



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLERDE
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ VE
ÖZYETERLİLİK DÜZEYİ İLE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK
TANISI ALMAMIŞ BİREYLERDE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİ VE ÖZYETERLİLİK DÜZEYİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

OĞUZ ŞENER

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ BARIŞ ÖNEN ÜNSALVER

İstanbul, 2020

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

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLERDE
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ VE
ÖZYETERLİLİK DÜZEYİ İLE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK
TANISI ALMAMIŞ BİREYLERDE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİ VE ÖZYETERLİLİK DÜZEYİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

OĞUZ ŞENER

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ BARIŞ ÖNEN ÜNSALVER

İstanbul, 2020

ÖZET

Bu çalışma, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı alan bireylerde özyeterlilik düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile OKB tanısı almayan bireylerde özyeterlilik düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin karşılaştırılmasını amaçlamıştır. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığının incelenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın örneklemini T.C. Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne ayaktan başvuran, OKB tanısı almış 18-60 yaş aralığındaki 40 gönüllü katılımcı ile bu katılımcılara sosyodemografik özellikler açısından denk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 40 sağlıklı ve gönüllü kontrol grubunu oluşturmuştur. İki gruba da Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF), Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği, Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) uygulanmıştır.

Verileri analiz ederken betimsel ve ileri istatistik teknikler kullanılmıştır. Veri analizi için SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler yapılmıştır. Deney gruplarının ölçek ve alt ölçeklerinin ilişkilerinin karşılaştırılması için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Deney grubunun ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş, eğitim ve gelir açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Katılımcıların ölçek ve alt ölçeklerinin cinsiyet ve kardeş sayısı ilişkilerinin karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubunun özyeterlilik ölçek ve alt ölçek puanları Wilcoxon testi ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; psikiyatrik tanı almamış bireylerde özyeterlilik düzeyleri ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde özyeterlilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Özyeterlilik puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında kabul edilen kendini suçlama stratejisi ve yıkım stratejisini kullanımı psikiyatrik tanı almayan gruba göre bu stratejilerin kullanımında farklılık bulunmuştur. Kendini suçlama puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Yıkım puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

Psikiyatrik tanı almayan bireylerin adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında yer alan pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanma stratejilerinin, obsesif

kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde kullanımında bir fark saptanmıştır. Plana tekrar odaklanma puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.018$). Pozitif yeniden gözden geçirme puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

Araştırmanın korelasyon analizleri incelendiğinde; özyeterlilik toplam puanı ile pozitif yeniden gözden geçirme, plana tekrar odaklanma, arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Özyeterlilik toplam puanı ile kendini suçlama, düşünceye odaklanma ve felaketleştirme (yıkım) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada özyeterlilik, OKB ve BDD alt ölçeği boyutlarının yaş, eğitim, gelir durumu ilişkisi incelenmiştir. Test sonuçlarında bu değişkenlerle ölçeklerin herhangi birisinin puanlarıyla istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. BDD alt ölçeği boyutlarından kabul etme, bakış açısına yerleştirme ve diğerlerini suçlama stratejilerinin kullanımında kontrol ve deney grubu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

OKB tanısı almış bireylerin özyeterlilik düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili yapılacak çalışmaların hastaların tedavi süreçlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Genel Özyeterlilik, Bilişsel Duygu Düzenleme

ABSTRACT

This study aimed to compare self-efficacy levels and cognitive emotion regulation strategies in individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder, and self-efficacy levels and cognitive emotion regulation strategies in individuals not diagnosed with obsessive-compulsive disorder. In addition, it was aimed to examine whether some sociodemographic characteristics had an effect.

The sample of the study is T.C. 40 volunteers between the ages of 18-60 who applied to Üsküdar University NP Istanbul Neuropsychiatry Hospital Feneryolu Outpatient Clinic and were diagnosed with OCD, and 40 healthy volunteers, who were equivalent to these participants in terms of sociodemographic characteristics and without any psychiatric diagnosis, constituted the control group. The Informed Consent Form (BGOF), the Sociodemographic Data Form, the Yale-Brown Obsession and Compulsion Scale (YBOCS), the General Self-Efficacy Scale (GSE), and the Cognitive Emotion Regulation Scale (CERQ) were administered to both groups. Descriptive and advanced statistical techniques were used while analyzing the data. SPSS 24.0 program was used for data analysis. Descriptive statistics were made to determine the sociodemographic distributions of the participants. Spearman correlation test was used to compare the relationships between scales and subscales of the experimental groups. The Kruskal Wallis test was used to compare the scale and subscale scores of the experimental group in terms of age, education and income. The Mann-Whitney U test was used to compare the gender and number of siblings of the scales and subscales of the participants. Self-efficacy scale and subscale scores of the experimental and control groups were compared with the Wilcoxon test.

According to the results obtained in the research; A statistically significant difference was found between the levels of self-efficacy in individuals with no psychiatric diagnosis and the level of self-efficacy in individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder. Self-efficacy score was significantly higher in the experimental group compared to the control group ($p < 0.001$). The use of self-blame strategy and catastrophizing strategy, which are accepted among non-adaptive cognitive emotion regulation strategies of individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder, was found to be different in the use of these strategies compared to the group without psychiatric diagnosis. Self-blame score was significantly higher in the

experimental group compared to the control group ($p < 0.001$). The catastrophizing score was significantly higher in the control group compared to the experimental group ($p = 0.002$).

A difference was found in the use of positive refocusing and refocus on planning, which are among the adaptive cognitive emotion regulation strategies of individuals with no psychiatric diagnosis, in individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder. refocus on planning score was found to be significantly higher in the control group compared to the experimental group ($p = 0.018$). positive refocusing score was found to be significantly higher in the experimental group compared to the control group ($p = 0.002$).

When the correlation analysis of the research is examined; It has been determined that there are significant positive correlations between self-efficacy total score and positive refocusing, refocusing the plan. It was found that there were significant negative correlations between self-efficacy total score and self-blame, rumination and catastrophizing.

In the study, the relationship between self-efficacy, OCD and CERQ subscale dimensions of age, education, and income was examined. In the test results, no statistically significant difference was observed between these variables and the scores of any of the scales. No statistically significant difference was observed between the control and experimental groups in the use of the strategies of acceptance, putting into perspective and blaming others among the dimensions of the CERQ subscale.

It is thought that studies on the self-efficacy levels and cognitive emotion regulation strategies of individuals diagnosed with OCD will contribute to the treatment processes of the patients.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, General Self-Efficacy, Cognitive Emotion Regulation

TEŞEKKÜR

Saygıdeğer tez danışmanım ve sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen Ünsalver'e tez dönemi boyunca vermiş olduğu desteklerden ötürü çok teşekkür ederim.

Hem psikolog olma yolumda hem de kişisel gelişimimde büyük emeği olan, desteğini ve güvenini her zaman hissettiğim sevgili hocam Cengiz Demirsoy'a çok teşekkür ederim.

Yüksek Lisans yaparken kazandığım dostlarım Amine Gürkan, Betül Şimşek, Özge Verep Kethüda, Cansu Ölmez, Işıl Kurtaran ve Gülsüm Tuğcu'ya yani kısaca "ben ben ben" ekibine tez döneminde vermiş oldukları desteklerden dolayı teşekkür ederim.

Bu süreçte yorulduğum zamanlarda hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, arkamda duran motive olmamı sağlayan sevgili Azize Hanım Baş'a teşekkür ederim.

Bu süreçte bana inanan, güvenen hayatımın her anında desteklerini hissettiren, bu günlere gelmemi sağlayan aileme babam Mehmet Ali Şener, annem Figen Şener ve kardeşim Okan Şener'e sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Bireylerde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Öz Yeterlilik Düzeyi ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Öz Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması.” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

24/09/2020

Oğuz Şener

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xi
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	1
1.2 Özyeterlilik.....	1
1.3 Bilişsel Duygu Düzenleme.....	2
1.4 Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
1.5 Hipotezler.....	3
1.6 Sınırlılıklar.....	3
1.7 Sayıtlar.....	4
1.8 Tanımlamalar.....	4
BÖLÜM II.....	5
GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	5
2.1.1 Tanım.....	5
2.1.2 Tarihçe.....	5
2.1.3. Tanı Kriterleri.....	6
2.1.4 Obsesyon ve Kompulsiyonların Çeşitleri ve Klinik Görünümleri.....	7
2.1.4.1 Sık Görülen Obsesyonlar.....	7
2.1.4.2 Sık Görülen Kompulsiyonlar.....	9
2.1.5 Epidemiyoloji.....	10
2.1.6 Etiyoloji.....	10
2.1.6.1 Biyolojik Faktörler.....	10

2.1.6.1.1 Genetik Faktörler.....	10
2.1.6.1.2 Nörokimyasal Faktörler.....	10
2.1.7 Psikososyal Kuramlar.....	11
2.1.7.1 Bilişsel ve Davranışçı Kuram.....	11
2.1.7.2 Psikodinamik Kuram.....	11
2.1.8 Tedavi.....	12
2.1.8.1 Farmakolojik Tedavi.....	12
2.1.8.2 Davranışçı Terapi.....	13
2.1.8.3 Bilişsel Terapi.....	13
2.2 Genel Özyeterlilik.....	14
2.2.1 Özyeterlilik Kavramı.....	14
2.2.2 Özyeterlilik Algısını Harekete Geçiren Süreçler.....	15
2.2.3 Özyeterliliğin Gelişimi ve Kullanım Alanları.....	16
2.2.3.1 Kişisel İrade Duygusunun Kökenleri	16
2.2.3.2 Ailesel Özyeterlilik Kaynakları.....	16
2.2.3.3 Özyeterlilik ve Akran İlişkileri.....	17
2.2.3.4. Bilişsel Özyeterlilik Gelişimi ve Okul	17
2.2.3.5. Ergenlik Dönemi Deneyimleri ve Özyeterlilik Artışı.....	17
2.2.3.6 Yetişkinlik Dönemi ve Özyeterlilik.....	18
2.2.3.7 İlerleyen Yaşla Özyeterliliğin Yeniden Değerlendirilmesi.....	18
2.2.4 Genel Özyeterlilik.....	18
2.3 Bilişsel Duygu Düzenleme Kavramı.....	19
2.3.1 Duygu Düzenleme Kavramı.....	19
2.3.2 Bilişsel Duygu Düzenleme.....	20
2.3.2.1 Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri.....	21
2.3.3 Bilişsel Duygu Düzenleme ve İlgili Araştırmalar.....	22
BÖLÜM III.....	23
YÖNTEM ve MATERYAL.....	23
3.1 Araştırmanın Modeli.....	23
3.2 Araştırmanın Örneklemi.....	23
3.3 Araştırmanın Uygulaması.....	23
3.4. Veri Toplama Gereçleri.....	24
3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	24
3.4.2 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	24

3.4.3 Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	24
3.4.4 Genel Özyeterlilik Ölçeği.....	25
3.5 Veri Analizi.....	25
BÖLÜM IV	26
BULGULAR.....	26
4.1 Sosyodemografik Bilgi ve Verilerin Dağılımı.....	26
4.1.1 Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler.....	26
4.1.2 Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler.....	27
4.2 Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Betimsel İstatistikleri.....	29
4.3 Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkili Korelasyon Sonuçları.....	31
4.4 Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Açısından Karşılaştırılması.....	33
4.4.1 Yaş Açısından Karşılaştırılması.....	33
4.4.2 Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	35
4.4.3 Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	37
4.4.4 Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	39
4.4.5 Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması.....	40
4.5 Kontrol ve Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	41
4.5.1 Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Karşılaştırılması.....	42
BÖLÜM V.....	44
Tartışma.....	44
BÖLÜM VI.....	50
Sonuç.....	50
BÖLÜM VII.....	52
Sınırlılıklar ve Öneriler.....	52
BÖLÜM VIII.....	53
Kaynakça.....	53
BÖLÜM IX.....	64
Ekler.....	64

TABLÖLAR

Tablo 4.1: Deney grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler.....	26
Tablo 4.2: Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler.....	27
Tablo 4.3: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler.....	29
Tablo 4.4: Deney ve kontrol grubundaki katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki.....	31
Tablo 4.5: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Grup Açısından Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.6: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş sayıları Açısından Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.10: Kontrol ve Deney Gruplarının Özyeterlilik Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.11: Kontrol ve Deney Gruplarının BDD Puanlarının Karşılaştırılması.....	42

KISALTMALAR VE SİMGELER

APA: American Psychiatric Assosiation (Amerikan Psikiyatri Birliği)

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistiksel Paket Programı)

SS: Standart sapma

YBOCS: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

GÖYÖ: Genel Özyeterlilik Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, kişi için sıkıntı yaratan, istenmeden ve yineleyici biçimde gelen düşünceler, imgeler ya da dürtüler ve/veya tekrarlayıcı davranışsal ya da zihinsel eylemler ile karakterizedir. Kompulsiyonlar, kişinin bir obsesyona tepki olarak kaygıyı azaltmak veya önlemek için tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. (American Psychiatric Association, 2013). OKB'li bireylerde uyararla ilişkili aşırı kaygının, duygu düzenleme mekanizmasındaki bozukluklarla ilişkili olabileceği ve kompulsiyonların aslında uyuma yönelik olmayan duygu düzenleme stratejileri olabileceği düşünülmüştür (Oktay, 2019). OKB'de duygusal sıkıntı yaşadığında kişinin amaç yönelimli davranışları sürdüremediği, dürtü kontrolünde zorlandığı ve aktif duygu düzenleme stratejilerini kullanamadığı söylenebilir (Vatan, 2016). OKB hastası bireyler tedavi edilmedikleri sürece hastalık daha da derinleşir; gün geçtikçe kompulsiyonlar kişinin iş, sosyal hayat ve aile gibi ortamlarda daha az yer almasına, dolayısıyla kompulsiyonlarına daha fazla zaman ayırmasına neden olur. OKB; iş kaybı, eş kaybı, ekonomik kayıplar ve hastane yatışı gibi birçok istenmeyen soruna neden olur. OKB'nin etiyojisi net olarak saptanamamıştır (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Özyeterlilik

Bireyin kendi özelliklerini bilerek organize olması ve bu organizasyonda başarılı olacağına ilişkin yargısına öz yeterlilik denir (Bandura, 1997). Özyeterlilik temelde yetenekli olmayı değil, kişinin kendi kaynaklarına güvenmesine dayanır. Özyeterlilik kavramı, yapılacak eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında olunması, zorluklarla elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi sonucu oluşan güdülenme düzeyi gibi öğeleri içerir. Yeterli özyeterlilik başarı ve iyilik halinin oluşmasını, kişisel gelişimi ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar. Bir eylem başarısızlıkla sonuçlandığında, özyeterliliği yüksek olan bir kişi, bu başarısızlığı kendi eksikliğine değil, kullanılan yöntem ve stratejilerin yanlışlığına bağlar

(Yıldırım ve İlhan, 2010). Özyeterlilik kavramını etraflıca inceleyen kişilerden biri olan Bandura (1986), özyeterliliği “bireyin bir görevi gerçekleştirmek için ihtiyaç duyduğu eylemleri yerine getirme ve bu eylemleri organize edebilme kapasitelerine ilişkin yargıları” şeklinde tanımlamaktadır.

1.3 Bilişsel Duygu Düzenleme

Duygular bireyin algılarını, hislerini, seçimlerini etkileyebilir; dolayısıyla kişilerin duygularını tanımada doğru stratejileri kullanması gerekir (Crick ve Dodge, 1994). Bilişsel duygu düzenleme, kişilerin duygusal deneyimlerini tanımlama ve bu duygusal deneyimlere tepki verme şekilleriyle ilişkilidir. İnsanlar duygularını düzenlemek için çeşitli stratejiler kullanmaktadırlar. Duyguları bilişsel olarak düzenlemek kişinin dışarıdan gelen bilgiyi nasıl işlediğini, duygularını, dışarıdan gelen duygulara olan tepkilerini veya duyguları yüzeye çıkaran durumları gözlemleme, değerlendirme ve değiştirmeden sorumlu bütün süreçleri içerir. Kaygı ve zorluklarla baş etme, stres yönetimi, problem çözümü gibi durumlarda duygu düzenleme becerisi çok önemlidir (Çelik ve Kocabıyık, 2014). Bilişsel süreçler olaylar karşısında hangi duygunun ortaya çıkacağını belirler. Bireyler yaşanan olaylar karşısında duyguları ortaya çıkmadan önce, daha önceden kullanılan stratejileri devreye girer ve karşılaştıkları durumlara karşı bu stratejiler doğrultusunda duygusal tepki ortaya çıkar (Garnefski, Kraaij, Spinhoven, 2001). Yaşanan stresli durumlar karşısında bilişsel duygu düzenleme stratejileri, problemi çözmek ve stresle başa çıkabilmek için önemli bir değere sahiptir.

1.4 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarının genel özyeterlilik düzeylerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin belirlenmesidir. Ayrıca OKB hastalarının öz yeterlilik düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle sosyo-demografik form bilgilerinin (yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu, kardeş sayısı) gruplar arasındaki farklılaşmasının değerlendirilmesi bir diğer hedeftir.

Her hastalık kendi içinde belirli zorluklara sahip olsa da OKB hastalarının obsesyonla başa çıkma stratejileri sürekli tekrarlanan kompulsiyonlarla sınırlı kaldığı için tedavi zorlayıcıdır; bu yönüyle OKB ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini incelemek yeni stratejilerin belirlenmesine katkı sağlayacağını düşündürmektedir. Obsesyon ve kompulsiyonların girici

doğası gereği, OKB'li bireylerin duygusal deneyimlere toleransının daha düşük olduğu ve rahatsızlık veren duyguları hafifletmek için uyuma yönelik olmayan duygu düzenleme stratejileri kullandıkları söylenmektedir (Jacob ve ark., 2012), (Oktay 2019). Genel öz yeterlilik ve OKB arasında literatürde bir araştırmaya rastlanmamıştır. Genel öz yeterlilik, Bilişsel duygu düzenleme ve OKB arasında literatürde bir bilgiye rastlanmamış oluşu, bu araştırmadan edinilen bulgularla literatüre katkı sunacağını düşündürmektedir.

1.5 Hipotezler

- OKB tanısı almış bireyler ile OKB tanısı almamış bireylerdeki bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında negatif yönde bir fark vardır.
- OKB tanısı almış bireylerde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve özyeterlilik düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- OKB tanısı almamış bireylerde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve özyeterlilik düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- OKB tanısı almış bireylerde ve OKB tanısı almamış bireylerdeki özyeterlilik düzeyi arasında negatif yönde bir fark vardır.
- OKB, özyeterlilik ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında bir ilişki vardır.
- OKB tanısı almış bireyler ile OKB tanısı almamış bireylerdeki bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında negatif yönde bir fark yoktur.
- OKB tanısı almış bireylerde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve özyeterlilik düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki yoktur.
- OKB tanısı almamış bireylerde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve özyeterlilik düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki yoktur.
- OKB tanısı almış bireyler ile OKB tanısı almamış bireylerdeki özyeterlilik düzeyi arasında negatif yönde bir fark yoktur.
- OKB, özyeterlilik ve bilişsel duygu düzenleme düzeyi arasında bir ilişki yoktur.

1.6 Sınırlılıklar

Araştırma, NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde 40 tane Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış, 40 tane OKB tanısı almamış örneklemle sınırlı kalmıştır.

Araştırma kapsamında seçilen Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Genel Özyeterlilik Ölçeği kendini bildirim ölçümleri olduğu için yanlılıklarının olabileceği araştırmanın sınırlılıklarından biridir.

Kullanılan ölçeklerin başka kültürlerle göre hazırlanıp, Türk kültürüne sonradan uyarlanmış olması da sınırlılıklardan bir diğeridir.

1.7 Sayıtlar

- Kullanılan ölçeklerin hepsinin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
- Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Genel Öz yeterlilik düzeyleri bilimsel olarak ölçülebilen kavramlardır.

1.8 Tanımlamalar

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB) obsesyon ve kompulsiyonlarla kendini gösteren kişiyi ölçülebilir kaygı düzeyine sokan bir bozukluktur.

Özyeterlilik: Bireyin kendi özelliklerini bilerek organize olması ve bu organizasyonda başarılı olacağına ilişkin yargısına öz yeterlilik denir (Bandura, 1997).

Bilişsel Duygu Düzenleme: Bilişsel duygu düzenleme, kişilerin duygusal deneyimlerini tanımlama ve bu duygusal deneyimlere tepki verme şekilleriyle ilişkilidir (Çelik ve Kocabıyık, 2014).

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesyonlar zihne istenmeden gelen ve tekrarlayan rahatsız edici dürtü, düşünce ve imgelerdir. Kompulsiyonlar ise bireyin obsesyonları nedeniyle kendini rahatlatması ve kaygısını düşürmesi için yaptığı davranışsal ve zihinsel eylemlerdir (American Psychiatric Association, 2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'ta şiddet ve yoğunluk arttıkça kişi daha çok güvenli alanına çekilme ihtiyacı duyar, zamanla bu alanlar daralır ve böylece işlevsellikte büyük bir bozulma oluşabilir. İşlevsel bozulmalar kişinin; ev, iş, sosyal hayat gibi birçok alanda kayıplar yaşamasına sebebiyet verebilir.

2.1.2 Tarihçe

Esquirol 1838 yılında psikiyatri tarihinde ilk defa obsesyon ve kompulsiyonları kayda geçiren kişi olmuştur. 1917 yılında Freud ilk kez fobik nevrozdan ayrı ele alarak klinik tabloda yayınlayana kadar, OKB belirtileri psikoz ve depresyon adı altında tanımlanmaktaydı (Bayar ve Yavuz, 2008). OKB Freud'un tanı ölçütlerinin az miktarda değiştiği nadir psikiyatrik bozukluklardan birisidir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association, APA) yayınlamış olduğu Ruh Hastalıkları I. Tanı ve İstatistik Kılavuzu'nda (DSM- I) OKB'yi Obsesif-Kompulsif Reaksiyon olarak tanımlanmıştır. DSM II'de Obsesif-Kompulsif Nevroz ve DSM-III'de Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) olarak adlandırılmıştır (Bayraktar, 1997). DSM-IV-TR'de OKB, anksiyete bozuklukları içerisinde yer almaktadır. DSM-5'te OKB Anksiyete

bozuklukları sınıflamasından çıkarılıp, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı adı altında toplanmıştır.

2.1.3 Tanı Kriterleri

OKB Ruh Hastalıkları Tanı ve İstatistik Klavuzu’nda (DSM) tanımlama ve sınıflamalara sahiptir. DSM V tanısına göre OKB’nin tam adı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve ilişkili bozukluklar olarak belirlenmiştir (Bayraktar, 1997).

DSM-V’ de OKB için tanı ölçütleri şunlardır:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgelerdir.
- 2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da imgelerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme, düzeltme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, fısıldayarak belli sözcükleri tekrarlama)
- 2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; dürtü ve dürtü kontrolüyle alakalı bozuklukların olması; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış

görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; otizm spektrum bozukluğunun yineleyici davranışlarında bulunma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; sağlık anksiyetesinin olmasından dolayı sağlığını düşünüp durma; düşünce yerleştirme veya sanrılı bozukluklar; bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da major depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

2.1.4 Obsesyon ve Kompulsiyonların Çeşitleri ve Klinik Görünümleri

2.1.4.1 Sık görülen obsesyonlar

Cinsel Obsesyonlar:

Cinsel obsesyon sahibi OKB'li bireyler toplumun kabul edemeyeceği, utanç hissi yaratan, cinsel düşünce, dürtü ve erotik imgelere sahiptir (Tan, 2008). Tercihleri arasında olmamasına rağmen bireyin zorlantılı olarak eylemi gerçekleştirdiğine dair düşüncelerini ve zihinsel imgelerini içerir (örn. çocuklara karşı cinsel bir tacizde bulunmak). Tercihleri arasında bulunmamasına rağmen tacizde bulunma ve benzeri içeriklerde imgeler ve düşünceleri içerir (örn. Yolda yürüyen kadınlara dokunma düşüncesi veya imgesi). Cinsellik hakkında duyulan kuşkular ve tercihlerine yönelik kuşkuları içerir (örn. Eşcinsel olma takıntısı).

Kirlilik ve Bulaşma Obsesyonları:

OKB'li bireylerde kirlenme ve bulaşma obsesyonlarına karşı alınan önlem temizleme ve kontrol kompulsiyonlarıdır. Bu kişiler idrar bulaşması, meni veya mezi bulaşması, mikrop kapma, hastalık bulaşması gibi korkulara sahiptir. Bu korkularla baş edebilmek için kompulsiyonları işlevselliklerini bozacak derecede kaçma ve kaçınmalara sebebiyet verir (örn, insanlarla tokalaşmaktan kaçınmak, saatlerce banyo yapmak, ortak kullanım alanlarından uzak durmak).

Saldırganlık Obsesyonları

Bireyin kendisine, sevdiklerine, yakınlarına ve diğer insanlara şiddet uygulamaktan veya zarar vermekten korktuğu obsesyonlardır. Bu kişiler herhangi bir şekilde birilerine veya kendilerine zarar vermeyeceklerini bilseler bile şiddet ve saldırganlık obsesyonlarına karşı evdeki bıçakları saklama, araba kullanmama gibi kompulsif önlemler alırlar. Sevdikleri kişilere zarar verdiklerine dair dehşet verici imgeler ve düşünceler görülür (örn. partnerini bıçaklamak).

Dini İçerikli Obsesyonlar

Dini obsesyonlar, dindar ve inançlı olsa bile düşüncelerini durduramayan bireylerde görülen, dinen günah kabul edilen düşünce, dürtü ve imgelesel obsesyonlardır (Köroğlu, 2007). Bireyler genelde çok sık rastlanan dini değerlere ve Tanrı'ya küfür temalarında obsesyonlara sahiptir. Kişi kendini bu küfürleri düşünmekten alıkoyamaz ve büyük bir yıkım hisseder. Bu kişiler abdestlerinin tam olup olmadığıyla ilgili şüphelerden dolayı tekrar tekrar abdest almak gibi kompulsiyonlar yaparlar. Bir diğer çok gözlemlenen temada "Tanrı var mı yok mu?" sorusudur, kişi çok inançlı bir birey olsa da kişi bu soruyu sormaktan kendini alıkoyamaz.

Simetri Obsesyonları

Simetri obsesyonları, düzen ve konum açısından olay, eşya ve nesnelerin bir simetri içerisinde olmasını gerektiren bir obsesyon türüdür (Karamustafaoğlu, Akpınar, 2006). Bu obsesyon türü kişide büyük zaman kaybına yola açan kompulsiyonlara sebebiyet verir. Bu bireyler yaptıkları çoğu şeyi belirli bir düzen içerisinde yerine getirirler ve bunlara ritüel denir (Tan, 2014).

Şüphe Obsesyonları

Şüphe ve kompulsif kontrol etme sık görülen OKB türlerinden biridir. Bireyler saatlerce şüphe duydukları obsesyonları yüzünden kontrollerini sürdürebilirler. Eylemsel kontrollerin dışında zihinsel kontroller de devreye girebilir. Kişi şüphe duyduğu bir durumda işlemin doğruluğunu kontrol amaçlı zihinsel olarak tüm süreci gözden geçirebilir (Radomsky ve ark., 2006). Bu kontroller işlevselliği bozacak şekilde saatlerce sürebilir (örn. yere para düşürdüğünü düşünerek yerleri ve aralıkları kontrol etmek, kapıyı kilitlediğine emin olsa da tekrar tekrar gidip kontrol etmek). Bu obsesyona sahip kişiler şüphe duydukları obsesyonlarını kontrol ederek kendilerini rahatlatmazlarsa başlarına kötü bir şey geleceği korkusuna kapılırlar.

2.1.4.2. Sık Görülen Kompulsiyonlar

Yıkamayla İlgili Kompulsiyonlar

Elleri yıkama kompulsiyonları genelde bulaşma ve kirlenme obsesyonlarına karşı alınmış olan ve kaygıyı bastırmaya yönelik davranışlardır. Bireylerde eller fazla yıkanmaktan kuruyabilir ve çatlaklar oluşabilir. Hasta duşta saatlerce vakit geçirebilir ve kompulsiyonların ritüellerini yerine getirir. OKB’li bireylerde az ve eksik olma düşüncesi yıkama kompulsiyonunu tekrarlatır.

Tekrar Etme Kompulsiyonları

Tekrar etme kompulsiyonları OKB’li bireylerde, sözleri tekrar etme, zihninde kelimeleri tekrarlama, yürüdüğü yerlere tekrar dönüp kontrol etme gibi davranışlar söz konusu olabilir (Karaca ve Doksat, 1998).

Kontrol Etme Kompulsiyonları

Kontrol etme kompulsiyonları, obsesyonlar yüzünden açığa çıkan şüphe ve anksiyete nedeniyle yapılan kontrol davranışıdır. Bu tip kompulsiyonlarda ütünün fişini çekip çekmediğini kontrol etme, su vanasını kontrol etme, kapı kilitlerini kontrol etme gibi örnek kontroller söz konusu olabilir.

Sıralama ve Simetri Kompulsiyonları

Sıralama ve simetri kompulsiyonları bireylerin eğik, eğri gördüğü nesneleri düzeltmesi ve düzenlemesiyle ilgilidir. Bu kişiler kendi düzenlerinde yapılan değişikliklerde huzursuzluk duyarlar. Bu bireyler simetriyi bozan nesneyi düzeltmezlerse kaygılarında artış gözlenebilir (Karaca ve Doksat, 1998).

Sayma Kompulsiyonları

Sayma kompulsiyonu yapan OKB’li bireylerde sayma kompulsiyonu yapılmazsa bu bireyler gerginleşebilir ve kaygıları artabilir. Bu kompulsiyonun örnekleri mesaj yazarken kullanılan harf sayısını sayma, yoldan geçen arabaları saymak, çıkılan basamakları saymak şeklinde olabilir.

2.1.5 Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde, OKB'nin 80li yıllarda artış gösteren çalışmalarla birlikte nadir olmaktan çıkıp sık gözlenen bir bozukluk olduğu gözlemlenmiştir (Stanley ve Wand, 1995). OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı incelendiğinde %1-3 olarak saptanmıştır (Bebbington, 1998). OKB'nin ülkemizde yaşam boyu görülmesinde görülen sıklıkla %2-3.7 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde görülme sıklığı göz önünde bulundurarak OKB, maddeye bağlı bozukluk, fobiler ve madde ile ilişkili bozukluklardan sonra sıklık olarak dördüncü psikiyatrik tanıdır (Doğan ve ark., 1994). OKB görülme sıklığında cinsiyetler arasında farklılık görülmezken, kadınlarda yıkama kompulsiyonlarının daha fazla yapıldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Saldırganlık ve cinsel obsesyonların erkeklerde; dini ve temizlik obsesyonlarının kadınlarda daha çok gözlemlendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Karadağ ve Oğuzhanoglu, 2006). Kimseye belli etmemek, OKB'ye hayatını uydurma, semptomların şiddetinin düşük olması gibi nedenler, kişilerin profesyonel destek almamasına sebebiyet verir (Köroğlu, 1995).

2.1.6 Etiyoloji

2.1.6.1 Biyolojik Faktörler

2.1.6.1.1 Genetik Faktörler

OKB'nin akrabalıkla aktarımıyla ilgili 90'lı yıllarda yapılan klinik çalışmalar, genetik aktarımın nesiller arası aktarımı konusunu güçlendirmiştir. Çocukluk çağında başlayan OKB hastalarında erişkin dönemde başlayan OKB hastalarına göre ailesel risk daha belirgindir. OKB'li bir akrabası olan bireylerde kontrol gruplarına göre daha çok obsesif ve kompulsif belirtilere rastlanmıştır (Pauls, 2010). OKB'nin genetik faktörünü ortaya koymak için yapılan ikiz çalışmalarında bulunan tek yumurta ve çift yumurta ikizleri arasında bulunan farklılıklar genler üzerinde araştırma yapılmasını sağlamıştır. Nörotransmitter metabolizmasına ait genler ve nörogelişimsel yollar incelenmiştir (Tükel, 2009). OKB'de kalıtsal aktarımın %30-%50 arasında değiştiği bulunmuştur (Vaele ve Wilson, 2005).

2.1.6.1.2 Nörokimyasal Faktörler

Moleküler çalışmalar incelendiğinde serotonin ve dopamin yollarında aktif rol oynayan ve bunlara ek olarak monoaminlerin yıkımında da etkili olan birçok gen üzerinde çalışmalar yapılmıştır (Kim ve Kim, 2006). Yapılan PET ve SPECT görüntüleme çalışmalarında OKB'li

hastalarda orbitofrontal korteks girus singularis ve kaudat çekirdek başında anormal etkinlik artışı tespit edilmiştir. Ayrıca tik bozukluğunun OKB ile birlikte seyretmesi halinde basal gangliyonlarda aktivite artışı gözlemlenmiştir (Öztürk, 2001).

2.1.7 Psikososyal Kuramlar

2.1.7.1 Bilişsel ve Davranışçı Kuram

Mowrer'in iki aşamalı teorisine göre uyarının organizmada korku yaratması klasik koşullanmaya neden olurken, korkunun süregelen hale gelmesi için edimsel koşullanma gereklidir. Bireylerde obsesyonların oluşumunu sağlayan etken klasik koşullanmadır; edimsel koşullanma ise kompulsiyonların oluşumunu ve süregelen hale gelmesine neden olur (Rescorla ve Solomon, 1967). Kişi kaygılı bir durumdayken kirli bir kapı koluna dokunduktan sonra, kapı koluyla kaygıyı bağdaştırabilir. Bu bağdaştırma sonrası ellerini yıkayan kişi rahatlama yaşadığını fark ederek yıkama davranışını kompulsif hale getirebilir. Bu rahatlama sayesinde birey kaygılı anlarında bu kompulsif davranışı tekrarlama eğiliminde olur (Rahman ve Shafran, 1998).

OKB'nin ilk kognitif kuramlarından biri Carr tarafından öne sürülmüştür. Bu yaklaşıma göre OKB'li bireylerin en belirgin özelliği istenmeyen sonuçların gerçekleştirme olasılığını, abartılı bir sübjektif değerlendirmeye bağlı tutmalarıydı (Carr, 1974).

Bilişsel kuram bireyin intrüzif düşüncelerini obsesif düşüncelere dönüştüren en önemli etkenin düşünceyi değerlendirme biçimi olduğunu öne sürer. Yapılan çalışmalarda OKB'li bireylerde sorumluluk algısının daha aktif olduğu saptanmıştır. Bu kişilerin sorumluluk ve tehlikeyle ilişkili şemaları daha aktiftir dolayısıyla otomatik düşünceleri anksiyetelerini ve obsesyonlarını tetikler (Salkovskis ve Kirk, 1997).

2.1.7.2 Psikodinamik Kuram

Psikanalitik kuramı benimseyen klinisyenler, obsesif dinamiklerin açıklanması için anal dönem fiksasyonlarının etkin rol oynadığını savunmuşlardır (McWilliams, 2010). Psikanalitik çerçeveden obsesyonlar bastırılmış, biçimi bozulmuş ancak niteliklerini koruyan dürtülerdir. Bu kurama göre kompulsiyonlar ise bu deforme olmuş obsesyonlara karşı süperego savunma mekanizmalarını aktive eder (Şahin ve Böke, 2007).

Geçtan (1989)'ın aktarımına göre Freud OKB ile ilgili şöyle düşünmektedir, hastanın zihni hiç ilgilenmediği ama zihnini meşgul etmeye devam eden düşüncelerle doldurur ve kendisine

yabancı gelen dürtüler hissetmektedir. Karşı durmakta zorlandığı eylemlere girmek zorunda kalır. Hastanın aklına takılan obsesyonlar, hastanın bilincinde saçmadır ve anlamsız gelir. Bu düşünceler hiçbir zaman eyleme geçmeyecek olsa da rahatsız edicidir ve hastanın bu düşüncelerden sürekli kaçmasına neden olurlar. Bu davranışlar eyleme geçmeyerek abartma ve törensel etkinliklerden öteye geçmez ama buna rağmen obsesif-kompulsif eylem ve düşünceler kişinin istemi dışında gerçekleşirler. Freud (1913) obsesyonel nevrozun histeride de olduğu gibi ödipal çatışmadan kaynaklı ortaya çıktığını savunur. Freud’a göre OKB’li hasta ödipal dönemin çatışmalarıyla başa çıkamaz anksiyetesi artar ve psikoseksüel evrelerden biri olan anal döneme gerileme gerçekleşir. Hastanın yaşamış olduğu obsesyonel nevroza bağlı gerileme sorunu çözmez ve hasta ödipal çatışmalarını tam olarak çözemediğinden, hasta zamanını dürtülerine karşı savaşmakla geçirir (Topçuoğlu, 2003).

2.1.8 Tedavi

OKB tedavisinde hem farmakolojik tedavi hem de psikoterapi etki göstermektedir. Bu iki tedavi tipinin özellikle bir arada kullanılması en etkili yöntem olarak dikkat çekmektedir. Tedavi şekli kişiden kişiye değişiklik gösterebilir ve bir tedavi yöntemine kişiye göre daha çok ya da az ağırlık verilebilir (Kandaz, 2009).

2.1.8.1 Farmakolojik Tedavi

OKB tedavisinde, tedaviye serotonerjik bir ilaçla başlamak (klomipramin, fluoksetin, sertralin, paroksetin, sitalopram, essitalopram gibi) gerekir eğer yeterli etkinlik sağlanmazsa başka farmakolojik stratejilere geçmek gereklidir. Yapılan araştırmalarda OKB tedavisinde seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etkinliği kanıtlanmıştır. SSRI’ların trisiklik ilaçlara göre daha iyi tolere edilmesinden dolayı OKB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılırlar. Anlatılan tedavilerden fayda görülmemesi halinde bir nöroleptik (risperidon, olanzapin gibi) veya lityum ile güçlendirici tedavi uygulanabilir. OKB hastalarının tedavisinde kullanılabilecek diğer ilaçlar ise monoaminooksidan inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepamdır (Bayar ve Yavuz, 2008).

2.1.8.2 Davranışçı Terapi

Mowrer (1951) fobi ve obsesyon gibi durumlarda kaçınma davranışını açıklamak üzere edimsel ve klasik koşullanmayı öne süren bir model öne sürmüştür. Organizma klasik koşullanma yoluyla korkuyu öğrenir, edimsel koşullanma ile ise kaçınma davranışını geliştirir. Bu kurama göre kişi önce korku ile ilişkili uyaranlardan kaçınır ve sonrasında itici uyaranları öğrenerek kaçınır.

OKB’li bireylerde temelde gözlenen savunma biçimleri kaçma ve kaçınmalardır; davranışçı terapi bu kaçma ve kaçınmaların üzerine gidilmesi gerektiğini savunur. Gerçekte korkulan durum kaçtıkça kaygı artmaya devam eder çünkü yaşanan şartlanma nedeniyle her kompulsif davranış obsesyonu besleyen bir pekiştirici değeri kazanır. Yapılan birçok araştırma davranışçı terapide kullanılan maruz bırakma ve tepki önleme gibi davranışçı müdahalelerin etkinliğini kanıtlamıştır (Abramowitz, 1996). OKB hastaları için davranışçı terapide kullanılan maruz bırakma müdahalesi, hastayı korktuğu durumla yüzleştirmeyi amaçlar. Kişiyi maruz kalmaktan korktuğu ve kaygı yaratan imgelere, düşüncelere ve dürtülere alıştırmayı amaçlar (örnek iş yerinde ufak yanlışlar yapmak, kirli ortamlarda bulunmak, imgeleme yaptırarak korkulan durum, düşünce ve senaryolarla yüzleştirmek). Tepki önleme ise, kompulsiyonların ve benzeri etkinliklerin (ritüeller ve koruyucu davranışlar) düzeyli olarak ortadan kaldırılmasını amaçlar. Yaklaşık 330 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada hastaların %83’ünün maruz bırakma ve tepki önleme müdahalelerine cevap verdikleri bildirilmiştir (Fao ve Kozak, 1996).

2.1.8.3 Bilişsel Terapi

OKB’li bireylerde bilişsel terapinin amacı bu kişilerdeki yanlış düşüncelerinin ve yapılan yanlış yorumlamaların dolayısıyla zihinsel aktivitelerin düzeltilmesidir (Toptaş, 2019). Bilişsel Terapi 3 temel bilişsel etkinlik üzerinde çalışmaktadır bunlar abartılı sorumluluk algısı, yanlış yorumlama ve bilişsel kontroldür. Abartılı sorumluluk algısı modeline göre obsesyonlar 2 temel dinamik üzerine kuruludur; nötralizasyon faaliyetleri ve sorumluluğun değerlendirmesi. Bir düşünceye verilen anlamın düzenlenmesi bu tedavi biçimi için temeldir (Salkovskis ve ark., 2000). Yanlış yorumlama modeline göre OKB’li bireyler kendi değer yargılarına sığmayan düşünceleri yüzünden kendilerini ahlaksız, dini olmayan, tehlikeli ve kötü biri olarak görürler. Yaşamış oldukları zorlayıcı düşünce, imge ve dürtüleri cinsellik, saldırganlık, dine ve inançlara hakaret gibi rahatsız edici içeriklere sahiptir. Bu modelde kişinin yanlış yorumlamaları üzerine bilişsel tedaviler uygulanır (Rachmann, 1997). Bilişsel kontrol modeli OKB’li bireylerin sahip

oldukları imge, düşünce ve dürtüleri ısrarlı bir biçimde bastırma çabaları tam tersi etki göstererek, var olan düşünce, dürtü ve imgelerin daha şiddetli bir biçimde geri geldiklerini varsayar. Katı ve aşırı önemsenen düşünceleri üzerine bilişsel çalışmalar yapılarak işlevsel olmayan düşünceleri kontrol etme çabası üzerine çalışılır. Bilişsel ve davranışçı terapide hastalar tekrar tekrar korkularını, beklentilerini, kaygıya tolere etme düzeylerini, zorlayıcı düşüncelerini test ederler. (Clarck, 2004). Bilişsel teoriye göre sorunun kaynağı işlevsiz inançlar, bilişsel çarpıtmalar, bireyin çevresi ve kendisi hakkında yanlış ve işlevsiz inançlarının olması, olumsuz otomatik düşüncelerden kaynaklanan düşünce kusurları serisidir. OKB'li bireyler mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, hataların cezalandırılması gerektiği, aşırı sorumluluk, kontrolü kaybetme korkusu, düşünce-eylem karmaşası gibi düşüncelere, kuşkulara, inançlara ve korkulara sahiptir. Bilişsel modele göre OKB'li bireyler bu düşünce tarzlarından kurtulabilmek için çeşitli ritüeller geliştirir ve böylece kompulsiyonlar oluşur (Salkovskis ve Warwick, 1985).

2.2 Genel Özyeterlilik

2.2.1 Özyeterlilik Kavramı

İnsan davranışlarında önemli bir pay sahibi olan özyeterlilik kavramı Bandura (1997) tarafından sunulmuş ve bu kavramla alakalı birçok deneysel ve kuramsal çalışma yapılmıştır (Yıldırım ve İlhan, 2010). Özyeterlilik Bandura tarafından özyeterliliği “çeşitli durumlarla başa çıkabilmek için gereken davranışların ne kadar iyi ortaya konabileceği ile ilgili kişisel yargılar” şeklinde açıklamıştır (Bandura, 1997). Özyeterlilik temelde yetenek anlamında değil, kişinin kendi kaynaklarına duyduğu güvene denk gelmektedir (Yıldırım ve İlhan, 2010).

Özyeterlilik düzeylerini düşük algılayan bireyler yeteneklerini etkili biçimde kullanmakta sorun yaşarken, yüksek özyeterlilik algısı ise bireylerde olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Tschannen-Moran ve ark., 1998). Özyeterlilik algısı kazanılan deneyimlerle ilişkilidir ve kazanılan kabiliyetler sonucunda kişinin pozitif yönde yaşamış olduğu deneyimler, özyeterlilik algılarını yüksek algılamalarını sağlamaktadır (Bandura, 1986).

Özyeterliliği düşük ve yüksek olan bireyleri ayırt etmedeki en önemli özellik, özyeterliliği yüksek kişilerin yılmama konusunda ısrarcı olmaları ve başarısızlıkları karşısında çabuk toparlamalarıdır (Bandura, 1997). Kişilerin özyeterlilik anlayışlarını besleyen kaynaklar daha önce edinilen başarılı tecrübeler, olumlu duygudurum ve çevreden gelen olumlu geri dönüşlerdir. Özyeterlilik kavramının içeriğinde bir eylemin planlanması, gerekli olan becerilerin farkında olunması, zorlu durumlardan edinilebilecek kazanımların gözden

geçirilmesi itibariyle güdülenme düzeyi gibi ögeleri içerir. Kuvvetli bir özyeterlilik bireylerde iyilik hali ve başarının oluşmasını ve en önemlisi kişisel gelişimi ve becerilerin çeşitlenmesine katkı sağlar (Yıldırım ve İlhan, 2010).

Bandura (1997)'ye göre bir bireyde özyeterlilik kavramının gelişiminde birbiriyle alakalı 4 temel unsur bulunmaktadır ve bunların hepsi kişilerin hayatından önemli bir yere sahiptir. Performans Tecrübeleri, kişinin deneyimlediği görevlerinde elde edeceği başarı ve başarısızlıklar sonucu bu deneyim ödül veya ceza olarak algılanır ve gelecekte yapacakları işleri etkiler. Duygudurum, kişinin fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı olması ortaya koyacağı davranışı fiile dökme olasılığını arttıracaktır. Dolaylı yaşantılar bireyin başkalarında gördüğü başarılı deneyimler, kendisinin de başarılı olacağı inancını pekiştirir. İkna, kişinin etrafındaki kimselerin başarılı olacağına yönelik söylem ve telkinleri cesaretlendirici etki yaratarak yapabileceğine dair inancını pekiştirir (Bandura, 1997).

2.2.2 Özyeterlilik Algısını Harekete Geçiren Süreçler

Bandura (1994)'ya göre özyeterliliği aktive eden süreçler bilişsel süreç, motivasyon süreci, duygusal süreç ve seçim sürecidir. Bunlar;

Bilişsel süreç: Algılanan özyeterlilik ne kadar yüksek olursa belirlenen hedef de o kadar yüksek olur ve kişi hedeflerine bağlılık gösterir. Kişi bir davranışta bulunmadan önce bir plan yapar ve kişinin özyeterlilik inancı yapılan planları kendi lehine kullanmasına yardımcı olur.

Motivasyon Süreci: Birey kendi motivasyonunu çoğunlukla bilişsel olarak üretir; ne yapabileceklerine dair tahminlerde bulunur. Potansiyel davranışların olası sonuçlarını öngörür. Bireyin kapasitesine olan inancı motivasyonunu belirler ve sonuca yönelik beklentilerini etkiler. Dolayısıyla kişinin özyeterlilik inancı motivasyonu üzerinde de etkilidir.

Duygusal Süreç: Bireyin baş etme stratejilerine olan inancı zor ve stresli durumlarda depresyon ve motivasyon süreçlerini etkiler. Anksiyetesini kontrol edebilecek düzeyde özyeterliliğe sahip olduğuna inanan bireyler rahatsız edici düşünce kalıpları üretmezler. Aynı zamanda algılanan düşük özyeterlilik seviyesi kaçma davranışlarına da sebebiyet verir. Kişilerde ortaya çıkan depresyon semptomlarının çoğu ruminatif düşüncelerden kaynaklanmaktadır.

Seçim Süreci: Birey toplumun bir parçasıdır ve bir noktaya kadar toplum tarafından şekillendirilir ancak kendi seçim ve tercihleri vardır. Bu tercihler doğrultusunda birey özyeterliliği doğrultusunda bazı davranışlardan kaçma eğilimi gösterir ve bu seçimler hayatında değişimlere sebebiyet verir. Yaptıkları seçimler doğrultusunda sosyal çevresi, yetkinlik alanları ve ilgi alanları edinir.

2.2.3 Özyeterliliğin Gelişimi ve Kullanım Alanları

Hayatın farklı periyodlarında farklı yeterlilik ihtiyaçlarına talep olur. Aşağıda belirtilen maddeler keskin bir şekilde kişilerin özyeterliliklerini belirlemez ama özyeterliliğin niteliği ve karakteristik gelişimsel özellikler hakkındadır (Bandura, 1997).

2.2.3.1 Kişisel İrade Duygusunun Kökenleri

Yeni doğan bir bebek dünyaya hiçbir öz duygusu olmadan gelir. Bebekler zamanla keşfettikleri etkinliklerle (Beşiğini salladığında sözel ilgi, aguladığında alkış gibi) çevrenin kendileri tarafından etkilenebileceğini anlarlar. Çevrelerini kontrol etmekte başarılı olan bebekler daha etkili ve daha yeni yanıtlar öğrenme konusunda daha dikkatli olurlar. Kişisel irade duygusu çevreyi eylemlerle etkilemekten daha fazlasıdır; bu eylemler benliğin bir parçası olarak görülmelidir. Benlik daha önceki deneyimlere benzemeyen bir tecrübeyle diğerlerinden farklılaşır. Kendini besleyen bebekte bir rahatlama oluşur ama başkaları beslendiğini gördüğünde aynı etkinin kendisinde oluşmadığını fark eder ve kendi aktiviteleri diğerlerinden ayırmaya başlar. Bebekler büyüdükçe olgunlaşır ve yetişkinler onlara atıfta bulunmaya başlarlar. Kişisel ve sosyal deneyimler arttıkça kendilerinde sembolik olarak farklılaşırlar (Bandura, 1997).

2.2.3.2 Ailesel Özyeterlilik Kaynakları

Çocuklar yapabilecekleri ve yetenekleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır; fiziksel yeteneklerini, sosyal yeteneklerini, dil becerilerini, gündelik yüzleştikleri durumları değerlendirmek, geliştirmek ve test etmek zorundadır. Sensorimotor yeteneklerinin gelişmesi için keşif aşaması bebekler için çok önemlidir. Erken dönemde oynanan oyunlar ve keşifler öz etkinlik gelişimi ve çeşitlilik için gereklidir (Bandura, 1997).

Kişisel kontrolün başarılı bir şekilde deneyimlenmesi sosyal ve bilişsel yetkinliğin temelinde yer alır. Bebeğin davranışlarına duyarlı olan ve keşif yapması için zenginleştirilmiş bir ortam sağlayan ebeveynlerin bebekleri sosyal ve bilişimsel olarak yetkinlikleri artar. Çocuğun özyeterlilik inancında ailedeki kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, cinsiyeti gibi değişkenler farklı sosyal karşılaştırmalar oluşturur. Yıllardır deneyimli olan bir büyük kardeş çocuğun özyeterlilik gelişimi için olumsuz bir durum oluşturabilir (Bandura, 1997).

2.2.3.3 Özyeterlilik ve Akran İlişkileri

Çocuğun yaşı büyüdükçe özyeterlilik yelpazesi de genişler. Akranlarının ve sosyal hayatının çocukların gelişimi açısından etkileri büyüktür. Deneyimli ve yetkin olan akranlar etkili düşünme ve davranış biçimi modelleri sunarlar; akranlar arasında derece bilgilendirici karşılaştırmalar gerçekleşir. Bu nedenle çocuklar akranlarıyla olan ilişkilerinde prestij ve popülerlik konularında duyarlı olurlar.

Çocuklar benzer ilgi ve değerlere sahip akranlarıyla ilişki kurma eğilimindedir. Bu sayede çocuklar özyeterliliklerini seçici biçimde geliştirme fırsatı bulurlar. Akranlar özyeterliliğin gelişiminde çok önemli bir rol oynadığından, bu alanda yaşanacak yoksunluk ve kesintiler kişisel etkinliğin gelişimini olumsuz etkileyebilir.

Sosyal etkinlik konusunda etkisiz kalan çocuklar akran ilişkileri için iç engeller oluşturabilir. Bu nedenle kendini sosyal olarak etkisiz olarak gören çocuklar geri çekilir akranları tarafından düşük görünür ve düşük özyeterlilik değeri hissine kapılır (Bandura, 1997).

2.2.3.4 Bilişsel Özyeterlilik Gelişimi ve Okul

Bandura (1997)'ye göre okul çocukların bilişsel yeteneklerini geliştirme ve sosyal onaylanma için birincil ortam olarak işlev görür. Okul çocukların daha geniş bir topluma açılmak için başa çıkma stratejilerini geliştirdiği bir ortamdır. Çocuklar okulda entelektüel etkinliklerine karşın yargılarını da değerlendirme fırsatı bulur; bilişsel becerilerin akranlarla kıyaslanması, hedef ve olumlu teşvikler sayesinde motivasyonel artış, öğretmenlerin çocuklara verdiği olumlu ve olumsuz yorumları gibi birçok faktör çocukların yeteneklerini değerlendirmesini sağlar.

Tüm sınıf aynı materyallerle çalıştığında, eğitimciler istemli ya da istemsiz olarak öğrenciler arasında kıyaslama yapacak yöntemlere yönelirler; bu ister istemez yeteneksiz olanların acı çekmesinden başka bir işe yaramaz. Öğrencilerin birbirine yardım ettiği ve işbirliği içerisinde oldukları eğitim yapılanması akademik başarının artması için önemli bir faktör olabilir (Bandura, 1997).

2.2.3.5 Ergenlik Dönemi Deneyimleri ve Özyeterlilik Artışı

İnsanlar gelişim dönemleri için farklı başa çıkma stratejileri geliştirmek zorundadır. Ergenlik döneminden yetişkinliğe geçiş sürecinde bireyler yaşamlarının hemen hemen her boyutunda

tam sorumluluk almayı öğrenmelidirler. Cinsel gelişim, duygusal yatırım odakları ve cinsellik ile nasıl başa çıkılacağını öğrenmek büyük önem taşır. Nasıl bir yaşam sürüleceğine dair karar vermek de bu dönem için temel olaylardan biridir. Artan özgürlükle beraber ergenlerde tehlikeli davranışlarda da artış eğilimi gözlemlenebilir; ergenlerin kronik olarak riskli davranışlarda bulunup bulunmadığı, kişisel yeterliliklerine, öz yönetim etkinliklerine bağlıdır (Bandura, 1997).

2.2.3.6 Yetişkinlik Dönemi ve Özyeterlilik

Genç yetişkinlik dönemi bireylerin evlenme, işe başlama, ebeveynlik ve mesleki kariyer gibi birçok noktada yeni başa çıkma stratejileri geliştirmesi gereken faktörler ile birlikte gelir. Daha önceki süreçlerde de olduğu gibi keskin bir özyeterlilik duygusu bu alanlardaki yetkinlik gelişimi için de önemlidir. Yetkinliğe sahip olmayan ve yeterliliğinden şüphe duyarak yetişkinliğe giren bireyler daha çok stres ve depresyon semptomları hissederler (Bandura, 1997).

2.2.3.7 İlerleyen Yaşla Özyeterliliğin Yeniden Değerlendirilmesi

Bireyin yaşlılık döneminde yapabilecekleri ve yapamayacakları üzerinde yeniden değerlendirmelerde bulunur. İnsanlar yaşlandıkça biyolojik fonksiyonları etkilenir ve bu konudaki özyeterlilik anlayışı yeniden düzenlenmelidir. Bireylerdeki bilgi, beceri ve uzmanlık gibi yaşadığı süreçte elde ettiği kavramlar fiziksel eksiklerini telafi eder. İnsanlar nadiren tam kapasitede potansiyellerinden faydalandıkları için gerekli çabayı gösteren yaşlı birey, yetişkin bir bireyle benzer işlevsellikler gösterebilir. Kendini sürekli geliştirmeyi ve fiziksel sağlığı ikinci planda tutan toplumlarda yaşlıların üretken ve anlamlı hayatlar yaşama olasılığı daha yüksektir (Bandura, 1997).

2.2.4 Genel Özyeterlilik

Genel özyeterlilik kişilerin çeşitli alanlarda ne kadar etkili olduklarına hükmettiklerini genelleyen bir kavramdır. Şartlar daha genel ele alındığında özyeterlilik başa çıkma stratejilerini ve insan davranışlarını açıklayabilir (Scholz ve ark., 2005). Genel özyeterlilik bireyin ilk defa karşılaştığı ve alışık olmadığı durumlara karşı kendine duyduğu güven olarak da tanımlanmaktadır (Scholz ve ark., 2002). Kişinin geçmişte yaşamış olduğu başarı ve

başarısızlıklar onun genel özyeterliliğini belirlemekte ve bu özellikl zaman içerisinde sürme eğilimi göstermektedir (Chen ve ark., 2004). Bandura (1997)'ya göre bağlamsal ya da göreve yönelik özyeterlilik inançlarının daha çok davranışsal sonuçlarla ilgili olduğunu ve davranışları etkilediğini belirtmiştir. Birey belirli bağlamlarda yeterlilik inancını ne kadar özelleştirirse, o bağlamdaki elde edeceği davranışsal sonuçlar o denli başarıyla belirlenebilir (Aypay, 2010). Shelton (1990)'a göre bireyin genel özyeterliliği, kendine atfettiği tüm başarı ve başarısızlıkların toplamıdır; genel bir kişilik özelliği gibi istikrar gösterir ve zaman içinde yaşanan başarı ve başarısızlıklara göre değişim gösterir.

Genel özyeterlilik yukarıda belirtilen tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi belirli bir durum ya da olayla ilgili değil; kişinin her alanda karşılaşacağı yenilik ve zorluklara karşı kendisine olan yeterlilik algısıdır.

2.3 Bilişsel Duygu Düzenleme Kavramı

2.3.1 Duygu Düzenleme Kavramı

Birey için önemli bir durum söz konusu olduğunda duyguları ortaya çıkar. Bir yıldıan korkunca duygular otomatik olarak ortaya çıkabilir (LeDoux, 1995). Duygular gündelik hayatta ise bir arkadaşının kişi hakkında yaptığı aşağılayıcı bir yorum yapması sonucu ortaya çıkabilir. Her iki durumda da kişi algıladığı fırsat ve mücadele gerektiren durumlara karşı duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler verir (Gross, 2002). Duygular insanların karşılaştıkları durumlara iyi adapte olmalarını ve uyum sağlamalarını kolaylaştırır ancak bazı durumlarda duygular bireyleri yanlış yönlendirebilir. Duygular bireyi yanlış yönlendirmeye başladığında, kişi duygusal tepkilerini hedefine daha kolay ulaşabilmek için düzenlemeye başlar. (Gross, 1999).

Duygu düzenleme, bireyin hangi duygulardan etkilendiğini, ne zaman ortaya çıktıklarını, nasıl tecrübe ettiğini ve nasıl ifade ettiğini ifade eden işlemdir (Gross, 1998). Duygular zamanla ortaya çıkan çok bileşenli süreçler oldukları için, duygu düzenleme duygu dinamiklerini yani duygusal, davranışsal ve deneyimsel tepkilerin gecikmesi süresi, dengelenmesi ve şiddeti gibi değişimleri içerir (Thompson, 1990). Duygu düzenleme ayrıca duygular açığa çıktıkça tepki verilen etkenlerin birbirleriyle nasıl ilişkili olduğunu ortaya koyar (Gross, 2002).

Bilişsel süreçlerin insan duyguları üzerinde büyük etkisi olduğu belirtilmektedir. Bilişsel kurama göre duygunun ortaya çıkışında, yorumlamaların ve düşüncelerin büyük etkisi bulunmaktadır. Duygu ve biliş karşılıklı etkileşim halindedir; bu ikili birbirini etkileyebilir (Joorman ve ark., 2010). Duygu Düzenleme ile ilgili yapılan araştırmalarda, insanların

duygularını yalnızca pasif olarak yaşamadıklarını, duygularını genellikle değiştirmeye çalıştıkları ortaya çıkmıştır. Duygu düzenleme, duygusal yanıtın ortaya çıkış sürecinin hem otomatik hem de stratejik olarak büyüklüğünü, süresini, ifadesini etkiler (Gross ve Thompson, 2007). Öfke, üzüntü, korku, öfke gibi duygular bireyin bir aktiviteye katılmasıyla ortaya çıkar ve halihazırda olan hedeflerini ortaya çıkan duygularıyla değerlendirir. Duyguların ortaya çıkmasıyla birlikte birey davranışsal, deneyimsel ve fizyolojik tepkiler vermeye başlar. Birey tüm bedensel tepkilerini hisseder ve deneyimlerine bağlar bu aktivite duygular ortaya çıktığında başlar (Gross ve Jazaieri, 2014).

Duygu düzenleme kavramı birçok değişkeni içinde barındırırken bilişsel duygu düzenleme kavramı yalnızca bilinçli bilişsel süreçleri ele almaktadır (Garnefski ve ark., 2001).

2.3.2 Bilişsel Duygu Düzenleme

Bilişsel duygu düzenleme kavramı bireyin duygularını uyaran bilgileri, bilişsel olarak yönetmesini ve başa çıkmasını sağlar (Garnefski ve Kraaij, 2016). Sosyal, biyolojik ve davranışsal boyutlarda duygu düzenleme bilinçli veya bilinçsiz zihinsel süreçlerdir. Bilişsel kurama göre kişinin duygu, düşünce ve davranışları bilgi işleme süreçlerinden ayrı tutulamaz. Bir duygunun ortaya çıkmasını sağlayan şey bilişsel değerlendirmeler sayesinde. Biliş, duygu ve davranış arasındaki ilişki etkileşim halindedir ve birbirinden ayrı tutulamaz (Lazarus, 1991). Yaşanan olaydaki bilişsel değerlendirme süreci, bireyin ortaya çıkan duygularının kaynağıdır. Duygu düzenleme amaca yöneliktir, sadece içsel değil aynı zamanda dışsal bir süreçtir. Bilişsel süreçler bireyin yaşanan bir olay karşısında vereceği tepkileri de belirler (Thompson, 1994).

Garnefski (2001) ve arkadaşlarına göre özellikle stres yaratan bir durum sırasında veya sonrasında bilişsel işlem ve süreçler duyguların düzenlenmesinde, yönetilmesinde, bireyin yıpranmaması hususunda ve kendini kontrol edebilmesi konularında bireye faydalı olabilmektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri bireyin etkili bir biçimde stres yaratan duruma yönelik davranış ve duygularını düzenlemesini ve yönetmesini sağlamada faydalı olur. Birey bu stratejileri karşılaştığı stres verici ve tehdit içeren olaylara karşı kullanabilir (Garnefski ve ark., 2001).

2.3.2.1 Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri

Bilişsel duygu düzenleme kişinin duygusal uyarınları kontrol etmesinin bilişsel yoludur ve kognitif başa çıkma yollarının bir parçasıdır. Bu stratejiler duygusal uyarın niteliği taşıyan durumlara karşı verilen bilişsel yanıtlardır (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010). Bilişsel duygu düzenleme kavramı içinde 9 farklı başa çıkma stratejisi vardır ve hepsi birbirinden farklıdır. Literatürde bu stratejilerin psikopatoloji ile ilişkili olduğunu gösteren birçok araştırma bulunmaktadır (Garnefski ve ark., 2002). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri; kendini suçlama(self blame), kabul etme(acceptance), pozitif tekrar odaklanma(positive refocusing), düşünceye odaklanma(rumination), plana tekrar odaklanma(refocus on planning), bakış açısına yerleştirmek(putting into perspective), pozitif yeniden gözden geçirme(positive reappraisal), Yıkım(catastrophizing) ve diğerlerini suçlama(other-blame) dır.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri aşağıda açıklanmıştır:

- 1. Kendini Suçlama:** Yaşanan deneyim sonucu bireyin kendini suçlamasıdır. Bireyin yaşamış olduğu olumsuz durum yüzünden kendisini sorumlu tutmasıdır (Anderson ve ark., 1994).
- 2. Kabul Etme:** Kendini yaşanan durumun akışına bırakma ve olayları kabul etme durumudur. Birey yaşadığı olayla ilgili duygularını bastırmak ve değiştirmek yerine kabul etmeyi tercih ettiği stratejidir (Carver ve ark., 1989).
- 3. Düşünceye Odaklanma (Ruminasyon):** Yaşanan kötü bir olay sonrası duygu ve düşüncelerin sürekli bu noktaya odaklanmasıyla ilgilidir. Birey yaşadığı düşünceleri düzenlemek yerine yaşanan olayla ilgili ruminasyon yapar (Berman ve ark., 2011).
- 4. Pozitif Tekrar Odaklanma:** Kişi bu stratejide olayın sıkıntı veren bölümleri yerine daha olumlu ve hoş noktalarına odaklanır. Bu strateji kısa vadede olumlu sonuçlar verse de ilerleyen dönem için problemlerin tekrar ortaya çıkmasıyla sonuçlanabilir (Endler ve ark., 1990).
- 5. Plana Tekrar Odaklanma:** Yaşanan olayla ilgili planı gözden geçirip adımları düzenlemeyi ve başa çıkmayı içeren stratejidir. Bu strateji hem bilişsel hem de davranışsal aktiviteleri içerir (Garnefski ve ark., 2001).
- 6. Pozitif Yeniden Gözden Geçirme:** Bireyin kendi gelişimine katkı sağlayabilmesi için yaşanan olumsuz durumu yeniden gözden geçirmesidir (Spirito ve ark., 1988).
- 7. Bakış Açısına Yerleştirmek:** Birey karşılaştığı olumsuz durumu, daha önce yaşamış olduğu olaylarla karşılaştırır. Bu stratejide kişi olayın değerini azaltma eğilimindedir (Allan ve Gilbert, 1995).

8. Felaketleştirme(Yıkım): Bu stratejide birey olayın dehşetini açıkça ortaya koyar. Yaşanan olayda kişi başına gelen durumla alakalı en kötü noktalara odaklanır (Sullivan ve ark., 1995).

9. Başkalarını Suçlama: Kişinin yaşadığı olaya ilişkin sorunlarını başkaları yüzünden olduğunu düşündüğü stratejidir. Garnefski (2002) ve arkadaşlarına göre bu strateji davranışsal problemler yüzünden ortaya çıkmaktadır.

Garnefski ve Kraaij (2006) bilişsel duygu düzenleme stratejilerini adaptif olan ve adaptif olmayan olarak iki grubu ayırmıştır. Adaptif olanlar pozitif yeniden odaklanma, kabul, bakış açısına yerleştirme, pozitif yeniden değerlendirme iken ruminasyon, kendini suçlama, felaketleştirme ve başkalarını suçlama adaptif olmayan grupta yer alan uyumsuz stratejilerdir.

2.3.3 Bilişsel Duygu Düzenleme ve İlgili Araştırmalar

Obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkışında bilişsel süreçlerin ve işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir. Bireylerde duyguları düzenlemede sorun yaşama ve zorluklar, dürtü kontrol sürecinde zorlanma, duygu düzenleme stratejilerine kısıtlı izin verme, duygusal farkındalıktan yoksunluk gibi kavramlarla bağdaştırılmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004).

Ruh halinde yaşanan düşünüş öncü olarak olumsuz düşüncelerin ortaya çıkmasına ve bastırma savunma biçiminin tetiklenmesine neden olur (Purdon, 2004). Depresyon ve anksiyete OKB ile ilişkilidir ve bilişsel modelde görüldüğü gibi OKB’li hastalarının depresyonu obsesyonların yanlış değerlendirilmesiyle ilişkilidir (Rees ve ark., 20014). OKB gerçekten duygu düzenleme zorluklarıyla karakterizedir ve bir sorun yaşandığında hedefe yönelik davranışlarda yer alan duyguların ve zorlukların kabul edilmemesi söz konusudur (Yap ve ark., 2018).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.YÖNTEM VE MATERYAL

Bu bölümde araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçları, araştırmanın örnekleme, elde edilen verilerin analizi için kullanılan istatistik yöntemi ve araştırmanın uygulamasına dair bilgiler bulunmaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma deney ve kontrol grubu bulunan olgu kontrol deseni kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme 18-60 yaş aralığında 80 kişiden oluşmaktadır. Deney grubu obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış 20 kişilik erkek ve 20 kişilik kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Psikiyatrik tanı almamış 20 kişilik erkek ve 20 kişilik kadın grubu kontrol grubunu oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması, NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde Şubat-Nisan 2020 tarihleri arasında tedaviye gelen 18-60 yaş aralığındaki 40 kişiden deney grubuna rastgele seçilerek yapılmıştır. Kontrol grubu 18-60 yaş arasında rastgele seçilen sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol gruplarına bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir.

3.4 Veri Toplama Gereçleri

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu (Kişisel Bilgi Formu)

Kişisel bilgi formu çalışmayı yürüten kişi tarafından, katılımcılar hakkında istatistik sürecinde gerekli bilgileri toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Formda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, ebeveyn birlikteliği, ebeveyn eğitim durumu ve kardeş sayısı maddeleri bulunmaktadır. İstatistik analizinde yaş, medeni durum, gelir düzeyi, kardeş sayısı ve eğitim düzeyi sorularının yanıtları kullanılmıştır.

3.4.2 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

YBOKÖ bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarını ve boyutlarını ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından (1989) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Karamustafaoğlu ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnız ilk 10 madde kullanılır. İlk 5 madde obsesyonları, sonraki 5 madde kompulsiyonları içermektedir. Kalan 9 madde ölçeği uygulayan uzman tarafından değerlendirilir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. “0: hiç semptom yok, 1: semptom var, 2: biraz semptom var, 3: fazla semptom var, 4: çok fazla semptom var” şeklinde kodlanmıştır. Ölçeğin toplam puanını ilk 10 maddenin toplam puanı belirler. Alınacak maksimum puan 40’tır. Ayrıca ölçeğin yanında Y-BOKÖ belirti kontrol listesi bulunmaktadır. Semptomların içeriğine ve şiddetine dair klinisyen tarafından değerlendirilerek ekstra bilgi edinmeyi sağlar. Semptomların kişinin ne kadar vaktini aldığı, kişinin direnç seviyesini, işlevselliğini etkileme boyutunu görmeyi sağlar.

3.4.3 Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) tarafından geliştirilmiş olup stres veren yaşam olayları ve genel durumlarda kişilerin kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, otuz altı maddeden oluşan, beşli Likert tipi (0: neredeyse hiçbir zaman, 4: neredeyse her zaman) bir öz-bilidirim aracıdır. Kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, ruminasyon, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama alt ölçekleri bulunmaktadır. Türkçe’ye uyarlaması, Bozo ve Tuna (2010) tarafından yapılmıştır.

3.4.4 Genel Özyeterlilik Ölçeği

Ölçeğin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin son hali beş dereceli likert tipi bir ölçeğe çevirilmiştir (Sherer ve Adams, 1983). Kullanılan ölçeğin ‘‘Sizi ne kadar tanımlıyor?’’ sorusuna beş dereceli olarak ‘‘hiç’’ ve ‘‘çok iyi’’ yanıtları arasında değişen yanıtların verilebildiği likert formatındaki hali kullanılmıştır. Ölçekte yaygın olarak kullanılan 17 maddelik Genel Özyeterlilik Ölçeği (Magaletta ve Oliver, 1999) üzerinde çalışılmıştır. Başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar olmak üzere üç faktörü kapsamaktadır. Türkçeye uyarlanması Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından yapılmıştır.

3.5 Veri Analizi

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve özyeterlilik düzeyleri ile psikiyatrik tanı almamış bireylerin özyeterlilik ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelenmiştir. Veri analizi için SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler yapılmıştır.

Verilerin normallik testi ile normal dağılıma uygun olup olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma normal dağılıma uygundur. Buna bağlı olarak parametrik testler kullanılmıştır. Gruplar arası ölçek ve alt ölçeklerin karşılaştırılması için Paired Samples t-testi kullanılmıştır. Deney grubunun ölçek ve alt ölçek puanları ve demografik bilgilerin karşılaştırılması için Independent-t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Gruplar arası ölçek puanlarının ilişkileri için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Bu bölüm araştırmada elde edilen bulguları kapsamaktadır. Araştırma sürecinde kullanılan sosyodemografik bilgilerin, ölçeklerin ve alt ölçeklerin analizinden elde edilen bulgular bu bölümde yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Verilerin Dağılımı

4.1.1. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler

Tablo 4.1: Deney grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler (Deney grubu)	N	%
Cinsiyet		
Kadın	20	50,0
Erkek	20	50,0
Toplam	40	100,0
Yaş(Min:18 Max:50$\bar{x}$: 30,15 Std. Sapma:8,85)		
18-24	15	37,5
25-29	7	17,5
30 ve üzeri	8	45,5
Toplam	40	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	8	20,0
Ön Lisans	4	10,0
Lisans	20	50,0
Lisansüstü	8	20,0
Toplam	40	100,0
Kardeş Sayısı		
2 ve altı	35	87,5
3 ve üstü	5	12,5
Toplam	40	100,0
Gelir Düzeyi		

2000-5000	10	25,5
5000-10000	15	37,5
10000 ve Üzeri	15	37,5
Toplam	40	100,0

Tablo 4.1’de deney grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %50,0’ının (n=20) kadın olduğu ve %50,0’ının (n=20) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 40 katılımcının genel yaş ortalaması 30.15’dir (SS=8,85). minimum yaş 18, maximum yaş ise 50’dir. Deney grubunun yaş durumları incelendiğinde, %37,5’inin (n=15) 18-24 yaşları arasında olduğu, %17,5’inin 25-29 (n=7) yaşları arasında olduğu, %45’inin 30 ve üzeri (n=18) yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun eğitim durumları incelendiğinde %20’sinin (n=8) Lise mezunu olduğu, %10’unun (n=4) ön lisans mezunu olduğu, %50’sinin (n=20) lisans mezunu olduğu, %20’sinin (n=8) lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %87,5’inin (n=35) 2 veya daha az kardeşi olduğu, %12,5’inin (n=5) 3 veya üzeri kardeşe sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %25’inin (n=10) 2000-5000 arasında gelire sahip olduğu, %37,5’inin (n=15) 5000-10000 arasında gelire sahip olduğu, %37,5’inin (n=15) 10000 ve üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

4.1.2 Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler

Tablo 4.2: Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler (Kontrol grubu)	N	%
Cinsiyet		
Kadın	20	50,0
Erkek	20	50,0
Toplam	40	100,0
Yaş(Min:20 Max:54$\bar{x}$: 26,82 Std. Sapma:5,35)		
18-24	12	30,0
25-29	19	47,5
30 ve üzeri	9	22,5
Toplam	40	100,0
Eğitim Durumu		

Ön Lisans	6	15,0
Lisans	24	60,0
Lisansüstü	10	25,0
Toplam	40	100,0
Kardeş Sayısı		
2 ve altı	33	82,5
3 ve üstü	7	17,5
Toplam	40	100,0
Gelir Düzeyi		
1000-2000	4	10,0
2000-5000	13	32,5
5000-10000	12	30,0
10000 ve Üzeri	11	27,5
Toplam	40	100,0

Tablo 4.2’de kontrol grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %50,0’ının (n=20) kadın olduğu ve %50,0’ının (n=20) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 40 katılımcının genel yaş ortalaması 26.82’dir (SS=5,35). Minimum yaş 20, maximum yaş ise 54’dür. kontrol grubunun yaş durumları incelendiğinde, %30’unun (n=12) 18-24 yaşları arasında olduğu, %47,5’inin 25-29 (n=19) yaşları arasında olduğu, %22,5’inin 30 ve üzeri (n=9) yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun eğitim durumları incelendiğinde %15’inin (n=8) ön lisans mezunu olduğu, %60’ının (n=24) lisans mezunu olduğu, %25’inin (n=10) Lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %82,5’inin (n=23) 2 veya daha az kardeşi olduğu, %17,5’inin (n=7) 3 veya üzeri kardeşe sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %10’unun (n=4) 1000-2000 TL arası gelire sahip olduğu, %32,5’inin (n=1) 2000-5000 arasında gelire sahip olduğu, %30’unun (n=12) 5000-10000 arasında gelire sahip olduğu, %27,5’inin (n=11) 10000 ve üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

4.2 Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Betimsel İstatistikleri

Tablo 4.3: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler(N=40)

		Min.	Max.	Ort.	Std. Sapma
Deney Grubu	Özyeterlilik Toplam	21,00	71,00	48,28	11,86
	Başlama	11,00	43,00	25,55	8,16
	Yılmama	5,00	19,00	14,20	3,44
	SürdürmeÇabasıIsrar	5,00	13,00	8,78	1,78
	KendiniSuçlama	8,00	20,00	14,05	2,85
	KabulEtme	6,00	18,00	11,78	2,85
	DüşünceyeOdaklanma	7,00	20,00	15,90	3,29
	PozitifTekrarOdaklanma	4,00	18,00	11,05	3,46
	PlanaTekrarOdaklanma	6,00	20,00	14,95	3,16
	PozitifYenidenGözdenGeçirme	8,00	20,00	13,38	3,26
	BakışAçısınaYerleştirmek	6,00	20,00	11,90	3,75
	Yıkım	4,00	20,00	13,00	4,25
	DiğerleriniSuçlama	4,00	16,00	10,40	2,73
	OKB	17,00	40,00	25,75	5,34
Kontrol Grubu	Öz yeterlilik Toplam	34,00	81,00	63,20	11,25
	Başlama	17,00	45,00	34,35	6,83
	Yılmama	8,00	25,00	18,33	3,74
	SürdürmeÇabasıIsrar	6,00	15,00	10,73	2,40
	KendiniSuçlama	6,00	18,00	11,73	2,63
	KabulEtme	5,00	20,00	12,30	2,88
	DüşünceyeOdaklanma	7,00	20,00	14,58	3,54
	PozitifTekrarOdaklanma	5,00	19,00	12,20	3,59
	PlanaTekrarOdaklanma	9,00	20,00	16,33	2,38
	PozitifYenidenGözdenGeçirme	6,00	20,00	15,55	3,16
	BakışAçısınaYerleştirmek	6,00	19,00	13,60	3,69
	Yıkım	4,00	20,00	9,58	4,52
	DiğerleriniSuçlama	6,00	18,00	10,25	2,64

Tablo 4.3'te Deney ve Kontrol gruplarının Öz Yeterlilik ve Alt boyutları ile Bilişsel Duygusal Düzenleme ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları min, max, ort.ve Std.sapma değerleri yer almaktadır.



4.3 Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkili Korelasyon Sonuçları

Tablo 4.4: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Öz yeterlilik Toplam	r	1													
2-Başlama	r	,951**	1												
	p	<0.001													
3-Yılmama	r	,819**	,675**	1											
	p	<0.001	<0.001												
4-Sürdürme Çabası Israr	r	,505**	0,308	,509**	1										
	p	0,001	0,053	0,001											
5-Kendini Suçlama	r	-,561**	-,559**	-,429**	-0,271	1									
	p	<0.001	<0.001	0,006	0,091										
6-Kabul Etme	r	-0,169	-0,153	-0,259	-0,223	0,201	1								
	p	0,296	0,347	0,107	0,166	0,214									
7-Düşünceye Odaklanma	r	-,443**	-,520**	-0,237	-0,063	,638**	0,265	1							
	p	0,004	0,001	0,141	0,697	<0.001	0,098								
8-Pozitif Tekrar Odaklanma	r	0,219	0,157	0,200	0,243	-0,102	0,128	0,042	1						
	p	0,174	0,334	0,215	0,131	0,532	0,431	0,798							
9-Plana Tekrar Odaklanma	r	0,281	0,200	,380*	0,234	0,217	0,090	0,304	,478**	1					
	p	0,079	0,216	0,016	0,146	0,178	0,582	0,056	0,002						
10-Pozitif Yeniden Gözden Geçirme	r	,392*	,340*	,353*	0,187	-0,190	0,185	-0,032	,478**	,598**	1				
	p	0,012	0,032	0,026	0,247	0,241	0,254	0,843	0,002	<0.001					
11-Bakış Açısına Yerleştirmek	r	0,258	0,234	0,238	0,051	-0,286	0,080	-0,079	,455**	0,295	,618**	1			
	p	0,107	0,147	0,139	0,753	0,073	0,622	0,629	0,003	0,064	<0.001				
12-Yıkım	r	-,450**	-,415**	-,438**	-0,260	,594**	0,166	,433**	-0,214	-0,083	-0,226	-0,297	1		
	p	0,004	0,008	0,005	0,105	<0.001	0,306	0,005	0,184	0,611	0,160	0,063			
13-Diğerlerini Suçlama	r	-0,080	-0,084	0,001	-0,014	0,036	-0,020	0,076	-0,110	-0,016	-0,014	0,080	,343*	1	
	p	0,625	0,606	0,996	0,930	0,824	0,904	0,642	0,500	0,920	0,931	0,626	0,030		
14-OKB	r	-0,278	-,364*	-0,153	0,091	0,221	0,045	0,130	0,039	-0,031	-0,056	-0,298	0,000	0,019	1
	p	0,083	0,021	0,346	0,576	0,170	0,784	0,425	0,811	0,852	0,730	0,061	0,999	0,908	

Tablo 4.4’te deney ve kontrol grubunda ki katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre Deney Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Kendini Suçlama” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.561$ $p<0.001$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Düşünceye Odaklanma” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.443$ $p=0.004$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Pozitif Gözden Geçirme” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.392$ $p=0.012$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Yıkım” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.450$ $p=0.004$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Başlama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Kendini Suçlama” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.559$ $p<0.001$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Başlama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Düşünceye Odaklanma” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.520$ $p=0.001$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Başlama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Pozitif Yeniden Gözden Geçirme” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.340$ $p=0.032$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Başlama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Yıkım” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.415$ $p=0.008$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Yılmama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Kendini Suçlama” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.429$ $p=0.006$).

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Yılmama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Plana Tekrar Odaklanma” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.380$ $p=0.016$)

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Yılmama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Pozitif Yeniden Gözden Geçirme” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.353$ $p=0.026$)

Deney Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından “Yılmama” puanları ile Deney BDD alt boyutlarında “Yıkım” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.438$ $p=0.005$).

4.4 Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Açidan Karşılaştırılması

4.4.1 Yaş Açısından Karşılaştırması

Tablo 4.5: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Grup Açısından Karşılaştırılması

	Yaş Grup	N	Ort.	KV	p
DNY Başlama	18-24	15	21,80	4,444	0.108
	25-29	7	26,57		
	30 ve Üzeri	18	28,28		
DNY Yılmama	18-24	15	13,40	2,282	0.319
	25-29	7	15,14		
	30 ve Üzeri	18	14,50		
DNY Sürdürme Çabası Israr	18-24	15	8,47	0,763	0.683
	25-29	7	9,57		
	30 ve Üzeri	18	8,72		
DNY Özyeterlilik Toplam	18-24	15	43,67	4,082	0.130
	25-29	7	49,86		
	30 ve Üzeri	18	51,50		
DNY Kendini Suçlama	18-24	15	14,73	2,989	0.224
	25-29	7	13,71		

	30 ve Üzeri	18	13,61		
DNY Kabul Etme	18-24	15	12,33		
	25-29	7	11,00	1,02	0.600
	30 ve Üzeri	18	11,61		
DNY Düşünceye Odaklanma	18-24	15	16,27		
	25-29	7	16,57	1,08	0.583
	30 ve Üzeri	18	15,33		
DNY Pozitif Tekrar	18-24	15	12,27		
Odaklanma	25-29	7	9,14	4,441	0.109
	30 ve Üzeri	18	10,78		
DNY Plana Tekrar	18-24	15	14,47		
Odaklanma	25-29	7	14,57	0,903	0.637
	30 ve Üzeri	18	15,50		
DNY Pozitif Yeniden	18-24	15	13,67		
Gözden Geçirme	25-29	7	13,57	0,33	0.848
	30 ve Üzeri	18	13,06		
DNY Bakış Açısına	18-24	15	12,20		
Yerleştirmek	25-29	7	11,71	0,126	0.939
	30 ve Üzeri	18	11,72		
DNY Yıkım	18-24	15	14,27		
	25-29	7	12,71	2,023	0.364
	30 ve Üzeri	18	12,06		
DNY Diğerlerini Suçlama	18-24	15	10,93		
	25-29	7	9,71	1,299	0.522
	30 ve Üzeri	18	10,22		
DNY OKB	18-24	15	27,27		
	25-29	7	24,14	4,186	0.123
	30 ve Üzeri	18	25,11		

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi katılımcıların Öz Yeterlilik toplam, OKB ve BDD ölçeği alt boyutlarının puanları ile yaş arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Test

sonuçlarında yapılan ölçeklerin toplam puanı ile yaşarasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

4.4.2 Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırması

Tablo 4.6: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	N	Ort.	KV	p
DNY Başlama	Lise	8	27,13	6,253	0.100
	Ön Lisans	4	36,00		
	Lisans	20	23,05		
	Lisansüstü	8	25,0		
DNY Yılmama	Lise	8	14,00	2,031	0.566
	Ön Lisans	4	16,00		
	Lisans	20	13,70		
	Lisansüstü	8	14,75		
DNY Sürdürme Çabası Israr	Lise	8	8,75	2,032	0.566
	Ön Lisans	4	9,50		
	Lisans	20	8,40		
	Lisansüstü	8	9,37		
DNY Öz yeterlilik Toplam	Lise	8	49,87	6,311	0.097
	Ön Lisans	4	51,50		
	Lisans	20	44,60		
	Lisansüstü	8	49,27		
DNY Kendini Suçlama	Lise	8	14,25	0,211	0.976
	Ön Lisans	4	13,00		
	Lisans	20	14,10		
	Lisansüstü	8	14,25		
DNY Kabul Etme	Lise	8	12,62	2,013	0.570

	Ön Lisans	4	10,00		
	Lisans	20	12,00		
	Lisansüstü	8	11,77		
DNY Düşünceye Odaklanma	Lise	8	15,12		
	Ön Lisans	4	13,00	3,215	0.360
	Lisans	20	16,85		
	Lisansüstü	8	15,75		
DNY Pozitif Tekrar	Lise	8	13,25		
Odaklanma	Ön Lisans	4	10,75	3,461	0.326
	Lisans	20	10,45		
	Lisansüstü	8	10,50		
DNY Plana Tekrar	Lise	8	15,12		
Odaklanma	Ön Lisans	4	15,75	0,492	0.921
	Lisans	20	14,45		
	Lisansüstü	8	14,87		
DNY Pozitif Yeniden	Lise	8	14,25		
Gözden Geçirme	Ön Lisans	4	13,75	0,939	0.816
	Lisans	20	13,05		
	Lisansüstü	8	13,12		
DNY Bakış Açısına	Lise	8	12,75		
Yerleştirmek	Ön Lisans	4	11,50	0,632	0.889
	Lisans	20	11,60		
	Lisansüstü	8	12,00		
DNY Yıkım	Lise	8	14,37		
	Ön Lisans	4	9,50	6,622	0.085
	Lisans	20	14,15		
	Lisansüstü	8	10,50		
DNY Diğerlerini Suçlama	Lise	8	10,25		
	Ön Lisans	4	10,75	1,693	0.639
	Lisans	20	10,75		
	Lisansüstü	8	9,50		
DNY OKB	Lise	8	25,00	0,186	0.98

Ön Lisans	4	27,25
Lisans	20	25,75
Lisansüstü	8	25,75

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi katılımcıların Öz Yeterlilik toplam, OKB puanları ve BDD alt boyutlarının puanları ile eğitim durumları arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında yapılan ölçeklerin herhangi birisinin puanı ile eğitim durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

4.4.3 Gelir Durumu Açısından Karşılaştırması

Tablo 4.7: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gelir Durumu	N	Ort.	KV	p
DNY Başlama	2000-5000	10	24,80	0,165	0.921
	5000-10000	15	24,93		
	10000 ve üzeri	15	26,67		
DNY Yılmama	2000-5000	10	13,60	0,397	0.820
	5000-10000	15	14,27		
	10000 ve üzeri	15	14,53		
DNY Sürdürme Çabası Israr	2000-5000	10	8,80	0,008	0.996
	5000-10000	15	8,73		
	10000 ve üzeri	15	8,80		
DNY Öz yeterlilik Toplam	2000-5000	10	47,20	0,268	0.874
	5000-10000	15	47,27		
	10000 ve üzeri	15	50,00		
DNY Kendini Suçlama	2000-5000	10	15,00	2,173	0.337
	5000-10000	15	14,20		
	10000 ve üzeri	15	13,27		
DNY Kabul Etme	2000-5000	10	11,80	1,324	0.516
	5000-10000	15	12,33		
	10000 ve üzeri	15	11,20		

DNY Düşünceye Odaklanma	2000-5000	10	17,30		
	5000-10000	15	15,80	2,578	0.276
	10000 ve üzeri	15	15,07		
DNY Pozitif Tekrar Odaklanma	2000-5000	10	9,20		
	5000-10000	15	11,47	4,463	0.107
	10000 ve üzeri	15	11,87		
DNY Plana Tekrar Odaklanma	2000-5000	10	14,80		
	5000-10000	15	16,13	3,04	0.219
	10000 ve üzeri	15	13,87		
DNY Pozitif Yeniden Gözden Geçirme	2000-5000	10	13,30		
	5000-10000	15	13,60	0,084	0.959
	10000 ve üzeri	15	13,20		
DNY Bakış Açısına Yerleştirmek	2000-5000	10	12,10		
	5000-10000	15	11,47	0,707	0.702
	10000 ve üzeri	15	12,20		
DNY Yıkım	2000-5000	10	14,10		
	5000-10000	15	13,00	0,832	0.660
	10000 ve üzeri	15	12,27		
DNY Diğerlerini Suçlama	2000-5000	10	10,10		
	5000-10000	15	11,00	2,205	0.332
	10000 ve üzeri	15	10,00		
DNY OKB	2000-5000	10	24,60		
	5000-10000	15	26,40	0,671	0.715
	10000 ve üzeri	15	25,87		

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi katılımcıların Öz Yeterlilik toplam, OKB ve BDD alt boyutlarının puanları ile gelir durumları arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında yapılan ölçeklerin herhangi birisinin puanı ile gelir durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

4.4.4 Cinsiyet Açısından Karşılaştırması

Tablo 4.8: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort	Z	p
DNY Başlama	Erkek	20	26,15	-0,203	0.839
	Kadın	20	24,95		
DNY Yılmama	Erkek	20	14,50	-0,573	0.567
	Kadın	20	13,90		
DNY Sürdürme çabası	Erkek	20	8,55	-1,377	0.168
	Kadın	20	9,00		
DNY Özyeterlilik toplam	Erkek	20	48,70	-0,027	0.978
	Kadın	20	47,85		
DNY kendini suçlama	Erkek	20	13,35	-1,654	0.289
	Kadın	20	14,75		
DNY Kabul etme	Erkek	20	10,85	-0,480	0.098
	Kadın	20	12,70		
DNY Düşünceye odaklanma	Erkek	20	15,70	-1,909	0.056
	Kadın	20	16,10		
DNY pozitif tekrar odaklanma	Erkek	20	10,35	-1,050	0.294
	Kadın	20	11,70		
DNY plana tekrar odaklanma	Erkek	20	14,80	-1,679	0.093
	Kadın	20	15,10		
DNY pozitif tekrar gözden geçirme	Erkek	20	13,15	-0,585	0.558
	Kadın	20	13,60		
DNY bakış açısını yerleştirmek	Erkek	20	12,80	-0,476	0.634
	Kadın	20	11,00		
DNY Yıkım	Erkek	20	12,50	-1,657	0.097
	Kadın	20	13,50		
DNY diğerlerini suçlama	Erkek	20	10,35	-0,720	0.472
	Kadın	20	10,45		
DNY OKB	Erkek	20	23,60	-2,442	0.015
	Kadın	20	27,90		

Mann Whitney U test

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi katılımcıların Öz Yeterlilik toplam, OKB ve BDD Ölçeği alt boyutları ile cinsiyet karşılaştırılmıştır. OKB ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. OKB puanları erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.442$ $p=0.015$).

4.4.5 Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırması

Tablo 4.9: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş sayıları Açısından Karşılaştırılması

	Kardeş sayısı	N	Ort	Z	p
DNY Başlama	2 ve altı	35	25,71	-0,328	0.743
	3 ve üstü	5	24,40		
DNY Yılmama	2 ve altı	35	14,51	-0,804	0.421
	3 ve üstü	5	12,00		
DNY Sürdürme çabası	2 ve altı	35	9,00	-1,937	0.053
	3 ve üstü	5	7,20		
DNY Özyeterlilik toplam	2 ve altı	35	48,94	-0,617	0.539
	3 ve üstü	5	43,60		
DNY kendini suçlama	2 ve altı	35	13,94	-0,207	0.836
	3 ve üstü	5	14,80		
DNY Kabul etme	2 ve altı	35	11,74	-0,330	0.741
	3 ve üstü	5	12,00		
DNY Düşünceye odaklanma	2 ve altı	35	15,88	-0,433	0.665
	3 ve üstü	5	16,00		
DNY pozitif tekrar odaklanma	2 ve altı	35	11,45	-2,001	0.045
	3 ve üstü	5	8,20		
DNY plana tekrar odaklanma	2 ve altı	35	15,05	-0,721	0.471
	3 ve üstü	5	14,20		
DNY pozitif tekrar gözden geçirme	2 ve altı	35	13,62	-1,337	0.181
	3 ve üstü	5	11,60		
DNY bakış açısını yerleştirmek	2 ve altı	35	12,08	-0,760	0.447
	3 ve üstü	5	10,60		
DNY Yıkım	2 ve altı	35	12,80	-0,730	0.480
	3 ve üstü	5	14,40		
DNY diğerlerini suçlama	2 ve altı	35	10,34	-1,076	0.282
	3 ve üstü	5	10,80		
DNY OKB	2 ve altı	35	26,00	-1,374	0.169
	3 ve üstü	5	23,80		

Mann Whitney U test

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi katılımcıların Öz Yeterlilik toplam, OKB ve BDD Ölçeği alt boyutları ile kardeş sayısı karşılaştırılmıştır. ”pozitif tekrar odaklanma” ile kardeş sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ”pozitif tekrar odaklanma” puanları 3 veya üzeri kardeşi olanlara kıyasla 2 veya altı kardeşi olanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.001$ $p=0.045$).

4.5 Kontrol ve Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.10: Kontrol ve Deney Gruplarının Özyeterlilik Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ort.	SS	N	Z	p
DNY başlama	25,55	8,15	40	-4.406	<0.001
KNT başlama	34,35	6,83	40		
DNY yılmama	14,20	3,44	40	-4.278	0.003
KNT yılmama	18,32	3,73	40		
DNY sürdürme çabası	8,77	1,77	40	-3.565	<0.001
KNT sürdürme çabası	10,72	2,39	40		
DNY öz yeterlilik	48,27	11,86	40	-4.571	<0.001
KNT Öz yeterlilik	63,20	11,24	40		

Wilcoxon testi

Tablo 4.10’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Başlama” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Başlama” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Yılmama” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Yılmama” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Sürdürme çabası” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Sürdürme çabası” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Özyeterlilik” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Öz yeterlilik” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

4.5.1 Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.11: Kontrol ve Deney Gruplarının BDD Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ort.	SS	N	Z	p
DNY kendini suçlama	14,05	2,84	40	-3.237	<0.001
KNT kendini suçlama	11,72	2,63	40		
DNY kabul etme	11,77	2,85	40	-0.578	0.556
KNT kabul etme	13,30	2,98	40		
DNY düşünceye odaklanma	15,90	3,29	40	-1.170	0.077
KNT düşünceye odaklanma	14,57	3,54	40		
DNY pozitif tekrar odaklanma	11,05	3,45	40	-1.611	0.107
KNT pozitif tekrar odaklanma	12,20	3,58	40		
DNY plana tekrar odaklanma	14,95	3,16	40	-2.374	0.018
KNT plana tekrar odaklanma	16,32	2,37	40		
DNY pozitif yeniden gözden geçirme	13,37	3,25	40	-3.087	0.002
KNT pozitif yeniden gözden geçirme	15,55	3,16	40		
DNY Bakış açısına yerleştirme	11,90	3,75	40	-1.928	0.054
KNT Bakış açısına yerleştirme	13,60	3,69	40		
DNY yıkım	13,00	4,25	40	-3.046	0.002
KNT yıkım	9,57	4,51	40		
DNY diğerlerini suçlama	10,40	2,73	40	-0.458	0.547
KNT diğerlerini suçlama	10,25	2,63	40		

Wilcoxon testi

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Kendini suçlama” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Kendini suçlama” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Plana tekrar odaklanma” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Plana tekrar odaklanma” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.018$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Pozitif yeniden gözden geçirme” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Pozitif yeniden gözden geçirme” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Yıkım” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Yıkım” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).



BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

OKB'li bireyleri sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştıran bu çalışmada, katılımcıların bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve özyeterlilik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Konuyla ilgili literatür ulaşılabildiği kadar incelendiğinde, bu çalışma OKB'li bireylerde özyeterlilik ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini aynı anda inceleyen ilk çalışmadır. Genel Özyeterlilik Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayan Alpay (2010) ölçeğin alt boyutlarının (başlama, yılmama, sürdürme çabası ısrar) değerlendirmeye alınmadan tek bir toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmasını önermiştir. Dolayısıyla bulgular bölümünde yer alan genel özyeterlilik ölçeğinin alt boyutlarının bulgularına tartışma bölümünde yer verilmemiştir.

Yapılan çalışmada deney grubunun yaş ortalaması 30.15 olduğu, kontrol grubunun yaş ortalamasının ise 26.82 olduğu saptanmıştır. Çalışmada yer alan katılımcıların yaşları dikkate alındığında örneklem, genç yetişkinlerden oluşmaktadır. Literatür incelendiğinde Eğrilmez (1995) ve arkadaşları kadınlarda 37.62 ± 13.02 , erkeklerde 31.58 ± 10.37 , yurtdışında yapılan bir araştırmada katılımcıların yaş ortalamalarının 33.1 olduğu Lensi (1996) ve arkadaşları tarafından tespit edilmiştir. Yapılan bir diğer araştırmada, araştırmaya katılan tüm OKB tanısı almış hastaların yaş ortalaması tüm katılımcılarda 33.19 ± 12.52 , erkeklerde 31.38 ± 16.44 ve kadınlarda 33.79 ± 11.05 olarak tespit edilmiştir (Demet ve ark., 2005). Literatürde taranan çalışmalar ile çalışmaya katılmış olan OKB tanısı almış bireylerin yaş ortalamaları benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada deney grubunda kadınların OKB puanlarının erkeklere göre kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur. Altıntaş ve Özçürümez (2015)

yapılan çalışmada obsesyon ortalama puanlarını kadınlarda 12.9 ± 4.2 , erkeklerde 12.4 ± 3.9 ($p = 0.415$), kompulsiyon puan ortalamaları ise kadınlarda 11.9 ± 4.5 , erkeklerde 11.9 ± 4.03 olarak bulmuştur, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p = 0.989$). Yapılan bir diğer araştırmada Labad ve arkadaşları (2008) kadınların erkeklere oranla daha yüksek puan aldığı sonucuna ulaşmıştır, YBOKÖ puanlarında kadınlarda 27.8, erkeklerde 25.7 ($p=0.008$) sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka araştırmada Kocakula ve Altunoğlu (2018) kadınların erkeklere oranla OKB puanları anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulunmuştur ($t=5,212$, $p<0,05$). Yapılan literatür araştırmasında kadınların erkeklere oranla daha fazla obsesif kompulsif bozukluk puanı almasını destekleyen ve eşit puan alındığına dair bulgulara ulaşılmıştır. Cinsiyet değişkeninin OKB üzerinde yordayıcı etkiye sahip olduğunu ifade edebilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

OKB tanısı almış grupta yer alan katılımcıların yenilik ve zorluklara karşı kendisine karşı yeterlilik algısıyla ilişkili olan genel özyeterlilik puanları ile bireyin kendini yaşadığı olumsuz durumlara karşı kendini sorumlu tutmasıyla ilişkili olan BDD alt ölçeklerinden biri olan “Kendini Suçlama” alt boyutuyla negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Deney grubunda yer alan özyeterliliği yükselişte olan katılımcıların kendini suçlama bilişsel duygu düzenleme stratejisini daha az kullandığı söylenebilir. Graham ve Junoven (1998) kendini suçlamanın, durum ve olayları kontrol etme girişimiyle alakalı olduğunu, gelecekte gelişebilecek bir olumsuz olaya mani olabilmek ihtimali ile alakalı olduğunu ifade etmiştir. Kendini suçlama geçmişte yaşanmış istenmeyen sonuçlar ile alakalı kişinin kendine yönelik algısı ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Graham ve Junoven, 1998). Obsesyon istenmeden bilinç alanına giren, sıkıntı yaratan, kişinin yanlış ve saçma olduğunu bildiği dürtü, düşünce ya da imajlardır. Kompulsiyonlar, obsesyonları engellemek için kullanılan ve belirli kurallarla yapılan mental veya motor eylemlerdir. OKB tanısı almış bireylerde sık görülen obsesyonlar arasında gösterilen şüphe obsesyonu, bireyi kontrol etme kompulsiyonlarını yapmaya teşvik eder (Bayar ve Yavuz, 2008). Yapılan çalışmada adaptif olmayan stratejilerden biri olarak kabul görülen kendini suçlama stratejisi, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Araştırmada elde edilen bulguların OKB tanısı almış bireylerin eylem ve düşüncelerini kontrol etmesinde kendini suçlama stratejisinin daha fazla

kullanılmasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Kendini suçlama stratejisini kullanan bireyler yaşadıklarından dolayı kendilerini suçlayıcı düşüncelere sahiptirler (Garnefski ve ark., 2002). Kendini suçlama stratejisinin Garnefski ve Kraaij (2006)'ya göre depresif semptomlar ve anksiyete semptomlarıyla daha fazla ilişkili olduğu saptanmıştır. Salkovskis ve Forrester (2002) suçluluk ve OKB belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Özellikle temizleme ve yıkama kompulsiyonları görülen OKB'li bireylerin suçluluk duygusunu daha fazla yaşadığı bildirilmiştir (Cougle ve ark., 2011). Tuna ve Bozo (2012) yaptıkları çalışmada kendini suçlama ve özyeterlilik arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır ($p < .01$). Literatür olağanca araştırıldığında OKB ve kendini suçlama stratejisi arasındaki bulgunun literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Genel özyeterlilik ölçeği kişinin yaşamış olduğu stresli durumlarla başa çıkabilme ve stresli yaşam olaylarına sağladığı uyumu ile alakalı kişinin sahip olduğu zihinsel çıkarımlarını belirlemek amaçlanmaktadır (Scholz ve Schwarzer, 2005). Anksiyete tanısı almış bireylerin anksiyete tanısı almamış bireylere göre düşünceye odaklanma, kendini suçlama ve yıkım stratejilerinden daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Legerstee ve ark., 2011). Çalışmada deney grubunda bulunan sonuçlarda toplam özyeterlilik puanları artış gösterdikçe ruminasyon olarak da adlandırılan düşünceye tekrar odaklanma stratejisinin daha az kullanıldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan literatür araştırması doğrultusunda bu iki değişken arasında yapılan bir çalışma bulunamamıştır. Ruminasyon ve obsesif düşünceler birbirleriyle benzerlikler gösterirler; kontrol edilemezler, girici bir yapıları vardır ve tekrarlanabilirlerdir (Raines ve ark., 2017). Ruminasyon, kendi içine odaklanan bireyin bir çözüm bulabileceğine inanmasıdır (Lyubomirsky ve ark., 1998). Ruminasyon yapmak bazı kişiler için istenmeyen bir durum olsa da bazı kişiler için bir başa çıkma yöntemi olarak görülebilir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Özyeterlilik ve ruminasyon arasındaki negatif ilişki, ruminasyonu daha az kullanmanın özyeterliliğin daha iyi olduğunu düşündürmektedir.

Pozitif yeniden gözden geçirme kişinin yaşadığı durumdan yeni bir şeyler öğrenebilmek ve olumlu anlam yükleyerek değerlendirmek için kullandığı stratejidir (Garnefski ve ark., 2001). Yapılan çalışmada deney grubunda genel özyeterlilik puanı ve pozitif yeniden

gözden geçirme stratejisi arasında pozitif yönde bir ilişki ortaya çıkmıştır. Bulgular özyeterlilik seviyesi yüksek olan hastaların davranışlarını tekrar gözden geçirerek davranışlarını daha işlevsel hale getirebilecekleri anlamına gelebilir. Tuna ve Bozo (2012) pozitif yeniden gözden geçirme ve özyeterlilik arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bildirmiştir ($p<.01$). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında pozitif yeniden gözden geçirme stratejisinin kontrol grubunun puanının deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Garnefski ve arkadaşları (2002) pozitif yeniden gözden geçirme ve OKB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. OKB'nin sıkıntı verici ve tekrarlayıcı yapısından dolayı, OKB tanısı almış katılımcıların bu stratejiyi daha az kullandığı düşünülmektedir. Literatür olağanca incelendiğinde bu bulgunun desteklenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında adaptif olmayan stratejiler arasında felaketleştirme(yıkım) Garnefski ve Kraaij (2006) tarafından bildirilmiştir. Bu stratejide birey yaşadığı deneyimin en kötü yönüne odaklanır, yaşadıklarının başına gelebilecek en kötü şey olduğunu düşünür. Deney grubu içerisinde toplam özyeterlilik puanı ile felaketleştirme stratejisi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Özyeterlilik seviyesi artan katılımcıların daha adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejisi olarak belirtilen stratejilere başvurdıkları söylenebilir. Felaketleştirme adaptif olmayan stratejilerden biri olarak görülmektedir. Garnefsky ve Kraaij (2007) felaketleştirme stratejisinde birey yaşanan bir durumun olumsuz yönlerine ve abartılı olumsuz sonuçlarına odaklanır, bu düşünme şekli genelde gerçekliği yansıtmaz. Garnefski ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada felaketleştirmenin anksiyete ve depresyonun yordayıcılarından biri olduğunu ortaya koymuştur. Psikayatrik hastalarda yapılan BDD ölçeği uygulamasında OKB'li bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla felaketleştirme stratejisini istatistiksel anlamda anlamlı olarak daha çok kullandığı bulunmuştur (Garnefski ve ark., 2002). Literatür olağanca incelendiğinde bu bulgunun literatüre uyumlu bir sonuç verdiği düşünülmektedir.

Genel özyeterlilik kişinin çeşitli yaşam olaylarında ortaya koyacağı performansta kendini ne kadar yeterli hissedeceğiyle alakalıdır (Işık, 2001). Özyeterlilik düzeyinin düşük

olduğunu düşünen birey yetersiz olduğunu düşünerek strese girer ve içinde bulunduğu durumu doğru bir biçimde değerlendiremez (Bandura, 1986). OKB'li kişiler çoğu zaman yaptıkları kompulsiyonların işlevsel olmadığını ve mantıksız olduklarını bilirler ancak kaygıları başa çıkamayacakları kadar büyük olduğu için tekrarlayan kompulsiyonlarına karşı koyamazlar (Taylor ve Liberzon, 2007). Plana tekrar odaklanma bireyin karşılaştığı zorlayıcı durumlara karşı nasıl adımlar atması gerektiğini düşündüren adaptif bir stratejidir (Garnefski ve Kraaij, 2006). Yapılan araştırma sonuçlarında plana tekrar odaklanma stratejisinin kullanımı kontrol grubunda, deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda daha fazla kullanıldığı tespit edilen strateji, özyeterlilik algısını geliştirme üzerine yapılacak çalışmalarla daha aktif hale getirilip, kişinin zorlayıcı durumlara karşı daha adaptif düşüncelere sahip olmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Tuna ve Bozo (2012) tarafından yapılan çalışmada adaptif stratejilerden biri olarak kabul edilen plana tekrar odaklanmanın özyeterlilikle pozitif ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Alanyazı olağanca incelendiğinde üç değişkenin birlikte kullanıldığı bir araştırma bulunamamıştır. Hem davranışsal hem de bilişsel yeniden gözden geçirmeleri barındıran ve daha işlevsel çözümler üretmekle alakalı olan plana tekrar odaklanma stratejisinin OKB'li katılımcılar tarafından daha az kullanılmasının, obsesyon ve kompulsiyonların tekrarlayıcı yapısının, bu stratejiyi kullanmayı güçleştirdiği düşünülmektedir.

Yaşanan olayla ilgili planı gözden geçirip adımları düzenlemeyi ve başa çıkmayı benimseyen adaptif stratejilerden biri de pozitif tekrar odaklanmadır (Garnefski ve ark., 2002). Pozitif tekrar odaklanma ile kardeş sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Pozitif tekrar odaklanma puanları 3 veya üzeri kardeşi olanlara kıyasla 2 veya altı kardeşi olanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Lise öğrencileriyle yapılan çalışmada kardeş sayısının psikolojik sağlamlıkla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Esen-Aktay, 2010). Yapılan bir diğer çalışmada bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında yalnızca felaketleştirme ve kardeş sayısı arasında farklılaşma olduğu, pozitif tekrar odaklanma ve kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Yokuş ve ark., 2013). Özdel ve arkadaşları (2002) depresyon ve sosyodemografik değişkenleri inceledikleri çalışmada, kardeş sayısı arttıkça depresyon

belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Literatür olağanca incelendiğinde bu bilginin desteklenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubunun özyeterlilik puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun deney grubuna kıyasla özyeterlilik puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Chwalisz ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan araştırmada özyeterlilik algısı düşük bireylerin daha çok duygu odaklı çözüm bulma stratejilerine yöneldiği dolayısıyla daha çok strese maruz kaldığı bulunmuştur. Yapılan bir diğer araştırmada lise öğrencilerinin özyeterlilik algılarına yönelik uygulanan bir programın depresif semptomları azalttığı bulunmuştur (Pössel ve ark., 2005). Literatür olağanca incelendiğinde bu bulguyu OKB ve özyeterlilik arasındaki ilişkiyi gösterecek şekilde destekleyen bir çalışma bulunamamış olsa da diğer psikolojik rahatsızlıklarla özyeterlilik arasındaki ilişkili çalışmaların bu bulguyu destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin genel özyeterlilik düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerin genel özyeterlilik düzeyi ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmaya 40 obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış birey ile herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 40 sağlıklı birey katılım göstermiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin birbirine yakın olması çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliğini yükseltmiştir.

Yapılan çalışmada deney grubunun yaş ortalaması 30,15 olduğu, kontrol grubunda ise yaş ortalamasının 26,82 olduğu saptanmıştır.

Deney grubunda yer alan katılımcıların GÖYÖ ile ölçülen özyeterlilik puanları ile BDD alt boyutlarından biri olan “Kendini Suçlama” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Deney grubunda yer alan katılımcıların GÖYÖ ile ölçülen genel özyeterlilik toplam puanları ile BDD alt boyutlarından biri olan “Düşünceye Odaklanma” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.004$).

Deney grubunda yer alan katılımcıların GÖYÖ ile ölçülen özyeterlilik toplam puanları ile BDD alt boyutlarından Pozitif Yeniden Gözden Geçirme puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.012$).

Deney grubunda, GÖYÖ ölçeği ile ölçülen özyeterlilik toplam puanı ile BDD alt boyutlarından “Yıkım” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.004$).

Deney grubunda GÖYÖ ile ölçülen özyeterlilik toplam puanları ile kontrol grubundaki BDD alt boyutlarından “Plana Tekrar Odaklanma” puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.004$).

Deney grubunda GÖYÖ ile ölçülen özyeterlilik toplam puanları ile kontrol grubunun BDD alt boyutlarından “Pozitif Yeniden Gözden Geçirme” arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.005$).

Deney grubunda yer alan katılımcıların GÖYÖ ile ölçülen özyeterlilik toplam puanları ile kontrol grubundaki katılımcıların BDD alt ölçeklerinden “Bakış Açısına Yerleştirmek” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.033$).

OKB ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. OKB puanları erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.015$).

BDDÖ ile ölçülen “Pozitif Tekrar Odaklanma” stratejisi ile kardeş sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Pozitif Tekrar Odaklanma” puanları 3 veya üzeri kardeşi olanlara kıyasla 2 veya altı kardeşi olanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.045$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların GÖYÖ ile ölçülen “Özyeterlilik” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Özyeterlilik” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDDÖ alt ölçeklerinden “Pozitif yeniden gözden geçirme” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Pozitif yeniden gözden geçirme” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDDÖ alt ölçeklerinden biri olan “Yıkım” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Yıkım” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

YEDİNCİ BÖLÜM

SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

1. Bu araştırma özel bir klinikte belirli bir örneklem grubuyla gerçekleştirilmiştir. Kısıtlı zaman içerisinde kısıtlı hasta sayısı ile yapılmış olup istatistiksel olarak anlamlı veriler elde edilmiştir. Farklı bağlam ve klinik ortamlarda yapılacak çalışmalar daha detaylı verilere ulaşılmasını sağlayacaktır.
2. Yapılan araştırma küçük bir deney grubu üzerinde yapılmıştır, daha geniş bir örneklem grubuyla yapılacak çalışmalar daha genellenebilir sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.
3. Yapılan çalışmada ölçek uygulama döneminde, deney grubunun psikiyatrik ve psikolojik tedavi görmekte olduğu göze alındığında verilen cevapların tedavinin etkisiyle değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarının OKB semptomları gösteren ancak tedavi görmeyen başka bir örneklem grubuyla bilimsel yöntemlerle karşılaştırılması gerektiği düşünülmektedir.
4. Araştırma sonucunda OKB'li bireylerin adaptif olmayan stratejileri kullandığı ve özyeterlilik seviyelerinin deney grubuna kıyasla istatistiksel anlamda farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. OKB tanısı almış bireylere tedavi sürecinde özyeterliliği arttırmaya yönelik yapılacak çalışmaların, tedaviyi olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Aynı şekilde OKB'li hastaların adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullandırmaya yönelik tedavi planlamalarının tedavi sürecine olumlu etkileri olacağını düşündürmektedir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavioral Therapy* 27:583-600.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.

Allan, S., ve Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293–299.

Altıntaş, E., & Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 409-417.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387e401.

Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C., & Sedikides, C. (1994). Behavioral and characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 549–558.

Aypay, A. (2010). “Genel Öz Yeterlik Ölçeği’nin (GÖYÖ) Türkçe’ye Uyarlama Çalışması”. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11 (2), 113-131.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought ve action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998).

Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman and Company.

Bayar R, Yavuz M (2008) Obsesif Kompulsif Bozukluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62: 185–192.

Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Obsesif

Bayraktar E. Obsesif kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası. 1997;1:25-32.

Berman M. G., Peltier., S., Nee, D. E., Kross., E, Deldin, P. J., Jonides, J. (2011). Depression, rumination and the default network. Soc Cogn Affect Neurosci. 6(5):548-555.

Carr, Anthony T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*; 81(5):311-318.

Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 56(2):267-283.

Chen, G., Gully, S.M. ve Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. Journal of Organizatioanal Behavior, 25, 375-395.

Chwalisz, K., Altmaier, E. M. ve Russel, D. W. (1992). Casual attributions, self-efficacy cognitions and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 377-400.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.

Cougle, J. R., Goetz, A. R., Hawkins K. A., Fitch, K. E. (2011). Guilt and Compulsive Washing: Experimental Tests of Interrelationships. *Cognitive Therapy Research*, 36, 358-366.

Çelik, H., Kocabıyık, O. O. (2014). Genç Yetişkinlerin Saldırganlık İfade Biçimlerinin Cinsiyet ve Bilişsel Duygu Düzenleme Tarzları Bağlamında İncelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1), 139-155.

Demet, M. M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, E. O., Şimşek, E., & Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 133-144.

Disorders DMS V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. 2013.

Eğrilmez A., Gülseren L., Aydemir Ö, Kültür S. (1995). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *3P Dergisi*. 3:9-14.

Endler, N. S., ve Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.

Foa, E. B., Kozak, M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. Long-Term Treatment of Anxiety Disorders, 1. Baskı, MR Mavissakalian, RF Prien (Ed), Washington DC. American Psychiatric Press, s. 285-309.

Freud, S. (1913). Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). *Psikopatoloji Üzerine*, (Çev. S. Budak). Ankara, 1997, Öteki Yayınları, s.125-143.

Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. DATEC (Leiderdorp, The Netherlands).

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>

Garnefski, N., Kraaij, V. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*.

Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp: DATEC.

Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. ve Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur. J. Pers.*, 16: 403-420.

Garnefski, Nadia and Kraaij, Vivan (2007). “The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults”. *European Journal of Psychological Assessment* 23(3): 141-149.

Garnefski, Nadia, Hossain, Samiul and Kraaij, Vivian. (2017). “Relationships Between Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychopathology in Adolescents from Bangladesh”. *Archives of Depression and Anxiety* 3(2): 023-029.

Geçtan, E. (1989). Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar. İstanbul, Remzi Kitabevi, s.220.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S., A. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Graham, S., & Juvonen, J. (1998). Self-blame and peer victimization in middle school: an attributional analysis. *Developmental psychology*, 34(3), 587.

Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gross J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences, *Psychophysiology*, 39(3):281-291.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525–552). New York: Guilford.

Gross, J. J. ve Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387e401.

Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3e24). New York: Guilford Press.

Işık, İ. (2001). “Öz Yeterlilik İnancı: Yönetici Rollerini Açısından Bir İnceleme”. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.

Joormann, J. Yoon, K. Siemer, M. (2010). Cognition and emotion regulation. In: Kring A, Sloan D (eds) Emotion regulation and Psychopathology; a transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press, pp 174-203.

Kandaz, Y.E. (2009). OKB tanısı almış psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları sıklığı. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Karaca, E., Doksat, M.K. (1998). Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. Yeni Symposium, 36(3-4), 59-68.

Karamustafalıoğlu, K. O., Akpınar, A. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2(12), 30-44.

Karamustafalıoğlu, O., Ulusoy, M. (1993). *Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik Güvenirlik Çalışması*. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Savaş Ofset, s., 86.

Kim, S. J., & Kim, C. H. (2006). The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. Yonsei medical journal, 47(4), 443-454.

Kocakula, Ö., Altunoğlu, A . (2018). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunun Karar Süreçlerine Etkisi . Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi , 1 (2) , 114-131.

Köroğlu, E. (2007). Psikiyatride kullanılan klinik değerlendirme ölçekleri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. Oxford, UK: Oxford University Press.

LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. Annual Review of Psychology, 46, 209–235.

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of adolescence*, 34(2), 319-326.

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive–Compulsive Disorder: Familial–Developmental History, Symptomatology, Comorbidity and Course with Special Reference to Gender-Related Differences. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.

Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D. ve Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166-177.

Magaletta, P. R., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 539–551.

McWilliams, N. (2010). Psikanalitik tanı (2). (E. Kalem Çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1994.)

Mowrer, O. H. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, 58(5), 350–354.

Oktay F. (2019). Uyuma Yönelik Olmayan Bir Duygu Düzenleme Stratejisi Olarak Kompulsiyonlar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 22(43), 74-86

Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi [The relationship with sociodemographic characteristics and depressive symptoms in university students]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 155-161.

Öztürk, O. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2001a). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13–26.

Pauls D. L. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):149–163.

Pössel P, Baldus C, Horn AB ve ark. (2005) Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *J Child Psychol Psyc*, 46(9): 982-994.

Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 121–136.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.

Rachman, S., Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (p. 51–78). The Guilford Press.

Radomsky, A. S., Gilchrist, P. T., & Dussault, D. (2006). Repeated checking really does cause memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 305–316.

Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Portero, A. K. ve Schmidt, N. B. (2017). Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*, 113, 63-67.

Rees, C. S., Roberts, L. D., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hendriks, A. J., van Balkom, A. J., ve van Megen, H. (2014). Personality and symptom severity in obsessive-compulsive disorder: The mediating role of depression. *Personality and Individual Differences*, 71, 92–97.

Rescorla R., Solomon R. (1967). Two-process learning theory: Relationships between pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychol Rev.* 74-151.

Salkovskis, P. M. ve Kirk, J. (1997). Obsessive compulsive disorder. In D.M. Clark ve C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 179-208). Oxford: Oxford University Press.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive Therapy of Obsessive-compulsive Disorder: Treating Treatment Failures. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 13(3), 243–255.

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. ve Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.

Salkovskis, P.M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In R.O. Froste, & G. Steketee (Eds), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*. Oxford: Pergamon Press.

Scholz, U. and Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.

Scholz, U., Gutierrez- Dona, B., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251.

Shelton, S. H. (1990). Developing the Construct of General Self-Efficacy¹. *Psychological Reports*, 66(3), 987–994.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671.

Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555–574.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., ve Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532.

Şahin, A. R., Böke, Ö. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu, E. Güleç, C. (Ed.). Obsesif Kompulsif Bozukluk İçinde (343-353). Ankara Hekimler Yayın Birliği.

Tan, O. Takıntılar ve Tedavi Yöntemleri. Timaş Yayınları. 2014;38.

Taylor, S. F. ve Liberzon, I. (2007). *Neural correlates of emotion regulation in psychopathology*. Trends in Cognitive Sciences, 11(10), 413-418.

Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation (Vol. 36, pp. 367–467). Lincoln: University of Nebraska Press.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 25-52.

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

Toptaş, B. (2019). Kuramsal Çerçeveden OKB. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, 2(3), 94-109.

Tschannen-Moran, M., Woolfolk Hoy, A. ve Hoy, W. K. (1998). Teacher efficacy: Its meaning and measure. Review of Educational Research, 68, 202-248.

Tuna, E., Bozo, T. (2012). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: The factor structure and psychometric properties of the Turkish Version. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.

Tükel, R. (2009). Anksiyete bozuklukları; Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Vatan S. (2016). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bağlanma, Obsesif İnançlar ve Duygu Düzenleme Zorlukları: Klinik ve Klinik Olmayan Örneklem Karşılaştırması. Nesne Psikoloji Dergisi (NPD), Cilt 4, Sayı 7, Volume 4, Issue 7.

Veale, D., ve Wilson, R. (2005). “Obsesif Kompulsif Bozukluk.” (Çev. N.Yener). İstanbul: Kuraldışı.

Yap K., Mogan C., ve Moriarty A. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 74(4):695-709.

Yıldırım İ., İlhan Ö. İ. (2010). Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21 (4):301-8.

Yokuş, T., Yokuş, H., & Kalaycıoğlu, Ş. G. (2012). The analysis of cognitive emotion regulation skills of pre-service music teachers in terms of different variables. *International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education*. 2(1), 27-36.

DOKUZUNCU BÖLÜM

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Bireylerdeki Onay Arama Şemasının, utanç ve Suçluluk Duygularının Varlığı ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerdeki Onay Arama Şemasının, Utanç ve Suçluluk Duygularının Varlığının Karşılaştırılması.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin onay arama şemalarını incelemek ve suçluluk- utanç duyguları ile arasındaki ilişkiyi çözümlemek, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonların içeriğini değerlendirme, bireylerin sağlıklı ve uyumlu yetişebilmeleri için gerekli olan temel duygusal ihtiyaçlarını belirlemede ve tedavi planı oluştururken kullanılan yöntem biçimlerini geliştirmek adına literatüre katkı sağlamaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma ilk olarak tüm gönüllü katılımcılara klinik bilgi toplamak amacıyla sosyodemografik bilgi formu uygulanacaktır. Okb tanısı almış bireylerin okb düzeylerini tespit etmek amacıyla; Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği uygulanacaktır. Bununla birlikte Young Şema ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçeği uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin onay arama şemasını incelemek ve utanç-suçluluk duyguları arasındaki ilişkiyi çözümlmek,obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonların içeriğinde etkisi olup olmadığını anlamak ve tedavi planı oluştururken kullanılan yöntem biçimlerini geliştirmek adına kişilerin terapi ve tedavi süreçlerine katkı sağlamayı amaçlamaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz, hasta mahremiyetine ve gizlilik ilkesine dayalı olarak herhangi bir etik kuralı ihlal etmeksizin, gizlilik çerçevesinde ve izniniz haricinde herhangi bir kişi veya kurumla paylaşılmadan kullanılacaktır. Yanıtlarınız bilimsel veriler elde etmede ve istatistiksel yorumlama sürecinde değerlendirilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Betül ŞİMSEK,

Çalışma Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:	Betül Şimşek	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz

A) Kadın B) Erkek

2) Yaşınız _____

3) Medeni Durumunuz:

A) Evli B) Bekar C) Boşanmış D) Diğer

4) Eğitim Durumunuz:

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

5) Anne Babanız:

A) İkisi de hayatta B) Sadece anne hayatta
C) Sadece baba hayatta D) İkisi de hayatta değil

6) Anne Babanız:

A) Birlikte B) Boşanmış/Ayrı

7) Annenizin eğitim durumu:

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

8) Babanızın eğitim durumu:

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

9) Kaç kardeşsiniz? _____

10) Gelir düzeyiniz

A) 1.000-2.000 B) 2.000-5.000 C) 5.000-10.000 D) 10.000 ve üzeri

11) Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı?

A) Evet B) Hayır

12) Daha önce veya şu an almış olduğunuz herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı/psikiyatrik tanınız var mı?

A) Evet

Belirtiniz: _____

B) Hayır

13) Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı?

A) Hayır

B) Evet

Belirtiniz: _____

14)Alkol , Sigara veya Madde Kullanım durumu:



Ek 3: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

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 kereden az)

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, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

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

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

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 yada 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 kontrolunuz 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. içten 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 yönünderse, 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. KOMPÜLSİF 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 KONTROLUN DERECEŚİ

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 güçlkle 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 birşey 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.

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).

1. 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

2. 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.

3. 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.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

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

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- alacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- evre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, özücüler)
- 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 inest 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 SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

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

DİĞER 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

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- 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)]

DİĞER 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 herbir 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 verirsiniz, 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 gerekmez. 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.

Çevirenler: Doç.Dr.Berna Uluğ, Prof.Dr.Işık

Savaşır Geçerlik güvenirlik çalışmaları:

*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health
Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity.*

Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B;

Vargel S Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve

Güvenirlik Çalışması Karamustafaloğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H

Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi

Bursa 1993 Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları

Hastanesi

Ek 4: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

BDDÖ

Olaylarla nasıl başa çıkarsınız?

Herkes zaman zaman olumsuz ya da tatsız olaylarla karşılaşır ve herkes bu olaylara kendi yöntemiyle tepki verir. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayarak olumsuz ya da tatsız olaylar yaşadığınızda genel olarak ne düşündüğünüzü belirtiniz. (neredeyse)

hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	(neredeyse) Her zaman
1. Suçlanacak kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4
3. Sık sık, yaşadığım olayla ilgili ne hissettiğim hakkında düşünürüm.	1	2	3	4
4. Yaşadığım şeyden daha güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4
5. Yapabileceğimin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
6. Bu durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
7. “Her şey çok daha kötü olabilirdi” diye düşünürüm.	1	2	3	4
8. Sık sık, yaşadığım olayın diğer insanların başına gelen olaylardan çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
9. Suçlanacak kişinin başkaları olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
10. Olanlardan sorumlu olan kişinin	1	2	3	4

kendim olduğunu düşünürüm.				
11. Durumu kabul etmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4
12. Zihnim yaşadığım olayla ilgili ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olur.	1	2	3	4
13. Yaşadığım olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
15. Olanların sonucunda daha güçlü bir insan olabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
16. Diğer insanların başından çok daha kötü şeyler geçtiğini düşünürüm.	1	2	3	4
17. Yaşadığım şeyin ne kadar korkunç bir şey olduğunu düşünür dururum.	1	2	3	4
18. Olanlardan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
19. Durumla ilgili yaptığım hatalar hakkında düşünürüm.	1	2	3	4
20. Durumla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
21. Yaşadığım olayla ilgili neden bu şekilde hissettiğimi anlamak isterim.	1	2	3	4
22. Olanları düşünmek yerine güzel bir şey düşünürüm.	1	2	3	4
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
24. Durumun olumlu yanları da olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4

25. Diğer şeylerle karşılaştırıldığında yaşadığım şeyin o kadar da kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4
26. Sık sık, yaşadığım durumun bir insanın başına gelebilecek en kötü durum olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
27. Durumla ilgili başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.	1	2	3	4
28. Temelde durum bizzat benden kaynaklanmış olmalı diye düşünürüm.	1	2	3	4
29. Bu durumla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4
30. Durumun bende uyandırdığı duygular üzerine kafa yorırım.	1	2	3	4
31. Yaşadığım güzel şeyler hakkında düşünürüm.	1	2	3	4
32. Duruma dair yapabileceğim en iyi şeyi planlarım.	1	2	3	4
33. Durumun olumlu yönlerini bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
34. Kendime hayatta bundan daha kötü şeylerin olduğunu söylerim.	1	2	3	4
35. Sürekli bu durumun ne kadar berbat olduğunu düşünür dururum.	1	2	3	4
36. Sorunun temelinde diğer insanların yattığını düşünürüm.	1	2	3	4

Ek 5: Genel Özyeterlilik Ölçeği

ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ-FATMA YILDIRIM ,İNCİ ÖZGÜR İLHAN

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölme işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.		1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.		1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarıya kadar uğraşırım.		1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.		1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.		1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.		1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.		1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.		1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.		1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.		1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.		1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.		1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.		1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.		1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim		1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.		1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.		1	2	3	4	5