı psikiyatrik bir tanıya(OKB) sahipken %50,0'ı hiçbir psikiyatrik bir tanıya sahip değildir.

Çalışmaya katılan kişilerin, çalışmada kullanılan ölçeklerde topladıkların toplam puanlara dair tanımlayıcı istatistikleri Tablo 2. paylaşılmıştır.

Tablo 2. Toplam Skorlara Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Tablosu

n=60		Toplam Puan ($\bar{x} \pm SD$)
KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri)	Probleme olumsuz yaklaşma	41,08 $\pm$ 15,23
	Yapıcı problem çözme	50,53 $\pm$ 10,89
	Kendine güvensizlik	12,70 $\pm$ 4,10
	Sorumluluk almama	11,52 $\pm$ 4,05
	Israrcı sebatkâr yaklaşımı	20,57 $\pm$ 5,58
	GENEL	136,40 $\pm$ 25,27
BİFÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği)		58,55 $\pm$ 13,07
MCQ-30 (Metabiliş Ölçeği)	Bilişsel güven	13,82 $\pm$ 4,23
	Olumlu inançlar	12,55 $\pm$ 3,67
	Bilişsel Farkındalık	15,78 $\pm$ 3,16
	Kontrol edilemezlik ve Tehlike	15,70 $\pm$ 4,91
	Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı	14,80 $\pm$ 4,18
	GENEL	72,65 $\pm$ 14,77
Yalebrown		24,07 $\pm$ 5,18

- Katılımcıların kişilerarası problem çözme beceri envanteri probleme olumsuz yaklaşma alt ölçeğinden topladığı toplam puan 41,8 $\pm$ 15,23, yapıcı problem çözme alt ölçeğinde topladığı toplam puan 50,53 $\pm$ 10,89, kendine güvensiz alt ölçeğinden topladığı ortalama puan 12,70 $\pm$ 4,10, sorumluluk almama alt ölçeğinde topladığı toplam puan 11,52 $\pm$ 4,05, ısrarcı sebatkar yaklaşım alt ölçeğinde topladığı toplam puan 20,57 $\pm$ 5,58 iken kişilerarası problem çözme envanterinin genel puanı ise 136,40 $\pm$ 25,27 olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların bilinçli farkındalık ölçeğinden (BİFÖ) topladığı toplam puan 58,55 $\pm$ 13,07 şeklinde bulunmuştur.
- Katılımcıların üst biliş (MCQ-30) bilişsel güven alt ölçeğinden aldığı toplam puan 13,82 $\pm$ 4,23, olumlu inançlar alt ölçeğinden aldığı toplam puan 12,55 $\pm$ 3,67, bilişsel farkındalık alt ölçeğinden aldığı toplam puan 15,78 $\pm$ 3,16, kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeğinden aldığı toplam puan 15,70 $\pm$ 4,91, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı alt ölçeğinden topladığı toplam puan 14,80 $\pm$ 4,18 ve MCQ-30 genel puanı 72,65 $\pm$ 14,77 olarak bulunmuştur.

- Katılımcıların Yalebrown (Y-BOCS) ölçeğinden aldığı toplam puan ise $24,07 \pm 5,18$ olarak bulunmuştur.

6.2. Analizler

6.2.1. Normal Dağılım Testleri

Deney Grubu İçin ölçeklerin normal dağılım tablosu Tablo 3. gösterilmiştir.

Tablo 3. Deney Grubunun Skorlarına Ait Normal Dağılım Tablosu

Shapiro- Wilk Testi		
Ölçek	Test değeri	p anlamlılık değeri
KPÇE	0,985	0,941
KPÇE_POY	0,964	0,399
KPÇE_YPÇ	0,954	0,218
KPÇE_KG	0,946	0,135
KPÇE_SA	0,973	0,623
KPÇE_İSY	0,985	0,941
MCQ30	0,956	0,240
MCQ30_BG	0,973	0,610
MCQ30_Oİ	0,983	0,905
MCQ30_BF	0,973	0,623
MCQ30_KET	0,968	0,478
MCQ30_DKİ	0,928	0,043
BİFÖTOTAL	0,964	0,392
YALEBROWNSCORE	0,953	0,209

Deney grubunun MCQ-30 ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı” alt ölçeğindeki toplam skorlar normal dağılmamaktadır. ($p < 0,05$) Diğer tüm ana ve alt ölçekler normal dağılım göstermektedir. ($p > 0,05$)

Kontrol grubu için ölçeklerin normal dağılım tablosu Tablo 4. gösterilmiştir.

Tablo 4. Kontrol Grubunun Skorlarına Ait Normal Dağılım Tablosu

Shapiro- Wilk Testi		
Ölçek	Test değeri	p anlamlılık değeri
KPÇE	0,981	0,841
KPÇE_POY	0,946	0,128
KPÇE_YPÇ	0,964	0,401
KPÇE_KG	0,901	0,009
KPÇE_SA	0,960	0,317
KPÇE_İSY	0,969	0,515
MCQ30	0,931	0,052

MCQ30_BG	0,934	0,063
MCQ30_Oİ	0,928	0,044
MCQ30_BF	0,961	0,329
MCQ30_KET	0,962	0,358
MCQ30_DKİ	0,974	0,667
BİFÖTOTAL	0,961	0,332

- Kontrol grubunun KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri) ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Kendine güvensizlik” alt ölçeğindeki toplam skorlar normal dağılmamaktadır. ($p<0,05$) Bu skorlar analiz edilirken parametrik olmayan testler tercih edilecektir.
- Kontrol grubunun MCQ-30 (Metabiliz Ölçeği) ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Olumlu İnançlar” alt ölçeğindeki toplam skorlar normal dağılmamaktadır. ($p<0,05$) Bu skorlar analiz edilirken parametrik olmayan testler tercih edilecektir.
- Diğer tüm ana ve alt ölçekler normal dağılım göstermektedir. ($p>0,05$)

6.3. İki Grup Arasında Ortalama Skor Karşılaştırmaları

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Arasında Ortalama Skor Karşılaştırma Tablosu

	Grup	$\bar{x}\pm SD$	p
TOPLAM KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri)	Deney Grubu (OKB)	149,13 $\pm$ 23,95	0,000 ^{a*}
	Kontrol Grubu	123,67 $\pm$ 19,77	
Probleme olumsuz yaklaşma	Deney Grubu (OKB)	49,43 $\pm$ 14,23	0,000 ^{a*}
	Kontrol Grubu	32,73 $\pm$ 11,2	
Yapıcı problem çözme	Deney Grubu (OKB)	51,27 $\pm$ 11,74	0,606 ^a
	Kontrol Grubu	49,8 $\pm$ 10,11	
Kendine güvensizlik	Deney Grubu (OKB)	14,73 $\pm$ 4,26	0,000 ^{b*}
	Kontrol Grubu	10,67 $\pm$ 2,75	
Sorumluluk almama	Deney Grubu (OKB)	12,30 $\pm$ 4,37	0,136 ^a
	Kontrol Grubu	10,73 $\pm$ 3,62	
Israrıcı sebatkâr yaklaşımı	Deney Grubu (OKB)	21,4 $\pm$ 7,1	0,390 ^b
	Kontrol Grubu	19,73 $\pm$ 3,4	
BİFÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği)	Deney Grubu (OKB)	52,17 $\pm$ 12,9	0,000 ^{a*}
	Kontrol Grubu	64,93 $\pm$ 9,87	
TOPLAM MCQ-30 (Metabiliz Ölçeği)	Deney Grubu (OKB)	79,37 $\pm$ 14,33	0,000 ^{a*}
	Kontrol Grubu	65,93 $\pm$ 12,06	
Bilişsel güven	Deney Grubu (OKB)	14,17 $\pm$ 4,32	0,527 ^a

	Kontrol Grubu	13,47±4,2	
Olumlu inançlar	Deney Grubu (OKB)	13,03±3,71	0,226 ^b
	Kontrol Grubu	12,07±3,64	
Bilişsel Farkındalık	Deney Grubu (OKB)	16,87±3,06	0,007 ^{a*}
	Kontrol Grubu	14,7±2,93	
Kontrol edilemezlik ve Tehlike	Deney Grubu (OKB)	18,4±4,78	0,000 ^{a*}
	Kontrol Grubu	13±3,34	
Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı	Deney Grubu (OKB)	16,9±4,19	0,000 ^{b*}
	Kontrol Grubu	12,7±2,98	

a.Bağımsız T Testi b.Mann-Whitney U Testi

- KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri) ölçeğinin tamamında OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 149,13 iken kontrol grubunun ortalama skoru 123,67'dir. Aradaki ayrım istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Yani deney grubu, diğer gruba göre daha fazla skor elde etmiştir.
- KPÇE ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Probleme olumsuz yaklaşma” konulu sorularda OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 49,43 iken kontrol grubunun ortalama skoru 32,73’tür. Aradaki ayrım istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Yani deney grubu, diğer gruba göre daha fazla skor elde etmiştir. Diğer bir deyişle OKB tanısı konulan kişiler sağlıklı bireylere nazaran problemlere karşısında daha fazla olumsuz tutum sergilerler.
- KPÇE ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Kendine Güvensizlik” konulu sorularda OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 14,73 iken kontrol grubunun ortalama skoru 10,67’dir. Aradaki ayrım istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Yani deney grubu, diğer gruba göre daha fazla skor elde etmiştir. Diğer bir deyişle OKB tanısı konulan kişiler sağlıklı bireylere göre daha fazla kendine güvensizlik problemi yaşarlar.
- Bu iki istatistik sonucuna dayanarak obsesif kompulsif bozukluğun bireylerde problem çözme güveni, yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrol algısını düşürdüğü söylenebilir.
- Bu ölçeğin diğer iki maddesi olan “yapıcı problem çözme” ve sorumluluk almama” başlıklarında 2 grubun topladığı ortalama puanlar arasındaki ayrım istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p>0,05$) 2 grup arasında bu başlıklara verilen cevaplar için anlamlı bir fark bulunmamaktadır.
- BİFÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği) ölçeğinin tamamında OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 52,17 iken kontrol grubunun ortalama skoru 64,93’tür. Aradaki ayrım

istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Yani kontrol grubu, diğer gruba göre daha fazla skor elde etmiştir. Diğer bir deyişle OKB tanısı konmuş kişiler sağlıklı kişilere göre “dikkati şimdiki zamanda meydana gelen olaylara yargılamadan ve kabullenici bir şekilde odaklama” konusunda daha az problem yaşıyor denilebilir.

- MCQ-30 (Metabilizasyon Ölçeği) ölçeğinin tamamında OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 79,37 iken kontrol grubunun ortalama skoru 65,93’tür. Aradaki ayrım istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Yani deney grubu, kontrol grubuna göre daha fazla skor elde etmiştir. Bu durum, OKB’nin bireylerde patolojik tarzda üst bilişsel faaliyeti arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.
- MCQ-30 ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Bilişsel Farkındalık” konulu sorularda OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 16,87 iken kontrol grubunun ortalama skoru 14,7’dir. Aradaki ayrım istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Deney grubu, diğer gruba göre daha fazla skor elde etmiştir. Diğer bir deyişle OKB tanısı konulan kişiler sağlıklı bireylere göre kendi düşünce süreçleri üzerinde daha fazla uğraşırlar.
- MCQ-30 ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” konulu sorularda OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 18,4 iken kontrol grubunun ortalama skoru 13,3’dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Deney grubu, kontrol grubuna göre daha fazla skor elde etmiştir. Bu bulgu obsesif kompulsif bozukluğun bireylerin kendilerine duydukları güvenlerini azalttığı, bu durumda endişelerini denetim altında bulundurmada negatif bir etki yaratacağı şeklinde yorumlanabilir.
- MCQ-30 ölçeğinin alt gruplarından biri olan “Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı” konulu sorularda OKB tanısı olan kişilerin ortalama skoru 16,9 iken kontrol grubunun ortalama skoru 12,7’dir. Aradaki ayrım istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Deney grubu, kontrol grubuna göre daha fazla skor elde etmiştir. Bu bulgu, OKB tanılı bireylerdeki “olumsuz inançları kontrol altına alma” durumunun arttığını ifade eder.
- Bu ölçeğin diğer iki maddesi olan “Bilişsel güven” ve “Olumlu inançlar” başlıklarında 2 alt ölçeğinde topladığı ortalama puanlar arasındaki ayrım istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p>0,05$) 2 grup arasında bu başlıklara verilen cevaplar için anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

6.4. Ölçekler Arası Korelasyon Analizleri

Deney Grubunun Ana Ölçek ve Alt Ölçek Skorları Arasında Korelasyon Analizleri

Tablo 6. Deney Grubunun Ölçek Skorlarına Ait Korelasyon Matrisi

	KPCETO TAL	KPCE_İS Y	KPCE_ POY	KPCE_ YPC	KPCE_K G	KPCE_ SA	MCQ30_ BG	MCQ30_ OI	MCQ30_ BF	MCQ30_ KET	MCQ30_ DKİ	MCQ TOT AL	BİFÖTO TAL	YALE BRO WNS COR E
KPCETO TAL	1,000 ^a													
KPCE_İS Y	0,606 ^a **	1,000 ^a												
KPCE_P OY	0,715 ^a **	0,068 ^a	1,000 ^a											
KPCE_Y PÇ	0,521 ^a **	0,554 ^a **	-0,124 ^a	1,00 0 ^a										
KPCE_K G	0,445 ^a *	-0,010 ^a	0,604 ^a **	- 0,23 7 ^a	1,000 ^a									
KPCE_S A	0,333 ^a	-0,006 ^a	0,292 ^a	- 0,09 8 ^a	0,151 ^a	1,000 ^a								
MCQ30_ BG	0,266 ^a	0,040 ^a	0,375 ^a *	- 0,06 8 ^a	0,222 ^a	0,136 ^a	1,000 ^a							
MCQ30_ OI	0,366 ^a *	0,321 ^a	0,079 ^a	0,31 6 ^a	0,191 ^a	0,191 ^a	0,245 ^a	1,000 ^a						
MCQ30_ BF	0,560 ^a **	0,323 ^a	0,558 ^a **	0,16 3 ^a	0,172 ^a	0,119 ^a	0,527 ^a **	0,225 ^a	1,000 ^a					
MCQ30_ KET	0,263 ^a	0,231 ^a	0,255 ^a	0,11 7 ^a	0,005 ^a	- 0,082 ^a	0,229 ^a	- 0,088 ^a	0,668 ^a **	1,000 ^a				
MCQ30_ DKİ	0,435 ^b *	0,239 ^b	0,375 ^b *	0,17 6 ^b	0,032 ^b	0,180 ^b	0,350 ^b	0,374 ^b *	0,746 ^b **	0,683 ^b **	1,000 ^b			
MCQTO TAL	0,521 ^a **	0,331 ^a	0,461 ^a *	0,17 8 ^a	0,189 ^a	0,153 ^a	0,673 ^a **	0,471 ^a **	0,874 ^a **	0,694 ^a **	0,858 ^b **	1,00 0 ^a		
BİFÖTO TAL	-0,319 ^a	0,178 ^a	-0,601 ^a **	0,36 0 ^a	-0,608 ^a **	- 0,455 ^a *	-0,439 ^a *	- 0,281 ^a	-0,180 ^a	0,005 ^a	-0,261 ^b	- 0,33 6 ^a	1,000 ^a	
YALEBR OWNSC ORE	0,117 ^a	-0,002 ^a	0,081 ^a	0,10 2 ^a	-0,049 ^a	0,154 ^a	0,107 ^a	0,245 ^a	0,350 ^a	0,164 ^a	0,044 ^b	0,25 0 ^a	-0,056 ^a	1,00 0 ^a

a.Pearson Korelasyon Testi *0,05 Anlamlılık düzeyinde anlamlı

b.Spearman Korelasyon Testi **0,001 anlamlılık düzeyinde anlamlı

- KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri) ölçeğinin toplam skorları ile MCQ-30 (Metabiliş Ölçeği) ölçeğinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p < 0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- Bu ikili haricinde ki ikili ana ölçek karşılaştırmalarında ölçekler arası anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. ($p > 0,05$)
- KPÇE ana ölçeği ile alt ölçeklerinden “İsrarcı sebeaatkar yaklaşımı” ve “Yapıcı problem çözme” ile orta seviyede, “Sorumluluk almama” alt ölçeği ile kuvvetli pozitif

korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) “Sorumluluk almama” alt ölçeği ile ise korelasyon ilişkisi bulunmamaktadır. ($p>0,05$)

- KPÇE ana ölçeği ile “Bilişsel farkındalık”, “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” alt ölçekleri ile orta seviyede pozitif korelasyon bulundu. “Olumlu inançlar” alt ölçeğiyle ise zayıf pozitif korelasyon tespit edildi. ($p<0,05$) Diğer alt ölçekler ile arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır. ($p>0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “İsrarcı sebatkâr yaklaşımı” ve “Yapıcı problem çözme” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Probleme olumsuz yaklaşma” ve “Kendine güvensizlik” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Probleme olumsuz yaklaşma” ile MCQ30 ana ölçeği arasında orta seviyede pozitif korelasyon; MCQ30’ya ait alt ölçeklerden “Bilişsel güven”, “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” alt ölçeklerinin skorları arasında zayıf, “Bilişsel farkındalık” ile ise pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- “Probleme olumsuz yaklaşma” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- KPÇE ölçeğinin alt ölçeklerinin kendi aralarındaki diğer ikili karşılaştırmalarda, ölçekler arası anlamlı korelasyon tespit edilmemiştir. ($p>0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Kendine güvensizlik” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Sorumluluk almama” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- MCQ30 ana ölçeğinin alt ölçeklerinin tamamı ile anlamlı korelasyon ilişkisi bulundu. “Bilişsel güven”, “Olumlu inançlar” ve “Kontrol edilemezlik ve tehlike” ile orta seviyede; “Bilişsel farkındalık” ve “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ile güçlü pozitif korelasyon olduğu görüldü.
- MCQ30 ölçeğindeki alt ölçeklerden “Bilişsel farkındalık” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)

- MCQ-30 (Metabiliz Öölçeği) öölçeğindeki alt gruplardan “Bilişsel güven” ve “Bilişsel Farkındalık” alt öölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt öölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 öölçeğindeki alt gruplardan “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Olumlu inançlar” alt öölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt öölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 öölçeğindeki alt gruplardan “Bilişsel Farkındalık” ve “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” alt öölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt öölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 öölçeğindeki alt gruplardan “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Bilişsel farkındalık” alt öölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt öölçekteki skorları, birbirlerine paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 öölçeğindeki alt gruplardan “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” alt öölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt öölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 ana öölçeğinin alt öölçeklerinin kendi aralarındaki diğer ikili karşılaştırmalarda, öölçekler arası anlamlı korelasyon tespit edilmemiştir. ($p>0,05$)

6.5. Kontrol Grubunun Ana Ölçek ve Alt Ölçek Skorları Arasında Korelasyon Analizleri

Tablo 7. Kontrol Grubunun Ölçek Skorlarına Ait Korelasyon Matrisi

	KPCETO TAL	KPCE_ İSY	KPCE_P OY	KPCE_ YPÇ	KPCE_K G	KPCE_ SA	MCQ30_ BG	MCQ30_ Oİ	MCQ30_ BF	MCQ30_ KET	MCQ30_ DKİ	MCQ TOT AL	BİFÖTO TAL
KPCETO TAL	1,000 ^a												
KPCE_İS Y	0,534 ^a **	1,000 ^a											
KPCE_P OY	0,744 ^a **	0,326 ^a	1,000 ^a										
KPCE_Y PÇ	0,616 ^a **	0,389 ^a *	-0,014 ^a	1,000 ^a									
KPCE_K G	0,517 ^b **	- 0,103 ^b	0,465 ^b **	0,177 ^b	1,000 ^b								
KPCE_S A	0,559 ^a **	- 0,076 ^a	0,398 ^a *	0,180 ^a	0,582 ^b **	1,000 ^a							
MCQ30_ BG	0,118 ^a	0,004 ^a	0,206 ^a	- 0,090 ^a	0,095 ^b	0,185 ^a	1,000 ^a						
MCQ30_ Oİ	-0,164 ^b	0,043 ^b	-0,086 ^b	- 0,252 ^b	0,089 ^b	- 0,060 ^b	0,008 ^b	1,000 ^b					
MCQ30_ BF	0,142 ^a	0,210 ^a	0,167 ^a	0,021 ^a	0,152 ^b	- 0,096 ^a	0,511 ^a **	0,353 ^b	1,000 ^a				
MCQ30_ KET	0,190 ^a	0,133 ^a	0,344 ^a	- 0,149 ^a	0,262 ^b	0,091 ^a	0,165 ^a	0,214 ^b	0,494 [*] *	1,000 ^a			
MCQ30_ DKİ	0,114 ^a	0,084 ^a	0,256 ^a	- 0,128 ^a	0,179 ^b	- 0,020 ^a	0,320 ^a	0,379 ^b *	0,582 ^a **	0,691 ^a **	1,000 ^a		
MCQTO TAL	0,076 ^a	0,111 ^a	0,224 ^a	- 0,195 ^a	0,245 ^b	0,026 ^a	0,620 ^a **	0,580 ^b **	0,824 ^a **	0,696 ^a **	0,836 ^a **	1,00 ^a 0 ^a	
BİFÖTO TAL	-0,441 ^a *	0,123 ^a	-0,543 ^a **	- 0,040 ^a	-0,463 ^b **	- 0,395 ^a *	-0,215 ^a	-0,160 ^a	-0,331 ^a	-0,215 ^a	-0,096 ^a	- 0,25 ^a 7 ^a	1,000 ^a

a.Pearson Korelasyon Testi *0,05 Anlamlılık düzeyinde anlamlı

b.Spearman Korelasyon Testi **0,001 anlamlılık düzeyinde anlamlı

- KPÇE ana ölçeğinin alt ölçeklerinin tamamı ile anlamlı korelasyon ilişkisi bulundu. “İsrarcı sebeaatkar yaklaşımı”, “Yapıcı problem çözme”, “Kendine güvensizlik” ve “Sorumluluk almama” ile orta seviyede; “Sorumluluk almama” ile güçlü pozitif korelasyon olduğu görüldü.
- KPÇE ölçeğinin toplam skorları ile BİFİÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği) ölçeğinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede negatif korelasyon bulunmuştur. ($p < 0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki ölçekteki

skorları, nispeten birbirlerine ters yönde hareket ederler. Yani örneğin bir ölçeğin skorları azalırken diğer ölçeğin skorlarında artma görülür.

- KPÇE ana ölçeği diğer ana ölçekler arasında anlamlı korelasyon bulunmamaktadır. ($p>0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Yapıcı problem çözme” ve “İsrarcı sebatkâr yaklaşımı” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine göre küçük bir etkileşimle paralel şekilde birlikte azalıp artar.
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Probleme olumsuz yaklaşma” ve “Sorumluluk almama” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine göre küçük bir etkileşimle paralel şekilde birlikte azalıp artar.
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Kendine güvensizlik” ve “Probleme olumsuz yaklaşma” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Kendine güvensizlik” ve “Sorumluluk almama” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- KPÇE ölçeğinin alt ölçeklerinin kendi aralarındaki diğer ikili karşılaştırmalarda, ölçekler arası anlamlı korelasyon tespit edilmemiştir. ($p>0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Probleme olumsuz yaklaşma” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Kendine güvensizlik” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- KPÇE ölçeğindeki alt ölçeklerden “Sorumluluk almama” ile BİFÖ ana ölçeği arasında orta yönde negatif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$)
- MCQ30 ana ölçeğinin alt ölçeklerinin tamamı ile anlamlı korelasyon ilişkisi bulundu. “Bilişsel güven”, “Olumlu inançlar” ve “Kontrol edilemezlik ve tehlike” ile orta

seviyede; “Bilişsel farkındalık” ve “Düşünceleri kontrol ihtiyacı” ile güçlü pozitif korelasyon olduğu görüldü.

- MCQ-30 ölçeğindeki alt gruplardan “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Olumlu inançlar” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanılı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 ölçeğindeki alt gruplardan “Bilişsel güven” ve “Bilişsel Farkındalık” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 ölçeğindeki alt gruplardan “Olumlu inançlar” ve “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine göre küçük bir etkileşimle paralel şekilde birlikte azalıp artar.
- MCQ-30 ölçeğindeki alt gruplardan “Bilişsel Farkındalık” ve “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 ölçeğindeki alt gruplardan “Bilişsel Farkındalık” ve “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 ölçeğindeki alt gruplardan “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” ve “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. ($p<0,05$) OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki alt ölçekteki skorları, birbirlerine nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar.
- MCQ-30 ana ölçeğinin alt ölçeklerinin kendi aralarındaki diğer ikili karşılaştırmalarda, ölçekler arası anlamlı korelasyon tespit edilmemiştir. ($p>0,05$)

- KPÇE ve MCQ-30 ana ölçeklerine ait alt ölçeklerinin çaprazlama şekilde ikili korelasyon ilişkileri incelendiği ise hem bir ikili arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi bulunmamıştır. ($p>0,05$)



6.6. BULGULAR

Deney ve kontrol grupları arasında yapılan ortalama karşılaştırmalarında tüm KPÇE, KPÇE altındaki “Probleme olumsuz yaklaşma”, “Kendine güvensizlik”, tüm MCQ-30, MCQ-30 altındaki “Bilişsel Farkındalık”, “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” ve “Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı” alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve OKB tanısı bulunan kişilerin sağlıklı kişilere göre daha çok skor topladığı görüldü. BİFÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği) için iki grup arasında anlamlı fark bulundu. Sağlıklı bireylerin OKB tanısı bulunan kişilere göre ortalamada daha çok skor elde ettiği görüldü.

Deney grubu için ana ölçekler arasında yapılan korelasyon analizinde KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri) ve MCQ-30 (Metaboliş Ölçeği) ölçeğinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulundu. KPÇE ana ölçeğinin altındaki 5 ölçekten 4’ü ile pozitif korelasyon gösterirken “Sorumluluk almama” alt ölçeği ile korelasyon ilişkisi olmadığı görüldü. KPÇE altındaki ölçeklerden “Probleme olumsuz yaklaşma” ile “Kendine güvensizlik” alt ölçeklerinin skorları arasında ve “İsrarcı sebatkâr yaklaşımı” ile “Yapıcı problem çözme” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon olduğu görüldü. MCQ-30 ana ölçeğinin altındaki 5 ölçekle orta ve güçlü derecelerde korelasyon ilişkilerinin olduğu görüldü. MCQ-30 altındaki ölçeklerden “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Olumlu inançlar” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon bulundu. Yine “Bilişsel güven” ile “Bilişsel Farkındalık”, “Bilişsel Farkındalık” ile “Kontrol edilemezlik ve Tehlike”, “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ile “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon olduğu görüldü. Diğer “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Bilişsel farkındalık” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü pozitif korelasyon bulundu. KPÇE ve MCQ-30 alt ölçeklerinin çaprazlama ilişkileri kontrol edildiğinde “Probleme olumsuz yaklaşma” ile “Bilişsel güven”, “Bilişsel farkındalık” ve “Düşünceleri kontrol ihtiyacı” arasında zayıf ve orta seviyelerde anlamlı korelasyonlar bulundu. BİFÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği) ile ana ölçekler arasında korelasyon bulunmazken “Probleme olumsuz yaklaşma”, “Kendine güvensizlik”, “Sorumluluk almama” “Bilişsel güven” alt ölçekleriyle orta derecede negatif korelasyon bulundu.

Kontrol grubu için ana ölçekler arasında yapılan korelasyon analizinde KPÇE (Kişilerarası problem çözme envanteri) ve BİFÖ (Bilinçli Farkındalık Ölçeği) ölçeğinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede negatif korelasyon tespit edildi. KPÇE ana ölçeğinin altındaki 5 ölçekten tamamı ile orta ve güçlü seviyelerde pozitif korelasyon içinde olduğu görüldü. KPÇE altındaki ölçeklerden ise “Probleme olumsuz yaklaşma” ile “Sorumluluk almama” alt ölçeklerinin skorları arasında ve “Israrıcı sebatkâr yaklaşımı” ile “Yapıcı problem çözme” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon olduğu görüldü. Ayrıca “Kendine güvensizlik” ile “Probleme olumsuz yaklaşma” ve “Kendine güvensizlik” ve “Sorumluluk almama” skorları arasında orta derecede pozitif korelasyon olduğu görüldü. MCQ-30 ana ölçeğinin altındaki 5 ölçekle orta ve güçlü derecelerde korelasyon ilişkilerinin olduğu görüldü. MCQ-30 altındaki ölçeklerden “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Olumlu inançlar” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon bulundu. Yine “Bilişsel güven” ile “Bilişsel Farkındalık”, “Bilişsel Farkındalık” ile “Kontrol edilemezlik ve Tehlike”, “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ile “Kontrol edilemezlik ve Tehlike” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon olduğu görüldü. Diğer “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” ve “Bilişsel farkındalık” alt ölçeklerinin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derece pozitif korelasyon bulundu. KPÇE ve MCQ-30 alt ölçeklerinin çaprazlama ilişkileri kontrol edildiğinde anlamlı bir korelasyona rastlanmadı. BİFÖ “Probleme olumsuz yaklaşma”, “Kendine güvensizlik”, “Sorumluluk almama” alt ölçekleriyle orta ve zayıf derecelerde negatif korelasyon bulundu.

Deney ve kontrol gruplarının her ikisinde anlamlı olarak bulunan 19 korelasyon ilişkisinin hiçbirinde gruplar arası fark tespit edilmedi.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, Obsesif Kompulsif tanısı almış bireylerde ve sağlık kontrol gurubunda Üst biliş düzeylerinin, problem çözme ve farkındalık üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmada elde edilen veriler analiz edilmiş ve bulgular yorumlanmıştır. Araştırmada, tüm katılımcıların üst biliş düzeylerini ölçmek için Meta biliş Ölçeği (MCQ-30), kişilerarası problem çözme becerilerini test etmek için Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE) , farkındalık düzeylerini ölçmek için Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ve ek olarak OKB tanısı almış bireylere Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y- BOCS) uygulanmış ve bunların bu iki grup arasındaki karşılaştırılması için korelasyon analizi kullanılmıştır.

Üst bilişsel modelleri ve OKB' yi araştıran araştırmaların sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Ancak bunların ikisi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaya sayısına fazla rastlanılmamaktadır.

OKB'nin üst bilişsel modeline göre, düşünceleri düzenleme, düşünce adımlarıyla ilgili inançlar ve genel bilgi işleme süreçleri bu modelin temelinde bulunmaktadır (Irak, 2012). Düşüncenin içeriği bilişsel modelde önemliyken, düşüncenin biçimi ve kontrol şekli üst bilişte önem kazanmaktadır. (Özsoy, 2008). Bu yönde, üst bilişsel modeline göre, işlevsizliğin ya da bozukluğun açığa çıkmasına neden olan şey düşünce değil, bireyin o düşünceye verdiği tepkisi ve o düşünce ile nasıl baş ettiği ile ilgilidir. Bilişsel modellerden bu noktada farklılaşan üst bilişsel modele göre, üst bilişsel inançlar ve süreçler obsesif kompulsif belirtiler ile direkt olarak ilişki içerisindedir.(Panayırıcı, 2012).

Bu araştırmada OKB tanısı almış bireylerde ve sağlık kontrol gurubunda toplam üst bilişsel skorları karşılaştırılmış ve OKB tanısı almış bireylerin üst biliş puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kontrol grubuna kıyasla OKB grubunun toplam üst biliş ölçeğinde çıkan yüksek puan üst biliş ölçeğinin endişe, kaygı ve obsesif belirtileri yordadığını (Tosun, Irak, 2008) dikkate de alırsak bozuk üst biliş süreçlerine işaret etmektedir. Bu sonuca göre, OKB'li bireyler sahip oldukları işlevsiz düşünce yapıları üzerinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla durarak bozuk üst biliş süreçlerine sahip olmaktadırlar. Üst biliş ölçeğinin alt gruplarından olan, ' bilişsel farkındalık, kontrol edilemezlik- tehlike ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı' alt ölçeklerinde de her bir alt ölçeğin kendi içindeki toplam puanları sağlık kontrol grubuna

kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum karşısında, OKB'li bireylerin sağlıklı bireylere göre, kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli meşguliyet halinde bulundukları, endişenin kontrol altına alınamayacağına ilişkin olumsuz inançlara sahip oldukları ve bunların yanında batıl inanç, cezalandırma ve sorumlu olma gibi temaları içeren olumsuz inançlarını kontrol altında tutma eğilimine daha yatkın oldukları belirlenmiştir.

Doğan ve arkadaşları (2013), sağlıklı bireyler ile OKB tanısı almış bireyler arasında ve ek olarak OKB'nin reaktif ve otojen alt tiplerinde üst bilişsel farklılıkları inceledikleri bir çalışmada, OKB'li bireylerin üst biliş toplam puanlarını sağlıklı bireylere oranla daha yüksek bulmuşlardır. Gene aynı çalışmanın üst biliş alt ölçeklerine bakıldığında, OKB'li bireylerin 'bilişsel güven, bilişsel farkındalık, kontrol edilemezlik-tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt ölçeklerinde her birinin kendi içindeki toplam puanları sağlık kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının yapmış oldukları bu araştırmadan çıkan sonuçlar, araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Psikiyatrik hastalıklarda bazı işlevsiz olan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üst bilişsel işlevler neden olmaktadır. Yani kişiler, işlevsiz olan bilişleri hakkında bazı olumlu ve olumsuz inançlara(üst bilişlere) sahiptirler (Çağlar, Özsoy, Mermi, 2016). Bu üst bilişsel yaklaşım doğrultusunda gerek bizim çalışmamızda gerekse Doğan ve arkadaşlarının çalışmalarında, gruplar arası çıkan bu üst bilişsel farklılıklar 'Üst bilişsel Terapi'nin (Fisher, Wells, 2008) tedavi yöntemi olarak kullanılabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Bu şekilde, bu tedavi yöntemi ile birlikte bozuk ve işlevsiz düşünce yapılarıyla ilişkili olan bozuk üst biliş inanışlarının düzeltilip OKB'nin tedavisine ışık tutabileceği düşünülmektedir.

Üst bilişsel Terapi detaylı şekilde aşağıda açıklanmaktadır:

Üst bilişsel terapi, bilişsel davranışçı terapinin bir alt türüdür. Üst bilişsel terapi, bireyin düşünceleriyle nasıl ilişki kurduğuna, düşüncelerini ne şekilde yaşadığına ve düşünceleriyle ilgili nelere inandığı üzerinde durmaktadır. (Fisher ve Wells, 2006). Yani üst bilişsel terapi bilişlerin içeriğinden daha çok bilişsel süreçler ve kişilerin verdikleri tepkiler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Fisher ve Wells, 2006). Bu durum da üst bilişsel terapiyi, bilişsel davranışçı terapiden ayıran farklılığıdır. Üst bilişsel terapistin amacı, kişide probleme neden olan bu bilişsel süreçler üzerinde durarak kişinin bu süreçlere verdiği uyuma dönük olmayan tepkileri değiştirmeye yöneliktir. Ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasında, bilişlerin içeriğinden daha çok bu bilişlerin hangi süreçleri etkisi

altına aldığı, bu süreçlerdeki bozulmaların bir sonucu olarak da kişilerin hangi uyuma dönük olmayan davranışları gösterdikleri ve bu tepkileri kontrol altında tutabilmek için hangi başa çıkma mekanizmalarını kullandıklarına ilişkin bilgilerin daha ön planda oldukları ileri sürülmektedir (Batmaz, 2015). Üst bilişsel terapi için kişinin davranışlarını ve bilişlerini kontrol altına alması için üst bilişler önemli bir role sahiptirler. Üst bilişler, bilişlerin nasıl işlediğini daha iyi anlamak için, kişinin neye dikkat ettiğini saptamada, düşünce ve davranışlarının düzenlenmesinde başvurulan yöntemleri etkilemede rol oynar. Yani; üst bilişlerin sorumlu olduğu alanlar: bireyle alakalı bilişlerin seçilmesi, izlenmesi, yorumlanması, değerlendirilmesi ve kontrolü.

Obsesif kompulsif tanılı bireylerin tedavisinde kullanılabilecek Üst bilişsel terapi yöntemi aşağıda açıklanmaktadır:

OKB'nin üst biliş terapisinde haftalık olarak 45-50 dakikalık süren ortalama 12 oturum yeterli bulunmaktadır (Şenormancı, Konkan ve Sungur, 2012). OKB'nin üst bilişsel terapisindeki aşamaları şu şekildedir: **Olgu formülasyonu:** Burada belirli bir sıra izlenir ve kişiye problemi tetikleyiciyi çıkartmak için son dönemlerdeki obsesyonel dürtü, düşünce ya da yansızlaştırmanın oluşumu sorulur. Sonrasında, duyguyu çıkarma için tetikleyiciye eşlik eden duygularla ilgili sorular sorulur ve bireyin ısrarcı tekrarlayıcılar hakkındaki değerlendirmeleri ile kaynaşma inançları için inatçı tekrarlayıcılar hakkındaki üst biliş inançlarının sorulur. Son olarak terapist hastanın ısrarcı tekrarlayıcılarına olan cevaplarının, açık veya örtülü yansızlaştırmalarının niteliği ile ilgili ve bu cevaplarla ilgilenme ihtiyacı ile alakalı sorular sormaktadır (Şenormancı, Konkan ve Sungur, 2012). **Sosyalizasyon:** Terapist bireye, problemin aslında obsesyonel düşünce, şüphe, duygunun yerine bunlara verilen tepkiler ve birey için anlamları olduğunu anlatır ve bunu göstermek için de bazı davranış deneyleri yapıp tedavi rasyonelleri sunulur. Bunlara ek olarak OKB'de üst bilişlerin düzenlenmesi için mesafe koyma aracılığıyla desteklenen farkındalık eğitimidir. Farkındalıkta, bireyin ısrarcı tekrarlayıcı düşünceleriyle mücadele etmek değil de, ısrarcı tekrarlayıcıları kabul etmeyi, sadece gözlem yapmayı sağlayacak alternatif ve daha işlevsel yollar oluşturulur (Fisher ve Wells, 2006).

Özetle üst bilişsel terapisinin özellikleri: Üst bilişler obsesyon ve kompulsiyon ile ilgili üst bilişsel inançlar üzerinde durur; abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ya da mükemmeliyetçilik gibi başka inanç sahaları ile alakalı düzenleme yapmaz; obsesif kompulsif bozukluktaki temel amacı bireyin obsesyonel

uyaranı işlemesi ve izleyen eylemleri yönlendirilmesi için işlevsel bir plan oluşturması için katkıda bulunur (Şenormancı ve ark., 2012).

Üst bilişsel bir inanış olan Düşünce-Eylem Kaynaşması(DDK), düşüncenin sonuçlarıyla ilgilidir. Bu üst bilişsel inanca göre kişi düşünceler ve eylemleri denk tutarak düşündüğü şey ile alakalı geçmişte kanıtlar arar. Bu durum da düşünce ve davranışların kontrolü gibi davranışsal tepkilere yol açmaktadır. (Velibaşoğlu, 2014). Örneğin; Rahatsız edici bir olayı düşünmek o olayın gerçekte olma olasılığını arttıracak doğrultuda düşünce yapılarına sahip olmak ya da ahlak boyutunu DDK'nın ahlak boyutunu yansıtan 'Din'e karşı müstehcen şeyler düşünmek hemen hemen bu şekilde davranmak kadar günah bir şeydir.' şeklinde inanışlara sahip olmaktır (Amir, 2001). Üst bilişsel inanışlar girici düşüncelerle ilgili değerlendirmeleri ve ritüellerle ilgili inanışları harekete geçirerek davranışsal tepkilerin ve duyguların ortaya çıkmasına neden olur.(Wells, 2009). OKB' de üst bilişsel süreçleri ve duygusal şemaların rolünü inceleyen Ulusoy ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, DDK-olasılık boyutunun OKB şiddetini doğrudan yordamadığını saptamışlardır ve bu durumu kültürel farklılıktan kaynaklanıyor olabileceği gibi cinsiyet, yaş ve OKB alt tiplerinin homojen dağılmamasından da kaynaklanıyor olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Ancak diğer yandan, gene aynı çalışmada DDK'nın alt grubu olan 'ahlak' alt ölçeği ile Y-BOCS toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptamışlardır ve bu durumu istenmeyen işlevsiz düşünceye yüklenen ahlaki önem sonrası düşünceye yönelik artmış odaklanma sayesinde bu düşüncenin netliğinin artması, obsesyon sıklığının artması sonucu ile açıklamışlardır. Sonuç olarak Ulusoy ve arkadaşlarının üst biliş süreçlerinden olan DDK'nın OKB'nin şiddeti üzerinde bir etkisi olduğunu saptayarak, üst biliş süreçlerinin OKB üzerindeki etkisini kanıtlamıştır.

Panayırıcı (2012) yapmış olduğu bir çalışmada, klinik olmayan bir ortamda algılanan ebeveynlik şekillerinin ve OKB'nin belirtileri arasındaki bağlantıları OKB'nin üst bilişsel modeline bağlı kalarak incelemiştir. Sözü geçen bu çalışmada, OKB semtomlarının tanımlanmasında üst bilişsel ve obsesif inançların etkileri değerlendirilmiştir ve üst bilişsel inanışların OKB semtomları arasındaki rolü tartışılmıştır. Ayrıca, üst bilişler, üst bilişsel kontrol yöntemleri ve obsesif inançlar arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Gene aynı çalışmada çıkan sonuçlara göre; üst bilişsel inançların içinde yer alan endişe ve kaygı ile ilgili olumlu inançların ve düşünce- eylem kaynaşmasının OKB belirtilerini yordadığını göstermiştir. Ayrıca, üst biliş alt

ölçeklerinden olan kontrol edilemezlik ve tehlike alt grubunun da OKB belirtilerinin üzerinde rolü olduğu tespit edilmiştir. Panayırıcı'nın bulduğu sonuçlarda, OKB ile ilişkili üst bilişsel düşünce kontrol yöntemlerine ve hangi üst bilişsel inanışların OKB'ye özgü olduğuna dair bulgular da yer almaktadır. Ancak diğer taraftan; kaygı ile ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kişinin kendi düşüncelerini izleme ve farkına varma yönelimini ölçen bilişsel farkındalıklarının OKB belirtilerinde rolü olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada çıkan sonuçlara göre de, üst biliş ölçeği toplam puanı ile Y-BOCS toplam puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Sonuçlar arası çıkan bu farkın sebebi, çalışmada üst biliş alt ölçeklerinin ayrı ayrı Y-BOCS ile korelasyonuna bakılmamış olması, Panayırıcı'nın yapmış olduğu çalışma ise klinik örnekleme olmaması, depresyon-kaygı belirtilerinin de kontrol edilmiş olması ve düşünce-eylem kaynaşmasının OKB belirtileri ile ilişkisi incelendiğinde denkleme sokulmuş olması olabileceği yönünde yorumlanmaktadır.

Velibaşoğlu (2014) yapmış olduğu bir araştırmada, OKB tanısı almış bireylerde şema alanları ile OKB belirtileri ve endişe arasındaki ilişkide üst biliş inanışları olan olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalıkların rolünü incelemiştir. Sözü geçen araştırma sonuçlarına göre, üst bilişlerden olumsuz inanışlar ve bilişsel güvensizliğin obsesyonlar üzerinde bir rolü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık boyutlarının da obsesyonlar üzerinde aracı rolü olduğu belirlenmiştir. Velibaşoğlu tarafından bu durum obsesyonlar çıktıktan sonra birey bunlar hakkında endişelenmenin, düşünceler aklına düştüğünde deneyimleyeceği duyguyla baş etmek için hazırlıyor olabileceğine inanmış olabilir ve bu şekilde endişeyle ilgili olumlu inançlar artıyor olabilir; aklına düştükçe sıkıntıyı şiddetli yaşadığı için bu düşünceleri kontrol etme ihtiyacı duyuyor olabilir şeklinde yorumlanmaktadır. Gene aynı çalışmada başka bir sonuç ise, üst bilişlerden olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalığın kompulsiyonlar üzerinde bir rolü olmadığını tespit etmişlerdir.

Çağlar ve arkadaşları (2016) yapmış oldukları bir araştırmada, Sanrılı Bozukluk (SB) tanılı bireyler ile OKB tanılı bireylerin üst bilişsel işlevlerinin kontrol grubuyla farklılıklarını incelemişlerdir. Çağlar ve arkadaşlarının bu araştırmalarından çıkan sonuçlara göre, OKB tanılı ve SB tanılı hastaların üst biliş toplam puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. OKB'li hastalarda, Üst biliş ölçeğinin alt gruplarından olan 'kontrol edilemezlik-tehlike, bilişsel güven ve düşünceleri kontrol

ihtiyacı' alt ölçeklerinin kendi içlerindeki toplam puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanında üst biliş olumlu inanç ve bilişsel farkındalık alt ölçeklerinde gruplar arası istatistiksel bir anlam bulunamamıştır. Sonuç olarak Çağlar ve arkadaşları bu çalışmalarıyla, OKB ve SB hastalarının üst biliş parametrelerinin sağlık kontrol grubundan farklı olduğunu saptamışlardır.

Yılmaz ve arkadaşlarının (2016), Major Depresif Bozukluk (MDB) ve OKB hastalarının üst biliş işlevlerini sağlık kontrol grubuyla karşılaştırdıkları bir çalışmada, üst biliş toplam puanlarının hem OKB grubunda hem de MDB grubunda sağlık kontrol grubuna kıyasla yüksek puan bulmuşlardır. Ayrıca gene aynı çalışmada, OKB grubunda, üst bilişin kontrol edilemezlik-tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı; MDB grubunda ise, gene üst bilişin bilişsel güven alt ölçeğinin kendi içlerindeki toplam puanlarını sağlık kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamışlardır.

Moritz ve arkadaşları yapmış oldukları bir araştırmada 86 OKB hastasına internet üzerinden ulaşmış ve onların üzerinde kendi geliştirdikleri meta kognitif terapi el kitabının etkililiğini incelemişlerdir. Sözü geçen çalışmada hasta grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve sonuç olarak, 4. Haftadaki değerlendirme ile birlikte, OKB grubunun özellikle obsesyon puanları olmak üzere Y-BOKÖ toplam puanlarında net olarak daha fazla ilerleme gösterdiği tespit edilmiştir.

Yörük ve Tosun (2015)'un klinik olmayan bir ortamda yapmış oldukları çalışmada, OKB'yi açıklamak için kullanılan kavramlardan biri olan üst biliş modelini ele alıp, çalışmalarında üst bilişsel inançların ve süreçlerin obsesif kompulsif bozukluğu üzerinde ki önemini vurgulamışlardır. Bu çalışmaya göre OKB'nin üst biliş modelinde kişiler bazı işlevsiz düşüncelerine yönelik olumsuz inançları barındırırlar. Örneğin; 'olumsuzluklar karşısında hazır olmak için endişe içinde olmalıyım' gibi. Yörük ve Tosun'un araştırmasından çıkan sonuçlara göre; üst bilişsel modelin, insanın bilişsel süreçlerinin uyuma yönelik çalışmasında rol oynadığını ileri sürerek üst bilişsel işlevlerdeki bir bozukluğun psikiyatrik bir bozukluğa sebep olabileceğini ileri sürmüştür. Gene aynı çalışmada, üst bilişsel modelde, obsesyonlar ve kompulsiyonların meydana gelmesi ve sürekliliğin olmasında, düşüncenin değerlendirilip yorumlanması ve düşünce ile ilgili inançlar gibi üst bilişsel süreçlerin rolü olduğundan bahsedilmektedir. Bizim araştırma bulgularımızdan biri olan, toplam üst biliş puanlarının kontrol grubuna kıyasla OKB grubunda daha yüksek çıkması, Yörük ve

Tosun'un OKB'yi açıklarken üst bilişsel işlevler ile ilgili ileri sürdüğü düşünceleri destekler niteliktedir.

Gedikbaş (2009) tarafından yapılan bir araştırmada OKB'li hastalarda güncel intihar düşünceleri incelenmiştir ve elde edilen sonuçlara göre OKB'li hastalarda, intihar düşüncesinin intihar girişimi açısından çok önemli bir risk oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu durum Gedikbaş(2009) tarafından şu şekilde yorumlanmıştır: bireylerde sorun çözme becerilerinin düşük olması intihar girişiminde önemli bir risk faktörüdür; intihar girişiminde bulunan bireyler yaşadıkları sorunlar karşısında alternatif ve işlevsel çözümler üretemezler; bireyler karşısına çıkan problemleri çözümsüz olarak algırlar; intiharlar çözümsüz bir durumla yüzleşen bireylerin kaçış noktasıdır. Bu sebepten, sözü geçen çalışmaya göre, intihar eyleminde bulunan bireylerin problemler karşısında sorun çözme becerileri düşüktür.

Araştırmadan elde edilen başka bir bulgu ise; OKB'li bireylerde Kişilerarası Problem Çözme Envanteri toplam ölçek puanının sağlık kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olmasıdır. Ancak Çam ve Tümkaya tarafından, KPÇE'nin her bir faktörü farklı alt boyutları ölçtüğü için ölçekten elde edilecek toplam puanın kişilerarası problem çözme özelliğini ölçmek için uygun olmadığı ve alt ölçek puanlarının tek tek incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (Çam ve Tümkaya, 2007). Bu araştırmada gruplar arası karşılaştırmada, KPÇE'nin alt ölçeklerine baktığımızda; 'probleme olumsuz yaklaşma, kendine güvensizlik, sorumluluk almama ve ısrarcı- sebatkar yaklaşım' alt ölçeklerinin kendi içlerindeki toplam puanları OKB grubunda sağlık kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, sağlık kontrol grubuna kıyasla OKB'li bireyler herhangi bir problem yaşadıklarında çaresizlik, karamsarlık ve üzüntü gibi duyguları daha yoğun hissettiklerini, problemi çözme konusunda kendilerine daha az güvendiklerini, problemlerin çözümlerinde sorumluluğu daha az üstlendiklerini ve kişilerarası yaşanan problemlerin çözümünde ısrarcı- sebatkar yaklaşımda daha fazla bulunduklarını göstermektedir.

Bakioğlu ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu bir araştırmada, öğretmen adaylarının sahip olduğu biliş ötesi farkındalığın, problem çözme becerisi ve tutumları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sözü geçen araştırmanın sonuçlarına göre, öğretmen adaylarının bilinç ötesi farkındalık düzeyleri ile problem çözme becerileri arasında anlamlı bulunmuştur. Bu durum Bakioğlu ve arkadaşları tarafından öğretmen

adaylarının biliş ötesi farkındalık seviyelerinin artması ile birlikte problem çözme becerilerinin de gelişeceği şeklinde yorumlanmıştır.

Üst bilişler problem çözme becerisinde rolü olan etkenlerden bir diğeridir. Problemi çözen bireye problemin ne olduğuna dair farkındalık kazandırmasına, sorunun tam olarak ne olduğuna ve çözüme hangi yolla ve nasıl ulaşacağını anlamasına dair konularda üst bilişsel işlevlerin büyük rolü vardır. Özet bir ifade ile, üst bilişler, sorunu temsil etme, açıklama, süreci tanımlama ve başlangıç durumundan istenen bir duruma çevirme sürecini kontrol eder. (Davidson ve ark., 1996). Örneğin; üst bilişte eksiklik yaşayan bireyler, hangi tür probleme sahip olduklarını belirlemede güçlük çekerler, problem çözmede hangi süreçleri izleyecekleri hakkında sorun yaşarlar ve çoğunlukla nerede yanlışlık yaptıklarını fark edemezler. Bu sebepten, araştırmacılar problem çözmedeki zorlukların üst bilişteki eksikliğin neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu sebepten, problemin çözümünde gerekli olan hipotezleri meydana getirmekte, araştırmayı sürdürebilmekte ve oluşturdukları hipotezlerin doğruluğunu ölçmede üzerlerine düşen sorumluluğu yerine getire bilme konusunda üst bilişe sahip olan bireyler daha başarılı olmaktadır. (Demir ve Doğanay, 2009). Diğer taraftan, problemi çözen kişiler il ilgili zeka, yaş, bilgi gibi bazı özellikler bu bilişsel süreçlerin uygulanmasına etki edebilmektedir.

OKB grubu için kişilerarası problem çözme becerileri ölçeği, obsesif kompulsif bozuk ölçeği, üst biliş ölçeği ve bilinçli farkındalık ölçeği ile bunların alt ölçekleri olan kişilerarası problem çözme probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, kendine güvensizlik, sorumluluk almama, ısrarcı sebatkar yaklaşım alt grupları ve üst biliş olumlu inançlar, kontrol edilemezlik-tehlike, bilişsel güven, düşüncelerini kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt grupları arasındaki korelasyon karşılaştırma sonuçları aşağıda incelenmiştir:

- KPÇE ölçeğinin toplam puanları ile MCQ-30 ölçeğinin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Yani, OKB tanılı bireylerin toplam üst biliş puanları arttıkça problem çözme becerileri toplam puanlarının artmasına bağlı olarak azalma göstermektedir. Bu durum aşağıda daha detaylı bir şekilde aktarılacaktır.
- KPÇE- BİFÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Ancak, diğer taraftan, gruplar arası karşılaştırmada bilinçli

farkındalığın ve problem çözme becerilerinin OKB'li bireylerde sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük olduğu gözlenmektedir.

- Y-BOCS ile KPÇE toplam puanları arasında da anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 ile BİFÖ arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 ile Y-BOCS arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- BİFÖ ve Y-BOCS arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinde, probleme olumsuz yaklaşma ile kendine güvensizlik ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu iki alt ölçekteki puanlar nispeten birbirlerine paralel şekilde azalır veya artar. Yani OKB'li bireyler problemler karşısında çaresizlik, karamsarlık ve üzüntü gibi şiddetli duygular hissettikçe, problemin çözümüne karşı kendilerine olan güvenleri de azalmaktadır şeklinde yorumlanabilir.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden ısrarcı-sebatkar yaklaşım ile yapıcı problem çözme alt gruplarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu iki alt ölçekte ki puanlar nispeten birbirlerine paralel bir şekilde azalır veya artar. Yani; OKB' li bireylerin yaşadıkları problem karşısında kendisine ve başkalarına olan etkilerini düşünmesi, kişilerarası yaşanan problemlerin çözümü için daha inatla ve ısrarcı bir davranış sergileyebilecekleri şeklinde yorumlanabilir.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden probleme olumsuz yaklaşma ile yapıcı problem çözme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden probleme olumsuz yaklaşma ile sorumluluk almama arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon yoktur.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinde yapıcı problem çözme ile kendine güvensizlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden yapıcı problem çözme ile sorumluluk alma arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden kendine güvensizlik ile sorumluluk almama arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden ısrarcı sebatkar yaklaşım ile probleme olumsuz yaklaşma arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden ısrarcı sebatkar yaklaşım ile kendine güvensizlik arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

- KPÇE'nin alt ölçeklerinden ısrarcı sebatkar yaklaşım ile sorumluluk almam arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden bilişsel güven ile olumlu inançlar arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden bilişsel güven ile kontrol edilemezlik ve tehlike arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden olumlu inanç ile bilişsel farkındalık arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden olumlu inanç ile kontrol edilemezlik tehlike arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden düşünceleri kontrol ihtiyacı ile bilişsel güven arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden bilişsel güven ile bilişsel farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. OKB'li bireylerin bu alt ölçeklerdeki puanları nispeten paralel bir şekilde birlikte azalır veya artar. Yani, OKB'li bireyin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine olan güvenleri azaldıkça, düşünceleri süreçleri üzerinde de fazla zaman harcamaya başlarlar şeklinde yorumlanabilir.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden bilişsel farkındalık ile kontrol edilemezlik ve tehlike arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. OKB'li bireylerin bu alt ölçekteki puanları birbirine paralel olarak birlikte azalır ya da artar. Yani; kişinin kendi bilişsel süreçleri üzerinde fazla zaman harcaması, endişenin tehlike ve kontrol edilemez olduğuna dair olumsuz inançlarında artmasına neden olur şeklinde yorumlanabilir. Örn: OKB'li bireyin aklından girici düşünceler tekrar tekrar geçerken kişi onun verdiği sıkıntıyı ve endişeyi fazla bir şekilde hissediyor olabilir ve bu sebepten dolayı aklındaki girici düşünceleri kontrol edemediğinden endişeyi de kontrol edemeyeceğine dair olumsuz inanışlara sahip olabilir.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden düşünceleri kontrol ihtiyacı ile olumlu inançlar arasında istatistiksel olarak zayıf derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. OKB tanıılı bireylerin bu iki alt ölçekte puanları birbirine nispeten paralel şekilde azalır veya artar. Yani; kişinin sahip olduğu inançlar, batıl inançlar, cezalandırma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançlarını kontrolü

altında tutmak istedikçe, kişide endişenin problemin çözümünü kolaylaştırır düşüncesini de yaşamasını arttırır şeklinde yorumlanabilir.

- MCQ-30 alt ölçeklerinde düşünceleri kontrol ihtiyacı ile bilişsel farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu iki ölçeğin puanları nispeten birbirine paralel bir şekilde birlikte azalır veya artar. Yani; kişinin batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inanışlarını kontrol altına almak istedikçe, düşünceleri üzerinde harcadıkları zaman da artmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Kişi inançlarını kontrol edemezse bunların sonucundan kendisinin sorumlu olacağını düşünüyor olabilir ve bu sebepten dolayı bu durumu anca kendi düşüncelerini izleyip düşüncelerinin üzerinde farkındalığını arttırırsa kontrol edebileceğine dair düşünce yapılarına sahip olabilir.
- MCQ-30 alt ölçeklerinden düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kontrol edilemezlik ve tehlike arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu iki alt ölçek arasında puanlar birbirine nispeten birlikte azalır ya da artar. Yani, kişi batıl inanç ve cezalandırılmaya dair olumsuz inanışlarını kontrol altında tutmaya çalıştıkça, endişenin kontrol edilemez olduğuna ilişkin olumsuz inançları da artmaktadır şeklinde yorumlanabilir.

Kontrol grubundaki kişilerarası problem çözme, üst biliş ölçeği ve bilinçli farkındalık ölçeği ile bunların alt ölçekleri olan kişilerarası problem çözme probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, kendine güvensizlik, sorumluluk almama ve ısrarcı sebatkar yaklaşım alt grupları ile üst biliş olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşüncelerini kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt grupları arasındaki korelasyon sonuçları aşağıda incelenmiştir:

- KPÇE ile MCQ-30 arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- MCQ-30 ile BİFÖ arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- KPÇE ile BİFÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede negatif korelasyon bulunmuştur. Bu iki ölçekteki puanlar nispeten birbirlerine ters yönde hareket ederler. Yani; bir ölçeğin puanları artarken diğesinde azalma görülür. Başka bir deyişle; sağlıklı bireylerin ‘şimdiki ana’ odaklanmaları arttıkça kişiler arası problem çözme becerileri de artmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, kişinin anı yaşaması, probleme karşı farkındalığı

daha yüksek olmasını sağlıyor olabilir bu sebepten de problem karşısında daha işlevsel çözüm yolları üretiyor olabilir.

- KPÇE'nin alt ölçeklerinden probleme olumsuz yaklaşma ile yapıcı problem çözme arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden probleme olumsuz yaklaşma ile ısrarcı sebatkar yaklaşım arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden yapıcı problem çözme ve sorumluluk alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden sorumluluk almama ile ısrarcı sebatkar yaklaşım arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden kendine güvensizlik ve yapıcı problem çözme arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden kendine güvensizlik ile ısrarcı sebatkar yaklaşım arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden kendine güvensizlik ve sorumluluk almama arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu iki alt ölçeğin puanları nispeten paralel bir şekilde birlikte azalır veya artar. Yani; kişilerin problem çözümü karşısında kendilerine olan güvensizlikleri arttıkça problemin çözümüne karşı sorumluluk da üstlenmemektedir şeklinde yorumlanabilir.
- KPÇE'nin alt ölçeklerin kendine güvensizlik ve probleme olumsuz yaklaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Bireylerin bu iki alt ölçekteki puanları nispeten paralel şekilde birlikte azalır veya artar. Yani; bireyin problemin çözümüne ilişkin kendisine olan güveni azaldıkça problem çözümü karşısında çaresizlik, karamsarlık ve üzüntü gibi duyguları daha yoğun hissetmeye başlayarak dünyası başına yıkılmış gibi hissedebilir şeklinde yorumlanabilir.
- KPÇE'nin alt ölçeklerinden yapıcı problem çözme ve ısrarcı sebatkar yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. Bireylerin bu iki alt ölçekteki puanları nispeten birbirlerine paralel şekilde birlikte azalır ya da artar. Yani, kişi problemin kendisine ya da başkalarına olan etkilerini düşündükçe, problemin çözümü için daha inatçı ve ısrarcı yaklaşım göstermektedir şeklinde yorumlanabilir.

- KPÇE'nin alt ölçeklerinden probleme olumsuz yaklaşma ve sorumluluk almama arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu iki alt ölçek arasında puanlar nispeten birbirine paralel birlikte azalır veya artar. Yani; kişi problemler karşısında hissettiği çaresizlik, karamsarlık ve dünyanın başına yıkılacağı hissi arttıkça, problemlerin çözümüne ilişkin sorumluluk almaması da artmaktadır şeklinde yorumlanabilir.
- Üst biliş bilişsel güven ve üst biliş bilişsel farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Yani kişi de üst bilişsel bilişsel güven ve üst bilişsel farkındalık nispeten birlikte azalır ya da artar. Yani, kişinin kendi bellek ve dikkatlerine olan güvensizliği arttıkça, kendi düşünce süreçleri üzerinde daha fazla zaman harcamaktadır şeklinde yorumlanabilir.
- Üst biliş bilişsel farkındalık ve kontrol edilemezlik ve tehlike arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Üst biliş bilişsel farkındalık ve kontrol edilemezlik paralel bir şekilde birlikte azalır ya da artar. Yani; kişi kendi düşünce süreçleri üzerinde harcadığı zaman arttıkça, endişenin kontrol edilemez ve tehlike olduğuna dair olumsuz inanışları da artma göstermektedir şeklinde yorumlanabilir.
- Üst biliş bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol etme arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Üst biliş farkındalık ve düşünceleri kontrol etme nispeten birbirlerine paralel şekilde azalır ya da artar. Yani; kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde harcadığı zaman arttıkça, batıl inanç, cezalandırma gibi olumsuz inançlarını da kontrol altına alma ihtiyacı ve zarar verici sonuçlardan sorumlu olacağına dair olumsuz inanışları da artmaktadır şeklinde yorumlanabilir.
- Üst biliş kontrol edilemezlik-tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Üst biliş kontrol edilemezlik-tehlike ile düşünceleri kontrol etme nispeten birbirlerine paralel şekilde birlikte artar ya da azalır. Yani; kişinin batıl inanç, cezalandırma ve sorumlu olma gibi olumsuz inanışları arttıkça, düşünceleri üzerinde harcadıkları zaman da artmaktadır şeklinde yorumlanabilir.
- Üst biliş olumlu inançlar ile düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. Üst biliş olumlu inanç

ve düşünceleri kontrol ihtiyacı nispeten birbirlerine paralel şekilde azalır ya da artar. Yani, kişide endişeye dair olumlu inançlar ve endişeyle problem çözmenin ya da plan yapmanın daha kolay olacağına karşı inancı arttıkça, batıl inanç, cezalandırma ve sorumlu olma gibi olumsuz inanışları da kontrol altına alma ihtiyacı artmaktadır şeklinde yorumlanabilir.

- Üst biliş bilişsel güven ve kontrol edilemezlik-tehlike arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- Üst biliş düşünceleri kontrol ihtiyacı ile bilişsel güven arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- Üst biliş bilişsel güven ile olumlu inançlar arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- Üst biliş olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.
- Üst biliş olumlu inanç ile kontrol edilemezlik-tehlike arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Araştırmamızdaki bir diğer bulgu, OKB tanılı bireylerde KPÇE'nin toplam puanları ile MCQ-30 ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. OKB tanılı bireylerin bu iki ölçekteki puanları birbirlerine nispeten paralel bir şekilde birlikte artıp birlikte azalmaktadır. Bu durum, hem KPÇE toplam puanlarının yüksekliği, düşük problem çözme becerisini işaret ettiği yönünde hem de KPÇE'nin toplam puanı arttıkça OKB'li bireylerin işlevsiz düşünce yapıları üzerinde daha fazla durdukları yönünde yorumlanmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunda ise, üst biliş ölçeği ile MCQ-30 ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Karakelle (2012)'nin yapmış olduğu bir araştırmada, problem çözme algısı, düşünme ihtiyacı ve zeka üzerinde üst bilişsel farkındalığın etkisini incelemiştir. Karakelli'nin araştırmasından çıkan sonuçlara göre, üst bilişsel farkındalık problem çözme algısı ve düşünme ihtiyacı birbiriyle anlamlı düzeyde ilişkili çıkmıştır. Yani, kişisel problemleri çözme algısı yükseldikçe (problem çözme envanterinden alınan yüksek puan düşük problem çözme becerisini gösterdiği için) üst bilişsel farkındalık ve düşünme ihtiyacının yükselmekte olduğu sonucunu bularak bilişsel farkındalık ile problem çözme becerisi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Demir (2014) yapmış olduğu bir çalışmada, ortaokul öğrencilerinin problem çözme becerilerinde bilişsel farkındalık düzeylerinin ne ölçüde

etkili olduğunu araştırmıştır. Demir, bu araştırmanın sonucunda, bilişsel farkındalık algısı ile problem çözme algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Başka bir deyişle problem çözme becerilerini etkili bir şekilde kullanan bireylerin bilişsel farkındalık becerilerinin de etkili bir durumda olabileceğini ifade etmiştir.

Kiremitçi ve ark. (2014) yapmış oldukları bir araştırmada problem çözme, üst bilişsel farkındalık ve zeka arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sözü geçen araştırmada, 450 üniversite öğrencisine Üst biliş Farkındalık envanteri, Problem Çözme Envanteri ve Çoklu Zeka Envanteri uygulanmıştır. Gene aynı çalışmada çıkan sonuçlara göre, üst bilişsel farkındalık, problem çözme ve zeka arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, Kiremitçi ve ark.(2014) problem çözme, üst biliş ve zekayı birbirleriyle bağlantılı ve ilişkili olduğu ve tüm bu yapıların birbirlerini desteklediğini ortaya koymuşlardır.

Araştırmada bulunan bulgulardan diğeri, bilinçli farkındalık düzeylerinin OKB tanılı bireylerde sağlık kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, OKB tanısı almış bireylerin ‘şu ana’ odaklanma konusunda sağlıklı bireylere göre daha fazla sıkıntı yaşadığını göstermektedir.

Bu araştırmada, OKB grubunda, problem çözme becerisi ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında herhangi bir istatistiksel anlam bulunmamıştır. Bu durum çalışmaya başlamadan önceki hipotezimizi desteklememektedir. Ancak kontrol grubuna bakıldığında ise problem çözme becerisiyle bilinçli farkındalık arasında istatistiksel olarak orta derecede negatif yönde korelasyon bulunmuştur. OKB tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin bu iki ölçekte ki puanları, nispeten birbirlerine ters yönde hareket etmektedir. Yani bir ölçeğin puanları azalırken diğer ölçeğin puanlarında artma görülmektedir. Bu durum, kontrol grubundaki KPÇE toplam puanındaki yükselmenin, düşük problem çözme becerisine işaret ettiğini düşünerek, bilinçli farkındalık düzeyinde düşmeye neden olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Farkındalık Wells’ in bakış açısından ‘uzaklaşmış’ kavramını nitelemektedir. Farkındalık esnasında bilişsel uzaklaşma meydana gelmekte ve bu şekilde işlevsiz üst biliş inanışlarının etkisi düşmektedir. Wells(2002) farkındalıkta üst bilişsel bilgi işleme yer verildiğini ifade etmektedir. Bu yolla, farkındalık nesnel bilgi işleme düzeyinden(düşüncelerin gerçekte eş değer olarak değerlendirilmesi) uzaklaşmaya neden olmakta ve üst bilişsel bilgi işlemeye geçiş yapılmaktadır.(Wells, 2005).Teasdale’ in bakış

açısından ise, farkındalık üst bilişsel iç görüyü arttırarak üst bilişsel bir iç görü açığa çıkartmaktadır. Bu şekilde düşüncelerin bilinç akışın geçici ürünlerini temsil ettiği ve gerçeğe hitap etmedikleri kavranabilmektedir. Teasdale ve arkadaşı tarafından yapılan bir araştırmada Farkındalık ile üst bilişsel iç görü arasında bir ilişki saptanarak farkındalığın üst bilişsel iç görüyü arttırdığı tespit edilmiştir. (Teasdale ve arkadaşları, 2012).

Araştırmanın başında, üst biliş düzeylerinin bilinçli farkındalığı arttırabileceği düşünülmüştü. Ancak çalışmada, hem deney grubunda hem de kontrol grubunda, üst biliş ve bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Bu durum araştırmanın hipotezini desteklemeyen niteliktedir. MCQ-30 ölçeği sürekli endişe, kaygı ve obsesyon ile anlamlı bir ilişki içerisindedir. MCQ-30' un verdiği bulgular kaygı ve obsesyon gibi semptomların yordayıcısı olduğuna işaret etmektedir.(Tosun, Irak). Bu sebepten de hipotezin desteklenmeme nedeni olabileceği düşünülmektedir.

OKB'li bireyler için; kişilerarası problem çözme, üst biliş, bilinçli farkındalık ile bunların alt ölçekleri olan kişilerarası problem çözme probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, kendine güvensizlik, sorumluluk almama, ısrarcı sebatkar yaklaşım alt grupları ve üst biliş olumlu inançlar, kontrol edilemezlik-tehlike, bilişsel güven, düşüncelerini kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt grupların normal dağılım sonuçları aşağıda incelenmiştir:

- KPÇE toplam puanları ve KPÇE'nin alt başlıklarından olan probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, kendine güvensizlik, sorumluluk almama, ısrarcı-sebatkâr yaklaşım alt ölçeklerinde puanlar normal dağılım göstermektedir.
- MCQ-30 toplam puanları ve MCQ-30 alt gruplarından olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık alt ölçeklerinde puanlar normal dağılım göstermektedir. Ancak, diğer taraftan, MCQ-30 düşüncelerini kontrol ihtiyacı alt ölçeğinde puanlar normal dağılım göstermemektedir.
- BİFÖ toplam puanları normal dağılım göstermektedir.

Kontrol grubu için kişilerarası problem çözme, üst biliş, bilinçli farkındalık ve bunların alt grupları kişilerarası problem çözme probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, kendine güvensizlik, sorumluluk almama, ısrarcı- sebatkar yaklaşım ile

üst biliş olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşüncelerini kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt grupların normal dağılım sonuçları aşağıda incelenmiştir:

- KPÇE toplam puanları ve KPÇE alt ölçeklerinden olan probleme olumsuz yaklaşma, yapıcı problem çözme, sorumluluk almama ve ısrarcı- sebatkar yaklaşım alt gruplarının puanları normal dağılım göstermektedir. Ancak, diğer taraftan KPÇE alt ölçeklerinden olan kendine güvensizlik alt grubunun puanları normal dağılım göstermemektedir.
- MCQ-30 toplam puanları ve MCQ-30 alt ölçeklerinden kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçeklerinde puanlar normal dağılım göstermektedir. Ancak, diğer taraftan MCQ-30 alt ölçeklerinden olumlu inanç puanları normal dağılım göstermemektedir.
- BİFÖ toplam puanları normal dağılım göstermektedir.

Sonuç olarak, OKB tanılı bireyler bozuk olan düşünce süreçleri üzerinde sağlıklı bireylere göre daha fazla durmaktadır. Aynı zamanda, OKB'li bireylerde kontrol grubuna kıyasla, endişenin tehlike ve kontrol edilemez olduğuna dair olumsuz inançlara sahip olduğu, batıl inanç, cezalandırılma, ve sorumlu olma gibi temaları içeren olumsuz inançları kontrol altında tutma ihtiyacını daha çok hisseden ve kişinin kendi süreçleri içinde daha fazla zaman harcadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, OKB tanılı bireylerin problem çözme becerileri sağlıklı gruba kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. Diğer bir sonuç, OKB'li bireylerin üst biliş puanları arttıkça problem çözme becerileri azalmaktadır. Gene OKB'li bireyler sağlıklı bireylere kıyasla problem karşısında kendilerini daha çaresiz ve karamsar hissetmekte, bir problemin çözümünde kendilerine olan güvenleri de daha azalmakta ve yaşadığı problemler karşısında başkalarına olan etkilerini düşünerek kişilerarası yaşanan problemlerin çözümünde daha ısrarcı ve sebatkar bir yaklaşım sergilemektedirler. OKB'li bireylerin 'şimdiki ana' odaklanma konusunda sağlıklı bireylere göre daha fazla sıkıntı yaşamaktadırlar. OKB'li bireyler, problem karşısında kendilerini çaresiz ve karamsar hissettikçe, problemin çözümüne karşı kendilerine olan güvensizlikleri de artmaktadır. Ayrıca, problemlerin çözümü karşısında ısrarcı ve inatçı yaklaşım sergiledikçe, yaşadığı problemin kendisine ve başkalarına olan etkilerini daha fazla düşünmesine neden olmaktadır. OKB'li bireylerin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine olan güvensizlikleri kendi düşünce süreçleri

üzerinde daha fazla zaman harcamasına neden olur; kişi kendi süreçleri üzerinde fazla zaman harcadıkça endişenin tehlike ve kontrol edilemez olduğuna dair olumsuz inanışları artar; batıl inanç, cezalandırılma gibi olumsuz inançlarının kontrol altında tutmaya çalıştıkça kişide endişe arzu edilir bir hal almaya başlar ve kişi kendi düşünce süreçleri üzerinde daha fazla durmaya başlar ve endişe kontrol edilemez bir hal alır. Sağlıklı bireylerde kişiler arası problem çözme becerileri azaldıkça bilişsel farkındalıkları da azalmaktadır. Sağlıklı bireylerin problemle karşılaştıklarında dünyaları başına yıkılmış hissettikçe problemler karşısında sorumluluk almaktan kaçınırlar; yaşadıkları problemlerde kendilerine ve başkalarına olan etkilerini düşündükçe problemlerin çözümünde daha ısrarcı davranırlar; problemlerin çözümünde kendilerine olan güvensizlikleri varsa problemle karşılaştıklarında çaresizlik endişe gibi duyguları çok yoğun hissederler ve problemlerin çözümü konusunda sorumluluk almaktan kaçınırlar. Sağlıklı bireylerin kendi belleklerine olan güvensizlikleri arttıkça, kendi düşünce süreçleri üzerinde harcadıkları zaman da artar; düşünce süreçleri üzerindeki harcadıkları zaman arttıkça endişenin kontrol edilemez olduğuna dair düşünceleri de artar ve batıl inanç, cezalandırılma gibi olumsuz inanışları kontrol altında tutma ihtiyacı duyar; kişinin endişenin kontrol edilemez olduğuna dair inanışları artarsa batıl inanç ve cezalandırma gibi olumsuz inanışları kontrol altında daha fazla tutmak ister; endişelenme kişi için arzu edilen bir durum ise batıl inanç gibi olumsuz düşünceleri kontrol altında tutma ihtiyacı da doğar.

7.1. Sınırlılıklar

Araştırmanın en önemli sınırlılıklarından biri, örneklem grubunun sadece NP feneryolu Polikliniğindeki hastalardan oluşması, araştırma bulgularının genellenmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır. Bir sonraki çalışmalarda farklı hastanelerden ve farklı illerden örneklem grubu seçilip karşılaştırma yapılması önerilebilir. Bir diğer önemli nokta araştırma yapılan örneklem grubunun sayı bakımından az olması ve yaş ortalamalarının 18-40 olmasıdır. Katılımcı sayısı ve yaş ortalaması artırılarak daha farklı sonuçlar elde edilebilir.

Araştırmada katılımcıların kişilerarası problem çözme becerilerini ölçmek için KPÇE ölçeği kullanılmıştır. KPÇE ölçeği 5 ayrı alt ölçekten oluştuğu için araştırmadaki diğer ölçeklere göre daha fazla dikkat ve zaman almaktadır. Bu durum ölçek uygulanırken bazı katılımcıların yorulmasına, hızlı davranmasına ve diğer üç ölçek olan BİFÖ, Y-

BOCS ve MCQ-30 ölçeklerinin doldurulmasında dikkat dağınıklığına sebep olarak yanıtları etkilemiş olabileceği düşünülerek sınırlılık oluşturmuştur.

Araştırmada OKB’li bireyler kullandıkları ilacın etkileri altında kalarak ölçeklere vermiş oldukları yanıtlar iyimserlik ya da kötümserlik hallerine göre değişkenlik göstermiş olabilir. Bu sebepten bu çalışmanın bir de sadece sağlıklı bireyler üzerinde uygulanması sonraki çalışmalar için önerilebilir.

Araştırmada OKB alt tiplerine dair bir inceleme yapılmamıştır. Bu sebepten bir sonraki çalışmalar için OKB’nin tüm alt tiplerinin birbirleriyle olan ilişkileri ve bunların kişilerarası problem çözme, üst biliş ve farkındalık ölçekleriyle tek tek ilişkisi ve korelasyonları incelenebilir.

7.2. Öneriler

Ülkemizde OKB ve Üst biliş ile ilgili çok araştırma yapılmış olsa da Üst biliş problem çözme arasındaki ilişkiye ya da üst biliş bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiye fazla yer verilmemiştir. Bu sebepten üst bilişin problem çözme becerisi ile farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla çalışmalara yer verilmelidir. Ayrıca OKB’li bireylerin problemler karşısında baş etme mekanizmaları patolojilerinin seyrinde önemli bir nokta olduğu düşünülerek bu alanda daha fazla çalışmalara yer verilmelidir.

Araştırma örneklemini 18-40 arası olduğu için bundan sonraki araştırmalarda daha geniş yaş ortalaması tutula bilinir.

Araştırmada kullanılan üst biliş ölçeği OKB tanısı almış bireylere, yaşamış oldukları obsesif ve kompulsif semptomlarından dolayı tam olarak uygun olmayabilir. Bu sebepten OKB tanısı almış bireylerde ve sağlıklı bireylerde uygulanabilir sadece obsesif ve endişe gibi belirtileri incelemeyen üst biliş değerlendirme ölçeğine ihtiyaç vardır.

Araştırmada üst bilişsel süreçler incelenmiş olup, üst bilişsel terapi yöntemine yer verilmemiştir. Bu sebepten bir sonraki çalışmalarda üst bilişsel terapinin OKB ve diğer psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkilerinin araştırılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Akpınar, B. (2011). Biliş ve üstbiliş (metabiliş) kavramlarının zihin felsefesi açısından analizi. *Electronic Turkish Studies*, 6(4).

Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought–action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 765-776.

Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*.

Bakioğlu, B., Küçükaydın, M. A., & Karamustafaoğlu, O. (2015). Öğretmen adaylarının bilişötesi farkındalık düzeyi, problem çözme becerileri ve teknoloji tutumlarının incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(1).

Batum Panayırıcı, P. (2012). Obsesif kompulsif belirtilerin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri, üstbilişsel inançlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol yöntemlerinin rolü: Üstbilişsel model çerçevesinde bir inceleme.

Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M., & Selvi, Y. (2005). Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 16, 179-89.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.

Çağlar, N., Özsoy, F., & Mermi, O. (2016). Sanrılı Bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(4), 300-309.

Çam, S., & Tümkeya, S. (2008). Kişilerarası problem çözme envanteri lise öğrencileri formu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(2), 1-17.

Çatak, P. D., & Ögel, K. (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapatik süreçler. *Klinik Psikiyatri*, 13, 85-91.

Davidson, J. E., Deuser, R., & Sternberg, R. J. (1994). The role of metacognition in problem solving. *Metacognition: Knowing about knowing*, 207-226.

Demir, Ö., & Doğanay, A. (2009). Bilişsel farkındalık becerilerinin geliştirilmesinde bilişsel koçluk yaklaşımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 15(4), 601-624.

Demir, V. (2014). Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi (Doctoral dissertation, İstanbul, Arel Üniversitesi).

D'zurilla, T. J., & Sheedy, C. F. (1991). Relation between social problem-solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. *Journal of personality and social psychology*, 61(5), 841.

Ergin, B. E., & Dag, I. (2013). Kisilerarasi problem çözüme davranislari, yetiskinlerdeki baglanma yönelimleri ve psikolojik belirtiler arasindaki iliskiler*/The relationships among interpersonal problem solving behaviors, adult attachment patterns, and psychological symptoms. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 36.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.

Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(1), 37-44.

Gedikbaş, C. (2009). Güncel intihar düşünceleri bulunan majör depresyon ve obsesif kompulsif bozukluklu bireylerin klinik, kişilik ve sosyodemografik yönlerden karşılaştırılması (Doctoral dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi).

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 383-401.

- Irak, M. (2011). Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 1-9.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Karakelle, S., & Saraç, S. (2010). Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(26), 45-60.
- Karaman, D., Durukan, İ., & Erdem, M. (2011). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2).
- Karlıoğlu, E. H., & Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10, 3-13.
- Kesicioğlu, O. S. (2015). Okul öncesi dönem çocukların kişilerarası problem çözme becerilerinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 40(177).
- Kiremitçi, O. (2013). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin üstbilişsel farkındalık düzeyleri üzerine bir inceleme. *Pamukkale Journal of Sport Sciences*, 4(3), 29-40.
- Kiremitçi, O., & Canpolat, A. M. (2014). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin çoklu zeka alanlarının üstbilişsel farkındalık ve problem çözme becerilerini belirlemedeki rolü. *Spor Bilimleri Dergisi*, 25(3), 118-126.
- Mehmet, D. İ. N. Ç. Gestalt ve Bilişsel Davranışçı Terapideki “Şimdi ve Burada” İlkesindeki Benzerlik ve Farklılıklar.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M., & Naber, D. (2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 209.
- Nacar, F. S., & Tümkeya, S. (2011). Sınıf öğretmenlerinin iletişim ve kişilerarası problem çözme becerilerinin incelenmesi. *İlköğretim Online*, 10(2).
- O'Neil Jr, H. F. (1999). Perspectives on computer-based performance assessment of problem solving.

Özsoy, G. (2008). Üstbiliş.

Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., & Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160).

Özyeşil, Z. (2011). Özanelayış ve Bilinçli Farkındalık. Ankara: Maya Akademi Yayıncılık.

Özten, E., & Karamustafalıoğlu, K. O. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 9(3), 157-163.

Peretti, C. S., Danion, J. M., Gierski, F., & Grangé, D. (2002). Cognitive skill learning and aging: A component process analysis. *Archives of clinical neuropsychology*, 17(5), 445-459.

Pişgin, İ., & Özen, D. Ş. (2010). Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1).

Rinpoche, Sogyal. (2006). Tibetin Yaşam ve Ölüm Kitabı. Dharma Yayınları: İstanbul.

Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.

Sabahattin, Ç. A. M., & Tümkeya, S. (2007). Kişilerarası problem çözme envanteri'nin (KPÇE) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 95-111.

SERİN, N. B., Derin, R. (2008). "İlköğretim Öğrencilerinin Kişilerarası Problem Çözme Becerisi Algıları ve Denetim Odağı Düzeylerini Etkileyen Faktörler", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8:1. Erişim: <http://www.insanbilimleridergisi.com>

Soylu, C., & Pala, F. C. (2018). Problem çözme performansında yaşa bağlı farklılıklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(3), 1-1, 280-291.

Sungur, M. Z., Guclu, O. G., Konkan, R., & Senormanci, O. (2012). Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 335-369.

Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O. G., & Sungur, M. Z. (2012). Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3).

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 275.

Terapi, M. (2015). Uygulama ve Etkinlik. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 33-8.

Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.

Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbilis Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).

Tuncer, N. (2017). Bir grup üniversite öğrencisinde belirlenen sosyal anksiyete düzeylerine göre bilinçli farkındalık ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Toprak, T. B.(2018). Dini Obsesyon ve Kompulsiyonların Psikoterapisinde Kuramlar, İmkanlar, Sınırlılıklar. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 123-141.

Ülev, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi.

Velibaşoğlu, B. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında obsesyon, kompulsiyon ve endişe ile erken dönem uyum bozucu şemalar, üst-biliş ve düşünce eylem kaynaşması arasındaki ilişkinin incelenmesi.

Wells, A. (2002). GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis. *Clinical psychology: science and practice*, 9(1), 95-100.

Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O., & Atmaca, M. (2016). Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(6), 451-458.

Yüksel, Ç. (2008). Üniversite öğrencilerinin kişiler arası ilişkilerinde yaşadıkları problemleri çözme becerilerinin belirlenmesi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).



EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

1) Cinsiyetiniz

A)Kadın B)Erkek

2)Yaşınız _____

3)Medeni Durumunuz

A)Bekar B)Evli C)Boşanmış D)Diğer

4)Eğitim Durumunuz

A)Okur Yazar B)İlkokul C)Ortaokul D)Lise E)Lisans F)Yüksek Lisans G)Doktora Ve Üstü

5)Anne Babanız

A)İkisinde hayatta B)Sadece Anne hayatta C)Sadece baba hayatta

6)Anne Babanız

A)Birlikte B)Boşanmış-Ayrı

7)Annenizin eğitim durumu

A)Okur Yazar B)İlkokul C)Ortaokul D)Lise E)Lisans F)Yüksek Lisans G)Doktora Ve Üstü

8)Babanızın eğitim durumu

A)Okur Yazar B)İlkokul C)Ortaokul D)Lise E)Lisans F)Yüksek Lisans G)Doktora Ve Üstü

9)Kaç kardeşsiniz

A)Tek B)2 C)3 D)4 E)5 F)6 ve üstü

10)Kaçıncı kardeşsiniz

A)1. B)2. C)3. D)4. E)5. F)6. ve üstü

11)Gelir düzeyiniz

A)1000-2000 B)2000-5000 C)5000-10000 D)10000 ve üzeri

12)Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / hala kullandığınız psikiyatrik bir ilaç var mı ?

A)Evet B)Hayır

13)Daha önce herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı aldınız mı?

A)Evet B)Hayır Belirtiniz _____

Ek-2:Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 keredenaz)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, ara sıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen baş edilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya ya da dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda ‘0’ puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1. : Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2. : Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3. : Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .

4. : Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ

Soru: Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var? Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yönltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. El yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. İçten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

- 3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).
- 4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu Hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ

Soru: Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlükle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru: Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür.

Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru: Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi bir şey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECEİ

Soru: Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru: Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini Kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısız bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru: Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç yok.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0' dan (hastalığın olmama durumu), 6' ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.

4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.

6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötüye gidiş.
- 2: Çok az kötüye gidiş var.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Çok az iyileşme var.
- 5: Epeyce iyileşme var.
- 6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.
- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
- 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
- 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “*” ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- 5. Kendine zarar vereceğinden korkma
- 6. Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- 7. Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- 8. Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- 9. Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- 10. İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- 11. Çalacağından korkma
- 12. Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar) Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak

(örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler) Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler) Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan) Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler Çocuklar veya incest ilişkiye ile ilgili Homoseksüel ilişki ile ilgili* Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)
DİNİ OBSESYONLAR Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLIĞI VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

1. Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
2. Doğaüstü düşünceler olmadan

DIĞER OBSESYONLAR

Bilme veya hatırlama ihtiyacı
Belirli şeyleri söyleme korkusu
Doğru şeyi söylememe korkusu
Birşeyler kaybetme korkusu
İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
Uğurlu veya uğursuz sayılar
Özel anlamı olan renkler
Batıl itikatlar
Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

Hastalık ile ilgili*
Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

3. Aşırı _____ veya törensel el yıkama
4. Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
5. Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili

6. Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler

7. Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Tekrar okuma veya yazma

Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma/ kalkma)

Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI [Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DiĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer
- Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif–kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak her bir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır. Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir. Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar vererseniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde). Sorulara başlamadan önce hastaya

aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız. “Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler. “Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız. Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim : Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi. Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek: Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi. “Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir). Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekemeyebilir. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır. Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtmaması gerektiğini unutmayın. Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın. Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. Obsesyonların toplamı ilk beş, Kompulsiyonların toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

EK-3 MCQ-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endiselenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endiselenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğrasırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endise ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eger beni endiseliendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endise etmeye ihtiyacım var	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endise verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endiselenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endise verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endiselerim beni delirtebilir	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla mesguldür	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endiselenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık isaretidir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endiselenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)

23. Endiselenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda bellegime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Bellegime güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eger düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem	(1)	(2)	(3)	(4)
28. iyi çalışabilmek için endiselenmeye ihtiyacım vardır	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda bellegime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4 BİFÖ Ölçeği

BİFÖ

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminiz **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

1	2	3	4	5	6
Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.					1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					1 2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					1 2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum.					1 2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					1 2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.					1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.					1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.					1 2 3 4 5 6

EK-5 Kişilerarası Problem Çözme Envanteri

(Çam ve Tümçaya, 2007)

Bu envanter, insanların kişilerarası sorunlar karşısında yaşadıkları duygu ve düşünceleri ile gösterdikleri davranışları nasıl değerlendirdiklerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Aşağıda kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlara yönelik ifadeler yazılmıştır. Sizden istenen bu ifadeleri tek tek okumanız ve her ifade için kendinizi değerlendirmenizdir. Eğer ifade size **Hiç Uygun Değil** ise **(1)**, **Biraz Uygun** ise **(2)**, **Uygun** ise **(3)**, **Çoğunlukla Uygun** ise **(4)** ve **Tamamıyla Uygun** ise **(5)**'i işaretleyiniz. Tüm ifadelerle yönelik işaretleme yapmanız önemlidir. Hiçbir ifadeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz. Bu ifadelerle vereceğiniz yanıtların doğru veya yanlış bir şekilde değerlendirilmesi söz konusu değildir. Yapacağınız işaretleme sizin için doğru kabul edilecektir. Bu açıdan bir ifadedeki durumla ilgili kendinizi nasıl değerlendiriyorsanız öyle işaretleme yapmanız önemlidir. Buraya yapacağınız işaretlemeler gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

- 1.Cinsiyet: () Kız () Erkek 2.Sınıf: () 1 () 2 () 3 () 4 () YL
3.Bölüm:..... 4.Yaşınız:.....
5.Kaç kardeşiniz?..... 6.Kaçıncı çocuksunuz?.....
7.Barınma Yeriniz: () Ailemle birlikte () Yurtta () Evde arkadaşlarla

(Bu sorular araştırmanın amacına göre değiştirilebilir)

	Hiç Uygun	Biraz Uygun	Uygun	Çoğunlukla	Tamamıyla
1.Kişilerarası ilişkilerimde bir problem yaşadığımda onu mutlaka çözmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
2.Problem yaşadığım kişinin gözüyle problemi görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
3.Problem yaşadığımda ne olursa olsun, problem hemen çözülsün isterim.	1	2	3	4	5
4.Bir problemi çözerken “mutlaka bir sonuca ulaşmalıyım” diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
5.Bir problem yaşadığımda kendimi çaresiz hissedirim.	1	2	3	4	5

6.Bir sorunun nedeni benden kaynaklanıyorsa karamsarlığa kapılıyorum.	1	2	3	4	5
7.Problemin çözümü konusunda başarısız olacağımı düşünsem de onu çözmek için çabalarım.	1	2	3	4	5
8.Bir sorun yaşadığımda hemen kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
9.Bir problem yaşadığımda tüm hayatımın allak-bullak olduğunu hissedirim.	1	2	3	4	5
10.Bir problemle karşılaştığımda önce bunun hayatımdaki önemini gözden geçiririm.	1	2	3	4	5
11.Bir sorun durumunda ne olursa olsun ilk adımın atılmasını karşı taraftan beklerim.	1	2	3	4	5
12.Bir problem yaşadığımda, bununla ilgili uzun süre yoğun üzüntü yaşarım.	1	2	3	4	5
13.Yaşadığım bir problemi çözmek için, önce adım adım neler yapabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
14.Bir problem durumunda, problem yaşadığım kişinin problemle ilgili neler düşünüyor olabileceğini tahmin etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
	Hiç Uygun	Biraz Uygun	Uygun	Çoğunlukla	Tamamıyla
15.Bir problemin çözümü için birden çok çözüm yolu bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
16.Yaşadığım bir problemi çözmeye girişmeden önce, çözümün kolay ya da zor bir çözüm olup olmayacağını araştırırım.	1	2	3	4	5
17.Bir problem yaşadığımda öfkelenirim.	1	2	3	4	5
18.Bir problemle karşılaştığımda bu problem, hayatımın tamamını etkiler.	1	2	3	4	5
19.Bir sorunla karşılaştığımda, bununla ilgili yaşadıklarımı nasıl ifade edeceğimi düşünüp planlarım.	1	2	3	4	5
20. Ne yaparsam yapayım kişilerarası ilişkilerimde yaşayacağım bir problemin önüne geçemem.	1	2	3	4	5

21. Bir problem durumunda ne olursa olsun, haklılığımı ispat edip üste çıkmak için sonuna kadar kendimi savunurum.	1	2	3	4	5
22. Bir sorun yaşadığımda baştan, çözüm için ne kadar çaba harcasam da sonuçta sorunun çözölemeyeceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
23. Kişilerarası ilişkilerde problem yaşadığımda çözümün sonucu konusunda karamsarlığa kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Bir sorun yaşadığımda, çözüm için ne yaparsam yapayım içinde bulunduğum durumu değiştiremem.	1	2	3	4	5
25. Yaşadığım yeni bir sorun karşısında, daha önce yaşadığım sorunlar için yaptıklarımın yararlanırım.	1	2	3	4	5
26. Kişilerarası bir sorun yaşadığımda, bunu hiç yaşamamış gibi davranırım.	1	2	3	4	5
27. Bir sorun yaşadığımda, onu çözme konusunda kendimden kuşulanırım.	1	2	3	4	5
28. Bir sorunu anlamaya çalışırken, sorun yaşadığım kişinin bakış açısıyla sorunu göremem.	1	2	3	4	5
29. Problemimi çözerken attığım her adımdan, karşımdaki kişinin davranışlarının bundan nasıl etkilenebileceğini tahmin etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
30. Kişiler arası ilişkilerde bir sorun yaşadığımda, bu durum bana sanki hayatın sonuymuş gibi gelir.	1	2	3	4	5
31. Bir ilişkide benim açımdan bir problem olduğunda bunu o kişiye hemen ifade ederim.	1	2	3	4	5
32. Bir problem yaşadığımda, ilk önce bu problemin üstesinden gelip gelmeyeceğime yönelik kendi kendimi değerlendiririm.	1	2	3	4	5
33. Çözemediğim bir sorun olduğunda o anda "orada olmamak, birden yok olmak" isterim.	1	2	3	4	5
34. Bir problem yaşadığımda, başarılı çözüm için nelere ihtiyacım olduğunu araştırırım .	1	2	3	4	5
35. Yaşadığım problemin bana veya başkalarına doğrudan ya da dolaylı etkilerini düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Problemlerden ders çıkartılacak durumlar olduğunu düşünerek olaya pozitif bakarım.	1	2	3	4	5

37. Problemin çözümünde karşımdakiyle ortak bir çaba göstermeye çalışırım.	1	2	3	4	5
38.Biriyle bir problem yaşadığımda karşı taraf özür dilemedikçe durumu değiştirmek için uğraşmam.	1	2	3	4	5
39.Bir problem yaşadığımda hata karşı taraftaysa surat asarım.	1	2	3	4	5
	Hiç Uygun	Biraz Uygun	Uygun	Çoğunlukla	Tamamıyla
40.Problemi yakınlarımla yaşıyorsam büyük bir hayal kırıklığına uğrarım.	1	2	3	4	5
41. Eğer yaşadığım problem büyükse dünya başıma yıkılmış gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
42.Problem konusunda benim hatamın olmadığını düşünüyorsam çözüm için hiçbir girişimde bulunmam.	1	2	3	4	5
43.Bir problem yaşadığımda “her kötü şey beni bulur” diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
44.Kişilerarası bir problem yaşadığımda, problemi çözebilmek için araya başkalarını sokarım.	1	2	3	4	5
45.Bir problem yaşadığımda kendimi tutamam, hemen ağlarım.	1	2	3	4	5
46.Bir problem yaşadığımda problem çözülünceye kadar inatla üstüne giderim.	1	2	3	4	5
47.Problemlerle karşılaştığımda “keşke hiçbir zaman sorun yaşamam” diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
48.Bir problem yaşıyorsam çözülünceye kadar bunun dışında hiçbir şeye dikkatimi yoğunlaştıramam.	1	2	3	4	5
49.Yaşadığım bir problemi etkili bir şekilde çözebilmem için kendimi ve problem yaşadığım kişiyi olduğu gibi kabul ederim.	1	2	3	4	5
50.Kişilerarası problemlerimi kimseye zarar vermeyecek bir şekilde çözerim.	1	2	3	4	5

Envanterde Yer Alan Altölçekler Ve Maddeler

Probleme Olumsuz Yaklaşma: 5,6,8,9,12,17,18,23,30,33,40,41,43,45,47,48 (16 madde)

Yapıcı Problem Çözme: 2,10,13,14,15,16,19,25,29,32,34,35,36,37,49,50 (16 madde)

Kendine Güvensizlik: 20,22,24,26,27,28,44 (7 madde)

Sorumluluk Almama: 11,21,38,39,42 (5 madde)

Israrcı-Sebatkar Yaklaşım: 1,3,4,7,31,46 (6 madde)

Ölçekte ters çevrilen madde bulunmamaktadır. Her alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmekte toplam bir puan kullanılmamaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Mehtap Çakır

Doğum Tarihi / Yeri : 09.09.1991 / Kadıköy

Eğitim Bilgileri

Doğuş Üniversitesi – Psikoloji Bölümü (İngilizce)

Yabancı Dil

İngilizce – iyi

İş Deneyimi

Np Feneryolu Poliklinikliği

Şişli Etfal