



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU TANISI ALAN
BİREYLERİN VE SAĞLIKLI BİREYLERİN STRESLE BAŞA
ÇIKMA BECERİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

HATİCE ÖZKUL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman:

PROF. DR. HÜSNÜ ERKMEN

İSTANBUL - 2018

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

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU TANISI ALAN
BİREYLERİN VE SAĞLIKLI BİREYLERİN STRESLE BAŞA
ÇIKMA BECERİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

HATİCE ÖZKUL
164102148
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman:
PROF. DR. HÜSNÜ ERKMEN

İSTANBUL - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102148
Öğrenci Adı Soyadı	: HATİCE ÖZKUL
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. HÜSNÜ ERKMEN
Tezin Başlığı	: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU TANISI ALAN BİREYLERİN VE SAĞLIKLI BİREYLERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 13.07.2018	Saati	: 18:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. HÜSNÜ ERKMEN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. HABİB ERENŞOY	
Üye	Doç. Dr. BENGÜ ÖZUĞUR UYSAL	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum“Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin ve sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerileri ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi” 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.

Tarih 13./07./2018

Hatice ÖZKUL

TEŞEKKÜR

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans eğitimim boyunca katkılarını esirgemeyen Kurucu Rektör Sayın Prof. Dr. K. Nevzat TARHAN'a,

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimim süresince mesleki başarıml ve gelişimim için destekte bulunan, her zaman bilgi ve tecrübesini sabırla ve esirgmeden benimle paylaşan, öğrencisi olmaktan her zaman onur ve mutluluk duyacağım çok değerli Yüksek Lisans tez danışmanım Psikoloji İngilizce Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN'e ve kendilerinin şahsında tüm değerli hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak her zaman beni destekleyen, sevgi ve fedakarlıkları ile beni yetiştiren, sonsuz sabır ve anlayış gösteren çok kıymetli anne ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Hatice ÖZKUL

ÖZET

(Özkul, Hatice, Yüksek Lisans Tezi, 2018)

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU TANISI ALAN BİREYLERİN VE SAĞLIKLI BİREYLERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB belirti düzeyleri, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tarzları arasındaki farklar ele alınmıştır. Bu amaçla 54 OKB tanılı ve 54 sağlıklı kontrol grubu ile çalışılmıştır. OKB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karıştırıcı değişkenler olarak araştırma bulgularını etkilememesi için iki grupta yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, çalışma, daha önce çalışmış olma, çalışma süreleri, meslekleri, aylık gelirlerinin birbirine denk olması sağlanmıştır. OKB tanılı hastalar randomize şekilde, sağlıklı kontroller ise OKB tanılı hastalarla benzer sosyodemografik özelliklere göre çalışmaya atanmışlardır. Çalışmada her iki gruba Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Soru Listesi, Beck Anksiyete Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler sonucunda OKB tanılı hastaların, OKB belirtilerinin ve alt boyutları olan kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku, ruminasyon alanlarında sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek olduğu; OKB tanılı hastaların anksiyete düzeylerinin de sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Başa çıkma tarzlarına göre OKB tanılı hastaların çaresiz yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma tarzlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, buna karşın sağlıklı kontrollerin de kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzlarının OKB tanılı hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur. Her iki grupta boyun eğici yaklaşım tarzı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB hastalarının cinsiyet, yaş, medeni durum gibi demografik özellikleri karşılaştırıldığında OKB belirtileri, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tarzları arasında anlamlı fark bulamazken, 30 yaş üstündeki hastaların iyimser yaklaşım tarzlarının 30 yaş altındaki hastalardan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: obsesif kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete, stresle başa çıkma tarzları

SUMMARY

(Özkul, Hatice, Master of Sciences Thesis, 2018)

EXAMINATION OF THE ABILITY TO COPE WITH STRESS AND ANXIETY LEVELS OF INDIVIDUALS WHO HAVE OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER AND HEALTHY INDIVIDUALS

In this study, the differences between OCD symptom levels, anxiety levels and coping styles of healthy controls with OCD patients were discussed. For this purpose, 54 OCD patients and 54 healthy control groups were studied. Age, marital status, number of children, education, study, previous work, working time, profession, and monthly income were provided in order to prevent sociodemographic characteristics of OCD patients and healthy controls from influencing research findings as confounding variables. Patients diagnosed with OCD were randomly assigned to work according to similar sociodemographic characteristics with healthy controls assigned to OCD patients. The study included the Maudsley Obsessive Compulsive Symptoms Questionnaire, the Beck Anxiety Scale and the Coping Style Scale. As a result of the statistical analyzes applied to the collected data, it was found that the patients with OCD were significantly higher than the controls with OCD symptoms and sub-dimensions, control, cleanliness, slowness, anxiety levels of OCD patients were found to be significantly higher than healthy controls. When looking at coping styles, it was found that the ways of approaching the helpless approach and social support of the OCD patients were higher than the healthy controls, whereas the self-confident and optimistic approach styles of the healthy controls were higher than the OCD patients. There was no significant difference between the submissive approach styles in both groups. The comparison of OCD patients with demographic characteristics such as gender, age did not reveal any significant difference between the OCD symptom levels, anxiety levels and coping styles, while the optimistic approaches of the patients over the age of 30 was found to be significantly higher than the patients above the age of 30.

Key words: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive symptoms, anxiety, stress coping styles

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA LİSTESİ	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.2. PROBLEM CÜMLESİ.....	4
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER	4
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	6
1.5. SINIRLILIKLAR	7
1.6. SAYILTILAR	7
1.7. DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN TANIMLAR	8
1.7.1. Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Bozukluklar	8
1.7.2. Stresle Başa Çıkma Becerileri	10
İKİNCİ BÖLÜM	11
OBSESİF KOMPUSİF BOZUKLUK (OKB)	11
2.1. TANIM.....	11
2.2. TARİHÇE.....	11
2.3. OBSESİF KOMPUSİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ.....	13
2.3.1. ICD-10 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri:	13
2.3.2. DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri:	13
2.4. OBSESYON VE KOMPUSİYON ÇEŞİTLERİ	15
2.4.1. Obsesyon Alt Boyutları.....	15
2.4.1.1. Saldırganlık/Zarar Verme Obsesyonları	15
2.4.1.2. Kirlenme/Bulaşma Obsesyonları	16
2.4.1.3. Patolojik Şüphe/Kuşku Obsesyonları.....	17

2.4.1.4. Cinsel Obsesyonlar.....	17
2.4.1.5. Simetri/Düzen Obsesyonları	18
2.4.1.6. Somatik Obsesyonlar	18
2.4.1.7. Bütünsel Düşünce ve Batıl İnanç Obsesyonları	18
2.4.1.8. Dini Obsesyonlar.....	19
2.4.1.9. Biriktirme Obsesyonları	19
2.4.1.10. Diğer Obsesyonlar.....	19
2.4.2. Kompulsiyon Alt Boyutları.....	19
2.4.2.1. Kontrol Etme Kompulsiyonları.....	19
2.4.2.2. Yıkama /Temizleme Kompulsiyonları.....	20
2.4.2.3. Tekrarlama Kompulsiyonları	20
2.4.2.4. Sayma Kompulsiyonları.....	21
2.4.2.5. Sorma-Anlatma Kompulsiyonları	21
2.4.2.6. Simetri ve Düzen Kompulsiyonları.....	21
2.4.2.7. Biriktirme Kompulsiyonları	21
2.4.2.8. Diğer İnsanları İçeren Kompulsiyonlar.....	21
2.4.2.9. Diğer Kompulsiyonlar.....	22
2.5. EPİDEMİYOLOJİ.....	22
2.6. ETİYOLOJİ.....	22
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	24
ANKSİYETE	24
3.1. TANIM.....	24
3.2. TARİHÇE.....	25
3.3. ANKSİYETENİN/KAYGININ NEDENLERİ.....	26
3.4. ANKSİYETE/KAYGI BELİRTİLERİ	27
3.5. ANKSİYETENİN TÜRLERİ.....	27
3.5.1. Sürekli Anksiyete/Kaygı.....	28
3.5.2. Durumluk Anksiyete/Kaygı	28
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	29
STRES	29
4.1. TANIM.....	29
4.2. STRES KURAMLARI.....	30

4.2.1. Genel Uyum Sendromu Yaklaşımı	30
4.2.1.1. Alarm Tepkisi.....	30
4.2.1.2. Direnç Dönemi	30
4.2.1.3. Tükenme Dönemi.....	31
4.2.2. Etkileşim Kuramı	31
4.2.3. Psikanalitik Kurama Göre Stres.....	32
4.2.4. Davranışçı Yaklaşım Göre Stres	32
4.2.5. Varoluşçu Kurama Göre Stres	33
4.2.6. Kognitif Kurama Göre Stres	34
4.3. STRES YARATAN FAKTÖRLER.....	35
4.3.1. Dışsal-Çevresel Faktörler.....	35
4.3.2. İçsel-Psikolojik Faktörler.....	35
4.4. STRESİN BELİRTİLERİ.....	36
4.4.1. Fizyolojik (Bedensel) Belirtiler	36
4.4.2. Psikolojik Belirtiler	36
4.4.3. Davranışsal Belirtiler	37
4.5. STRESSE KARŞI VERİLEN TEPKİLER.....	37
4.6. STRESLE BAŞA ÇIKMA	37
4.6.1. Stresle Başa Çıkma Stratejileri	40
BEŞİNCİ BÖLÜM	41
YÖNTEM.....	41
5.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	41
5.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	41
5.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	41
5.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Soru Listesi.....	42
5.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	42
5.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	43
5.3. İŞLEM	45
5.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	45
ALTINCI BÖLÜM	46
BULGULAR.....	46

6.1. OKB TANILI HASTALARLA SAĞLIKLI KONTROLLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN DAĞILIMLAR	46
6.2. OKB TANILI HASTALARLA SAĞLIKLI KONTROLLERİN OKB BELİRTİLERİNİN, ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	49
6.3. OKB TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ BAKIMINDAN OKB BELİRTİLERİ, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	53
6.4. SAĞLIKLI KONTROLLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ BAKIMINDAN OKB BELİRTİLERİ, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	61
6.5. OKB TANILI HASTALARIN VE SAĞLIKLI KONTROLLERİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİ, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER	71
YEDİNCİ BÖLÜM	75
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	75
7.1. TARTIŞMA.....	75
7.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKÇA	80
EKLER.....	86
EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	86
EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	88
EK-3: MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER SORU LİSTESİ.....	89
EK-4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	91
EK-5: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ.....	92
EK-6: ANKET İZİN BELGESİ.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	95

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları.....	47
Tablo 2.	OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin eğitim ve çalışma durumlarına ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları	48
Tablo 3.	OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, t testi ve Mann Whitney U testi bulguları.....	50
Tablo 4.	OKB tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	53
Tablo 5.	OKB tanılı hastaların yaşlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları.....	54
Tablo 6.	OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	56
Tablo 7.	OKB tanılı hastaların çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	57
Tablo 8.	OKB tanılı hastaların eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	58
Tablo 9.	OKB tanılı hastaların çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	59
Tablo 10.	OKB tanılı hastaların aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Kruskal Wallis H testi bulguları	60
Tablo 11.	Sağlıklı kontrollerin cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları.....	61

Tablo 12.	Sağlıklı kontrollerin yaşlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	63
Tablo 13.	Sağlıklı kontrollerin medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	64
Tablo 14.	Sağlıklı kontrollerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	65
Tablo 15.	Sağlıklı kontrollerin eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	66
Tablo 16.	Sağlıklı kontrollerin çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları	67
Tablo 17.	Sağlıklı kontrollerin aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U testi bulguları	69
Tablo 18.	OKB tanılı hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman Korelasyon analizi bulguları	72
Tablo 19.	Sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman Korelasyon analizi bulguları	73

KISALTMA LİSTESİ

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Obsesyon terimi yanlış olduğu bilinmesine rağmen engellenemeyen, muhakeme ve mantıkla uzaklaştırılmayan, arzu edilmediği halde zihne gelen saplantılı fikirler şeklinde tanımlanmaktadır. Kompulsiyon terimi ise saplantılı düşüncüyü/obsesyonu zihinden uzaklaştırmak amacıyla yapılan irade dışı tekrarlayan hareketler olarak tanımlanmaktadır (Köknel, 1988). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise bireylerin akademik, iş ve sosyal hayatlarındaki işlevlerinde ciddi derecede bozulmalara yol açan rahatsızlık verici, benliğe yabancı, bunaltıcı ve tekrarlayıcı düşüncelerden (obsesyonlardan) ve bu rahatsızlık verici durumdan uzaklaşmak için yapılan tekrar eden davranış ve zihinsel eylemlerden (kompulsiyonlardan) meydana gelen psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri olan obsesyonlar ve kompulsiyonlar sağlıklı bireylerde de görülebilmektedir. Fakat sağlıklı bireylerde bu belirtiler daha çok kısa süreli oluşan, daha az benliğe yabancı olan, zihinden kolaylıkla uzaklaştırılabilen ve büyük bir sıkıntıya yol açmayan belirtiler olarak görülmektedir (Insel, 1990). Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireyler ve sağlıklı bireylerle ilgili obsesyonların ve kompulsiyonların araştırıldığı çalışmalarda hasta gruplarda sık ve şiddetli belirtiler görülmekte, sağlıklı grupta ise çok daha az yoğun ve rahatsız edici belirtiler görülmektedir. Ve iki grupta da obsesyon ve kompulsiyonların biçim ve anlam açısından benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kısacası sağlıklı bireylerde görülen bu obsesyon ve kompulsiyonların daha az dirençli olduğu ve zihinlerinden kolayca uzaklaştırabildikleri sonucuna varılmaktadır (Niler ve Beck 1987).

Anksiyete herhangi bir tehdit veya tehlike algısı uyandıran bir durum veya olay karşısında bireylerin davranışsal, fiziksel ve duygusal alanlarında kendiliğinden ortaya çıkan değişiklikler ve bu değişikliklerdeki öznel yaşantılar olarak adlandırılmaktadır. Anksiyete anında sergilenen korku ve stres tepkileri bireylerin durumun veya olayın zarar verici etkilerinden uzaklaşmasını veya başa çıkmasını sağlamaktadır. Anksiyete tepkileri bireylerin hayatlarında tehdit veya tehlike uyandırıcı bir durumla veya olayla karşılaştıklarında sergiledikleri aşırı endişe ve sıkıntı hali ve ölüm korkusu hissi gibi doğal tepkilerden oluşmaktadır. Ayrıca anksiyetenin kaynağı olarak genellikle bireylerin

davranış, düşünce ve duygularının benlik bütünlüğünü tehdidi sonucunda oluşan ruhsal ve duygusal çatışmalar olarak görülmektedir (Sürmeli, 1997).

Stres bireylerin belirli sıkıntı verici olaylara veya durumlara karşı verdikleri duygusal ve fiziksel tepkileri içermektedir. Stres yoğun yaşanmadığında bireyleri motive eden bir durum olduğu gibi yoğun yaşandığında bireylere sıkıntı, üzüntü veren ve bireylerde endişe uyandıran bir durum olarak görülmektedir. Stres her bireyin yaşamında her an karşısına çıkabilecek bir durum olarak görülmektedir. Kısacası stres hayatımızın her anında yer edindiği için stresten uzaklaşmak yerine bireylerin kendilerine özgü stres yaratan etkileri tanımlamalarının ve iyi yöneterek zarar verici etkilerine karşı baş etme yolları geliştirmenin önemi vurgulanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1993). Ayrıca bireyden bireye stres yaratan faktörler ve bu faktörlere verilen tepkiler değişim göstermektedir (Lazarus, 1998). Bireyler stres yaratan olaylar veya durumlar karşısında kendilerine özgü tepkiler vermektedirler. Bu kendilerine özgü tepki geliştirmeleri bireylerin kişilik özellikleri, yaşadıkları çevre koşulları gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler; yetiştirme şekilleri, güven algıları, benlik kavramları, kendilerini ve çevrelerini algılama biçimleri, davranış ve düşünce biçimleri ve kendilerini yönlendirme biçimleri gibi stres yaratıcı durumlara veya olaylara verilen tepkilere etki etmektedir. Ayrıca bireylerin yaşamlarındaki durumları veya olayları ne derecede kontrol edebilecekleri ile ilişkili algıları ve düşünce biçimleri strese karşı verecekleri tepkileri etkilemektedir. Ek olarak bireylerin çevreleri ile iletişim şekilleri ve biçimleri stresin fiziksel ve duygusal olarak algılanma biçimi de strese karşı verilecek tepkileri etkilemektedir (Tutar, 2011).

Bu çalışma psikiyatrik bozukluklardan obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireyler ve hiçbir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan sağlıklı bireyler arasında psikiyatrik bozukluklardan obsesif kompulsif bozukluğa sahip olmanın strese başa çıkma tarzları açısından farklılık yaratıp yaratmadığını incelemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca araştırmalara göre sağlıklı bireylerde de görülmesi muhtemel olan obsesyonların ve kompulsiyonların boyutunun/şiddetinin araştırmaya katılan hiçbir psikiyatrik tanı almayan sağlıklı bireylerde var olup olmadığını ve obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki obsesyonların ve kompulsiyonların şiddetini ölçmek amacıyla araştırmaya obsesif kompulsif bozukluk belirti düzeyleri incelenmiştir. Ek olarak her iki grupta da

obsesyonların ve kompulsiyonların şiddetine bağlı olarak yüksek düzeyde olması beklenen anksiyete düzeyleri de incelenmiştir.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin ve sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerilerinin ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasıdır. Bununla birlikte araştırmanın amaçları aşağıdaki gibidir:

1. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin karşılaştırılması
2. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması
3. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması
4. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin cinsiyeti ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması
5. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin yaş grupları ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması
6. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin medeni durumu ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması
7. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin çocuk sahibi olma durumu ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması
8. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin eğitim düzeyi ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması

9. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin aktif çalışma hayatında bulunmaları ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması
10. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin gelir düzeyi ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması

Araştırmanın amaçları olarak belirlenmiştir.

1.2. PROBLEM CÜMLESİ

Araştırmanın problem cümlesi aşağıdaki gibidir:

“Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin ve sağlıklı bireylerin obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri bakımından ne tür farklılıklar vardır?”

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER

Araştırmada cevaplanması hedeflenen araştırma soruları ve sorular çerçevesindeki hipotezler aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerde ve sağlıklı bireylerde obsesif kompulsif belirti görülme sıklığı arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 1: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerde obsesif kompulsif belirti görülme sıklığı sağlıklı bireylere göre daha fazladır.

Araştırma Sorusu 2: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireyler ile sağlıklı bireylerin anksiyete belirtileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 2: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerde anksiyete belirtileri sağlıklı bireylere göre daha fazladır.

Araştırma Sorusu 3: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 3: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireyler ile sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 4: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin cinsiyeti ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 4: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin cinsiyeti ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 5: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin yaş grupları ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 5: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin yaş grupları ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 6: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin medeni durumu ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 6: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin medeni durumu ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 7: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin çocuk sahibi olma durumu ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 7: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin çocuk sahibi olma durumu ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 8: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin eğitim düzeyi ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 8: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin eğitim düzeyi ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 9: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin aktif çalışma hayatında bulunmaları ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 9: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin aktif çalışma hayatında bulunmaları ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

Araştırma Sorusu 10: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin gelir düzeyi ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 10: Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı bireylerin gelir düzeyi ile obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete belirtileri ve stresle başa çıkma becerileri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırma daha önce obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve psikolojik değişkenlerin incelendiği çalışmalardan farklı olarak stresle başa çıkma becerilerinin araştırmaya değişken olarak dahil edilmesi sebebiyle örnek olma niteliği taşımaktadır. Literatürde bu alandaki diğer çalışmalar incelendiğinde, değişkenler arasında daha çok anksiyete belirtileri ile depresyon görülme sıklığının karşılaştırıldığı çalışmalar yer almaktadır. Ayrıca literatürde obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin zihin yapısının araştırıldığı nörolojik çalışmalar ve bu bozukluğa sahip bireylerin kişilik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalar yer almaktadır. Bu araştırma için belirlenen üç değişken, obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan ve sağlıklı bireylerin

obsesif kompulsif belirtileri ve anksiyete belirtileri ve iki grup arasındaki stresle başa çıkma becerileri bakımından farklılıklarının incelenmesi nedeniyle ileride yapılacak olan çalışmalara ışık tutacak niteliktedir.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın kısıtlı olduğu konuları incelediğimizde ise:

Araştırmanın örnekleme obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerden ve hiçbir psikiyatrik tanı almayan sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin örnekleme İstanbul'daki Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi'ne gelen ve burada obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hasta grubundan oluşmaktadır. Hiçbir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı bireylerin örnekleme ise rastgele seçilen İstanbul'da ikamet eden bireylerden oluşmaktadır. Sonuçların genellenebilirliği için Türkiye'deki diğer kliniklere gelen hasta gruplarının ele alınmaması, diğer şehirler, kentsel ve kırsal olarak farklı sosyoekonomik ve kültürel değişkenlerin söz konusu olduğu bölgelerden örneklem oluşturulmaması bir kısıtlılık olarak düşünülmektedir.

1.6. SAYILTILAR

1. Araştırmada katılımcıların veri toplama amacıyla yapılan ölçeklere içtenlikle ve doğru yanıt verdikleri varsayılmaktadır.
2. Araştırmada belirlenen değişkenlerin elde edilmesi ve değişkenler arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması için tercih edilen ölçme araçlarının verileri karşılaştırmada ve araştırmanın problem tanımlarını, hipotezlerini ve sorularını karşılayacak nitelikte olduğu varsayılmaktadır.
3. Araştırmanın veri toplama araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir.

1.7. DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN TANIMLAR

1.7.1. Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Bozukluklar

Anksiyete, bireylerin yaşamlarındaki stres ve üzüntüye neden olabilecek durumlar/olaylar karşısında gösterdikleri endişe/kaygı hali olarak adlandırılmaktadır. Bireylerin yaşamlarında stres veya üzüntüye neden olan durumların/olayların oluşturduğu endişe/kaygı halinin uzun süre devam etmesi hali anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin hissettiği endişe/kaygı ve korkunun sürekliliği, şiddeti ya da orantısızlığı psikiyatrik bozukluk olarak görülmektedir. Bireyin hissettiği endişe/kaygı halinin günlük yaşamına, okul ve iş başarısına, toplumsal yaşantısına etki edebilecek seviyede olduğunda ve yaşamındaki bu alanlarda karşı karşıya kaldığı zorluklarla başa çıkmasını zorlaştırdığında anksiyete bozukluğu durumunda olmasından söz edilebilmektedir. Bireylerin içinde olduğu durumlardan ve olaylardan kaçınma hali, endişe, stres ve korkunun ifadesi ve ayrıca başa çıkma yöntemi biçiminde görülen anksiyete bozuklukları çeşitleri arasında yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk, özgül fobi ve obsesif kompulsif bozukluk gibi bozukluklar yer almaktadır. Anksiyete bozukluklarının psikolojik, sosyal ve fiziksel belirtileri bireyden bireye değişiklik gösterebilmektedir. Anksiyete bozukluklarının belirtileri, en başta korku olmak üzere, gerginlik, baş dönmesi, mide bulantısı, konsantrasyon bozukluğu, terleme, kas gerginliği, kalp çarpıntısı ve nefes almada güçluktur (Sürmeli, 1997). Anksiyete bozukluklarının çeşitlerinden bazılarına aşağıda yer verilmektedir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Bireyin endişe yaratabilecek bir durumun dışında aniden, beklenmedik bir şekilde ve kötü bir şeyler yaşayacağına ilişkin hissettiği devamlı endişe hali olarak tanımlanmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu devamlı endişe hali sonucunda yaşam doyumunu giderek azalmakta ve günlük yaşamındaki işlevselliğinde de azalmalar görülmektedir (Işık, 2006).

Sosyal Fobi: Bireyin sosyal yaşantısında diğerleri tarafından izlendiğini ve değerlendirildiğini düşündüğü yerlerde hissettiği devamlı korku ve kaygı/endişe hali olarak tanımlanmaktadır. Bireyin yaşadığı endişe hali sonucunda sosyal iletişimden kaçınması, sosyal iletişimin olduğu ortamlara girmemesi, sosyal iletişim kurması gerektiği ortamlarda bulunması zorunlu olduğu durumlarda ise diğerlerinin alay edeceği

ya da kendisinin alay konusu olacak veya küçük düşeceği bir davranışta bulunacağı ihtimaline yönelik belirli düzeyde korku ve endişe duyması sosyal fobinin belirtileri arasında yer almaktadır (Tükel, 2000).

Özgül Fobi: Özgül bir durumun veya nesnenin varlığı veya nesne ya da durumla karşılaşma olasılığı veya beklentisiyle birlikte başlayan anlamsız, aşırı korku ve endişe hali olarak tanımlanmaktadır. Fobik uyararla karşılaşma durumunda bireyde aniden başlayan anksiyete tepkisi meydana gelmektedir. Bu tepki aynı zamanda panik atak halini de alabilmektedir. Birey korkusunun aşırı ve anlamsız olduğunu bilse bile yine de fobik uyararla karşı karşıya gelmemek için kaçınma davranışı sergilemektedir. Bireyin sergilediği kaçınma davranışları, korku veya kaygı beklentisi, bireyin günlük yaşamındaki işlerinin aksamasına, mesleki işlevselliğinin bozulmasına ve sosyal yaşantısının bozulmasına yol açmaktadır (Işık, 2006).

Panik Bozukluk: Bireyin yaşadığı kaygı ve korku halinin yüksek seviyede olması ve bireyin yaşadığı yoğun endişe nedeniyle karşılaştığı panik ataklar olarak tanımlanmaktadır. Panik bozukluğuna sahip bireylerde görülen fiziksel belirtiler panik atak sırasında, baş dönmesi, mide bulantısı, kusma, göğüs sıkışması, nefes alma güçlüğü, kontrolünü kaybetme hissi, titreme, kalp çarpıntısı, terleme ve ağız kuruluğu gibi belirtiler yer almaktadır (Tükel, 2000).

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Bireyin hissettiği yüksek seviyede endişe ve korkunun sonucunda tekrar eden ve istenmeyen düşüncelere ve bireyde telafi edici ve tekrarlayıcı davranışlara neden olan bir kaygı bozukluğu çeşidi olarak görülmektedir. Bireyin günlük yaşamında karşılaştığı durumlar ve olaylar sonucunda gerçekdışı ve takıntılı düşünceleri ritüel haline gelen ve tekrarlayan davranışlar sergilemesine yol açmaktadır. Örneğin temizlikle ilgili takıntılı düşünceleri olan bireylerin temizlik yapma ile ilgili davranışlar geliştirmesi ve bu davranışlarını hissettiği kaygıyı azaltmak için tekrar tekrar yapması durumu olarak örnek verilebilmektedir (American Anxiety Association, 2013).

1.7.2. Stresle Başı Çıkma Becerileri

Bireyler stresin yarattığı olumsuz etkileri en aza indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak için stresle başa çıkma yolları geliştirmektedirler. Bireyler stres yaratan herhangi bir olay veya durumla karşılaştıklarında, bireylerin kaynaklarını aşan, dışsal ve içsel tüm arzuların üstesinden gelebilmek için devamlı değişen davranışsal ve bilişsel çabalarını yani stresle başa çıkma tarzlarını kullanmaktadırlar. Bu araştırmada Lazarus ve Folkman'ın (1984) ortaya koyduğu stresle başa çıkma tarzları araştırılmıştır. Lazarus ve Folkman problem ve duygusal odaklı olarak iki farklı başa çıkma tarzını ele almaktadırlar. Problem odaklı başa çıkma, stresin ana kaynağına yönelir ve birey için stres oluşturan durumu ortadan kaldırmak amacıyla yaptığı plan ve edindiği bilgi doğrultusunda mantıksal analizi kapsamaktadır. Duygusal odaklı başa çıkma, birey istememesine rağmen karşısına çıkan bir durum veya olay sonrasında ortaya çıkan duyguları sona erdirme yöntemi olarak ele alınmaktadır (Aksaç, 2004).

İKİNCİ BÖLÜM

OBSESİF KOMPUSİF BOZUKLUK (OKB)

2.1. TANIM

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonları ve kompulsiyonları içeren psikolojik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Obsesyonlar (takıntılar), bireyde istemsiz olarak meydana gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirli bir kaygıya veya sıkıntıya yol açan yenileyici ve devamlı düşünce, dürtü ve düşlemler olarak tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar (zorlantılar) ise bireyin obsesyonlara (takıntılara) tepki için ortaya koyduğu, hissettiği kaygı veya sıkıntıdan korunma ya da en aza indirme, korktuğu durum ve olaydan kaçınmak için yaptığı yenileyici davranışlar (örneğin sıraya göre dizme, el yıkama, davranışı tekrar etme vb) veya düşünce eylemleri olarak tanımlanmaktadır (örneğin kelime tekrarı, sayı tekrarı vb). Fakat yapılan davranışlar veya düşünce eylemleri, kaçınmaya çalışılan veya etkisizleştirilmeye çalışılan durumlarla gerçeklik ilişkisi bulunmamakta ya da aşırı düzeyde ilişkisi bulunmaktadır (APA, 2013).

2.2. TARİHÇE

Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) belirtileri psikiyatri tarihinde yaklaşık olarak üç yüz yıldır bilinen ve tanımlanan ilk hastalıklardandır (Tükel vd., 2006). Ayrıca eski din kitapları incelendiğinde dinsel ve büyüsel törenlerde obsesyon ve kompulsiyonları hatırlatan obsesif kompulsif bozukluğun savunma düzeneklerine benzer davranış örnekleri görülebilmektedir. Ve birçok eski yazılı metinde obsesyon ve kompulsiyonları düşündüren örnekler bulunmaktadır. Örneğin OKB'nin ilk kurgusal temsili Shakespeare'in yazdığı Macbeth'tir. Kral Duncan, Lady Macbeth'in yönlendirmesi ile öldürülür ve daha sonra Lady Macbeth'te el yıkama hastalığı gelişmektedir. Lady Macbeth belki de suçluluk hissinden kurtulmak adına tekrar tekrar ellerini yıkamakta ve "Arabistan'daki tüm kokulu sabunları getirselers bile bu ellerin kirleri temizlenemez" demektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Orta Çağ'da ise obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin şeytan tarafından ele geçirildiği düşüncesi yaygın olarak görülmektedir. İlk başlarda şeytana esir olmak olarak bilinen OKB'nin tanımı psikiyatri literatüründe ilk

kez 1838’de Esquirol adındaki bir klinisyen tarafından yapılmıştır. Esquirol başka bireylere ve bazı belirli nesnelere dokunmaktan endişe duyan ve korkan bu nedenle bireylere ve nesnelere temastan mümkün olabildiğince kaçınan ayrıca yaptığı davranışların acayip, tuhaf olduğunun ve kaygılarının orantısız olduğunun farkında olmasına rağmen göz ardı edemeyen bir vakasını anlatmaktadır. Bireyin endişe verici davranış ve korkularının bir hastalıkla ilgili olabileceğinin farkında olması nedeniyle Esquirol bu durumu “monomanie sans délire” (delilik içermeyen monomani) ismiyle tanımlamaktadır (Tükel vd., 2006). Obsesyon teriminin ilk kullanımı ise 1866’da Marel tarafından yapılmaktadır. 1875 yılında Du Jalle ise hastalığı “içgörülü delilik” olarak tanımlamakta ve 27 vakalık bir hasta serisi yayınlamaktadır (Işık ve Şener, 2007). İlk yıllarda depresyon veya melankolinin bir belirtisi olarak görülmektedir fakat yirminci yüzyılın başlarında ayrı bir klinik sendrom olarak görülmektedir (Tükel vd., 2006). İlk kez 1878 yılında Carl Westphal OKB belirtilerini depresyon belirtilerinden ayırt etmektedir. Westphal bireyin isteği dışında bazı düşüncelerinin bilince çıktığını, bireyin bu düşüncelerin kendisine yabancı ve anlamsız olduğunu bildiğini, fakat bu düşünceleri durduramadığını ve bu düşüncelerin normal düşünce akışını bozduğunu, genellikle de bu düşüncelerin önceki düşünce akışıyla bağlantılı olmadığını belirtmektedir. 20. yüzyılda Janet bozukluğu “psikastenî” olarak ele almıştır ve davranışsal tekniklerle ritüellerin tedavi edilebileceğinden bahsetmektedir. Freud ise hastalığın psikodinamik temellerini oluşturmaktadır. OKB klasik psikanalitik kurama göre “obsesif kompulsif nevroz” olarak isimlendirilmekte ve bireyin psikoseksüel gelişim evrelerinden ödipal dönemden anal döneme gerilemesi olarak açıklanmaktadır. Öğrenme kuramları da bozukluğun nevroz etiyojisine ve tedavi yöntemlerine katkıda bulunmaktadır (Işık ve Şener, 2007). OKB tedavisinde ilk aşama 1967 yılında klorpraminin bulunuşu ve ilacın antiobsesyonel özelliğinin keşfedilmesi ile gerçekleşmektedir. Daha sonra ise bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin tedavideki özgün etkinliği bulunmaktadır. Ayrıca ABD’de yapılan Epidemiyolojik Alan çalışmaları bozukluğun sanılanın aksine çok daha fazla yaygın olduğunu göstermekte ve bu alandaki çalışmaların arttırılmasını sağlamaktadır. Böylece çalışma bozukluğun daha iyi araştırılmasına ve tedavi tekniklerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Işık vd., 2008). Obsesif kompulsif bozukluğun tanı sınıflandırması ise DSM-IV-TR’de obsesif kompulsif bozukluk anksiyete bozuklukları içinde ele alınmaktadır (APA, 2000). Dünya Sağlık Örgütünün sınıflandırmasına göre ise OKB,

nevrotik strese bağı ve somatoform bozukluklar başlığı altında değerlendirilmektedir (Öztürk ve Ulu, 1992). 2013'te yayınlanan DSM-V'de OKB anksiyete bozuklukları başlığı altından çıkartılıp obsesif-kompulsif bozukluk (takıntı-zorlantı bozukluğu) ve ilişkili bozukluklar başlığı içerisinde ele alınmaktadır (APA, 2013).

2.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ

2.3.1. ICD-10 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri:

1. İnsanın kendi dürtüleri ya da düşünceleri olarak tanımlansa da ego-distonik özellik gösterir. Yani kişi bu düşünceleri ve dürtüleri mantıksız ve anormal bulmaktadır.
2. İnsanın birden fazla karşı duramadığı düşünceleri olsa bile en az bir tanesine karşı koymakta başarısızlık yaşaması gerekmektedir.
3. Düşünce veya davranış zevk verici olmamalıdır (anksiyetenin veya gerilimin azalması zevk olarak değerlendirilemez).
4. İmaj, dürtü ya da düşünce rahatsızlık verecek biçimde tekrarlayıcı olmalıdır.

Bunlar depresyonda görülen “ruminasyonlarla” karıştırılmamalıdır. Zira depresyon OKB'ye en fazla komorbidite gösteren rahatsızlıktır (Dünya Sağlık Örgütü, 1993).

2.3.2. DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri:

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 düşlemler.
2. Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine 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) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
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; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör 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.

Varsa belirtiniz:

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

2.4. OBSESYON VE KOMPULSİYON ÇEŞİTLERİ

Obsesyon ve kompulsiyon semptomlarının bireyden bireye göre değişen birçok farklı boyutu olduğu varsayılmaktadır. Örneğin saldırganlık, cinsel, bulaşma, kirlenme, biriktirme, simetri-düzen, dini, somatik obsesyonlar ve kontrol etme, temizleme-yıkama, biriktirme, sıralama-düzenleme, sayma kompulsiyonları ve tekrarlayıcı törensel davranışlar olarak görülebilmektedir. Klinik gözlemlerde bu semptomların bireylerde birden fazla bir arada görülebildiği gibi bazen de yer değiştirdikleri görülebilmektedir. Örneğin bir birey uzun dönem saldırganlık obsesyonuna sahipken, bunun sona erip yerine temizlik veya cinsel obsesyon gibi farklı bir obsesyon türü geçebilmektedir (Koyuncu, 2012).

2.4.1. Obsesyon Alt Boyutları

2.4.1.1. Saldırganlık/Zarar Verme Obsesyonları

Bu obsesyonlar genellikle kendisine veya sevdiği bir kişiye yönelik yaralama, öldürme gibi dehşet verici eylemlerde bulunduğu yönelik zihinsel görüntüler veya masum kişilere isteksiz de olsa zarar vereceğine yönelik düşünceleri içermektedir (Purdon ve Clark, 2016).

Zarar görme veya verme obsesyonuna sahip olan bireyler makas, bıçak gibi sivri, kesici nesnelere ve sevdikleri bireylerle yalnız olmaktan kaçınırlar çünkü kendilerine veya sevdiklerine zarar vermektan korkmaktadırlar. Örneğin bireylerin engelleyemediği bu zarar görme veya verme düşünceleri kendisini veya başkalarını arabaların önüne atma veya camdan aşağıya itme gibi düşüncelerdir. Saldırganlık obsesyonlarının içeriği genellikle fiziksel şiddet, öldürme, yaralama gibi düşüncelerden oluşmaktadır (Tükel, 2000). Bireyler genellikle dehşet verici bir eylemde bulunma korkusu ve kaygısı yaşarlar. Bu eylem çoğu zaman kendilerine ya da çoğunlukla sevdikleri birini öldürmeye yönelik

düşünce planı şeklinde olabilmektedir. Örneğin yüksek bir yerden aşağıya itme, defalarca bıçaklama gibi. Bu bireylerde arzudan çok “ya kontrolümü/denetimimi kaybedersem/yitirirsem ve böyle bir eylemi gerçekleştirirsem” kaygısı ve korkusu olarak görülmektedir. Örneğin bir kadın çocuğunu balkondan aşağıya atma kaygısı yaşamaktadır, bir diğeri eşini uykudayken boğmaktan korkmaktadır, bir diğeri camdan aşağıya attığı bir portakal kabuğu yüzünden birisinin kayıp düşerek ölmesine neden olmasından korkmaktadır ve bu örneklerdeki bireyler yenemedikleri bu korkular nedeniyle aşırı endişe duymaktadırlar (Geçtan, 2013). Bu zarar verme obsesyonları düşünsel olmalarına rağmen bireylerce eyleme eş değer görülmektedir. Bu nedenle herhangi bir zarar verme düşüncesi geldiğinde bireyler çeşitli kompulsiyonlarla kendilerini bu düşüncelerden uzak tutmaya çalışmaktadırlar (Koyuncu, 2012).

2.4.1.2. Kirlenme/Bulaşma Obsesyonları

Toplumda yaygın görülen obsesyon alt tipi olarak görülmektedir. Bu obsesyonlara sahip bireyler genellikle tuvalete girdiklerinde üstlerine idrar sıçramış gibi hissetmekte ve düşünmektedirler. Ayrıca bu bireyler el sıkışınca, kapı kollarına dokununca veya para gibi nesnelere temas ettiklerinde spermin, dışkıının veya idrarın bulaşabileceğini düşünmektedirler (Tükel, 2000). Bireyler algıladıkları ve düşündükleri bu kirliliğin bulaşacağı ile ilgili düşüncelerinden dolayı yoğun kaygı ve korku yaşamaktadırlar. Bu nedenle bireylerde pislik ya da kirlilik gibi obsesyonlarının içeriği ile ilişkili kaçınma davranışları yer almaktadır (Koroğlu, 1995). Bu düşünceler bireylerin diğer kişilerle yakın temas kurmaktan ve eşyalara dokunmaktan kaçınmalarına neden olmaktadır. Bu obsesyona sahip bireyler ellerinin ya da bedenlerinin kirli olduğu ile ilgili takıntılı düşüncelere sahip olmaktadır. Bu nedenle sıklıkla bu obsesyona temizleme, yıkama kompulsiyonları eşlik etmektedir. Ayrıca bu bireyler çevre kirliliği konusunda fazla endişelidirler, evde gezen böceklerin kirlilik/pislik taşıdığını ve bulaştıracağını düşünürler ve ayrıca atık maddelerinden, yapışkan maddelerden tedirgin olabilmektedirler (Şahin, 1998). Genel olarak kirlenme endişesi ve korkusu pislikle temas ettiği düşünülen ve temiz olmadığı varsayılan uyaranlarla ilgili olduğu görülmektedir. Bireyler kirli gördükleri nesnelere karşılaşmamak adına anlamsız ve aşırı kontrol davranışları sergilemektedirler. Bu kontrol davranışları önlenemediğinde temizleme ya da el yıkama davranışları bir ritüel haline gelebilmektedir. Yıkama ve temizleme

davranışlarının şiddeti algılanan tehlikenin boyutuyla orantılı olarak görülmektedir (McKay ve Robins, 2008).

2.4.1.3. Patolojik Şüphe/Kuşku Obsesyonları

Bu obsesyonlar bireylerde bir eylemi yapıp yapmadığından emin olamama şeklinde görülmektedir (Tükel, 2000). Örneğin bu obsesyona sahip bireyler fişi çektiğinden, kapıyı kilitletiğinden veya ütüyu prizden çektiğinden emin olamama durumu yaşamaktadırlar. Genellikle eylemin hemen arkasından kontrol etme kompulsiyonları gösterirler ve bu tekrar tekrar kontrol etme şeklinde görülmektedir (Şahin, 1998). Düşünce akışında kararsızlık ve duraksama olduğunda yaşanan düşünce karışıklığında, bireyin düşünceleri bir türlü karara ulaşamamaktadır ve iki seçenek arasında defalarca gidip gelmektedir. Bu düşünceler gerçek anlamda düşünceler değildir ve amaçlı düşüncenin ortadan kaldırılmasına neden olmaktadır. Kararsızlığa bir inanç, gözlem, öneri ya da bir anı neden olabilmektedir. Zaman zaman da bir konudan başka bir konuya atlamalar olabilmektedir. Bireylerin yoğun kuşkularının ve kararsızlıklarının büyüklüğü gözle görülür gerçekliğe dahi inanmalarını zorlaştırmaktadır. Bu durum bireylerin sosyal hayattaki işlevselliklerini ve aile hayatlarını bozabilmektedir (Geçtan, 2013).

2.4.1.4. Cinsel Obsesyonlar

Bu obsesyonlar içerik olarak ele alındığında genellikle birey tarafından utanç yaratan ve kabul etmesi olanaksız, istenmeyen cinsel içerikli davranışlarda bulunma endişesinden oluşmaktadır (Tükel, 2000). Bu bireyler sapıklık denilebilecek nitelikte cinsel içeriği olan düşünceler, dürtüler ya da görüntüler hayal edebilmektedirler. Ayrıca bu bireylerin zihinlerinde uygunsuz insanlarla ilişkili erotik görüntüler de belirebilmektedir. Örneğin bireyler ebeveynleriyle veya çocuklarıyla cinsel ilişki içinde olduğu gibi zihinlerinde düşünceler belirebilmektedir veya zihinsel imgeler gelebilmektedir. Ek olarak kendi cinsleriyle de ilgili cinsel içerikli düşüncelerde zihinlerinde belirebilmektedir, bu da bireylerde eşcinsel olma korkusu ve endişesi yaratmaktadır (Koyuncu, 2012). Cinsel içerikli bu korkutucu düşünceler bazen genç bir kızın “ya yolumu değiştirirsem, genel eve gidersem, orada çalışmaya başlarsam” gibi korkular duymasına neden olabilmektedir. Bu bireyler yapmaktan aşırı kaygı duydukları

ve korktukları bu eylemleri yapmayacaklarına dair güvence arayışında bulunmaktadır. Kaygı ve korku uyandırıcı istenmeyen bu düşüncelerden, dürtülerden veya imgelerden emin olmak için etraflarındaki insanlara sormaktadırlar veya anlatmaktadırlar. Cinsel obsesyonlara sıklıkla sorma-anlatma kompulsiyonları eşlik etmektedir (Geçtan, 2013).

2.4.1.5. Simetri/Düzen Obsesyonları

Bu obsesyona sahip bireyler olayların veya nesnelerin belirli bir düzen ya da konum içinde olmasını istemektedirler (Tükel, 2000). Ayrıca bu bireylerin eşyaları tam bir simetrik düzen içinde olması gerekmektedir. Örneğin bu bireyler kişisel eşyalarının düzenli ve simetrik olmamasından, pantolonlarının veya gömleklerinin ütüsünün jilet gibi olmamasından dolayı yoğun huzursuzluk hissetmektedirler (Şahin, 1998). Bu bireyler genellikle günlerinin büyük bir bölümünü simetri ve düzen kurmak için ve kurdukları simetri ve düzeni korumak için harcamaktadırlar. Bu da büyük ölçüde sosyal hayattaki işlevselliklerinin azalmasına neden olmaktadır (Koyuncu, 2012).

2.4.1.6. Somatik Obsesyonlar

Bedensel obsesyonlar içinde en sık görülen tür hastalık kapma obsesyonu olarak görülmektedir. Bu obsesyona sahip hastalar en ufak bir rahatsızlığı bile bir felaket gibi algılamaktadırlar. Kendilerine bulaşabileceğini varsaydıkları her türlü hastalıktan çeşitli önlemlerle korunmaya çalışmaktadırlar (Koyuncu, 2012). Bu bireyler genellikle ölümcül hastalıklara yakalanma korkusu içindedirler ve yaşadıkları bu obsesyonlar genellikle kuduz, kanser, AIDS gibi hayati tehlikesi olan bir hastalığa yakalanma korkusu şeklinde görülmektedir (Şahin, 1998). Sürekli olarak bu hastalıklara yakalanma korkusu içinde olmaları nedeniyle korunmak amacıyla türlü kompulsiyonlar geliştirmektedirler. Örneğin güvence arama ve kontrol etme ritüelleri görülmektedir (Koyuncu, 2012).

2.4.1.7. Büyüsel Düşünce ve Batıl İnanç Obsesyonları

Bu tarz obsesyonlarda kişi aklına gelecek kötü şeylerin gerçekleşmesinden korkmaktadır. Bu nedenle çeşitli kompulsiyonlar geliştirmektedirler. Örneğin nazar değmemesi veya başlarına bir felaket gelmemesi için belirledikleri ve zorunlu hissettikleri duaların hepsini okumaları gibi (Tükel, 2000).

2.4.1.8. Dini Obsesyonlar

Dini obsesyonlar sıklıkla dindar bireylerde günah olarak görülen düşüncelerin akla gelmesi ve bunların rahatsızlık verici düzeyde kaygı ve korku uyandırması şeklinde görülmektedir. Bireylerde dinen günah olan şeyleri yapma arzusuna karşı gelememe korkusundan kaynaklanmaktadır. Ayrıca var olduğunu düşünseler ve inansalar bile Allah var mı, yok mu? tarzında sorular zihinlerini meşgul edebilmekte ve bireylerde kaygı ve korku yaratabilmektedir (Tükel, 2000). Bu obsesyonlar genellikle yineleme, yıkama kompulsiyonları ile bir arada görülmektedir (Sayar vd., 1999).

2.4.1.9. Biriktirme Obsesyonları

Biriktirme obsesyonlarının klinik tabloya hakimiyeti az olmasına rağmen yaygın bir belirti olarak görülmektedir. Genellikle biriktirme sonucunda bireylerin evleri ya da iş yerleri gereksiz şeylerle dolar ve işlevsiz hale gelmesine neden olmaktadır. Profesyonel yardım arayışı da tam bu esnada gerçekleşir ya da çevresindeki bireylerin şikâyeti üzerine gerçekleşmektedir (Şahin, 1998).

2.4.1.10. Diğer Obsesyonlar

Bu obsesyonların içeriğinde hatırlama ya da bilme ihtiyacı, kaybetme korkusu, belirli şeyleri söyleme ve doğru şeyleri söylememe korkusu yer almaktadır. Bu obsesyonlar istenmeyen görüntüler içermektedir fakat bu görüntülerin dehşet verici içeriği bulunmamaktadır. Örnek olarak anlamsız sesler, müzik veya kelimeler duyma, uğurlu/uğursuz sayılar, batıl inançlar ve özel anlamlı renkler, sayılar gibi obsesyonlardır (Karamustafalıoğlu vd, 1993).

2.4.2. Kompulsiyon Alt Boyutları

2.4.2.1. Kontrol Etme Kompulsiyonları

Sık görülen kompulsiyonlar arasında görülmektedir. Emin olamama, kararsızlık, kuşku, mükemmeliyetçilik tarzındaki düşüncelerle yakından ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Bu kompulsiyonlar genellikle güvenliği sağlama amacıyla oluşmaktadır. Bireylerde felaket yaşanacağı kaygısının ve korkusunun şiddetine ilişkin kendisini veya sahip olduklarını veya başkalarını korumak için tekrarlayıcı kontrol etme

davranışları görülebilmektedir (Rosqvist ve Norling, 2008). Örneğin birey evden çıktıktan sonra kapıyı kapatıp kapatmadığını kontrol etmek için birçok kez eve geri döner. Ya da fişi çekip çekmediğinden emin olmak isteyen birey birçok kez tekrarlayan davranışlar gösterebilmektedir (Tan, 2016). Genellikle de bireyler evden uzaklaştıklarında ütüyu prizden çekip çekmedikleri veya hava gazı musluğunu kapatıp kapatmadıkları ile ilgili kararsızlık içine girmektedirler. Yaşadıkları kararsızlıkları gidermek için eve geri dönseler bile evden uzaklaştıklarında yine aynı kararsızlığı yaşamaktadırlar. Tam anlamıyla emin olabilmek için bu işlemi birçok kez tekrar etmektedirler. Bu kompulsiyonlar evden ayrılmadan evin bütün ışıklarını, elektronik ev aletlerini ve kilitleri en az üç kere kontrol etme gibi hafif düzeyde de olabileceği gibi, araba ile kavşaktan geçerken birisine çarpmış olabileceğini düşünüp, kavşağı birçok kez kontrol etme gibi ağır düzeyde de olabilmektedir (Geçtan, 2013).

2.4.2.2. Yıkama /Temizleme Kompulsiyonları

Birey kendisini, çevresini veya eşyalarını pis ve kirli hissetmesiyle baş etmeye çalışmaktadır. Bunlar tekrarlayan davranışlar şeklinde görülmektedir. Örneğin tekrar tekrar el yıkama, birkaç kez gıdaları yıkama, banyo yapma, devamlı eşyaları ve evi temizleme, saatlerce çamaşırları ve bulaşıkları yıkama gibi tekrarlayan davranışlar olarak görülmektedir (Tan, 2016). Örneğin otuz yaşındaki bir kadın banyoda dokuz saat boyunca kalmış ve vücudu, elleri tamamen pembeleşmiş ve tahriş olmuştur. Genellikle bireylerde yıkama ritüelleri bireylerin en az 15-20 dakikasını almaktadır. Ayrıca temiz olma hissi için bireyler kendilerini kanatacak derecede uzun ve çoğunlukla türlü dezenfekte edici ilaç kullanımıyla yıkama davranışları sergilemektedirler (Geçtan, 2013).

2.4.2.3. Tekrarlama Kompulsiyonları

Bireyler bazı davranışlarını belirli bir sayıda ya da tarzda tekrar tekrar yinelemektedirler. Bireyler tekrarlanan bu törensel davranışların yapılıp yapılmadığından emin olamadığında emin olana kadar davranışı yapmayı sürdürmektedirler. Örneğin rutin hareketleri tekrar etme, tekrar tekrar okuma, yazma şeklinde görülebilmektedir (Tükel, 2000).

2.4.2.4. Sayma Kompulsiyonları

Bireyler yoldan geçen araçları sayma, apartman katlarını veya otomobil plakalarını sayma, gömleklerinin düğmelerini sayma gibi kompulsiyonlar sergilemektedirler. Bu tarz kompulsiyonlar zihinsel kompulsiyonlar içerisinde yer almaktadır (Tükel, 2000).

2.4.2.5. Sorma-Anlatma Kompulsiyonları

“Ne söyledin tekrar söyle?”, “Ben sana hiç para verdim mi?” gibi zihinlerinde tekrar eden sorular sorma-anlatma kompulsiyonlarını içermektedir (Tan, 2016).

2.4.2.6. Simetri ve Düzen Kompulsiyonları

Bireyler genellikle simetri veya denge sağlamak amacıyla eşyalarını belirli bir düzen içerisinde tutmaya gayret göstermektedirler. Duvarda hafif eğri asılı olan resmi düzeltme, paralarını Atatürk portresi en üstte olacak biçimde dizme veya yürürken yerdeki çizgilere basmama gibi davranışlar örnek olarak verilebilmektedir (Tan, 2016).

2.4.2.7. Biriktirme Kompulsiyonları

Bireyler belirli şeyleri ihtiyaçları olmadığı halde satın alırlar veya dışarıdan toplarlar ve sahip oldukları hiçbir şeyi atamamaktadırlar. Sürekli olarak ihtiyaçtan fazlasını ellerinde bulundurmaktadırlar. Neredeyse evlerini çöp eve dönüştürecek biçimde eşyalarını biriktirebilmektedirler, bu aynı zamanda iş yerleri içinde geçerli olabilmektedir (Tan, 2016).

2.4.2.8. Diğer İnsanları İçeren Kompulsiyonlar

Bireyler ailelerinden kendi ritüellerine katılmalarını isterler ya da yaptıkları ritüellerden emin olmak adına onlara sürekli aynı sorunun cevabına ulaşmak için tekrar tekrar aynı soruyu sormaktadırlar. Temizlik kompulsiyonlarında da bireyler belirli davranışları yapmaları için ailelerini sürekli yardıma zorlama eğilimi göstermektedirler (Tan, 2016).

2.4.2.9. Diğer Kompulsiyonlar

Bu kompulsiyonlar arasında zihinsel törenler (sayma ve kontrol etme dışında), doğruyu söyleme, itiraf etme ihtiyacı, soru sorma, dokunma, ovalama ya da vurma ihtiyacı, gözlerini dikme ya da göz kırpma davranışları ya da törensel hale getirilmiş yemek yeme alışkanlıkları bulunmaktadır. Dokunma kompulsiyonları, bireylerin kendilerini belirli nesnelere dokunmak zorunda olduğunu hissetmesine neden olan kompulsiyonlar olarak görülmektedir. Ek olarak birçok bireyin kültürel yapılarından kaynaklı batıl inançları da bulunmaktadır. Örneğin kapıdan sağ ayakla çıkmak, kara kedi görünce siyaha dokunmak veya merdiven altından geçmemek gibi (Tükel, 2000).

2.5. EPİDEMİYOLOJİ

Obsesif kompulsif bozukluk ilk tanımlandığı zamanlarda nadir görülen bir psikoloji bozukluk olarak düşünülmekteydi fakat 80'li yıllarda yapılan toplum temelli çalışmalarla sık gözlenen bir bozukluk olduğu görülmektedir. Yapılan farklı kültürlerdeki epidemiyolojik çalışmalarda bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranının % 0,7 - 3,2 arasında değiştiği ve oranların genel olarak birbirleri ile tutarlı olduğu görülmektedir. Türkiye'deki toplum temelli yapılan çalışmalarda 12 aylık OKB yaygınlık oranı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda %0.5 olarak saptanmıştır ve ayrıca Çilli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise %3 olarak saptanmaktadır (Horwath vd., 2011). Bozukluğun farklı kültürlerde de değişmeyen temel özellikleri; kadınlarda daha sık görülmesi, başlangıcının erken yaşlarda olması, türlü obsesyon ve kompulsiyonların klinik tabloya birlikte hâkim olması olarak görülmektedir. Obsesyon tiplerinin görülme sıklığı ise çoğunlukla kültürden kültüre göre değişiklik göstermektedir. Farklı kültürlere göre değişim göstermeyen benzer epidemiyolojik çalışmalardaki verilere göre OKB patofizyolojisinin kültürel farklılıklardan ziyade ortak nörobiyolojide saklı olduğunu işaret edilmektedir (Pallanti, 2008).

2.6. ETİYOLOJİ

Obsesif kompulsif bozukluğun etiyolojisi tam anlamda bilinmeyen heterojen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Hanna vd., 2005). Yapılan çalışmalar sonucunda bozukluğun oluşumunda genetik faktörlerin etkinliğinin bulunduğu görülmektedir. Bu

sonuç yapılan ikiz araştırmalarıyla ve OKB hastalarının birinci dereceden yakın akrabalarıyla yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Tek ve çift yumurta ikizleri ile yapılan araştırmalarda, OKB açısından eş rahatsızlığa sahip olma oranı tek yumurta ikizlerinde %67, çift yumurta ikizlerinde ise %31 olarak saptanmaktadır. Ailelerle yapılan araştırmalarda ise obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastaların birinci derece yakın akrabalarına bu bozukluğun etki etme oranının yüksek olduğu saptanmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğun oluşmasında genetik faktörler güçlü rol oynasa da ayrıca yapılan araştırmalarda çevresel faktörlerinde etkili olduğu görülmektedir (Waters ve Barrett, 2000). Kognitif-davranışçı modele göre ikiz çocuklar ile yapılan çalışmalarda ikizlerin ortak paylaştıkları sosyal çevrenin (rneğin ebeveyn tutumunun) obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının oluşumunda etkili bir rolü olduğu görülmektedir (Taylor, 2011). Bir gözden geçirme çalışmasında obsesif kompulsif bozukluğa sahip ocuk ve ergenlerle aile faktörü ilişkisi incelenmektedir. Çalışma sonuçlarına göre bozukluğun gelişmesinde ve sürmesinde ailenin model alınması, duyguların fazlaca ifade edilebildiği ortamda yetişme, ebeveyn tutumları ve ailelerin çocuklarının semptomlarına katılması gibi aile bağlamaları büyük risk faktörleri olarak görülmektedir (Waters ve Barrett, 2000). alışmalar ocuklarda gözlenen OKB ile aile işlevselliğinin bozulması (rneğin ailenin kaygı ve depresyon semptomlarına sahip olması veya ailelerin semptomlara katılması veya ailede yoğun stres ve gerginliğin bulunması veya ailedeki yoğun suçluluk ve korku duyguları) arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir (Murphy ve Flessner, 2015). Ek olarak obsesif kompulsif bozukluğun her bir semptom alt boyutunun oluşmasında genetik ve çevresel faktörlerin ortak rol oynadığı görülmektedir. Sonuç olarak obsesif kompulsif bozukluk semptomların ve biriktirmenin yüksek düzeyde kalıtımsal olduğu görülmektedir. Ayrıca OKB oluşumunda genetik faktörlere ek olarak evreninde özellikle ebeveynlerin özellikleri ve yetiştirme tutumlarının da önemli bir rol aldığı görülmektedir (Mathews vd., 2007).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANKSİYETE

3.1. TANIM

Anksiyete/kaygı gerçek tehdit durumuyla ilişkili olmayan, normalin dışında yaşanan ve bedensel belirtilerinde (örneğin artan kalp atışı, hızlı soluk alıp verme, titreme gibi) eşlik ettiği sebepsiz yere korku ve tedirginlik hali içinde bulunma olarak tanımlanmaktadır. Korku haliyse kaynağı belli dışarıdan gelebilecek gerçek bir tehlike anında bedensel ve ruhsal olarak verilen tepkilerin tamamı olarak adlandırılmaktadır (Barlow ve David, 2002). Belirli gerçek bir tehlike anında bireyler şiddetli korku duygularıyla birlikte fiziksel tepkilerde (örneğin kaçma gibi) sergilemektedirler. Anksiyete/kaygı anında bireyler kötü bir şeyler olacaktıymış gibi nedensiz aşırı bir endişe hali göstermektedirler. Anksiyete/kaygı, nedeni belirsiz içsel bir tehlike veya tehdit algısı durumunda sergilenen psikolojik bir tepkidir ve aynı zamanda anksiyete/kaygı anında bireylerde yoğun ve aniden beliren fiziksel belirtiler (örneğin kas kasılması, çarpıntı, nefes almada güçlük gibi) gözlemlenmektedir. Anksiyete/kaygı durumu hafif gerginlik ve tedirginlik şeklinde görülebileceği gibi panik nöbetleri şeklinde de görülebilmektedir (Şenol, 2007). Bireyler yaşadıkları aşırı anksiyete/kaygı duygudurumu nedeniyle gelecekte de yaşanabilecek olumsuz, anksiyete/kaygı uyandırabilecek durumlara karşı hazır bulunmaları gerektiği düşüncesini geliştirmektedirler. Anksiyete/kaygı ve korku arasındaki ayırım gelecekte gerçekleşebilecek veya şimdiki zamanda gerçekleşen tehlike algısı ile yapılmaktadır. Ayrıca anksiyete/kaygının normal seviyede hissedildiğinde bireyleri uyarıcı, motive edici ve koruyucu işlevleri bulunmaktadır. Bu sayede bireylerin zor durumlarla karşılaşmalarına veya zor durumlarda özellikle stres anında stresle başa çıkabilme becerilerini veya problem çözebilmeye becerilerini kullanmalarını sağlamaktadır. Hissedilen anksiyetenin/kaygının bir bozukluk olduğuna karar vermek için, uyarının şiddeti ile hissedilen anksiyetenin/kaygının orantısız olması, zamanla azalmaması, sabit kalması veya şiddetinin giderek artması, klinik tabloya genel olarak fiziksel belirtilerin hakimiyeti, yaşanan anksiyeteye/kaygıya bireylerin katlanamaması ve işlevselliklerinin bozulması gerekmektedir. Anksiyete/kaygı bozukluğu bireylerin ailevi ve iş yaşantılarına etki eder ve bireylerin kişilerarası ilişkilerinin bozulmasına sebep olur ve gün içerisinde

sıklıkla ortaya çıkması, günün büyük bir bölümünü kapsamaması nedeniyle bireylerin bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz hale gelmektedir. Fiziksel belirtilere ek olarak bireylerde aşırı huzursuzluk, tedirginlik, gerginlik, daralma, sıkıntı, çabuk bıkmama ve yorulma, konsantrasyon güçlüğü, çabuk ve kolay irkilme ve sürekli tetikte olma hali gözlenmektedir. Anksiyetede/kaygıda yaşanabilecek psikosomatik tepkiler içinde baş dönmesi ve ağrısı, ağız kuruluğu, kulak çınlaması, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, kas ağrıları ve güçsüzlüğü, mide-bağırsak yakınmaları ve yorgunluk görülebilmektedir (Barlow ve David, 2002).

3.2. TARİHÇE

Anksiyete bozukluğu bilimsel yayınlara ilk olarak “nevroz” kelimesinin tanımı ile birlikte girmiştir. 19. yüzyılın başlarında Kretshner, Kraepelin ve Bleuler nevroz bozukluklarını psikoz bozuklukları grubunun en küçük hali olarak varsaymaktadırlar. Pinel ise bu nevroz bozukluklarını “moral bozuklukları” olarak tanımlamaktadır. Freud de nevroz bozukluklarını psikoanalitik teoriyle açıklamaktadır. Freud bireylerdeki ruhsal belirtilerin altında yatan bazı psikolojik düzeneklerin olduğunu varsaymaktadır. Ve Freud’un nevrozlar ile ilgili bu çalışmaları ile ruhsal bozukluklar hakkında daha iyi açıklamalar sağlanmaktadır. Anksiyetenin psikolojik bir bozukluk olarak ele alınmaya başlanması ise Descartes ve Mettrie’nin yaptığı çalışmalarla birlikte gerçekleşmektedir. Kierkegard’ın anksiyetenin kaynağında suçluluk ve özgürlük bilincinin bulunduğunu, var olmama ve hiçlik korkularıyla birlikte gelişen bir duygu olduğunu varsaymaktadır ve bu sebeplerle insan ruhunun doğal olarak ulaşacağı bir sonuç şeklinde görmektedir ve Kierkegard’ın bu açıklamaları varoluşçu akımın anksiyeteye yaklaşımını göstermektedir. Tüm bu açıklamalar sonucunda nevroz bozuklukları, ruhsal bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılmasında uzun dönem bir başlık olarak yer alsa da daha sonra yerini anksiyete bozuklukları tanımı almaktadır (Sürmeli, 1997).

DSM 5 tanı kriterleri doğrultusunda kaygı bozuklukları aşağıdaki alt türlere göre sınıflandırılmıştır (DSM 5, 2013):

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık

- Özgül Fobi
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu
- Panik Bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın Kaygı Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmış Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

3.3. ANKSİYETENİN/KAYGININ NEDENLERİ

Anksiyetenin en temel sebeplerinin başında bilinçaltı tecrübelerinin geldiği varsayılmaktadır. Bireylerin unutulmuş veya reddedilmiş saydıkları korku verici bir olay veya durum karşısında yaşadıkları tüm deneyimleri bilinç altında kaydedilmektedir. Bu nedenle öğrenilmiş korkuyu hatırlatan benzer durumlarla her karşılaştıklarında sebepsiz bir huzursuzluk ve endişe hissetmektedirler. Ayrıca bireyleri doyum almak için yaptığı bir eylemin engellenmesi veya engellenme ihtimalinin düşünülmesi bireyleri için bir anksiyete nedeni olarak görülmektedir. Ek olarak bireylerin erken yaşam dönemlerinde yani çocukluklarında karşılaştıkları küçük düşürücü, reddedici tutumlar ve davranışlar ve cezanın eğitim amacıyla kullanılması veya ergenlik dönemlerinde kendileriyle alay edilmesi gibi olumsuz yaşam tecrübeleri anksiyetenin oluşmasında büyük rol oynadığı varsayılmaktadır (Işık, 2006). Anksiyete rol model alma veya empati kurma yöntemleriyle ebeveynlerinden çocuklarına geçebilmektedir (Gençtan, 2013).

Cüceloğlu (2000) anksiyeteyi 4 temel unsurun etkilediğini belirtmektedir, bunlar:

Desteğin çekilmesi: Bireylerin kendilerini güven içinde hissettikleri ortamın değişmesi anksiyete/kaygı nedenlerindedir. Meydana gelen yeni gelişmeler ve olaylar bireylerin yaşam döngülerinde bir farklılık oluşturduğu için anksiyeteye/kaygıya sebep olduğu varsayılmaktadır.

Olumsuz bir sonucu beklemek: Bir durumun veya olayın kötü sonuçlanacağı ile ilgili düşünceler anksiyetenin/kaygının nedeni olarak varsayılmaktadır.

İç çelişki: Bireylerin sahip olduğu inançlarıyla fiili davranışları arasında bir zıtlık veya ters düşme sonucunda yaşanan gerginliğin anksiyeteye/kaygıya neden olduğu varsayılmaktadır.

Belirsizlik: Geleceğin bilinemez olması en önemli ve temel kaygı nedeni olarak görülmektedir (Cüceloğlu, 2000).

3.4. ANKSİYETE/KAYGI BELİRTİLERİ

Anksiyetenin/kaygının belirtileri bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olmak üzere dört başlık altında incelenebilmektedir.

Bilişsel belirtiler: Konsantrasyon güçlüğü, gerçekçi düşünmeme, abartılmış tehlike algısı, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, neden-sonuç ilişkisi kuramama gibi belirtilerdir.

Duygusal belirtiler: Korku, huzursuzluk, öfke, şaşkınlık, çaresiz hissetme, endişe, alarm duygusu, panik hali gibi belirtilerdir.

Davranışsal belirtiler: Donma/hareket edememe, kaçma veya kaçınma davranışı, konuşmada bozulma, koordine olmada güçlük gibi belirtilerdir.

Fizyolojik belirtiler: Kalp çarpıntısı, sıcak basması, terleme, yüz kızarması, nefes alıp vermede zorluk, tik oluşumu, kramp, kas gerginlikleri, yorulmuşluk/tükenmişlik hali, boşaltım sistemi problemleri gibi belirtilerdir (Tükel, 2000).

3.5. ANKSİYETENİN TÜRLERİ

Bireylerin gelecekle ilgili tehlike ya da tehdit içeren durumlar için duyduğu yüksek endişe halini barındıran anksiyete/kaygı duygusu yaşanan yoğunluk oranında bireylerin davranışlarında aksamaya, algılamalarında ve dikkatlerinde bozulmalara neden olmaktadır. Anksiyete/kaygı daha çok bireylerde stres yaratan durumların varlığında kendini göstermektedir. Stres durumlarında bireyler az veya çok anksiyete/kaygı

durumlarında artış görülmeye başlamaktadır. Kısacası anksiyete/kaygı ve stres arasında oldukça yüksek bir ilişki bulunmaktadır (Geçtan, 2013). Anksiyete/kaygı türleri ise ikiye ayrılmaktadır.

3.5.1. Sürekli Anksiyete/Kaygı

Bu anksiyete/kaygı durumu bireylerde kronik seyir halinde görülmektedir. Bireylerde gelecek zamanda olumsuz etkilerinin bulunmayacağı durumlara ve olaylara karşı bireylerin bu durumları ve olayları tehlikeli veya kendilerini tehlikeye atacak olarak algılaması nedeniyle oluşan hoşnut ve mutlu olamama halidir. Genellikle anksiyetesi/kaygısı yüksek olan bireylerde görülmektedir (Tükel, 2000).

3.5.2. Durumluk Anksiyete/Kaygı

Bireylerin yaşadığı geçici durumlara bağlı olarak anksiyete/kaygı düzeylerinde değişimlere neden olan anksiyete/kaygı türüdür. Bu anksiyete/kaygı durumunun şiddeti farklı durumlara göre değişmektedir. Durumların devamlılığının olmaması nedeniyle bireylerde sadece geçici duygusal etkiler gösterir. Stres yaratan durumlarda bireyler için tehlike algısı yüksek olarak yorumlandığında durumluk anksiyete/kaygı düzeyi yüksek, tehlike algısı normal veya düşük olarak yorumlandığında ise durumluk anksiyete/kaygı düzeyi düşük olarak seyretmektedir (Tükel, 2000).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

STRES

4.1. TANIM

Stres kavramının ilk tanımından itibaren günümüze kadar gelen birçok tanımı bulunmaktadır, bu tanımlardaki değişikliklere bireylerin yaşadığı ortamlar, çevresel faktörler ve stres kaynakları etkili olmaktadır. Bu tanımlardan ilkinin yapan Hans Selye stresi, bireylerin tüm durumlara karşı değişim göstermeyen ve özel olmayan tepkileri şeklinde tanımlamaktadır. Lazarus ise bireyler üzerinde etkili sosyal, psikolojik ve fizyolojik sistemlerde bozulmalara neden olabilecek aşırı taleplerin bir sonucu olarak stresi tanımlamaktadır. Schermerhorn stresi olağandışı talepler veya istekler, sınırlamalar ve fırsatlarla karşılaşıldığında bireyler tarafından yaşanan gerilim durumu olarak, Menaghan ve Mullan ise stresi bireyler zararlı olarak algıladıkları durumla veya olayla karşılaştıklarında bu durum veya olayla başa çıkabilecek güçten yoksun hissettiğinde oluşan zor ve kötü bir durum olarak tanımlamaktadır (Şahin, 1998). Kısacası stres, bireylerin fiziksel veya duygusal durumlar karşısında olası bir tehdit algısı ile karşılaştıklarında zihinlerinde veya vücutlarında oluşan fizyolojik ve psikolojik tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Stres tepkilerinin oluşumunda etkili olan durumlara ise stres etkenleri veya stresörler adı verilmektedir. Bireyler yaşadıkları bir olay ya da durum karşısında tehdit veya zorlanma algısı hissettiklerinde vücutları hemen bir dizi tepki gösterme eğilimindedir. Bu tepkiler ya savaşmaya ya da kaçmaya yönelik tepkiler olarak görülmektedir. Tehlike ile başa çıkamayacaklarına inandıklarında uzaklaşırlar yani kaçma eğiliminde olurlar, başa çıkabileceklerine inandıklarında ise mücadele ederler yani savaşırırlar ve yeni duruma adapte olmaya çalışırırlar. Bireyler genellikle değişen çevre şartlarına uyum sağlama eğilimi göstermektedirler. Değişen koşullara uyum sağlama zorlaştığında bireylerin gösterdikleri çabalar bedensel ve psikolojik sınırlarını aştığında bireyler fiziksel ve ruhsal çöküntü yaşırırlar bu durumda en büyük stres faktörlerindedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.2. STRES KURAMLARI

4.2.1. Genel Uyum Sendromu Yaklaşımı

Hans Selye tarafından ortaya atılan stresi tanımlamada kullanılan ilk yaklaşım olarak ele alınmaktadır. Bu yaklaşıma göre organizma bulunduğu çevredeki değişimlere uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu durumda organizma belirli bir enerji ihtiyacı duymaktadır. Hipoteze göre organizmanın uyum sağlamak için harcadığı ekstra enerji, vücudu zorlamakta, zarar vermekte ve zamanla vücudun aşınmasına sebep olmaktadır (Akman, 2004). Bu harcanan enerji sonucunda vücut üç aşamalı fiziksel tepki göstermektedir. Bu aşamalar; alarm tepkisi, direnç ve tükenme dönemleridir (Şahin, 1998).

4.2.1.1. Alarm Tepkisi

Bu evrede vücut strese karşı geliştirdiği savaş tepkisini sergilemektedir. Ve bu evrede vücut eyleme hazır hale gelmeye çalışmaktadır, savunma kaynaklarını kullanmaktadır ve kendini korumak için tüm gerekli sistemleri çalıştırmaya hazır hale getirmektedir. Alarm evresinde vücut harekete geçmek için bir dizi tepki sergilemektedir. Öncelikle stres yaratan olaylar veya durumlarla karşılaşıldığında beyinden gönderilen mesajlar adrenalinin salgılanmasını ve adrenal bezlerinin çalışmasını sağlamaktadır. Böylece kan dolaşımının hızlanması sağlanmakta, kanda enerji açısından zengin olan şekerin oranı artmakta, kaslar gerilmekte ve tükürük salgısı azalmakta, göz bebekleri küçülmekte, duyu keskinleşmekte, tiroid bezleri çalışmakta ve vücuttaki kas işlevleri güçlenmektedir (Cüceloğlu, 2000).

4.2.1.2. Direnç Dönemi

Bu evrede vücut normal işleyişine dönmeye çalışmaktadır. Bu normal işlev görme durumu “homeostaz” olarak adlandırılmaktadır. Tehlike algısı ortadan kalktığında vücuttaki kan basıncı, kalp atım sayısı, nefes alıp verme hızı ve beden ısısı azalmakta, vücut sakin duruma geçmektedir. Fakat vücut tehlike algısının sürdüğüne inanırsa acil durum tepkileri yerini çok daha sabit tepkilere bırakmaktadır. Bu tepkilerin başında kas gerginliği gelmektedir. Fakat bu tepkilerde bireyler için sağlıklı olarak adlandırılmamaktadır. Çünkü sağlıklı duruma gelmek ve stresin yarattığı etkiden

kurtulmak için vücuttaki ihtiyaç duyulan enerjinin ve besin maddelerinin (potasyum ve B vitamini gibi) çoğu tüketilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.2.1.3. Tükenme Dönemi

Eğer beden uzun süren stres altında kalırsa tükenmektedir. Uzun süren stres bedendeki vitamin ve mineral rezervlerinin hepsini kullandığı ve büyük ölçüde azalttığı için bireyler açısından tehlike arz etmektedir. Uzun süren yani üç hafta ile üç ay arasında değişebilen stres durumu vücuttaki enerji kaynaklarının tükenmesi ile organların zarar görebilme ihtimalini arttırmaktadır. Bu süreçte yeterli derecede dinlenme, vücudu koruyucu besinler alma, fazla stresi atmak adına spor yapmak gibi vücudu yeniden canlandırabilecek etkinliklerde bulunmak bireylerin sağlıkları için önem taşımaktadır (Cüceloğlu, 2000).

4.2.2. Etkileşim Kuramı

Lazarus'un (1998) ortaya koyduğu bu kurama göre stres dış etkenlerden kaynaklanan bir tehdit veya tehlike algısı olduğunda meydana gelen bilişsel bir değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Fakat stresi yaratan olaylar veya durumlar tamamen bireylerin dışında gelişmemektedir. Stresi yaratan etkenler arasında bireylerin incine bilirliliği, yaralana bilirliliği ve savunma mekanizmalarının yeterliliği ile ilgili inançları yer almaktadır. Bu sebeplerden dolayı durum veya olaylar doğrudan stresi yaratan etkenler olarak değil de stresi uyaran etkenler olarak görülmektedir. Lazarus'a (1998) göre stres, bireylerin durum veya olaylara uyum kaynakları yetersiz olduğunda ve uyum kaynaklarını zorlayan içsel veya çevresel talepler yaşandığında oluşan bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Etkileşim kuramına göre ise stres, bireylerin psikolojik bütünlüklerini tehlikeye atan veya tehdit eden ve genel olarak tehlikeli veya tehdit edici olarak algılanan olaylar olarak görülmektedir. Stres, bireylerin kişilik yapıları veya değer algıları doğrultusunda oluşup bireylerin davranış ve duygularına etki eden bilişsel beklentileri meydana getirmektedir. Bu nedenle bireylerin tehlike veya tehdit algısı hissettikleri durum veya olaylar karşısında kendilerini etkileyebilecek zararı azaltmak amacıyla baş etme stillerine başvurmaları psikolojik bütünlüklerini korumaları için önem arz etmektedir. Lazarus'a (1998) göre bireyler bilişsel değerlendirmeleri sonrasında uyaranları tehlikeli veya tehdit edici olarak algıladıklarında iki boyutlu bir değerlendirme

yapmaktadırlar. Birincil değerlendirmede deneyimlenen durum veya olayın algılanması yapılmakta ve bireyler için ne anlama geldiğine karar verilmektedir. Bireyler bu evrede durumun veya olayın kendilerine nasıl etki ettiğini değerlendirmektedirler. Bu yaşanan deneyim bireyler üzerinde etki etmiyorsa nötr yaşantı, bireyleri desteklemekte ve onları korumaktaysa olumlu yaşantı, bireyler deneyimlerini tehlike uyandırıcı, zorlayıcı ve tehdit verici olarak algıladıklarında stres yaratıcı yaşantı olarak adlandırılmaktadır. İkincil değerlendirmede ise stres yaratıcı yaşantı şeklinde görülen deneyimler karşısında nasıl bir yol izleneceğine ve hangi başa çıkma stillerinin kullanılabileceğine karar verilmektedir. Bireyler var olan kaynaklarının etkinliğini değerlendirmektedirler. Eğer bireyler başa çıkma konusunda kendilerini yetersiz olarak algıarlarsa stres oluşmaya başlamakta ve bunun sonucunda fizyolojik ve psikolojik stres tepkileri gelişmektedir. Kısacası davranış, düşünce ve duygu düzeylerindeki olumsuz ve yıpratıcı, yıkıcı tepkilerle birlikte bireylerdeki alarm tepkileri devreye girmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.2.3. Psikanalitik Kurama Göre Stres

Psikanalitik kurama göre bireylerin gerçek bir tehdit veya tehlikeye karşı sergilediğı gerçeğe uygun tepkiler nesnel kaygı, gerçek durumla orantısız olan tepkiler ise nevrotik kaygı olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Freud ise kuramında ahlaki, nesnel ve nevrotik olmak üzere üç tip kaygı tanımlamaktadır. Tanımlanan bu üç tip bireylerde strese neden olmaktadır. Freud'e göre nevrotik kaygının sebebi bireylerin kabul görmeyen id talepleriyle ego ve süperegonun zorunlu kıldığı kurallar arasında oluşan bilinçdışı çatışmalar olarak görülmektedir. İdin talepleri toplumsal ve bireysel taleplerle çeliştiğı noktada bireyler için bir tehdit oluşmaktadır. Bireylerde oluşan stres savunma mekanizmaları ile azaltılmaktadır. Ancak savunma mekanizmalarının aşırı kullanımı sonucunda bireylerde psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklar oluşmaktadır (Atkinson vd., 2006).

4.2.4. Davranışçı Yaklaşım Göre Stres

Davranışçı yaklaşıma göre stres tepkileri belli durum veya olaylarla ilişkilendiren öğrenme biçimleriyle açıklanmaktadır. Bireyler tehlikeli veya tehdit edici bir olay veya durumla karşı karşıya geldiklerinde anksiyete ve korku tepkileri sergilemektedirler.

Bunun nedeni bu tehlikeli veya tehdit edici bir olay veya durum geçmişte bireylere zarar verici etki göstermiş veya stres faktörleri ile karşılaştırmış olmasından kaynaklanmaktadır. Davranışçı yaklaşıma göre stres tepkileri koşullanmayla oluşmaktadır. Bireyler korku ve kaygı uyandırıcı bir uyararla karşı karşıya geldiğinde bir içsel gerilim yaşamaktadırlar ve vücutları fizyolojik açıdan uyarılmaktadır. Kaygı içerisinde bedensel, davranışsal ve ruhsal yapıları bulunduran duygusal ve karmaşık bir tepki olarak görülmektedir. Bireyler kaçınma davranışlarında bulunarak stres yaratıcı uyarıcılardan uzaklaşmaktadırlar. Fakat koşullanma gerçekleştiği durumda kaygı tahmin edilebilir ve bilinebilir bir hal almaktadır. Bunun sonucunda artık bireyler stres yaratıcı uyarıcılarla karşı karşıya gelmeseler dahi sadece uyarıcı hakkında konuşmak veya düşünmek kaygı verici hale gelebilmektedir. Edimsel koşullanmaya göre ödül verici davranışların sıklığının arttığı, olumsuz sonuçlar veren davranışların sıklığının azaldığı görülmektedir. Kısacası bireyler stres yaratıcı uyarıcılardan uzaklaşarak stresi yaşamaktan kurtulmaktadırlar. Bu nedenle bireylerde kaçınma davranışlarında artış meydana gelmektedir. Kaçınma davranışları da öğrenilmiş olunan kaygı ve korkunun azaltılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle de bireyler gerilimlerini azaltma ve gerilimlerine neden olan durum ve olaylardan uzaklaşma eğilimi göstermektedirler (Rice, 1999).

4.2.5. Varoluşçu Kurama Göre Stres

Bireyler temel olarak yaşamlarının anlamları konusunda bunalım yaşamaktadırlar. Bireylerin devamlı anlam arayışı içinde olması anlam yokluğuna sebep olmaktadır, bu durum varoluşsal stres ve kaygının temel kaynağı olarak görülmektedir. Anlam yokluğu ve bireylerin anlam arayışları, bireylerde ölüm konusunda kaygı ve korku yaşamalarına neden olmaktadır. Bireylerde görülen ölüm düşüncesi aşırı ve ölçsüz olduğu durumda patolojik hale gelebilmektedir ve bu durum bireyleri olumsuz yönde etki altına almaktadır. Bireyler yaşamlarının devamlılığına, kontrol ve tahmin edilebilir bir yaşamları olduğuna inanma eğilimi göstermektedirler. Bu inanç ile bireyler günlük yaşamda karşılaştıkları kaygı ve stres durumları ve olaylarıyla başa çıkabilme becerileri hakkında güven duygusu hissetmektedirler. Fakat bu duygu sürekli ve gerçekçi şekilde seyretmemektedir. Bir yakınının ölümü veya hastalık benzeri durumlar bu inanç durumunu bozmaktadır. Bu nedenle bireyler dengelerini korumak adına ölüm düşüncelerinin sınırlarını çizmektedirler. Ancak kurulan uyum ve denge bozulmaya

başladığında bireylerin stres düzeyleri artmakta ve çevreleri ile uyumları bozulmaktadır. Bu duruma rağmen bireylerin bilinçlerinde bastırılmayan ve bazen belli ölçülerde ölüm düşüncesinin hatırlanması bireylerin yaşamlarına katkı sağlamaktadır. Varoluşçu yaklaşıma göre stres bireylerin yaşamlarına daha sonradan dahil olmamakta, tüm yaşamları süresince bireylere eşlik etmektedir. Stres bireylerin dirençlerinin düşmesine göre açığa çıkmaktadır (Yalom, 2001).

4.2.6. Kognitif Kurama Göre Stres

Stres genel anlamda bireylerin psikolojik olarak zorlanması sonucunda bedensel ve ruhsal rahatsızlıkların oluşması durumu olarak tanımlanmaktadır. Ve bu durum bireylerin bilişsel süreçleri bakımından açıklanabilmektedir. Bireylerin hayatlarının her anında bilişsel süreçleri etkili olduğundan dolayı davranışları ve duyguları bilişsel şemalarına göre gelişmektedir. Ayrıca stres kaynakları tüm bireylerde farklı duygusal ve davranışsal tepkilere yol açmaktadır. Bu farklılığın sebebi bireylerin stres kaynaklarını algılayış biçimlerindeki farklılıklar olarak görülmektedir (Şahin, 1998). Bireylerin zihin yapıları erken yaşantılarından edindikleri bilgiler sonucunda şemalarını oluşturmaktadır. Oluşan şemalar bireylerin bir olay veya durum anında yaşadıkları deneyimleri nasıl bir biçimde değerlendireceklerini şekillendirmektedir. Beş duyu organları ile zihinlerine ulaşan uyarıcılar, uygun bir biçimde belleklerinde yer etmekte ve bireylere yeni kaynaklar sunmaktadır. Kısacası şemalar bireylere etki eden uyarıların neler olduğunun değerlendirilmesi ve fark edilmesi amacıyla oluşturulan zihinsel yapılar olarak adlandırılmaktadır. Kognitif kurama göre bireylerin duygularına ve bu bağlamda oluşan ruhsal ve bedensel tepkilerine etki eden şey bireylerin durumla ilgili düşünceleri olarak görülmektedir. Otomatik düşünceler hiçbir çaba göstermeden kendiliğinden ve birden ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu otomatik düşünceleri bireyler üzerinde düşünmeden ve değerlendirme yapmadan doğru olarak kabul etmektedirler. Beck'e göre ise bireyler edindikleri olumsuz inançlar veya şemalar sonucunda yeni karşılaştıkları durumları ve olayları ilişkilendirmektedirler. Olumsuz şemalar sonucunda bireyler gerçeği çarpıtabilmektedir. Ayrıca bu olumsuz şemalar bilişsel yanlılıklardan (küçümseme, aşırı genelleme, büyütme gibi) beslenmekte ve bilişsel yanlılıkları uyarmaktadır. Ayrıca kognitif kurama göre stres bireylerin çevreleriyle etkileşimleri sonucunda bireylerin çevreye olan uyum sağlama çabalarını tehlikeye atmakta ve var olan kaynaklarını

zorlayan talepler olarak görülmektedir. Bu duruma göre bireylerin yaşadıkları olayları ve durumları algılayış biçimleri ve yükledikleri anlamlar yaşayacakları stresin kaynağı olarak görülmektedir. Kognitif kuram bireyleri düşünme sürecinde karar mekanizmalarını devreye koyan ve aktif kullanan canlılar şeklinde ele almaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.3. STRES YARATAN FAKTÖRLER

Birçok faktör/neden strese yol açabilmektedir. Bireysel farklılıklara göre stresin nedenleri kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir (Şahin, 1998). Daha önce strese neden olamayan durumlar bile değişen koşullar sonucu strese neden olabilmektedir. Stres faktörleri ya dışsal-çevresel koşullar sonucu ya da içsel-psikolojik koşullar sonucu oluşabilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.3.1. Dışsal-Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler/nedenler arasında hava kirliliği, havanın aşırı sıcak ya da soğuk olması, gürültü gibi fiziksel etkenler yer almaktadır. Bireylerin biyolojik dengeleri buldukları ortamdaki etkilenmektedir. Örneğin çok soğuk ve havanın kirli olduğu ortamlar bireylerin vücut dengelerini bozabilmektedir. Bireylerin vücut sistemi böyle durumlarda çevreye uyum sağlamaya ve canlılığını korumaya çalışır. Bu uyum çabası vücut dengesini fazlaca bozduğunda ve uzun sürdüğünde bireylerde stres oluşabilmektedir. Ayrıca iklim değişiklikleri, uyarım ve hareket yoksunluğu da stresin diğer etkenleri arasında görülmektedir. Ek olarak insanlara özgü çevresel stres faktörleri arasında savaşlar, terör olayları, göçler, kitlesel çevre iletişimine bağlı bilgi bombardımanları ve hızla gelişen teknolojiye uyum sağlama çabası alınabilmektedir. Çevresel nedenler kontrol altına alınamamaktadır. Ancak bireyler strese karşı uyum tepkisi sergileyerek dengelerini koruma altına alabilmektedirler (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.3.2. İçsel-Psikolojik Faktörler

Bireylerin olaylar ve durumlar karşısında verdikleri anlamlar yaşanan stresin en önemli içsel faktörlerindendir/nedenlerindendir. Bireylerin gelişim dönemlerinde yaşadığı olaylar veya durumlar da stres faktörleri/nedenleri arasında alınabilmektedir. Bunlar; okula uyum, seçilen mesleğe uyum, anne-baba olmaya uyum, emekli olmaya

uyum, taşınma, boşanma, ev değiştirme, yakın birinin hasta olması, uzun süren gerginlikler, yalnızlık, kendini bir şeye adayamama ve ön yargılar gibi olaylardır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.4. STRESİN BELİRTİLERİ

Bireysel farklılıkların büyük rol oynadığı stres belirtileri kişiden kişiye göre geniş yelpazede değişebilmektedir. Bu belirtiler fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç biçimde ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin sık görülmeye başlaması bireylerin stres altında olduklarının göstergesi olarak varsayılabilmektedir. Stres kontrolünü sağlamada ilk adım ise bireylerin stres altında olduklarını fark etmeye başlamalarıdır. Bireyler kendilerindeki zihinsel, sosyal, bedensel ve duygusal becerilerini iyi değerlendirmektedirler ve normal olmayan belirtilerinin farkına vardıklarında kendilerindeki stresi tanımlayabilmektedirler. Böylece stres yaratıcı durumlarla baş etme mücadelesi gösterebilmektedirler (Şahin, 1998).

4.4.1. Fizyolojik (Bedensel) Belirtiler

Stresin fizyolojik/fiziksel belirtileri bireylerdeki artan adrenalin düzeyine bağlı görülen belirtilerdir. Bu belirtiler yetersiz dinlenme, yorgunluk, enfeksiyon ve diyet sonucunda da görülebilmektedir. Fizyolojik olarak bireylerde artan kas gerginliği, kan basıncı, ter bezi faaliyetleri ve kalp atım sayısı görülmektedir. Bunun sonucunda nefes alıp vermede zorlanma ve hızlanma, göz bebeklerinde büyüme oluşmaktadır. Beyne daha fazla oksijen gitmesi gerektiği için kandaki alyuvar sayısında artış görülür ve bu da iç organlardaki kanı azalttığı için sindirim sistemi yavaşlar, dikkat dağınık, algılama hataları ve unutkanlık görülür (Akman, 2004).

4.4.2. Psikolojik Belirtiler

Psikolojik belirtiler arasında ise hayatın anlamını yitirdiğini düşünme, kendini boşluk ve suçluluk içinde hissetme, diğer kişileri suçlama vb. yer almaktadır. Ayrıca endişe hali, sinirlilik, kontrol kaybı hissi, üzüntü ve kızgınlık, baskı ve gerginlik hissi, zaman baskısı altında olma hissi gibi belirtilerde psikolojik belirtilerdenidir (Akman, 2004).

4.4.3. Davranışsal Belirtiler

Stresin davranışsal belirtileri arasında herhangi bir maddeye fazla düşkünlük, fazla uyuma veya hiç uyuyamama, sakinleşememe veya gevşeme güçlüğü, telaşlı gibi görünme, yeme alışkanlığında azalma, iştahsızlık, zararlı maddelere yönelim, sosyal ortamlardan uzaklaşma isteği, huzursuzluk yer almaktadır. Ayrıca bu belirtiler arasında yüksek ve hızlı bir şekilde konuşmak, sürekli esnemek, tırnak yeme alışkanlığı gösterme, diş gıcırdatmak, sıkça göz kırpıştırma, kaşları çatma, sürekli hızlıca yürümek, yaptığı etkinlikleri azaltma, iş veya okula gitmeyi azaltma, kişisel bakımı azaltma, sigara veya alkol kullanımı, sabırsız davranma, sürekli kendini veya başkalarını eleştirme yer almaktadır (Akman, 2004).

4.5. STRESE KARŞI VERİLEN TEPKİLER

Stres durumunda hem fizyolojik hem de psikolojik tepkiler verilmektedir. Fizyolojik tepkiler arasında daha çok nefes darlığı, çarpıntı, bulantı görülmektedir. Psikolojik tepkiler arasında ise daha çok değersizlik hissi, kararsızlık/ikilemde kalma, davranış değişiklikleri, artmış öfke, kaygı, güvensizlik hissi görülmektedir. Uzun süren stres durumunda bu görülen tepkilerin kronik hale gelmesi sonucunda ise depresyon, uyku bozuklukları, kaygı bozuklukları, alkol veya madde kullanımında artış ve alkol veya maddenin kötüye kullanımı, intihar düşüncelerinde artış görülebilmektedir. Ayrıca fizyolojik bakımdan kalp hastalıkları, yüksek tansiyon gibi hastalıklar da görülebilmektedir. Stresin kalıtsal faktörler ile ilişkisini inceleyen son zamanlardaki araştırmalara göre serotonin düzeyi düşük bireylerin strese daha az direnç gösterdiği varsayılmaktadır. Serotonin düzeyinin düşük olmasının depresif belirtilerde, anksiyete düzeyinde ve intihar girişimlerinde artış görülme ihtimali ile ilgili olduğu varsayılmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.6. STRESLE BAŞA ÇIKMA

Baş çıkma becerileri bireylerin çevrelerinden veya kendilerinden kaynaklanan çatışmalarla isteklerini kontrol altında tutmak amacıyla yaptıkları bilişsel ve davranışsal çabaların tümü olarak adlandırılmaktadır. Bireyler bireysel stresle başa çıkma yollarını stresin bireylerde yarattığı olumsuz etkileri azaltmak veya yok etmek için

oluşturmaktadırlar (Şahin, 1998). Şahin'e (1998) göre ise stresin yarattığı etkiyi her zaman olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenmek amacıyla stresle başa çıkma becerileri kullanılmaktadır. Ayrıca stresle başa çıkmak veya stresin yarattığı olumsuz etkileri biraz olsun azaltabilmek için kullanılabilir birkaç uygulama olduğunu öngörmektedir. Bu uygulamalar stresle başa çıkmada kullanılabilir fiziksel ve zihinsel yöntemler olarak iki ayrı grupta ele alınmaktadır. Stresle başa çıkmada kullanılabilir zihinsel yöntemler; zaman yönetimi, problem çözme becerileri, iletişim becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma ve meditasyondur. Stresle başa çıkmada kullanılabilir fiziksel yöntemler ise beslenme alışkanlıklarını düzenleme, spor yapma ve gevşeme egzersizleri yapmadır (Şahin, 1998). Ayrıca bazı araştırmacılarda stresle başa çıkmada kullanılabilir duygulara yönelik ve duruma bağlı yöntemlerinde kullanılabilirliğini varsaymaktadır. Duygularla ilgili yöntemler arasında hayata deneyimsel bakış açısı ve duygularını diğer bireylere açma yer almaktadır. Durumla ilgili yöntemler arasında ise problem çözme yeteneklerini geliştirme, zamanını verimli kullanabilmek, durumu veya olayı daha anlaşılır bir biçime getirmek amacıyla araştırma yapmak, değişikliklere ayak uydurmaya çalışmak yer almaktadır (Cüceloğlu, 2000). Ayrıca Roth ve Cohen (1986) stresle başa çıkma döneminde yaklaşma ve kaçınma durumlarının önemini vurgulamaktadır. Stresle başa çıkmayı ise bireylerin bir olay veya durum karşısında herhangi bir tehlike durumu algıladıklarında bilişsel veya zihinsel olarak olayın veya durumun üzerine gitme ya da uzaklaşma süreci olarak tanımlamaktadır. Köknel (1988) de düşünce sürecinde yaşanan zorlanma ile bilişsel düzeyde başa çıkamayan bireylerin zararlı etkenlerden kaçabilmek amacıyla olumsuz savunma düzeneklerini kullanmaya başvurduklarını varsaymaktadır. Lazarus (1998) ise stres yaratıcı olaylar veya durumlar karşısında bazı bireylerin tepki olarak pasifleştiğini, içine kapandığını, problemleriyle yüzleşmekten kaçtığını ve problemlerini tamamen yok sayıp, olayın dışında kalmayı tercih ettiklerini varsaymaktadır (Oğul, 2004). Lazarus (1998) iki farklı stresle başa çıkma yolu tanımlamaktadır. Bunlar sorun ve duygu odaklı baş etme tarzlarıdır. Sorun odaklı başa çıkma tarzına göre birey ve çevre ilişkisi doğrudan hedef alınmakta ve buna yönelik başa çıkma davranışları sergilenmektedir. Duygu odaklı başa çıkma tarzına göre birey ve çevre ilişkisindeki değişiklikler direk davranışlar üzerinden etki etmez, bireyin çevresini algılama ve yorumlama şeklinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca sorun odaklı stresle başa çıkma tarzının kullanılmasında dış koşullar değişim sağlamak ve duygu odaklı stresle

başa çıkma tarzının kullanılmasında bireylerde içsel bir değişim sağlanmaktadır. Ek olarak duygu odaklı başa çıkma tarzı bireylerin tehlikeli bir olayı veya durumu yeniden değerlendirerek tehlikesiz olarak algılamaları, düşünmekten kaçınmaları ve olayın veya durumun önemini inkâr etmeleri gibi bilişsel yöntemlerini kullanmalarını sağlamaktadır (Lazarus, 1998). Baltaş ve Baltaş'a (1993) göre bireyler stres yaratıcı bir olay veya durumla karşılaştıklarında psikolojik ve sosyal bütünlüklerini korumak için hem bilinçli çabalarını hem de bilinçdışı savunma mekanizmalarını kullanmaktadırlar. Bilinçdışı kullanılan savunma mekanizmaları olarak bastırma, unutma, karşı tepki geliştirme, yansıtma, yer değiştirme ve gerileme gibi olumsuz savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Köknel'e (1988) göre bu olumsuz savunma mekanizmaları stresle başa çıkmada yetersiz kalmakta ve bunların fazlaca kullanımı bireylerde uyum bozukluğuna neden olmaktadır. Stresle başa çıkmada kullanılan bilinçli sistemlerin devreye girmesinde daha çok bilgi edinebilme, değerlendirme becerisini kullanma, anlama, yapıcı düşünebilme, farklı çözüm yolları deneme ve yeni çözüm yolları bulma gibi zihinsel süreçlerin etkili olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca ortaya çıkan yeni koşulları kabullenmenin, değişimi fark ederek bu değişime ayak uydurmanın ve esneklik gibi özelliklerinin kullanılması stresle başa çıkmada kullanılacak etkili yöntemler arasında yer almaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1993). Stresin amacı psikolojik bir tehlike veya tehdit algısı söz konusu olduğu durumlarda bireyleri uyarmak olarak görülmektedir. Bireylerin kendilerini ne kadar fazla yoğun stres altında hissettiklerine bağlı olarak zihinlerindeki meşguliyet veren düşüncelerini zihinlerinden uzaklaştırmalarının önem kazandığı belirtilmektedir. Ayrıca stresle başa çıkmanın stresi yaratan kaynakların neler olduğunun ve düşünceler ile stres arasındaki bağın nasıl oluştuğunun anlaşılması ile kolaylaşacağı düşünülmektedir (Carlson, 2001). Ayrıca bireylerin içinde yetiştikleri ve yaşadıkları çevrenin sağlıklı başa çıkma yöntemleri ve davranış kalıpları oluşturmada ve geliştirmede önemli olduğu varsayılmaktadır. Bireylerin kendilerini eksik veya yetersiz hissettikleri durumlar veya olaylar karşısında yaşadıkları yoğun strese bağlı olarak kaygı bozuklukları, depresyon ve korku vb. geliştirerek ruhsal sağlıklarının bozulabileceği varsayılmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

4.6.1. Stresle Başa Çıkma Stratejileri

Stresle başa çıkma becerileri bireylerin kişilik özelliklerine göre değişim göstermektedir. Ayrıca bireylerin zihinsel, davranışsal ve duygusal yapılarında bağlı olarak başa çıkma stilleri farklılık göstermektedir. Bu araştırmada Lazarus ve Folkman'ın (1984) ortaya koyduğu stresle başa çıkma tarzları OKB hastaları ve sağlıklı bireyler olmak üzere her iki grupta incelenmiştir. Lazarus ve Folkman (1984) duygusal ve problem odaklı olarak iki farklı stresle başa çıkma tarzı geliştirmiştir.

Problem odaklı başa çıkma: Bu stresle başa çıkma tarzı stresin kaynağını hedef alarak bireylerin aktif olarak stres yaratan olayları veya durumları ortadan kaldırmalarını sağlayacak bilgi birikimleri ve eylem planlarını içeren mantıksal analiz yöntemleri oluşturmalarını sağlamaktadır. Problem odaklı başa çıkma tarzı içinde bulunulan durum veya olaydan kurtulabilmek için sergilenen agresif tarzda eylemleri içerebilmekte veya problemin çözümüne yönelik incelikli, rasyonel ve serinkanlı çabalar şeklinde olabilmektedir. Ayrıca durum veya olayı değiştirmeye yönelik olarak aktif bir biçimde mantıklı, bilinçli ve sakin kalma çabalarını içermektedir. Problem odaklı başa çıkma biçimleri stres yaratan olayı veya durumu değiştirmek, zararlı etkilerini önlemek ve azaltmak amacıyla doğrudan eyleme geçmeyi içermektedir. Problem odaklı başa çıkma yönteminin hedefi stresli durumun isteklerini azaltmaya çalışmak veya bireylerin bu durum ya da olayla mücadele edebilecek kaynaklarını geliştirmektir (Aksaç, 2004).

Duygusal odaklı başa çıkma: Bireylerin stres yaratıcı istenmeyen bir olayla veya durumla karşı karşıya kaldıklarında oluşan duygularını azaltmayı hedefleyen veya ortadan kaldırmayı amaçlayan stresle başa çıkma tarzıdır. Duygusal odaklı başa çıkma biçiminde bireyler yaşanan süreçte durumun veya olayın nesnel ve araçsal özellikleriyle barındırdığı tehditlerin doğal gerçekliğine dikkat etmemektedir. Ayrıca duygusal odaklı stresle başa çıkma tarzında inkar düşüncesinin aktif rol oynaması ve yaşanan problemden uzak durma biçimi daha sonra bireylere sakin bir şekilde probleme yaklaşma imkanı tanıdığı için psikolojik stresle başa çıkmada kullanılan güçlü teknikler arasında yer almaktadır (Aksaç, 2004).

BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini yaşları 16-60 arasında değişen n=54 OKB tanılı hastalar ve n=54 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere, toplamda N=108 katılımcıdan oluşmaktadır. OKB tanılı hastalar İstanbul'da bulunan Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi'ne başvuran ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalar arasından araştırma için rastgele seçilen ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak araştırmaya gönüllü olarak katılan katılımcılardan oluşmaktadır. Sağlıklı kontrol grubu ise hiçbir psikiyatrik tanı almamış olan, İstanbul'da ikamet eden, araştırma için rastgele seçilen ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak araştırmaya gönüllü olarak katılan katılımcılardan oluşmaktadır.

5.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma sürecine katılım sağlayan bireylere Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu ve araştırmaya katılım sağlayan bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği verilmiştir ve bireylerin obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini ölçmek amacıyla Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği araştırmaya dahil edilmiştir.

5.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcılara cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi ve psikiyatrik tanı ve tedavi durumlarına ilişkin sorular sorulmuştur.

5.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Soru Listesi

Bu formu Hodgson ve Rachman 1977 yılında tasarlamışlardır. Ölçek obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin boyutunu araştırmak için geliştirilmiştir. Sağlıklı bireylere ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Katılımcılar sorulara “evet” veya “hayır” şeklinde yanıtlar vererek kendilerini değerlendirmektedirler. Türkçeye uyarlaması ise 1988 yılında Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Ölçek 37 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 0 ile 37 puan aralığında değişmektedir ve alınan puanların artması obsesif-kompulsif belirti boyutunun yükseldiğini göstermektedir. Ölçekte 12 puan ve altında alan katılımcılar psikiyatrik kontrol sonucunda obsesif kompulsif bozukluk bulunma olasılığı var ama düşük olarak tanımlanmaktadır. 13-17 puan aralığında alan katılımcılar, psikiyatrik kontrol sonucunda obsesif kompulsif bozukluk tanısı alma olasılığı var şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca, 18 puan ve üstü alan bireylerin psikiyatrik kontrol sonucunda obsesif kompulsif bozukluk bulunma olasılığı yüksek olarak tanımlanmaktadır. Erol ve Savaşır tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik araştırması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri 37 maddelik ölçek için 0.86 bulunmuştur ve alt ölçekler için bu katsayılar 0.31 ile 0.70 aralığında değişmektedir (Erol ve Savaşır, 1988).

5.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Bu formu Beck ve arkadaşları 1988 yılında tasarlamışlardır. Envanter bireylerin hissettiği anksiyete düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlaması ise 1993 yılında Ulusoy tarafından geliştirilmiştir. Envanter 21 maddelik ve öz-bildirim türü bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği bireylerin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Maddeler anksiyetenin fizyolojik, affektif ve bilişsel belirtilerini içermektedir. Test kişilerin uygulama yapılan gün ile birlikte son bir haftadır her bir madde için kendilerini ne düzeyde rahatsız ettiğini hafif, orta ve ciddi düzeyde yanıtları olmak üzere 0 ile 3 arasında puan vererek derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 63'tür. Uygulama sonunda alınan 8-15 puan hafif düzey anksiyete, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete ve 26-63 puan aralığı ise yüksek düzey anksiyete belirtilerini karşılamaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması için Cronbach's Alpha iç tutarlılık

katsayı değeri .93 olarak ve test tekrar test güvenirliliği ise 0.57 şeklinde bulunmuştur (Ulusoy vd., 1998).

5.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek Lazarus ve Folkman tarafında 1980 yılında bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerin belirgin veya genel stres olaylarıyla baş etme tarzlarını belirleyen ifadeler içermektedir. Ölçek ilk olarak 66 maddeden oluşan dörtlü likert tipi ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin içeriğindeki maddeler bireylerin stresle başa çıkma tarzlarında kullanabilecekleri bilişsel ve davranışsal becerileri içermektedir. Türkçeye uyarlaması ve maddeleri kısaltma çalışmaları ise 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kısaltma çalışmaları Bilkent, ODTÜ ve Ankara Üniversitelerinin farklı bölümlerindeki 575 öğrenci ile yürütülmüştür. Ve yapılan bu çalışmada Lazarus ve Folkman'ın geliştirdiği Stresle Başa Çıkma Tarzları, Beck'in geliştirdiği Beck Depresyon, UCLA-Yalnızlık ve Stres İlişkili Faktörler Ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmada ölçeğin madde güvenirliliği analizi için ilk haldeki madde toplam korelasyonu ve düzeltilmiş haldeki madde toplam korelasyonu incelenmiştir. Çıkarılan her bir madde için orijinal ölçek üzerindeki değişiklikler araştırılmıştır. Kısaltma çalışmasının amacı ise türlü psikolojik belirtiler, depresyon ve yalnızlıkla ilgili bir stresle başa çıkma tarzı ölçeği geliştirmektir. Bu nedenle orijinal ölçekteki her bir madde türlü psikolojik belirtiler, depresyon ve yalnızlık puanlarına ayrılmıştır ve bu üç gruba karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda Beck Depresyon Ölçeği, Stres Belirtileri Ölçeği ve UCLA-Yalnızlık Ölçeklerine ilişkili olarak üç grubu ayıran ve üç gruba da ilişkili 30 maddelik yeni kısa ölçek tasarlanmıştır. Yeni ölçek, 5'li likert tipi olarak tasarlanmıştır ve 0 (hiçbir zaman), 1 (ara sıra), 2 (bazen), 3 (sık sık), 4 (her zaman) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .68 olarak saptanmıştır. Ayrıca oluşturulan bu ölçeğinin faktör analizi iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci faktör analizinde ana eksenler yöntemi kullanılmıştır ve toplam varyansların % 40.4'ünü açıklamakta olan 8 faktörlük yapı geliştirilmiştir. Yapılan ikinci faktör analizinde grafik yöntemleri kullanılmıştır ve 5 faktöre indirilmiştir. Bu beş faktör ise Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımlarıdır. Ölçeğinin faktör analizleri çalışmalarına bağlı olarak edinilen alt ölçeklerin Cronbach

Alpha güvenilirlik katsayıları; “iyimser yaklaşım” alt boyutunda .68 ve .49 arasında, “kendine güvenli yaklaşım” alt boyutunda .62 ve .80 arasında, “çaresiz yaklaşım” alt boyutunda .64 ve .73 arasında, “boyun eğici yaklaşım” boyutunda .47 ve .72 arasında, “sosyal desteğe başvurma” alt boyutunda .47 ve .45 arasında bulunmuştur. Bu elde edilen 30 maddelik ölçeğin problem odaklı başa çıkma tarzı ve duygu odaklı başa çıkma tarzı olarak iki boyutu bulunmaktadır. Problem odaklı başa çıkma tarzının alt boyutları kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmadır. Duygu odaklı başa çıkma tarzının alt boyutları ise çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır.

Ölçekten elde edilen alt boyutlar:

1. Kendine güvenli yaklaşım: Bu yaklaşıma göre bireyler problemlerinin önemini farkındadırlar ve problemlerini çözmek amacıyla planlı ve mantıklı bir yol izlemektedirler. Ayrıca problemin çözümü için ihtiyaç duyulan gücün kendilerinde olduğuna inanmaktadırlar. Bu yaklaşımın maddeleri ölçekteki 8,10,14,16,20,23 ve 26 numaralı maddelerdir.
2. Çaresiz yaklaşım: Bu yaklaşıma göre bireyler kendilerini kapana kısılmış şekilde hissetmektedirler. Problem ya da olayla karşılaştıklarında çözüm yolları aramak yerine kendilerini suçlarlar ve kendilerini yetersiz olarak görme eğilimi göstermektedirler. Bu yaklaşımın maddeleri ölçekteki 3,7,11,19,22,25,27 ve 28 numaralı maddelerdir.
3. İyimser yaklaşım: Bu yaklaşıma göre bireyler olaylar veya durumlar karşısında olumlu bir şeyler aramaya çalışmaktadırlar. Bir problemle karşılaştıklarında iyimser ve sakin kalmaya çalışmakta ve hoşgörü göstererek mantıklı analiz yapmaya çalışmaktadırlar. Bu yaklaşımın maddeleri ölçekteki 2,4,6,12 ve 18 numaralı maddelerdir.
4. Boyun eğici yaklaşım: Bu yaklaşıma göre bireyler başa gelen çekilir şekilde düşünmektedirler. Kendilerini çaresizlik içinde olarak görmektedirler ve doğa üstü çözümler aramaktadırlar. Bu yaklaşımın maddeleri ölçekteki 5,13,15,17,21 ve 24 numaralı maddelerdir.

5. Sosyal destek arama yaklaşımı: Bu yaklaşıma göre bireyler problemlerini diğer kişilerle paylaşmakta ve çevrelerinden yardım almaktadırlar. Bu yaklaşımın maddeleri ölçekteki 1,9, 29 ve 30 numaralı maddelerdir.

Ölçekte puanlama yapılırken her alt boyut açısından ayrı ayrı puanlar hazırlanmaktadır, toplam puana bakılmamaktadır. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar bireylerin o alt ölçekteki stresle başa çıkma tarzını tercih ettiğini göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995).

5.3. İŞLEM

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları katılımcılara verilerek ve geri toplanarak uygulanmış olup öz bildirim ölçekleridir. Katılımcılar formları kendi başlarına doldurmuşlardır. Ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık olarak on beş dakikadır.

5.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Örneklemin küçük bir örneklem olması nedeniyle sürekli değişkenlerin normallik dağılımı Shapiro-Wilk testi ile analiz edilmiştir. Shapiro-Wilk testi sonucunda hasta ve sağlıklı kontroller bakımından Maudsley OKB Belirtileri Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanların ve Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan puanların normal dağılım göstermediği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden alınan puanların ise her iki grupta da normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen Maudsley OKB Belirtileri Ölçeği ve alt ölçeğinden alınan ortalamaların karşılaştırılmasında ve Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Demografik değişkenler bakımından OKB tanılı hastaların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasında bağımsız değişken kategorilerine düşen kişi sayıları birbirlerine denk bulunmadığından tüm ölçeklerden alınan ortalama puanlar Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U testi kullanılarak analize tabi tutulmuştur. Ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiler de yine normal dağılım göstermeyen puanlara uygun olarak Spearman Korelasyon analizi ile hesaplanmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak araştırmanın katılımcısı olan OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Obsesif Kompulsif Belirti ortalamalarının, anksiyete ortalamalarının karşılaştırıldığı bağımsız örneklem Mann Whitney U testi ve stresle başa çıkma tarzları ortalamalarının karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulgularına yer verilmiştir. Üçüncü olarak, OKB tanılı hastaların demografik özellikleri bakımından Obsesif Kompulsif Belirti ortalamalarının, anksiyete ortalamalarının ve stresle başa çıkma tarzları ortalamalarının karşılaştırıldığı Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi bulgularına yer verilmiştir. Dördüncü olarak sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri bakımından Obsesif Kompulsif Belirti ortalamalarının, anksiyete ortalamalarının ve stresle başa çıkma tarzları ortalamalarının karşılaştırıldığı Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi bulgularına yer verilmiştir. Beşinci olarak, OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki Spearman Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

6.1. OKB TANILI HASTALARLA SAĞLIKLI KONTROLLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN DAĞILIMLAR

Tablo 1’de OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin cinsiyet dağılımları, yaş dağılımları, medeni durum dağılımları, çocuk sahibi olma dağılımları ve çocuk sayısı dağılımları bakımından aralarında fark bulunmadığı, iki grubun bu değişkenler bakımından birbirlerine denk oldukları bulunmuştur.

Tablo 1. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları

			OKB	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	n	27	27	54	.000	1.000
		%	50.0	50.0	50.0		
	Erkek	n	27	27	54		
		%	50.0	50.0	50.0		
Yaş	16-20 yaş	n	4	4	8	.117	1.000
		%	7.4	7.4	7.4		
	21-25 yaş	n	5	6	11		
		%	9.3	11.1	10.2		
	26-30 yaş	n	20	19	39		
		%	37.0	35.2	36.1		
	31-35 yaş	n	10	10	20		
		%	18.5	18.5	18.5		
	36-40 yaş	n	5	5	10		
		%	9.3	9.3	9.3		
	41-45 yaş	n	4	4	8		
		%	7.4	7.4	7.4		
46-50 yaş	n	1	1	2			
	%	1.9	1.9	1.9			
51-55 yaş	n	4	4	8			
	%	7.4	7.4	7.4			
56-60 yaş	n	1	1	2			
	%	1.9	1.9	1.9			
Medeni Durum	Evli	n	20	23	43	.303	.582
		%	37.0	42.6	39.8		
	Bekar	n	33	30	63		
		%	61.1	55.6	58.3		
Boşanmış	n	1	1	2			
	%	1.9	1.9	1.9			
Çocuk	Evet, var	n	13	13	26	.000	1.000
		%	24.1	24.1	24.1		
	Hayır, yok	n	41	41	82		
		%	75.9	75.9	75.9		
Çocuk Sayısı Toplam	Bir çocuk	n	6	6	12	.000	1.000
		%	46.2	46.2	46.2		
	İki çocuk	n	6	6	12		
		%	46.2	46.2	46.2		
	Üç çocuk	n	1	1	2		
		%	7.7	7.7	7.7		
Toplam	n	13	13	26			
	%	100.0	100.0	100.0			
Genel Toplam	n	54	54	108			
	%	100.0	100.0	100.0			

Tablo 2. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin eğitim ve çalışma durumlarına ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları

			OKB	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Eğitim Durumu	İlkokul	n	2	2	4	.368	.947
		%	3.7	3.7	3.7		
	Ortaokul	n	1	2	3		
		%	1.9	3.7	2.8		
	Lise	n	15	14	29		
		%	27.8	25.9	26.9		
	Üniversite	n	36	36	72		
		%	66.7	66.7	66.7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	27	31	58	.596	.440
		%	50.0	57.4	53.7		
	Çalışmıyor	n	27	23	50		
		%	50.0	42.6	46.3		
Daha Önce Çalışma	Evet, çalıştım	n	6	5	11	.002	.967
		%	22.2	21.7	22.0		
	Hayır, çalışmadım	n	21	18	39		
		%	77.8	78.3	78.0		
	Toplam	n	27	23	50		
		%	100.0	100.0	100.0		
Çalışanların Çalışma Süresi	0-4 yıl	n	5	6	11	.145	.997
		%	18.5	19.4	19.0		
	5-9 yıl	n	11	12	23		
		%	40.7	38.7	39.7		
	10-14 yıl	n	5	5	10		
		%	18.5	16.1	17.2		
	15-19 yıl	n	3	4	7		
		%	11.1	12.9	12.1		
	20 yıl ve üzeri	n	3	4	7		
		%	11.1	12.9	12.1		
Toplam	n	27	31	58			
	%	100.0	100.0	100.0			
Meslek	Öğrenci	n	13	13	26	.140	.998
		%	24.1	24.1	24.1		
	İşçi	n	2	2	4		
		%	3.7	3.7	3.7		
	Serbest meslek	n	17	18	35		
		%	31.5	33.3	32.4		
	Memur	n	17	17	34		
		%	31.5	31.5	31.5		
	Ev hanımı	n	5	4	9		
		%	9.3	7.4	8.3		
Aylık Gelir	Düşük	n	6	6	12	.000	1.000
		%	11.1	11.1	11.1		
	Orta	n	36	36	72		
		%	66.7	66.7	66.7		
	Yüksek	n	12	12	24		
		%	22.2	22.2	22.2		
Genel Toplam	n	54	54	108			
	%	100.0	100.0	100.0			

Tablo 2’de OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin eğitim ve çalışma durumlarına ilişkin frekans dağıllımları ve yzdelikleri ile bu dağıllımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin eğitim durumu, çalışma durumu, daha ne çalışma, çalışanların çalışma suresi, meslek ve aylık gelir dağıllımları bakımından aralarında fark bulunmadığı, iki grubun bu değişkenler bakımından birbirlerine denk oldukları bulunmuştur.

6.2. OKB TANILI HASTALARLA SAĞLIKLI KONTROLLERİN OKB BELİRTİLERİNİN, ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3’te OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler leği ve alt leklerinden, Beck Anksiyete leğinden ve Stresle Başa ıkma Tarzları leği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve normal dağılım gösteren puanlarda bağımsız örnekleme t testi, normal dağılım göstermeyen puanlarda bağımsız rnekleme Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 3. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, t testi ve Mann Whitney U testi bulguları

	Grup	N	ORT	SS	t/z	p
OKB Belirtileri ¹	OKB	54	26.35	2.300	-9.004	.000*
	Kontrol	54	5.37	1.336		
Kontrol Etme ¹	OKB	54	6.67	1.401	-9.198	.000*
	Kontrol	54	.35	.588		
Temizlik ¹	OKB	54	6.13	1.924	-8.746	.000*
	Kontrol	54	1.63	.977		
Yavaşlık ¹	OKB	54	4.83	1.112	-9.100	.000*
	Kontrol	54	.63	.681		
Kuşku ¹	OKB	54	6.04	.931	-9.047	.000*
	Kontrol	54	2.13	.778		
Ruminasyon ¹	OKB	54	7.70	.861	-9.110	.000*
	Kontrol	54	.93	1.061		
Anksiyete ¹	OKB	54	56.43	9.849	-8.978	.000*
	Kontrol	54	26.11	1.679		
Kendine Güvenli Yaklaşım ²	OKB	54	22.87	5.092	-4.202	.000*
	Kontrol	54	26.57	4.003		
Çaresiz Yaklaşım ²	OKB	54	23.94	5.406	7.936	.000*
	Kontrol	54	16.07	4.887		
Boyun Eğici Yaklaşım ²	OKB	54	18.80	4.021	1.246	.216
	Kontrol	54	17.87	3.696		
İyimser Yaklaşım ²	OKB	54	14.09	2.572	-4.796	.000*
	Kontrol	54	16.61	2.877		
Sosyal Desteğe Başvurma ²	OKB	54	13.48	2.893	2.704	.008*
	Kontrol	54	12.19	2.010		

*p<.05 ¹Mann Whitney U Test ²T test

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB Belirtileri Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [z=-9.004; p=.000]. OKB tanılı hastaların OKB belirtileri toplam puan ortalamaları (ort=26.35) sağlıklı kontrollerin toplam puan ortalamalarından (ort=5.37) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB Belirtileri Ölçeği Kontrol Etme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [z=-9.198; p=.000]. OKB tanılı hastaların Kontrol Etme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar (ort=6.67) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=.35) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB Belirtileri Ölçeği Temizlik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-8.746$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların Temizlik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar (ort=6.13) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=1.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB Belirtileri Ölçeği Yavaşlık alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-9.100$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların Yavaşlık alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar (ort=4.83) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB Belirtileri Ölçeği Kuşku alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-9.047$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların Kuşku alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar (ort=6.04) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=2.13) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB Belirtileri Ölçeği Ruminasyon alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-9.110$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların Ruminasyon alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar (ort=7.70) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=.93) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-8.978$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların Anksiyete ortalamaları (ort=56.43) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=26.11) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.202$; $p=.000$]. Sağlıklı kontrollerin Kendine Güvenli Yaklaşım ortalamaları (ort=26.57) OKB tanılı hastaların ortalamalarından (ort=22.87) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Çaresiz Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=7.936$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların Çaresiz Yaklaşım ortalamaları ($ort=23.94$) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından ($ort=16.07$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İyimser Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.796$; $p=.000$]. Sağlıklı kontrollerin İyimser Yaklaşım ortalamaları ($ort=16.61$) OKB tanılı hastaların ortalamalarından ($ort=14.09$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Sosyal Desteğe Başvurma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.704$; $p=.008$]. OKB tanılı hastaların Sosyal Desteğe Başvurma ortalamaları ($ort=13.48$) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından ($ort=12.19$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

6.3. OKB TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ BAKIMINDAN OKB BELİRTİLERİ, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4’te OKB tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4. OKB tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Cinsiyet	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Kadın	27	26.15	2.265	-1.344	.179
	Erkek	27	26.56	2.359		
Kontrol Etme	Kadın	27	6.56	1.528	-.860	.390
	Erkek	27	6.78	1.281		
Temizlik	Kadın	27	6.44	1.928	-1.180	.238
	Erkek	27	5.81	1.902		
Yavaşlık	Kadın	27	4.70	1.137	-.980	.327
	Erkek	27	4.96	1.091		
Kuşku	Kadın	27	5.81	1.075	-1.454	.146
	Erkek	27	6.26	.712		
Ruminasyon	Kadın	27	7.67	1.000	-.056	.955
	Erkek	27	7.74	.712		
Anksiyete	Kadın	27	56.78	11.119	.000	1.000
	Erkek	27	56.07	8.593		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	27	22.44	5.892	-.399	.690
	Erkek	27	23.30	4.214		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	27	23.30	4.850	-.711	.477
	Erkek	27	24.59	5.931		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	27	18.41	3.331	-.659	.510
	Erkek	27	19.19	4.641		
İyimser Yaklaşım	Kadın	27	13.78	2.665	-1.137	.256
	Erkek	27	14.41	2.485		
Sosyal Desteğe Başvurma	Kadın	27	13.00	2.746	-1.088	.277
	Erkek	27	13.96	3.006		

OKB tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında; Beck Anksiyete

Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 5'te OKB tanılı hastaların yaşlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Tablo 1'de yer alan yaş gruplarında bulunan katılımcı sayıları istatistiksel analize uygun olmadığından yaş grupları yeniden kategorize edilmiştir.

Tablo 5. OKB tanılı hastaların yaşlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Yaş	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	30 yaş ve altı	29	26.24	2.099	-.643	.520
	30 yaş üstü	25	26.48	2.551		
Kontrol Etme	30 yaş ve altı	29	6.52	1.479	-.845	.398
	30 yaş üstü	25	6.84	1.313		
Temizlik	30 yaş ve altı	29	6.34	2.005	-.768	.442
	30 yaş üstü	25	5.88	1.833		
Yavaşlık	30 yaş ve altı	29	4.90	.976	-.568	.570
	30 yaş üstü	25	4.76	1.268		
Kuşku	30 yaş ve altı	29	5.97	.906	-.860	.390
	30 yaş üstü	25	6.12	.971		
Ruminasyon	30 yaş ve altı	29	7.66	.814	-.564	.573
	30 yaş üstü	25	7.76	.926		
Anksiyete	30 yaş ve altı	29	56.59	10.172	-.035	.972
	30 yaş üstü	25	56.24	9.666		
Kendine Güvenli Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	22.48	4.933	-.791	.429
	30 yaş üstü	25	23.32	5.336		
Çaresiz Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	23.66	5.752	-.417	.677
	30 yaş üstü	25	24.28	5.071		
Boyun Eğici Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	18.93	3.722	-.278	.781
	30 yaş üstü	25	18.64	4.415		
İyimser Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	13.31	2.269	-	.010*
	30 yaş üstü	25	15.00	2.646		
Sosyal Desteğe Başvurma	30 yaş ve altı	29	13.93	3.093	-	.209
	30 yaş üstü	25	12.96	2.606		

*p<.05

OKB tanılı hastaların yaş gruplarına göre OKB Belirtileri ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastaların yaş gruplarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin İyimser Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.569$; $p=.010$]. 30 yaş üstünde olan OKB tanılı hastaların İyimser Yaklaşım ortalamaları (ort=15.00) 30 yaş ve altında olanların ortalamalarından (ort=13.31) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 6'da OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Tablo 1'de yer alan medeni durumda boşanmış katılımcı sayısı istatistiksel analize uygun olmadığından sadece evli ve bekar olanların karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 6. OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Medeni Durum	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Evli	20	26.45	3.017	-.186	.852
	Bekar	33	26.24	1.803		
Kontrol Etme	Evli	20	6.60	1.429	-.282	.778
	Bekar	33	6.67	1.407		
Temizlik	Evli	20	6.25	1.743	-.569	.569
	Bekar	33	6.03	2.069		
Yavaşlık	Evli	20	4.70	1.261	-.953	.341
	Bekar	33	4.94	1.029		
Kuşku	Evli	20	5.90	1.021	-.769	.442
	Bekar	33	6.12	.893		
Ruminasyon	Evli	20	7.70	1.081	-.516	.606
	Bekar	33	7.70	.728		
Anksiyete	Evli	20	57.50	10.410	-.515	.607
	Bekar	33	55.94	9.718		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evli	20	23.70	5.079	-.993	.321
	Bekar	33	22.52	5.130		
Çaresiz Yaklaşım	Evli	20	24.50	5.084	-.496	.620
	Bekar	33	23.73	5.686		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	20	19.50	3.791	-.773	.439
	Bekar	33	18.48	4.169		
İyimser Yaklaşım	Evli	20	14.75	2.881	-1.168	.243
	Bekar	33	13.70	2.365		
Sosyal Desteğe Başvurma	Evli	20	13.40	2.854	-.203	.839
	Bekar	33	13.58	2.990		

*p<.05

OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında; Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 7’de OKB tanılı hastaların çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 7. OKB tanılı hastaların çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Çocuk	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Evet, var	13	26.77	2.948	-1.061	.288
	Hayır, yok	41	26.22	2.080		
Kontrol Etme	Evet, var	13	6.62	1.446	-.897	.370
	Hayır, yok	41	6.68	1.404		
Temizlik	Evet, var	13	6.69	1.653	-.411	.681
	Hayır, yok	41	5.95	1.987		
Yavaşlık	Evet, var	13	4.69	1.316	-.742	.458
	Hayır, yok	41	4.88	1.053		
Kuşku	Evet, var	13	5.85	1.068	-.173	.863
	Hayır, yok	41	6.10	.889		
Ruminasyon	Evet, var	13	7.62	1.193	-1.676	.094
	Hayır, yok	41	7.73	.742		
Anksiyete	Evet, var	13	59.38	9.751	-.481	.630
	Hayır, yok	41	55.49	9.811		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet, var	13	23.15	4.997	-.321	.748
	Hayır, yok	41	22.78	5.179		
Çaresiz Yaklaşım	Evet, var	13	24.92	4.958	-.964	.335
	Hayır, yok	41	23.63	5.562		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet, var	13	19.77	4.265	-1.928	.054
	Hayır, yok	41	18.49	3.944		
İyimser Yaklaşım	Evet, var	13	14.62	2.844	-1.699	.089
	Hayır, yok	41	13.93	2.494		
Sosyal Desteğe Başvurma	Evet, var	13	13.08	2.900	-.966	.334
	Hayır, yok	41	13.61	2.914		

*p<.05

OKB tanılı hastaların çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında; Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 8’de OKB tanılı hastaların eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Tablo 2’de yer alan eğitim durumu kategorilerine düşen katılımcı sayıları istatistiksel analize elverişli olmadığından yeniden kategorize edilmiştir.

Tablo 8. OKB tanılı hastaların eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Eğitim Durumu	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Lise ve altı	18	26.28	2.492	-.810	.418
	Üniversite	36	26.39	2.233		
Kontrol Etme	Lise ve altı	18	6.44	1.756	-.508	.612
	Üniversite	36	6.78	1.198		
Temizlik	Lise ve altı	18	6.61	2.033	-1.037	.300
	Üniversite	36	5.89	1.848		
Yavaşlık	Lise ve altı	18	4.56	1.247	-1.297	.195
	Üniversite	36	4.97	1.028		
Kuşku	Lise ve altı	18	5.83	.786	-1.651	.099
	Üniversite	36	6.14	.990		
Ruminasyon	Lise ve altı	18	7.67	1.085	-.040	.968
	Üniversite	36	7.72	.741		
Anksiyete	Lise ve altı	18	58.61	10.427	-1.361	.174
	Üniversite	36	55.33	9.508		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Lise ve altı	18	21.67	4.537	-1.287	.198
	Üniversite	36	23.47	5.305		
Çaresiz Yaklaşım	Lise ve altı	18	23.00	5.466	-1.011	.312
	Üniversite	36	24.42	5.390		
Boyun Eğici Yaklaşım	Lise ve altı	18	18.44	4.605	-.506	.613
	Üniversite	36	18.97	3.753		
İyimser Yaklaşım	Lise ve altı	18	14.11	2.349	-.167	.867
	Üniversite	36	14.08	2.708		
Sosyal Desteğe Başvurma	Lise ve altı	18	13.33	2.635	-.203	.839
	Üniversite	36	13.56	3.047		

*p<.05

OKB tanılı hastaların eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında; Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 9’da OKB tanılı hastaların çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 9. OKB tanılı hastaların çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Çalışma Durumu	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Çalışıyor	27	26.81	2.543	-1.651	.099
	Çalışmıyor	27	25.89	1.968		
Kontrol Etme	Çalışıyor	27	6.81	1.415	-.975	.329
	Çalışmıyor	27	6.52	1.397		
Temizlik	Çalışıyor	27	6.04	1.891	-.511	.609
	Çalışmıyor	27	6.22	1.987		
Yavaşlık	Çalışıyor	27	5.04	1.126	-1.420	.156
	Çalışmıyor	27	4.63	1.079		
Kuşku	Çalışıyor	27	6.22	.751	-1.258	.208
	Çalışmıyor	27	5.85	1.064		
Ruminasyon	Çalışıyor	27	7.81	.786	-.713	.476
	Çalışmıyor	27	7.59	.931		
Anksiyete	Çalışıyor	27	57.67	9.274	-.988	.323
	Çalışmıyor	27	55.19	10.418		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Çalışıyor	27	22.70	4.999	-.165	.869
	Çalışmıyor	27	23.04	5.273		
Çaresiz Yaklaşım	Çalışıyor	27	24.56	5.243	-.789	.430
	Çalışmıyor	27	23.33	5.595		
Boyun Eğici Yaklaşım	Çalışıyor	27	18.70	4.232	-.087	.931
	Çalışmıyor	27	18.89	3.876		
İyimser Yaklaşım	Çalışıyor	27	14.37	3.002	-.857	.391
	Çalışmıyor	27	13.81	2.076		
Sosyal Desteğe Başvurma	Çalışıyor	27	13.44	2.792	-.157	.875
	Çalışmıyor	27	13.52	3.043		

*p<.05

OKB tanılı hastaların çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında; Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10’da OKB tanılı hastaların aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

OKB tanılı hastaların aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında; Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10. OKB tanılı hastaların aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Kruskal Wallis H testi bulguları

	Aylık Gelir	N	ORT	SS	χ^2	p
OKB Belirtileri	Düşük	6	27.00	1.549	2.779	.249
	Orta	36	25.94	2.069		
	Yüksek	12	27.25	3.019		
Kontrol Etme	Düşük	6	7.00	.894	.912	.634
	Orta	36	6.53	1.483		
	Yüksek	12	6.92	1.379		
Temizlik	Düşük	6	6.17	2.639	1.342	.511
	Orta	36	5.94	1.970		
	Yüksek	12	6.67	1.371		
Yavaşlık	Düşük	6	5.33	1.033	1.620	.445
	Orta	36	4.72	1.137		
	Yüksek	12	4.92	1.084		
Kuşku	Düşük	6	6.33	1.211	3.278	.194
	Orta	36	5.89	.979		
	Yüksek	12	6.33	.492		
Ruminasyon	Düşük	6	7.67	.516	.370	.831
	Orta	36	7.72	.974		
	Yüksek	12	7.67	.651		
Anksiyete	Düşük	6	59.50	12.046	1.564	.457
	Orta	36	55.19	9.771		
	Yüksek	12	58.58	9.080		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Düşük	6	21.50	3.782	.763	.683
	Orta	36	23.28	5.153		
	Yüksek	12	22.33	5.662		
Çaresiz Yaklaşım	Düşük	6	24.50	7.396	.890	.641
	Orta	36	23.50	5.119		
	Yüksek	12	25.00	5.527		
Boyun Eğici Yaklaşım	Düşük	6	17.67	3.933	1.038	.595
	Orta	36	19.22	4.141		
	Yüksek	12	18.08	3.801		
İyimser Yaklaşım	Düşük	6	13.33	2.422	3.425	.180
	Orta	36	14.58	2.568		
	Yüksek	12	13.00	2.412		
Sosyal Desteğe Başvurma	Düşük	6	14.67	5.007	3.582	.167
	Orta	36	12.94	2.329		
	Yüksek	12	14.50	2.970		

6.4. SAĞLIKLI KONTROLLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ BAKIMINDAN OKB BELİRTİLERİ, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 11’de sağlıklı kontrollerin cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 11. Sağlıklı kontrollerin cinsiyetlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Cinsiyet	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Kadın	27	5.44	1.396	-.515	.607
	Erkek	27	5.30	1.295		
Kontrol Etme	Kadın	27	.26	.526	-1.192	.233
	Erkek	27	.44	.641		
Temizlik	Kadın	27	1.59	.844	-.120	.905
	Erkek	27	1.67	1.109		
Yavaşlık	Kadın	27	.59	.636	-.261	.794
	Erkek	27	.67	.734		
Kuşku	Kadın	27	2.33	.832	-1.938	.053
	Erkek	27	1.93	.675		
Ruminasyon	Kadın	27	.93	1.238	-.562	.574
	Erkek	27	.93	.874		
Anksiyete	Kadın	27	26.15	1.537	-.088	.930
	Erkek	27	26.07	1.838		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	27	27.00	3.397	-.547	.584
	Erkek	27	26.15	4.555		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	27	14.59	3.587	-2.136	.033*
	Erkek	27	17.56	5.591		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	27	18.22	2.940	-1.113	.266
	Erkek	27	17.52	4.353		
İyimser Yaklaşım	Kadın	27	16.96	3.204	-.957	.338
	Erkek	27	16.26	2.521		
Sosyal Desteğe Başvurma	Kadın	27	12.85	1.854	-2.343	.019*
	Erkek	27	11.52	1.968		

Sağlıklı kontrollerin cinsiyetlerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Çaresiz Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark

bulunmuştur [$t=-2.136$; $p=.033$]. Erkeklerin çaresiz yaklaşım ortalamaları ($ort=17.56$) kadınların ortalamalarından ($ort=14.59$) anlamlı şekilde yüksektir.

Sağlıklı kontrollerin cinsiyetlerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Sosyal Desteğe Başvurma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.343$; $p=.019$]. Kadınların sosyal desteğe başvurma ortalamaları ($ort=12.85$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=11.52$) anlamlı şekilde yüksektir.

Sağlıklı kontrollerin cinsiyetlerine göre diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 12’de sağlıklı kontrollerin yaşlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Tablo 1’de yer alan yaş gruplarında bulunan katılımcı sayıları istatistiksel analize uygun olmadığından yaş grupları yeniden kategorize edilmiştir.

Tablo 12. Sağlıklı kontrollerin yaşlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Yaş	N	ORT	SS	Z	p
OKB Belirtileri	30 yaş ve altı	29	5.34	1.111	-.534	.593
	30 yaş üstü	25	5.40	1.581		
Kontrol Etme	30 yaş ve altı	29	.28	.528	-.988	.323
	30 yaş üstü	25	.44	.651		
Temizlik	30 yaş ve altı	29	1.69	.850	-.583	.560
	30 yaş üstü	25	1.56	1.121		
Yavaşlık	30 yaş ve altı	29	.69	.761	-.455	.649
	30 yaş üstü	25	.56	.583		
Kuşku	30 yaş ve altı	29	2.17	.759	-.307	.759
	30 yaş üstü	25	2.08	.812		
Ruminasyon	30 yaş ve altı	29	.90	1.012	-.166	.868
	30 yaş üstü	25	.96	1.136		
Anksiyete	30 yaş ve altı	29	26.07	1.387	-.176	.860
	30 yaş üstü	25	26.16	1.993		
Kendine Güvenli Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	27.07	3.798	-.862	.389
	30 yaş üstü	25	26.00	4.233		
Çaresiz Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	15.07	4.605	-1.341	.180
	30 yaş üstü	25	17.24	5.036		
Boyun Eğici Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	17.41	3.235	-.471	.638
	30 yaş üstü	25	18.40	4.173		
İyimser Yaklaşım	30 yaş ve altı	29	16.28	2.865	-.733	.463
	30 yaş üstü	25	17.00	2.901		
Sosyal Desteğe Başvurma	30 yaş ve altı	29	12.10	2.024	-.263	.793
	30 yaş üstü	25	12.28	2.031		

*p<.05

Sağlıklı kontrollerin yaş gruplarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 13'de sağlıklı kontrollerin medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Tablo 1'de yer alan medeni durumda boşanmış katılımcı sayısı istatistiksel analize uygun olmadığından sadece evli ve bekar olanların karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 13. Sağlıklı kontrollerin medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Medeni Durum	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Evli	23	5.65	1.402	-1.309	.190
	Bekar	31	5.23	1.223		
Kontrol Etme	Evli	23	.39	.656	-.156	.876
	Bekar	31	.33	.547		
Temizlik	Evli	23	1.57	1.037	-.468	.640
	Bekar	31	1.70	.952		
Yavaşlık	Evli	23	.57	.590	-.511	.609
	Bekar	31	.70	.750		
Kuşku	Evli	23	2.22	.671	-.598	.550
	Bekar	31	2.10	.845		
Ruminasyon	Evli	23	1.09	1.203	-.899	.369
	Bekar	31	.80	.961		
Anksiyete	Evli	23	26.00	1.732	-.556	.578
	Bekar	31	26.30	1.579		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evli	23	26.26	3.708	-.703	.482
	Bekar	31	26.60	4.166		
Çaresiz Yaklaşım	Evli	23	16.48	4.440	-.757	.449
	Bekar	31	15.87	5.309		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	23	18.26	3.708	-.388	.698
	Bekar	31	17.67	3.754		
İyimser Yaklaşım	Evli	23	16.87	3.167	-.406	.684
	Bekar	31	16.23	2.515		
Sosyal Desteğe Başvurma	Evli	23	12.04	2.142	-.562	.574
	Bekar	31	12.30	1.968		

*p<.05

Sağlıklı kontrollerin medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 14’de sağlıklı kontrollerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 14. Sağlıklı kontrollerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Çocuk	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Evet, var	13	4.77	1.481	-1.785	.074
	Hayır, yok	41	5.56	1.246		
Kontrol Etme	Evet, var	13	.38	.650	-.152	.879
	Hayır, yok	41	.34	.575		
Temizlik	Evet, var	13	1.08	.862	-2.374	.018*
	Hayır, yok	41	1.80	.954		
Yavaşlık	Evet, var	13	.62	.650	-.011	.991
	Hayır, yok	41	.63	.698		
Kuşku	Evet, var	13	2.08	.760	-.239	.811
	Hayır, yok	41	2.15	.792		
Ruminasyon	Evet, var	13	.92	1.382	-.496	.620
	Hayır, yok	41	.93	.959		
Anksiyete	Evet, var	13	25.62	2.142	-1.109	.267
	Hayır, yok	41	26.27	1.500		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet, var	13	26.62	3.618	-.162	.871
	Hayır, yok	41	26.56	4.160		
Çaresiz Yaklaşım	Evet, var	13	17.38	4.445	-1.107	.268
	Hayır, yok	41	15.66	4.998		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet, var	13	18.69	4.479	-.427	.669
	Hayır, yok	41	17.61	3.434		
İyimser Yaklaşım	Evet, var	13	17.38	3.453	-.906	.365
	Hayır, yok	41	16.37	2.672		
Sosyal Desteğe Başvurma	Evet, var	13	11.77	2.048	-.941	.347
	Hayır, yok	41	12.32	2.005		

*p<.05

Sağlıklı kontrollerde çocuk sahibi olup olmamaya göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği Temizlik alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=-2.374; p=.018]. Çocuğu olmayanların temizlik ortalamaları (ort=1.80) çocuğu olanların ortalamalarından (ort=1.08) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Sağlıklı kontrollerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 15’de sağlıklı kontrollerin eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma

Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Tablo 2’de yer alan eğitim durumu kategorilerine düşen katılımcı sayıları istatistiksel analize elverişli olmadığından yeniden kategorize edilmiştir.

Tablo 15. Sağlıklı kontrollerin eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Eğitim Durumu	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Lise ve altı	18	5.61	1.335	-.998	.318
	Üniversite	36	5.25	1.339		
Kontrol Etme	Lise ve altı	18	.33	.594	-.195	.845
	Üniversite	36	.36	.593		
Temizlik	Lise ve altı	18	1.78	1.003	-.842	.400
	Üniversite	36	1.56	.969		
Yavaşlık	Lise ve altı	18	.61	.778	-.410	.682
	Üniversite	36	.64	.639		
Kuşku	Lise ve altı	18	2.11	.832	-.285	.775
	Üniversite	36	2.14	.762		
Ruminasyon	Lise ve altı	18	1.00	1.372	-.254	.799
	Üniversite	36	.89	.887		
Anksiyete	Lise ve altı	18	26.50	1.465	-.997	.319
	Üniversite	36	25.92	1.763		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Lise ve altı	18	25.33	4.814	-1.428	.153
	Üniversite	36	27.19	3.438		
Çaresiz Yaklaşım	Lise ve altı	18	18.17	5.261	-1.952	.051
	Üniversite	36	15.03	4.398		
Boyun Eğici Yaklaşım	Lise ve altı	18	19.22	3.541	-2.140	.032*
	Üniversite	36	17.19	3.632		
İyimser Yaklaşım	Lise ve altı	18	16.39	2.593	-.517	.605
	Üniversite	36	16.72	3.039		
Sosyal Desteğe Başvurma	Lise ve altı	18	12.56	2.281	-.798	.425
	Üniversite	36	12.00	1.867		

*p<.05

Sağlıklı kontrollerin eğitim durumlarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=-2.140; p=.032]. Lise ve altı eğitim düzeyinde olanların boyun eğici yaklaşım ortalamaları (ort=19.22) üniversite düzeyinde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=17.19) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Sağlıklı kontrollerin eğitim durumlarına göre diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 16’da sağlıklı kontrollerin çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 16. Sağlıklı kontrollerin çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Mann Whitney U testi bulguları

	Çalışma Durumu	N	ORT	SS	z	p
OKB Belirtileri	Çalışıyor	31	5.39	1.383	-.180	.858
	Çalışmıyor	23	5.35	1.301		
Kontrol Etme	Çalışıyor	31	.39	.615	-.504	.614
	Çalışmıyor	23	.30	.559		
Temizlik	Çalışıyor	31	1.68	1.013	-.541	.588
	Çalışmıyor	23	1.57	.945		
Yavaşlık	Çalışıyor	31	.65	.608	-.557	.578
	Çalışmıyor	23	.61	.783		
Kuşku	Çalışıyor	31	2.10	.746	-.263	.793
	Çalışmıyor	23	2.17	.834		
Ruminasyon	Çalışıyor	31	.87	.885	-.037	.970
	Çalışmıyor	23	1.00	1.279		
Anksiyete	Çalışıyor	31	26.06	1.806	-.089	.929
	Çalışmıyor	23	26.17	1.527		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Çalışıyor	31	26.29	4.027	-.623	.533
	Çalışmıyor	23	26.96	4.028		
Çaresiz Yaklaşım	Çalışıyor	31	15.84	5.520	-.518	.604
	Çalışmıyor	23	16.39	3.974		
Boyun Eğici Yaklaşım	Çalışıyor	31	18.03	4.078	.000	1.000
	Çalışmıyor	23	17.65	3.185		
İyimser Yaklaşım	Çalışıyor	31	16.97	3.038	-1.003	.316
	Çalışmıyor	23	16.13	2.634		
Sosyal Desteğe Başvurma	Çalışıyor	31	12.23	1.961	-.141	.888
	Çalışmıyor	23	12.13	2.117		

*p<.05

Sağlıklı kontrollerin çalışma durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler leğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete leğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Stresle Başa ıkma Tarzları leğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 17’de sağlıklı kontrollerin aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler leğinden, Beck Anksiyete leğinden ve Stresle Başa ıkma Tarzları leğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.



Tablo 17. Sağlıklı kontrollerin aylık gelirlerine göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U testi bulguları

	Aylık Gelir	N	ORT	SS	χ^2	p	Z
OKB Belirtileri	Düşük	6	5.17	1.472	.249	.883	
	Orta	36	5.42	1.381			
	Yüksek	12	5.33	1.231			
Kontrol Etme	Düşük	6	.50	.548	6.526	.038*	Orta>Yüksek z=-2.391; p=.017
	Orta	36	.44	.652			
	Yüksek	12	.00	.000			
Temizlik	Düşük	6	2.00	1.265	3.448	.178	
	Orta	36	1.44	.909			
	Yüksek	12	2.00	.953			
Yavaşlık	Düşük	6	.33	.516	1.312	.519	
	Orta	36	.67	.717			
	Yüksek	12	.67	.651			
Kuşku	Düşük	6	2.00	1.095	1.561	.458	
	Orta	36	2.08	.732			
	Yüksek	12	2.33	.778			
Ruminasyon	Düşük	6	.50	.837	3.502	.174	
	Orta	36	1.11	1.141			
	Yüksek	12	.58	.793			
Anksiyete	Düşük	6	26.33	1.633	.219	.896	
	Orta	36	26.17	1.699			
	Yüksek	12	25.83	1.749			
Kendine Güvenli Yaklaşım	Düşük	6	25.00	4.472	1.457	.483	
	Orta	36	26.64	3.673			
	Yüksek	12	27.17	4.840			
Çaresiz Yaklaşım	Düşük	6	20.33	6.772	8.612	.013*	Düşük>Yüksek z=-2.265; p=.023 Orta>Yüksek z=-2.523; p=.012
	Orta	36	16.44	4.378			
	Yüksek	12	12.83	3.380			
Boyun Eğici Yaklaşım	Düşük	6	21.33	3.011	7.683	.021*	Düşük>Orta z=-2.492; p=.013 Düşük>Yüksek z=-2.752; p=.006
	Orta	36	17.67	3.854			
	Yüksek	12	16.75	2.527			
İyimser Yaklaşım	Düşük	6	17.17	2.317	.663	.718	
	Orta	36	16.67	2.898			
	Yüksek	12	16.17	3.215			
Sosyal Desteğe Başvurma	Düşük	6	11.67	1.633	.776	.678	
	Orta	36	12.36	1.988			
	Yüksek	12	11.92	2.314			

Sağlıklı kontrollerin gelir durumlarına göre Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği Kontrol etme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=6.526$; $p=.038$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda orta gelir düzeyinde olanların kontrol etme ortalamaları (ort=.44) yüksek gelir düzeyinde olanların ortalamalarından (ort=.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.391$; $p=.017$).

Sağlıklı kontrollerin gelir durumlarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Çaresiz Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=8.612$; $p=.013$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda düşük gelir düzeyindekilerin çaresiz yaklaşım ortalamaları (ort=20.33) yüksek gelir düzeyindekilerin ortalamalarından (ort=12.83) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.265$; $p=.023$). Orta gelir düzeyindekilerin çaresiz yaklaşım ortalamaları (ort=16.44) yüksek gelir düzeyindekilerin ortalamalarından (ort=12.83) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.523$; $p=.012$).

Sağlıklı kontrollerin gelir durumlarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=7.683$; $p=.021$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda düşük gelir düzeyindekilerin boyun eğici yaklaşım ortalamaları (ort=21.33) orta gelir düzeyindekilerin ortalamalarından (ort=17.67) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.492$; $p=.013$). Düşük gelir düzeyindekilerin boyun eğici yaklaşım ortalamaları (ort=21.33) yüksek gelir düzeyindekilerin ortalamalarından (ort=16.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.752$; $p=.006$).

6.5. OKB TANILI HASTALARIN VE SAĞLIKLI KONTROLLERİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİ, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 18’de OKB tanılı hastaların ve Tablo 19’da sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.



Tablo 18. OKB tanılı hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman Korelasyon analizi bulguları

OKB Tanılı Hastalar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. OKB Belirtileri											
2. Kontrol Etme	.447**										
3. Temizlik	.341*	-.266									
4. Yavaşlık	.474**	.324*	-.014								
5. Kuşku	.257	.081	-.294*	.177							
6. Ruminasyon	.405**	.187	-.056	-.151	-.020						
7. Anksiyete	.164	-.076	.065	.188	.291*	-.031					
8. Kendine Güvenli Yaklaşım	-.376**	-.161	-.191	-.025	.084	-.252	-.078				
9. Çaresiz Yaklaşım	.195	.058	-.137	.274*	-.034	.142	.131	-.142			
10. Boyun Eğici Yaklaşım	-.016	.001	-.117	.193	-.120	-.102	.110	.160	.419**		
11. İyimser Yaklaşım	-.163	-.103	-.192	.080	.003	-.081	-.060	.630**	.018	.431**	
12. Sosyal Desteğe Başvurma	.057	.092	.165	.103	.068	-.103	-.002	.088	-.050	-.127	-.086

(*p<.05; **p<.01)

Tablo 19. Sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman Korelasyon analizi bulguları

Sağlıklı Kontroller	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. OKB Belirtileri											
2. Kontrol Etme	.429**										
3. Temizlik	.297*	-.144									
4. Yavaşlık	.231	.120	-.038								
5. Kuşku	.208	.064	-.126	-.020							
6. Ruminasyon	.586**	.308*	-.191	.028	-.255						
7. Anksiyete	.103	.094	-.117	-.105	-.014	.181					
8. Kendine Güvenli Yaklaşım	-.135	.099	-.083	-.009	.221	-.187	-.248				
9. Çaresiz Yaklaşım	.151	.047	-.100	.056	-.098	.231	.226	-.347*			
10. Boyun Eğici Yaklaşım	.119	-.027	.022	-.151	.141	.031	.128	-.039	.340*		
11. İyimser Yaklaşım	-.067	.146	-.015	-.207	.111	-.185	-.128	.438**	-.067	.258	
12. Sosyal Desteğe Başvurma	.051	.057	-.102	.119	.222	-.079	-.242	.042	-.227	-.081	-.008

(*p<.05; **p<.01)

OKB tanılı hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeğinden aldıkları toplam puanlarla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.376$; $p=.005$). OKB tanılı hastaların kendine güvenli yaklaşımları azaldıkça OKB belirtileri artmaktadır.

OKB tanılı hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği Yavaşlık alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Çaresiz Yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.274$; $p=.045$). OKB tanılı hastaların çaresiz yaklaşımları arttıkça yavaşlıkları artmaktadır.

OKB tanılı hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği Kuşku alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.291$; $p=.033$). OKB tanılı hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça kuşkuları artmaktadır.

OKB tanılı hastaların diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerin Maudsley Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

YEDİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

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

7.1. TARTIŞMA

OKB tanılı hastaların OKB belirtileri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde OKB'nin alt boyutları olan, kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku, ruminasyon düzeyleri OKB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. OKB tanılı hastaların anksiyete düzeyleri de sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Stresle başa çıkma tarzları ele alındığında ise sağlıklı kontrollerin kendine güvenli, iyimser yaklaşımlarının OKB tanılı hastalara nazaran daha yüksek olduğu, buna karşın OKB tanılı hastaların da çaresiz yaklaşımlarının ve sosyal desteğe başvurma eğilimlerinin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin boyun eğici yaklaşım bakımından farklılaşmadıkları bulunmuştur. OKB tanılı hastaların OKB belirtileri ve alt boyutları bakımından sağlıklı kontrollerden yüksek düzeyde belirti göstermeleri beklenen bir sonuç olup literatürle de uyumludur. Şimdiki araştırmada OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri bakımından birbirlerine denk gruplar olması sağlanmış ve böylece OKB belirtilerini, anksiyete düzeylerini ve başa çıkma tarzlarını etkileyebilecek karıştırıcı değişkenlerin etkisinin minimize edilmesi sağlanarak elde edilen sonuçların OKB varlığı ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Hasta grubu ile kontrol grubunda OKB'nin tüm alt boyutlarında farklılık gözleniyor olması hasta grubunun teşhislerini doğrular niteliktedir. OKB tanılı hastalarda kontrol etme, yavaşlık, temizlik, ruminasyon ve kuşku belirtilerinin yüksek olacağı DSM V tanı kriterleri ile gösterilmiştir (APA, 2013). Obsesyonların anksiyete neden olduğu, sonucunda da hastaların kompulsiyonlarla anksiyete düzeylerini azaltmaya çalıştıkları bildirilmiştir (APA, 2013). Tamam ve arkadaşları (2003) OKB tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %80'inin yaşam boyu eşlik eden anksiyete bozukluklarının bulunduğunu saptamışlardır. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin başa çıkma tarzları arasında ortaya çıkan

farklılıklar OKB tanılı hastaların genel olarak çaresizlik yaşıyor oldukları, ihtimali olarak da bu çaresizliğe bağlı olarak sosyal destek arıyor olabilecekleri söylenebilir. Sağlıklı kontrollerde ise kendine güvenli ve iyimser yaklaşımli başa çıkma tarzı görülmüştür. Köknel (1988) de düşünce sürecinde yaşanan zorlanma ile bilişsel düzeyde başa çıkamayan bireylerin zararlı etkenlerden kaçabilmek amacıyla olumsuz savunma düzeneklerini kullanmaya başvurduklarını varsaymaktadır. Lazarus (1998) ise stres yaratıcı olaylar veya durumlar karşısında bazı bireylerin tepki olarak pasifleştiğini, içine kapandığını, problemleriyle yüzleşmekten kaçtığını ve problemlerini tamamen yok sayıp, olayın dışında kalmayı tercih ettiklerini bildirmiştir.

OKB tanılı hastaların OKB belirtilerinde ve alt boyutları olan kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon skorlarının, anksiyete düzeylerinin ve başa çıkma tarzlarının cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahibi olup olmamaya, eğitim düzeyine, çalışma durumuna ve aylık gelir düzeyine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Altıntaş ve Özçürümez (2015) OKB tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada medeni duruma ve aile öyküsüne göre OKB belirtileri, anksiyete ve depresyon düzeylerinde farklılık bulunmadığını tespit etmişlerdir. Ancak aynı çalışmada erkeklerin kadınlara nazaran daha çok OKB belirtisi gösterdikleri, kadınların da anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklere nazaran yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Diğer yandan kontrol grubunda da medeni duruma ve çalışma durumuna göre OKB tanılı hastalarda olduğu gibi OKB belirtilerinin ve alt boyutları olan kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon skorlarının, anksiyete düzeylerinin ve başa çıkma tarzlarının farklılaşmadığı bulunmuştur. Ancak kontrol grubunda stresle başa çıkma tarzı olarak çaresiz yaklaşımın erkeklerde kadınlara oranla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, sosyal desteğe başvurmanın da kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda çocuk sahibi olup olmamaya göre OKB alt boyutu olan temizlik boyutunda çocuğu bulunmayanların çocuğu bulunanlara göre daha yüksek belirti gösterdikleri tespit edilmiştir. Kontrol grubunda eğitim düzeyine göre stresle başa çıkma tarzı olarak boyun eğici yaklaşımın lise ve altı eğitim düzeyinde olanlarda üniversite eğitim düzeyinde olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda gelir düzeyinde göre bakıldığında OKB belirtisi olarak kontrol etme belirtilerinin orta gelir düzeyinde yüksek gelir düzeyine göre daha fazla olduğu

bulunmuştur. Stresle başa çıkma tarzı olarak çaresiz yaklaşımın ise düşük gelir grubunda yüksek gelir grubuna, orta gelir grubunda ise yüksek gelir grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine gelir düzeyine göre stresle başa çıkma tarzı olarak boyun eğici yaklaşımın düşük gelir düzeyinde hem orta hem de yüksek gelir düzeyine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu ile OKB tanılı hastaların bu demografik değişkenler bakımından OKB belirtilerinin ve alt boyutları olan kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon skorlarının, anksiyete düzeylerinin ve başa çıkma tarzlarının farklılaşmalarına ilişkin literatürde çalışmalara rastlanmamıştır. İki grubun demografik özellikleri bakımından birbirlerine denk gruplar oldukları Tablo 1 ve Tablo 2’de gösterilmiştir. Sağlıklı bireylerde gözlenebilecek, demografik değişkenler bakımından OKB, anksiyete ve başa çıkma tarzlarındaki farklılaşma OKB tanılı hastaların işlevsellik düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olabileceği göz önünde bulundurulduğunda anlamlı görünmektedir.

OKB tanılı hastaların yaşlarına göre yapılan karşılaştırmada OKB belirtileri ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken, başa çıkma tarzı olarak sadece iyimser yaklaşım alt boyutunda 30 yaş üstü OKB tanılı hastaların 30 yaş ve altındaki OKB tanılı hastalara göre daha iyimser yaklaşımlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise yaşa göre OKB belirtilerinde ve alt boyutları olan kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon skorlarının, anksiyete düzeylerinin ve başa çıkma tarzlarının farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Altıntaş ve Özçürümez (2015) de OKB tanılı hastaların yaşlarına göre OKB belirtileri, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadığını ortaya koymuşlardır. OKB hastalarında yaşa bağlı olarak başa çıkma tarzlarının ele alındığı çalışmalara rastlanmamıştır ancak Ergin ve arkadaşları (2014) stresle başa çıkma yöntemlerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında yaş arttıkça problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin daha fazla kullanıldığını ortaya koymuşlardır.

OKB tanılı hastaların OKB belirtileri ile kendine güvenli yaklaşım başa çıkma tarzları arasında anlamlı ve negatif korelasyon bulunduğu, OKB tanılı hastaların OKB belirti düzeyleri arttıkça kendine güvenli yaklaşımlarının da düştüğü tespit edilmiştir. Buna karşın sağlıklı kontrollerde bu iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Catwright-Hatton ve Wells (1997) psikiyatrik hastalıklarda işlevsel olmayan düşünce ve

başa çıkma tarzlarının üst bilişsel işlevler nedeniyle ortaya çıktığını, hastaların olayları değerlendirmelerini etkileyen olumlu olumsuz inançlara yani üst bilişlere sahip olduklarını, bunun da kişinin uyuma yönelik olmaktan uzak tepki tarzları geliştirmelerine neden olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla OKB hastalarının genel olarak OKB belirtilerinin üst bilişsel işlevlerde de bozulmaya yol açıyor olabileceği düşünüldüğünde hastaların kendilerine güvenli tarzda stres verici yaşantıları ile başa çıkmada zorlanabilecekleri ileri sürülebilir.

OKB tanılı hastaların OKB belirtilerine ilişkin bir alt boyut olan yavaşlık düzeyleri ile çaresiz yaklaşımlı başa çıkma tarzları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğu, hastaların yavaşlık belirtileri arttıkça çaresiz yaklaşımlarının da arttığı bulunmuştur. Buna karşın sağlıklı kontrollerde bu iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Karamustafalıoğlu'nun (1999) Foa'dan (1979) aktardığına göre obsesif kompulsif bozukluğu bulunan hastaların obsesif yavaşlıkları tedaviye direnç göstermelerine neden olabilmektedir. Bu da hastanın çaresizlik hislerinin yoğunluk kazanmasına, dolayısıyla stres verici düşünceleri ile çaresiz bir yaklaşımla başa çıkmalarına neden olabilir.

OKB tanılı hastaların OKB belirtilerine ilişkin bir alt boyut olan ruminasyon düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğu, hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça ruminasyon belirtilerinin de arttığı bulunmuştur. Buna karşın sağlıklı kontrollerde bu iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Mavissakallion ve arkadaşları (1990) OKB ile anksiyete bozukluklarını karşılaştırdıkları çalışmalarında OKB tanılı hastalarda plasebo yanıtlarının düşük olduğunu, bunun da hastalığın dirençli doğasına işaret ediyor olduğunu bildirmişlerdir. Ruminasyon özellikle depresif duyguların ve anksiyetenin gelişmesine ve dirençli hale gelmesine neden olmaktadır (Noen-Hoeksema, 1991) ve tekrarlı ve pasif halde stres vericilere odaklanması nedeniyle de kişinin ruh sağlığı üzerinde olumsuz ve ciddi etkilere neden olabilmektedir (Martin ve Tesser, 1996). OKB tanılı hastaların istemedikleri halde akıllarına gelen, anlamsız olarak yorumlayabildikleri ancak yine de ısrarlı, yineleyen ve engellenemeyen obsesyonları sonu gelmez şekilde kendi içinde sürekli olarak tartışıyor olmaları anksiyete düzeylerini yükseltiyor olabilir.

7.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin OKB belirti düzeyleri, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki farklılaşmaların yanı sıra OKB tanılı hastalarda OKB belirtileri, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tarzlarının demografik özellikleri bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Çalışmada ayrıca OKB belirti düzeyleri, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Sonuçlar genel olarak, OKB belirtilerinin tüm alt boyutlarıyla OKB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu, yine anksiyete düzeylerinin OKB tanılı hastalarda daha yüksek olduğunu, dahası sağlıklı kontroller stresle başa çıkmada işlevsel tarzları kullanırken OKB tanılı hastaların işlevsel olmayan stresle başa çıkma tarzlarını daha çok kullandıklarını göstermektedir.

Çalışmada elde edilen bulgular literatüre katkı sağlayıcı niteliktedir ancak OKB tanılı hastalarla ileride yapılacak çalışmalarda hastaların OKB belirtilerinin sürmesine neden olan üstbilişlerinin nasıl ele alınabileceği, bu bilişlere terapötik yöntemlerle nasıl müdahale edilebileceği araştırılmalıdır. Young (2009) bilişsel davranışçı terapi üzerinden geliştirdiği şema terapi yönteminde bireylerin temel ihtiyaçlarına vurgu yaparak insanların erken dönemde geliştirdikleri uyumsuz başa çıkma yöntemlerini ele almaktadır. OKB tanılı hastalarla yapılacak çalışmaların hastaların işlevsel olmayan ve uyumsuz başa çıkma tarzları üzerinden yapılması oldukça önemli görünmektedir. Çünkü OKB tanılı hastaların ruminatif bir şekilde ortaya çıkan obsesyonları ve bu obsesyonların içeriğinin değerlendirilmesi tedavileri sonuca götürmemektedir. Bunun yerine ortaya çıkan obsesyonlarla işlevsel şekilde başa çıkabilmenin yollarının araştırılması ve başa çıkmaya yönelik terapötik müdahalelerin geliştirilmesi uygun olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akman, S., Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar, Özel Gündem: Stres, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2004.
- Aksaç, A.S., Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Cinsiyet Arasındaki İlişki, Özel Gündem: Stres, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2004.
- Altıntaş, E. ve Özçürümez, G. 2015, "Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi", Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 40(3), 409-417.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV-TR. Washington DC. 2000. Türkçe'ye çeviri: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı, 4. Baskı, Metin gözden geçirmesi, (Çev. Ed. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, (Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- APA, "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", 5th ed. (DSM-5). DC, American Psychiatric Association, Washington, 2013.
- Atkinson, R.L. et.al., Psikolojiye giriş, 3. Baskı. (Çev. Y. Alogan). Arkadaş Yayınevi, Ankara, 2006.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z., Stres ve Başa Çıkma Yolları, 20. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul, 1993.
- Barlow, A. and David, H. 2002, "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". American Psychologist, 1247-1263.
- Carlson, R., Ne Olursa Olsun Mutlu Olabilirsiniz, (Çev. B. Tümer), HYB Yayıncılık No: 098, 2001.

- Cartwright-Hatton, S. and Wells, A. 1997, "Beliefs about worry and intrusions: the meta cognitions questionnaire and its correlates", *Journal Anxiety Disord*, 11, 279-296.
- Cüceloğlu, D., *İnsan ve Davranış, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000.*
- Dünya Sağlık Örgütü, *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları'ndan, (Çev. F. Çuhadaroğlu vd.), Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Uludağ, 1993.*
- Erol, N. ve Savaşır, İ. 1988, "Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin Türkçe Uyarlaması", 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, Ankara, 104-114.
- Ergin, A., Uzun, S. U. ve Bozkurt, A. İ. 2014, "Tıp Fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi", *Fırat Tıp Dergisi*, 19(1), 31-37.
- Foa, E.B. 1979, "Failure in treating obsessive compulsive", *Behav Res Therapy*, 17, 169-76.
- Geçtan, E., *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, 2013.*
- Hanna, G. L. et.al., 2005, "A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands", *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, 134 B(1), 13-19.
- Horwath, E., Gould, F. and Weissman, M.M. 2011, "Epidemiology of anxiety disorders" M.T. Tsuang, M. Tohen and P.B. Jones, Ed., *Textbook in Psychiatric Epidemiology Third Edition, Wiley -Blackwell.*
- Insel, T.R. 1990, "Phenomenology of obsessive compulsive disorder". *Journal Clin Psychiatry*, 51(2), 4-8.
- Işık, E., Taner, E. ve Işık, U. *Güncel Psikiyatri, 2. Baskı, 2008.*

- Işık, U. ve Şener, İ. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bölüm 24, A.S. Aysev, ve Y.I. Taner, Ed., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Golden Print, İstanbul, 2007.
- Işık, E., Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Golden Print, İstanbul, 2006.
- Karamustafalıoğlu, O. 1999, “Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluklar ve başa çıkma stratejileri”, Düşünen Adam, 12(1), 12-16.
- Karamustafalıoğlu, O. vd. 1993, “Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması”, 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Savaş Ofset.
- Koyuncu, A., Takıntı, Kuruntu, Vesvese Obsesiv-Kompulsif Bozukluk, 2. Basım, Liman Yayınları, İstanbul, 2012.
- Köknel, Ö., Kurkular, Takıntılar, Saplantılar. 4.Basım, Altın Kitaplar, İstanbul, 1988.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Washington DC, E, Köroğlu, Ed., Ankara Hekimler Birliği, 2007.
- Köroğlu, E. 1995, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk Epidemiyoloji, Etiyoloji, Hastaların Klinik Özellikleri, Klinik Özellikler, DSM-IV'e Göre içinde Obsesif-Kompulsif Bozukluk Olgu Örnekleriyle”, Medikomat, Hekimler Yayın Birliği, 5-29.
- Lazarus, R., Stresle Başa Çıkma Tarzınız: Dostunuz ya da Düşmanınız, (Çev. N. H. Şahin), Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 2, 1998.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S., Stress, Appraisal, and Coping, Springer, New York, 1984.
- Martin, L.L. and Tesser, A. 1996, Ruminative Thoughts. in Advances in Social Cognition Volume IX, R. S. Jr. Wyer. Ed. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, 1996.

- Mathews, C.A. et.al. 2007, "Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding", *Journal of the American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, 144 B(2), 174-182.
- Mavissakallion, M.R, Jones, B. and Olson, S. 1990, "Absence of plasebo response in obsessive compulsive disorder", *Journal Nerv Ment Dis* 178, 268-70.
- McKay, D. and Robins, R., *Kirlenme Korkuları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı*, Okyan Us, İstanbul, 2008.
- Murphy, Y.E. and Flessner, C.A. 2015, "Family functioning in pediatric obsessive compulsive and related disorders", *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 414-434.
- Niler, E. R. and Beck, S. J. 1987, "The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population", *Behavior Research and Therapy*, 27:213-220.
- Nolen-Hoeksema, S. 1991. "Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Oğul, M., *Bilişsel Yaklaşımına Göre Kontrol Algısı ve Stresle Başa Çıkma. Özel Gündem: Stres*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2004.
- Öztürk, M.O., Ulu, B., *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu. Türkiye Ruh ve Sinir Sağlığı Yayını*, Ankara, 1992.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, O., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, Ankara, 2008.
- Pallanti, S., 2008, Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. *Am Journal Psychiatry* 165(2), 169-170.
- Purdon, D. and Clark, D. A., *Takıntılarla Başa Çıkma*, Psikonet Yayınları, İstanbul, 2016.

- Rice, P.L., Stress and health. 3. Baskı. Pasific grove. CA: Brooks/Cole, 1999.
- Rosqvist, J. and Norling, D.C., Kontrol Etme Kompulsiyonu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar El Kitabı, Okyan Us, İstanbul, 2008.
- Roth, S. and Cohen, L. J. 1986, "Approach, avoidance, and coping with stress", American Psychologist, 41(7), 813-819.
- Sayar, K., Uğurad, I. K. ve Acar, B. 1999, "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomeneoloji". Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9(3), 142-147.
- Smith, J.M. and Alloy, L.B. 2009, "A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct", Clin Psychol Rev, 29(2), 116-128.
- Sürmeli, A., Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Psikiyatri Temel Kitabı, E. Köroğlu ve C. Güleç, Ed., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
- Şahin, N. H. 1998, "Stres Nedir? Ne Değildir?" N. H. Şahin, Ed., Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1-16.
- Şahin, N.H. ve Durak, A. 1995, "Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması", Türk Psikoloji Dergisi, 10(34), 56-73.
- Şenol, S. 2007, "Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları". E. Köroğlu, Ed., Temel Psikiyatri içinde, Birinci Basım, Hekimler Yayın Birliği; 889-897.
- Tamam, L., Saygılı, M. ve Ünal, M. 2003, "Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 69-80.
- Tan, O., Takıntılar, 14. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul, 2016.
- Taylor, S. 2011, "Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies". Clinical Psychology Review, 31, 1361-1372.

Tutar, H., Kriz ve stres yönetimi. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2011.

Tükel, R. ve Topçuoğlu, V. 2006, “Demet MM Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi”, İç: Anksiyete Bozuklukları. R. Tükel, Ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 277-298.

Tükel, R., Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000.

Ulusoy, M., Şahin, N.H. ve Erkmen, H. 1998, “Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties”, Journal Cogn Psychother, 12:163-72.

Waters, T. L. and Barrett, P. M. 2000, “The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder”, Clinical Child and Family Psychology Review, 3(3), 173-183.

Yalom, I., Varoluşçu psikoterapi. Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2001.

Young, J.E., Kolosko, J.S. and Weishaar, M.E. 2009, “Şema terapi”, T. Özakkaş Ed. (Çev. T.V. Soylu), Litera Yayıncılık, İstanbul.

EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin ve sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerileri ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi

*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 verirseniz, **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.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin ve sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerilerine ve anksiyete düzeylerine bakılması amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylere ve sağlıklı bireylere Bilgilendirilmiş Onam formu, Sosyodemografik veri formu, Beck anksiyete ölçeği, Maudsley obsesif kompulsif soru listesi, Stresle başa çıkma tarzları ölçeği uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerde ve sağlıklı bireylerde stresle başa çıkma becerilerini ve anksiyete düzeylerini belirlemek.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Sadece araştırma amacıyla değerlendirilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Psikolog Hatice ÖZKUL haticeozkul4@gmail.com

Çalışmaya 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.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz: a) Evli () b) Bekar () c) Boşanmış () d) Eş kaybı()
4. Çocuğunuz var mı?: a) Evet b) Hayır
5. Kaç çocuğunuz var?: a) Bir Çocuk () b) İki Çocuk() c) Üç çocuk()
d) Dört çocuk ve üzeri()
6. Eğitim Durumuz: a) Okur-yazar () b) İlkokul mezunu () c) Ortaokul mezunu ()
d) Lise mezunu () e) Üniversite mezunu ()
7. Çalışıyor musunuz? a) Evet () b) Hayır ()
8. 'Hayır' ise daha önce çalıştınız mı? Kaç yıl önce? a) Evet ().... yıl önce b) Hayır ()
9. 'Evet' ise kaç yıldır çalışıyorsunuz? a) 0-4 yıl () b) 5-9 yıl arası ()
c) 10-14 yıl arası () d) 15-19 yıl arası () e) 20 yıl ve üzeri ()
10. Mesleğiniz? a) İşçi () b) Serbest meslek () c) Memur () d) Emekli ()
e) Diğer(belirtiniz)...
11. Aylık gelir durumunuz? a) Düşük () b) Orta () c) Yüksek ()
12. Psikiyatrik tanı ve tedavi aldınız mı? a) Evet () b) Hayır ()

EK-3: MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER SORU LİSTESİ

Aşağıda yazılmış olan cümlelerden sizde görülenleri 'EVET', görülmeyenleri 'HAYIR' olarak işaretleyiniz.

	Hayır	Evet
1- Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2-Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3-Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.		
4-İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5-Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6- Normalden fazla bir şekilde doğalgazı, su musluklarımı ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7-Değişmez kurallarım vardır.		
8-Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9-Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.		
10-Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11-Çocukken annem de babam da beni fazla zorlamazlardı.		
12-Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için isimde geri kaldığım oluyor.		
13-Çok fazla sabun kullanırım.		
14-Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15-Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16-Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17-Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18-Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19-Pis tuvaletlere giremem.		
20-Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21-Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22-Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.		
23-Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		

24-Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.		
25-Alıştığım bir isi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.		
26-Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27-Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28-Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29-Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30-Dikkatle yaptığım bir isin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31-Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32-En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33-Çoğu zaman büyük bir hata ye da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34-Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35-Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip ise girişmeden önce durup düşünürüm.		
36-Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37-Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

EK-4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzye Beni Pek Etkilemedi	Orta Düzye Hoş Değildi Ama Katlanabildim	Ciddi Düzye Dayanmakta Çok Zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-5: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntıları ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki ifadeler size ne kadar uygunsuzsa onu işaretleyin.

Bir Sıkıntı Olduğunda	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Sık sık
1.Kimsenin bilmesini istemem.					
2.İyimser olmaya çalışırım.					
3.Bir mucize olmasını beklerim.					
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.					
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm.					
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.					
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.					
8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.					
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.					
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.					
11.Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.					
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.					
13.İş olacağına varır diye düşünürüm.					
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.					
15.Problemin çözümü için adak adarım.					
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.					

17.Elimden hiçbir şeyin gelemeyeceğine inanırım.					
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.					
19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.					
20.Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.					
21.Mücadeleden vazgeçerim.					
22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.					
23.Hakkımı savunabileceğime inanırım.					
24.Olanlar karşısında ‘kaderim buymuş’ derim.					
25. ‘Keşke daha güçlü bir insan olsaydım’ diye düşünürüm.					
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.					
27. ‘Benim suçum ne’ diye düşünürüm.					
28. ‘Hep benim yüzümden oldu’ diye düşünürüm.					
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.					
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.					

EK-6: ANKET İZİN BELGESİ

17/04/2018-E.3008



T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

REKTÖRLÜK

Sayı : 60560713-044/

Konu : Anket İzni hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.04.2018 tarihli, 28267806-044/2820 sayılı yazınız.

Enstitünüz Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice Özkul'un, "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin ve Sağlıklı Bireylerin Stresle Başa Çıkma Becerileri ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamındaki anket ve ölçeklerini NP Feneryolu Tıp Merkezinde uygulama talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Nevzat TARHAN
Rektör

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Hatice ÖZKUL
Cinsiyet : Kadın
Doğum Yeri : Turgutlu, Manisa
Doğum Tarihi : 02.05.1992
E-posta : haticeozkul4@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

2016 - ... **Üsküdar Üniversitesi - İstanbul**
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
2016 - 2017 **Medeniyet Üniversitesi - İstanbul**
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Formasyonu
2011 - 2016 **Gediz Üniversitesi – İzmir**
Psikoloji Lisans
2006 - 2010 **Menemen Lisesi**
1998 - 2006 **Dokuz Eylül İlköğretim Okulu**

YABANCI DİL:

İngilizce: Orta seviye

STAJ DENEYİMLERİ:

10/2016 - ... **Gönüllü Psikolog - Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Tıp Merkezi**
09/2017 - 09/2017 **Yüksek Lisans Stajı - Nöropsikiyatri Hastanesi (NP)**