



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

**BÜYÜSEL DÜŞÜNCE VE ÜSTBİLİŞLERİN OBSESİF KOMPULSİF  
BOZUKLUK İLE İLİŞKİSİ**

**Gülfem Mahpeyker ÇELİK**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN**

**İSTANBUL, 2015**



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

**BÜYÜSEL DÜŞÜNCE VE ÜSTBİLİŞLERİN OBSESİF KOMPULSİF  
BOZUKLUK İLE İLİŞKİSİ**

**Gülfem Mahpeyker ÇELİK**

**13410273**

**YÜKSEK LİSANS**

**TEZİ**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN**

**İSTANBUL, 2015**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102073
Öğrenci Adı Soyadı	: Gültem Mahpeyker GÜLİK
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN
Tezin Başlığı	: Bütünsel Düşünce ve Dstbililerin Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilişkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 28.01.2015	Saati	: 08:30
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 BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input 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. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Hüsnü BİRKMAN	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Özgür TAŞ	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : ..... / ..... / 20 .....

Sayı No :

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

(ÇELİK, Gülfem Mahpeyker, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

## Büyüsel Düşünce ve Üstbilişlerin Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi

**Özet:** Çalışmanın amacı, büyüsel düşünce ve üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisinin incelemesidir. Çalışmada, Nİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yatmakta olan ve poliklinikte ayaktan tedavilerine devam etmekte olan Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış 35 kişi ve kontrol grubu olarak herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 50, toplam 85 kişi yer almıştır. Verilerin toplanmasında “Büyüsel Düşünce Ölçeği”, “Üstbiliş Ölçeği-30”, “Padua Envanteri Kısa Form” kullanılmıştır.

Çalışmanın bulgularına göre; bireylerin üstbilişleri obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ile ilişkilidir. Üstbilişsel faaliyet arttıkça obsesif kompulsif belirti gösterme eğilimi ve obsesif kompulsif bozukluğun şiddeti artmaktadır. OKB tanısı almış kişilerde büyüsel düşünce ile üstbilişler birbirlerinden etkilenirken, sağlıklı kişilerde bu iki değişken arasında bir ilişki görülmemiştir. Sonuç olarak; üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ile ilişkisi bu çalışma ile bir kez daha ortaya konmuştur. Ayrıca elde edilen bulgular, daha önceki çalışmalar ışığında tartışılmış, ileride yapılacak çalışmalar için faydalı olabileceğine inanılan öneriler paylaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** büyüsel düşünce, üstbiliş, obsesif kompulsif bozukluk

(ÇELİK, Gülfem Mahpeyker, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

## **The relationship among Magical Thinking, Metacognition and Obsessive Compulsive Disorder**

**Abstract:** Our propose is investigate relation magical thinking and metacognitions between obsessive compulsive disorder in term. A sample of 35 Obsessive compulsive disorder (OCD) hospitalized patient and outpatient in policlinic from NPİstanbul Neuropsychiatry Hospital and 50 healthy control; in all 85 participants. The used test are Magical Ideation Scale (MI Scale), Meta-Cognitive Questionnaire-30 (MCQ-30) and Padua Inventory (PI-R).

According to this data, metacognitions related with OCD. If Metacognitive action increase, Obsessive compulsive symptoms and OCD's intensity increase too. Magical thinking and metacognitions to be affected each other in OCD, but there is no related between these two variables of healthy control's. Eventually, the study showed again that metacognitions and OCD related as previous studies.

**Keywords:** magical thinking, metacognition, obsessive compulsive disorder

## Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Büyüsel Düşünce ve Üstbilişlerin Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi” 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.

26/01/2015

Gülfem Mahpeyker ÇELİK

# İÇİNDEKİLER

Özet.....	I
Summary.....	II
Yemin Metni.....	III
İçindekiler.....	IV
Bilimsel Etik Kurul Onayı.....	V
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi.....	VI
Tablolar Listesi.....	VII
Ekler Listesi.....	VIII
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	1
1.2. Üstbiliş.....	12
1.3. Büyüsel Düşünce.....	14
<b>2. AMAÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>16</b>
2.1. Araştırmanın Amacı.....	16
2.2. Araştırmanın Önemi.....	17
2.3. Örneklem.....	17
2.4. Veri Toplama Araçları.....	18
2.4.1. Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ).....	18
2.4.2. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	19
2.4.3. Padua Envanteri Kısa Form (PE KF).....	21
2.5. Verilerin Toplanması.....	23
2.6. Verilerin Analizi.....	23
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>50</b>
Sonuç.....	54
Öneriler.....	55
Kaynakça.....	57
Ekler.....	61
Özgeçmiş.....	71



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2014 / 93

09 Aralık 2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur Noyan  
(Gülfem Mahpeyker Çelik)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03 Aralık 2014 tarihinde, 14 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Büyüsel Düşünce ve Üstbilişlerin Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı



## KISALTMALAR

OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
BDÖ	Büyüsel Düşünce Ölçeği
ÜBÖ-30	Üstbiliş Ölçeği-30
PEKF	Padua Envanteri Kısa Form
ÜBÖOI	Üstbiliş Ölçeği-30 “Olumlu İnançlar” Alt Boyutu
ÜBÖEKİ	Üstbiliş Ölçeği-30 “Endişenin Kontrol Edilemeyeceği İnancı” Alt Boyutu
ÜBÖBG	Üstbiliş Ölçeği-30 “Bilişsel Güven” Alt Boyutu
ÜBÖDKİ	Üstbiliş Ölçeği-30 “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” Alt Boyutu
ÜBÖBF	Üstbiliş Ölçeği-30 “Bilişsel Farkındalık” Alt Boyutu
PEKFDK	Padua Envanteri Kısa Form “Düşüncelere Kapılma” Alt Boyutu
PEKFT	Padua Envanteri Kısa Form “Temizlik” Alt Boyutu
PEKFK	Padua Envanteri Kısa Form “Kontrol” Alt Boyutu
PEKFD	Padua Envanteri Kısa Form “Dürtüler” Alt Boyutu
PEKFKE	Padua Envanteri Kısa Form “Kesinlik” Alt Boyutu

## SİMGELER

$n$	kişi sayısı
$p$	olasılık değeri
$r$	korelasyon kat sayısı
$t$	bağımsız t testi değeri
SS	standart sapma

## TABLolar LİSTESİ

**Tablo 1:** Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu, Aile Gelir Düzeyi ve Yaşamının Çoğunun Geçtiği Yer Değişkenlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 2:** OKB Tanı Grubunda Şikayetlerin İlk Başlangıcı, Tedaviye İlk Başlangıç, Yatarak Tedavi Olma, Şu anki İlaç Kullanımı Değişkenlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 3:** OKB Tanı ve Kontrol Grubunun Cinsiyet Değişkenine İlişkin Kullanılan Ölçekler ve Ölçeklerin Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

**Tablo 4:** Psikiyatrik Tanı Değişkeninin Yaş, Kullanılan Ölçekler ve Ölçeklerin Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

**Tablo 5:** Yapılan Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Kontrol Grubu Verilerine Göre Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

**Tablo 6:** Yapılan Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının OKB tanı Grubu Verilerine Göre Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

## EKLER LİSTESİ

EK 1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

EK 2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

EK3 BÜYÜSEL DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ (BDÖ)

EK 4 ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBÖ-30)

EK 5 PADUA ENVANTERİ KISA FORM (PE KF)



# BÖLÜM 1

## GİRİŞ

### 1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), ciddi bir ruhsal sağlık problemidir. Bireyde sıkıntı yaratan, gündelik işlerini kısıtlayan, ısrarcı ve yineleyici düşüncelere sahip olunan, buna bağlı olarak bazı davranışları sürekli tekrarlandığı ve bunları yapmaya kendisini zorunlu hissedip, müdahale edemediği, durduramadığı bir kaygı bozukluğudur (O'Connor et al., 2005; Davidson and Neale, 2011).

Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Obsesyon ve kompulsiyon kavramlarının ayırıcı özellikleri mevcuttur ve farklı tanımlanırlar. Obsesyon, kişinin bilinç alanında istemsiz bir şekilde beliren, sıkıntı yaratan, kendisini yineleyen, saplantılı, ısrarcı düşünce, imaj ya da dürtülerdir. Kişi bu düşüncelerin yanlış ya da mantık dışı olduğunu bildiği halde, bu düşünceyi zihninden atamaz ya da düşünmeyi durduramaz. Kompulsiyon ise, obsesyona engel olmak için gerçekleştirilen, niyetli ve amaçlı, zihinsel veya motor eylemlerdir (Bayraktar, 1997; O'Connor et al., 2005; Bayar ve Yavuz, 2008).

Obsesyonlar zihni sürekli meşgul eden, rahatsız edici, tekrarlayan, ısrarcı düşünce ya da düşlemlerdir. İstemli çaba ile etkisizleştirilemezler. Obsesyonlar genellikle hastalar tarafından “evham, vesvese, takıntı, saplantı” olarak ifade edilmektedir. Belirli bir amaca yönelik yapıldığı izlenimini veren yineleyici davranışlar kompulsif olarak adlandırılır ve “zorlantı” olarak ifade edilmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonlar var olabildiği gibi ikisinin bir arada da görülebildiği gözlenmiştir (Bayraktar, 1997; Çelik vd., 2012).

Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojik kökenli olduğuna inanan ve inanmayan farklı düşünceler mevcuttur. Hastalığın biyolojik kökenine dair birçok çalışma yapılmıştır. Bir farklı görüş ise hastalığın kültürel bir olgu olduğu yönündedir.

Ortaçağ'da obsesyon ve kompulsiyonları olan kişilerin şeytan tarafından ele geçirildiğine inanılmıştır (Bayraktar, 1997).

Edebiyat dünyasında, 16. yüzyılda, Shakespeare ünlü eseri Machbet'te, Lady Machbet karakterinin obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının suçluluk duygusu temelli obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarını işlemiştir. Hikayeye göre, Lady Machbet, İskoçya Kralı III. Duncan'ın ordusunda general olan eşi Machbet'i, Kral Duncan'ı öldürüp kocası için tahtı sağlamlaştırmak adına planlar yapar. Macbeth, kralı öldürmek konusundaki endişelerini dile getirirse bile, Lady Macbeth onu ikna eder ve Machbet kralı öldürür. Sonrasında Lady Machbet, yoğun suçluluk duygusu ile el yıkama hastalığına tutulur (Bayraktar, 1997).

Obsesyon ve kompulsiyonlar yaklaşık üç yüzyıldır bilinmektedir. Psikiyatri tarihinde obsesyon ve kompulsiyonlardan ilk bahseden kişi 1838 yılında Esquirol olmuştur. Esquirol obsesif kompulsif belirtileri "zeka düzeyi normal olan bir kimsenin iradesi dışında, bilincine çıkan ve emosyonel özellikte olmayan düşünceler" şeklinde tanımlamıştır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Obsesyon kavramı ilk olarak 1866 yılında, Morel tarafından tanımlanmıştır. 1917 yılında Fried ilk klinik tabloyu yayınladıkadan bu belirtiler kültürlere göre depresyon ve psikoz kavramları içinde ele alınmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008; Sağlam, 2007).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilgili ilk bilimsel hipotezleri ortaya atan kişi Sigmund Freud'tur. Obsesyon ve kompulsiyonlar Freud'tan önce açıklanmıştır. Ancak bu açıklamalar hastalığın sistematik tanımı ya da sınıflandırılması şeklinde değil, mental dejenerasyon ve psişik zayıflıkla açıklanmıştır (Laplanche and Pontalis 1973, aktaran Topçuoğlu, 2003).

Freud'un obsesif kompulsif davranışlar tanımı "Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadıkları gibi, çoğu kez

kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de, hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılır" şeklindedir (Geçtan 1989, aktaran Topçuoğlu, 2003).

Obsesif kompulsif bozukluk kişilik özellikleri olarak, çocukluk ve erken erişkinlikte, farklı koşullar altında ortaya çıkan mükemmeliyetçilik, düzenlilik, zihinsel ve kişilerarası ilişkilerde kontrolü elde tutma ihtiyacı ve bunun üzerine kafa yorma, kişinin kendisini ve diğerlerini denetleme isteği, ayrıntıcı, gevşemede güçlük çekme, esnek olamama özelliklerini içeren bir bozukluk olarak kendisini göstermektedir. Bu nedenle 18-25 yaş arası bireyler risk grubunu oluşturmaktadır (Kara vd., 1997; Mathews, 2004, aktaran Çelik vd., 2012).

OKB'nin başlangıcı sıklıkla çocukluk çağı ve ergenlik sonu genç erişkinlik döneminde olmaktadır. Çocuk ve ergen yaş grubunda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %0.5-1 arasında olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur. OKB olan erişkin hastaların 1/3-1/2 kadarının belirtilerinin çocukluk çağında başladığı belirtilmektedir (Avcı ve Tahiroğlu, 2008; Taner vd, 2007, aktaran Durukan vd., 2010).

Obsesif kompulsif bozukluk, DSM-III-R (APA, 1987) ve DSM-IV (APA, 1994)'te "Anksiyete Bozuklukları" grubunda yer almaktadır. Bunun nedeni, obsesyonların oluşturduğu bunaltdır. DSM-V'te ise, "Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar" grubunda yer almaktadır. ICD-10 (WHO, 1990)'da ise; "Nevrotik, strese bağlı ve somatoform bozukluklar" başlığı altındadır (Bayraktar, 1997).

DSM-V'te tanımlanan Takıntı-Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) tanı kriterleri şunlardır:

A. Takıntılar (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1), (2) ile tanımlanır:

(1) Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

(2) Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1), (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yineleme davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

(2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bşr olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide olduğu gibi saçını yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında

olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

ICD-10'da ise OKB tanı ölçütleri şunlardır:

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
- B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.
- C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).
- D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

## **Epidemiyoloji**

Yapılan araştırmalar, OKB'nin yaklaşık olarak toplumun %2'sin ietkilediğini göstermektedir (Doğan vd., 2013). Görülme sıklığı açısından, günümüzde fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra dördüncü sırada yer almaktadır. Ülkeler arası prevalansı farklılık göstermektedir. En düşük oranlar Tayvan'da ( % 0,5-% 0,9 ) ve Hindistan'da (% 0,6) gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa da bu oran % 2,6 ve % 3,2 arasında bulunmuştur. (Bayar ve Yavuz, 2008).



Cinsiyetler arası görülme sıklığı konusunda farklı fikirler mevcut olmakla birlikte kesin bir yargıya ulaşılamamaktadır. Başlangıç yaşının 20 civarında olduğu düşünülmektedir (Karaca ve Doksat, 1998; Sağlam, 2007)

## **Etyoloji**

### **A. Psiko-sosyal Kuramlar**

#### **1. Psikanalitik Yaklaşım**

Psikanalitik Teori'yi ortaya koyan Sigmund Freud, bugün OKB olarak adlandırılan hastalığı obsesyonel nöroz şeklinde ele almıştır. Freud'a göre bu durum, ruhsal sebepler ve anal dönemdeki fiksasyonlardan kaynaklanmaktadır. Anksiyete, anal dönemdeki çözülmemiş ödipal çatışmaları köken alır; obsesif kompulsif bozukluk dinamiğinde önemli bir role sahiptir. (Bayraktar, 1997; Bayar, Yavuz, 2008). Melanie Klein'a göre obsesyonlar, içsel iyi nesnenin tahribi arzusunun karşı savunmalarıdır (Girishchandra and Sumant, 2001; Klein, 1940, aktaran Topçuoğlu, 2003).

#### **2. Davranışçı-bilişsel Yaklaşım**

Bu kuram, obsesyonların koşullanmış uyaranlar olduğunu ve anksiyete oluşturduklarını öne sürmektedir. Kişide anksiyete oluşturan obsesyonlar, süreç içerisinde kompulsiyonlar ile nötrale edilmeye çalışılmaktadır. Kompulsiyonların,

anksiyeteyi gidermesi kişi tarafından gözlemlenince, kompulsiyonların yapılma sıklığı artmaktadır (Bayraktar, 1997).

## **B. Biyolojik Etkenler**

### **1. Genetik**

Obsesif kompulsif bozukluğun genetik geçişli olabileceği yapılan çalışmalar ile desteklenmiştir. OKB hastalarının birinci derece akrabalarında bu hastalığın görülme sıklığı daha yüksektir. Aynı zamanda yapılan ikiz çalışmaları ile, tek yumurta ikizlerinde OKB konkordansı (eş hastalanma oranları) %63-87 olup, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir (Bayraktar, 1997; Eşel, 2000).

### **2. Nörolojik rahatsızlıklarla ilişkili ve beyin görüntülümü araştırmaları**

Epidemik ansefalit (letarjik ansefalit) geçiren hastaların düzelmesinden sonra bir bölümünde OKB ortaya çıkması ile ansefalitlerin beyinde yol açtıkları anatomik, biyokimyasal değişikliklerin obsesif kompulsif belirtilerin gelişiminde önemli rol oynayabilecekleri düşünülmüştür (Bayraktar, 1997).

Obsesif kompulsif hastalar ile ilgili BT ve MR çalışmaları sağlıklı kontrol denekleri ile karşılaştırıldığında yapısal farklılıklar konusunda çok az veri ortaya koymuştur. Ancak PET ve SPECT çalışmaları, bu hastaların beyinlerindeki orbitofrontal korteks, kaudat nukleus ve singulat girus üzerinde odaklanılması gerektiğini göstermiştir. Hastaların bu beyin bölgelerinde kanlanma ve metabolizma hızı artmış olup; bu artış, ilaç ve davranışçı tedavi ile azalmakta ve normal değerlere

dönmektedir. Aksine hastalık belirtilerini arttıran ajanların bu bölgelerin metabolizma hızında anlamlı bir artışa yol açtığı görülmüştür (Bayraktar, 1997).

Bazal gangliyonlar motor davranışların düzenlenmesinde role sahip oldukları gibi bilişsel işlevlerin yürütülmesinde de önemli rol oynamaktadır. Belirli motor, duyuşsal ya da bilişsel uyarılar bazal gangliyonlarda ya filtre edilirler ya da algılara ve davranışsal değişikliklere dönüşürler. OKB’de bazal gangliyonlar uygun olmayan uyarıları yeterince filtre edemedikleri durumlarda korteks- kaudatnukleus-globus pallidus-talamus-korteks (kortiko-striato-pallido-talamik halka) döngüsü aşırı bir aktivite kazanmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır (Bayraktar, 1997).

### **Kişilik Etkenleri**

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastaların % 15-45 kadarında premorbid obsesif özellikler tespit edilmiştir. Ancak kişilik özellikleri OKB gelişimi için gerekli ya da yeterli değildir (Bayar ve Yavuz, 2008).

### **Klinik Özellikler**

OKB’de en sık karşılaşılan obsesyonlar kirlenme (bulaşma) kuşku, somatik, düzenlilik, cinsel ve dini konulardaki obsesyonlar iken; en sık karşılaşılan kompulsiyonlar ise kontrol etme, yıkanma, sayı sayma, soru sorma veya itiraf etme ihtiyacı, simetri ve kesinlik, biriktirmedir. Hataların en çok kaygılandığı durum değişik maddelerin bulaşmasıdır. Bulaşmasından en çok kaygılanılan maddeler kir, mikrop, idrar, meni, dışkı ve benzerleridir. Bulaşmanın gerçekleşmesine gerek kalmadan, düşünöldüğü takdirde dahi bunaltı ortaya çıkar; devamında temizlenme kompulsiyonları ile kişi kendisini rahatlatmaya çabalar. Bu bağlamda yıkama davranışı devreye girer. En sık yıkanan kısım ellerdir. Bunun dışında eşyalar, elbiseler, vücudun farklı bölgeleri de yıkanabilir ( Bayraktar, 1997; Bayar ve Yavuz, 2008).

Obsesyon ve kompulsiyonlar tanım ve yapı gereği kişinin işlevselleğini bozmakta ve gün içinde kişinin günlük yaşamından uzun süreyi, saatlerini kaplamaktadır. Yapılan temizlenme davranışları törensel bir hal alabilir. Kişinin yıkanması dahi çok uzun saatler sürdüğünden, zaman içinde kişi sıkıntı ve zaman kaybını önlemek için daha seyrek aralıklarla yıkanmaya başlar. Bu nedenden ötürü bu hastalığa sahip kişilerin aslında çok temiz ve bakımlı olmadıkları gözlenmiştir (Bayraktar, 1997).

Kuşku obsesyonları, kirlenme obsesyonlarından sonra en sık karşılaşılan obsesyonlardır. Kişi yaptığı işi yapıp yapmadığından emin olamaz. Ocağı kapatma, ütünün fişini çekme, elektrik düğmesini kapatma gibi davranışları gerçekleştirip gerçekleştirmediğinden emin olamaz ve kontrol etme ihtiyacı hisseder. Böylece bunaltı yaratan obsesyonun sıkıntısını azaltmak için kontrol etme kompulsiyonu devreye girer (Bayraktar,1997; Sağlam, 2007).

Kişinin kendisine, yakın çevresine ya da diğerlerine karşı saldırganlık, zarar verme, öldürme dürtülerini içeren obsesyonlar saldırganlık obsesyonlarıdır. Başkalarına, kişinin kendisine ya da yakın çevresine karşı sahip olduğu cinsel dürtüler hissetme obsesyonları görülebilir. Dini ve ahlaki değerlere küfretme, dini inançlara hakaret etme dürtülerini kapsayan obsesyonlar dini içerikli obsesyonlardır. Bu obsesyonlar toplumda ayıplanan ve kabul görmeyen düşünce ve davranış stilleridir. Saldırganlık, cinsel ve dini içerikli obsesyonları olan hastalarda yoğun suçluluk duyguları ve major depresyon gelişebilir (Bayraktar, 1997; Sağlam, 2007).

## **Komorbidite**

OKB'de anksiyete ve majör depresyon bozukluğu birlikte görülme sıklığı oldukça yüksektir. OKB ile anksiyete bozukluklarının birlikte bulunma oranı major depresyon ile birlikte bulunma oranından yüksektir. OKB ile anksiyete bozukluklarının birlikte görülme sıklık oranı %24.5 ile 69.6 arasında iken; major depresyon için % 12.4 ile 60.3 arasındadır. Yapılan ECA çalışmaları verilerine göre OKB tanısı almış

bireylerin üçte ikisinde ayrıca bir başka psikiyatrik bozukluk tespit edilmiştir. OKB ile birlikte görülen bu bozukluklar, agorafobi (%39), alkol kötü kullanımı (%34), major depresyon (%32), distimi (%26), madde kötü kullanımı, sosyal fobi (%19), panik bozukluğu (%14) ve bipolar bozukluktur (%10) (Bayar ve Yavuz.2008).

OKB ile kişilik bozukluklarının birlikte görülme sıklığı farklı kaynaklarda %52-83 arasında olarak bildirilmiştir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile OKB arasındaki ilişki günümüzde hala sonuçlanmamış bir araştırma ve tartışma konusudur (Bayar ve Yavuz,2008).

### **Ayrırcı Tanı**

OKB'nin ayrırcı tanısında dikkatli incelenmesi gereken bozukluklar şizofreni, major depresyon, Tourette hastalığı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğudur (Bayar ve Yavuz,2008).

Şizofreni ele alındığında, özellikle başlangıç döneminde obsesyon ve kompulsiyonlar gözlenebileceği için dikkatli olunmalıdır. Detaylı bir psikiyatrik değerlendirme klinisyenin hastadaki duygusal yüzeysellik ya da küntlük, çağrışımlarda kopukluk, sanrılar ve varsanılar ile şizofreni tanısına ulaştırır. Obsesif kompulsif belirtiler yalnızca ana tabloya eşlik eden bulgulardır (Bayraktar,1997; Bayar ve Yavuz, 2008).

Depresif hastalarda da obsesif kompulsif belirtiler gözlenebilir. Ancak bu durum, depresyonun egemenliğinde, obsesyon ve kompulsiyonların klinik tabloya eşliği şeklinde gözlenmektedir (Bayraktar, 1997).

Tourette bozukluğu çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan çok sayıda motor ve vokal tiklerle karakterize bir bozukluktur. Klinik tabloda obsesyon ve kompulsiyonlar gözlenebilir. Tourette bozukluğu olan hastaların birinci dereceden akrabalarında OKB sıklığı genel popülasyona göre daha fazladır (Bayraktar, 1997).

OKB'si olan kişilerin yaklaşık yarısında hastalık öncesi obsesif kompulsif kişilik özellikleri bulunur. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda temizlik, düzenlilik,

mükemmeliyetçilik, ayrıntıcılık, aşırı işe vurum, tutumluluk gibi özellikler bulunmakta ancak obsesyon ve kompulsyonlar bulunmamaktadır. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun bulunması, obsesif kompulsif bozukluğun gidişatını olumsuz olarak etkilemektedir (Bayraktar,1997).

## **Tedavi**

OKB'nin biyolojik yapısının bilinmesi ile birlikte geliştirilen farmakolojik seçenekler ve farklı terapi yöntemleri hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Hangi tedavi seçeneğinin tek başına mı yoksa yapılandırılmış, birliktelik temelinde mi kullanılacağı hastanın mevcut klinik durumu ve çeşitli faktörlerin iyi gözlem ve değerlendirilmesi eşliğinde her hasta için biricikliğinde değerlendirilerek karar verilip, uygulanır (Bayraktar, 1997; Bayar ve Yavuz, 2008).

### **A. Farmakoterapi**

Standart tedavi yaklaşımında tedaviye, serotonerjik bir ilaçla ( klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram, essitalopram gibi) başlanır, yeterli etkinlik sağlanmazsa diğer farmakolojik stratejilere geçilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Klomipramin tedavisinde, tedaviye tedaviye başlama dozu 25-50 mg'dır. İlaç dozu 2-3 günde bir 25 mg'lık artışlarla 250 mg'a çıkarılır. Klomipramin tedavisinde diğer trisiklik ilaçlara benzer şekilde, sedasyon, hipotansiyon, cinsel disfonksiyon ve kolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu gibi) görülebilir. OKB'un farmakolojik tedavisinde seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etkinliği çok sayıda araştırmada kanıtlanmış bulunmaktadır. SSRI'lar genellikle trisiklik ilaçlardan daha iyi tolere edilirler, bu yüzden OKB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılmaktadırlar. SSRI'lar, OKB tedavisi için genellikle depresyon tedavisi için önerilen günlük dozlarından daha fazla kullanılırlar (Bayar ve Yavuz, 2008).

Bu tedavilerden sonuç alınamazsa bir nöroleptik (risperidon, olanzapin gibi) ya da lityum ile güçlendirme tedavisi uygulanabilir. Kullanılabilecek diğer ilaçlar

monoaminooksidan inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepam'dır (Bayar ve Yavuz, 2008).

## **B. Psikoterapi**

OKB'nin tedavisinde davranışçı terapi teknikleri sıkça kullanılmaktadırlar. Davranışçı tekniklerin temeli, hastayı obsesyonel düşüncelere yoğun şekilde maruz bırakma ve hastanın korkulan uyaranla ilişkili olarak ortaya çıkan anksiyetesini azaltmak için uyguladığı davranışları önlemedir. Bu tedavi yöntemi hem yatan hastalarda, hem de ayaktan takip edilen hastalarda uygulanabilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Kontrollü çalışmalarda hem farmakolojik tedavi hem terapi tekniklerinin uygulanışını kapsayan yapılandırılmış kapsamlı tedavilerin hastalığın tedavisinde daha başarılı sonuçlar gösterdiği elde edilmiştir (Bayar ve Yavuz,2008).

Bunlardan farklı olarak psikodinamik psikoterapi, aile terapisi, grup terapisi gibi tedavilerde uygulanabilmektedir. Tedaviye şiddetli direnç gösteren hastalar için elektrokonvulzif terapi ve psiko-cerrahi (en sık olarak singulotomi) uygulanabilir. EKT psikocerrahi kadar etkili olmamakla birlikte, ama cerrahi öncesi son seçenek olarak düşünülmedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

### **1.2.Üstbiliş**

Üstbiliş kavramı ilk olarak Flavell tarafından tanımlanmıştır. Üstbiliş, kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi anlamına gelir (Brown, 1978; Flavell, 1979). Bu kavram, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapıyı, bilgi ve süreçleri ifade eder. Kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olup, yönlendirebilmesini içerir (Flavell, 1979). Kişinin zihnindeki olay ve işlevlerinin farkındalığı ve bunları amaçlı olarak yönlendirebilmesini kapsayan üstbilişsel sitemdir (Dienes and Perner, 1999; aktaran Doğan vd., 2013). Kısaca, bilişleri izleme ve düzenleme olarak tanımlanabilir (Kuhn, 2000).

Üstbilişsel bilgi, öncelikli olarak bilgi ya da inançlar hakkında, eylemler ve birbirine etki eden bilişsel girdilerden oluşmaktadır. Bu faktör ya da değişkenler başlıca üç kategoriden oluşmaktadır; birey, görev ve strateji (Flavell, 1979).

Birey kategorisi, kendi doğanızdan, mizacınızdan getirebildiğiniz inançları içermektedir. Bireyin kendi farkındalığı, bireyler arası farklılıklar ve evrensel bilişler, inançları kapsayan alt kategoriler olabilir. Görev kategorisi, mevcut bilgilerin bilişsel kuruluş aşamasını içermektedir. Bu durum, çok ya da yetersiz, benzer ya da benzer olmayan, gerekli ya da gereksiz, çok iyi ya da zayıf organize edilmiş, düzenlenmiş davranışsal sistem şeklinde olabilir. Üstbilişsel bilgi bu alt kategoride, varyasyonların içerdiği bilişsel bilgi girdilerini en iyi şekilde yönetip, en uygun şekilde amaçlanan hedefe ulaşmanın mümkün olduğunda var olmaktadır. Strateji alt kategorisi ise, bilgiye ulaşmada önemli bileşenlerin, edinilen bağlantıların aslında hangi stratejilerin etkileşimleri ile mümkün ve etkili olduğunu, hangi amaç ve alt amaçlar doğrultusunda etkili olan girişim çeşitlerini içermektedir (Flavell, 1979).

Biliş, bireylerin öğrenme süreçlerini içerir. Üstbiliş ise öğrenmeyi izleme, kontrol etme ve değerlendirme süreçlerini içermektedir (Flavell, 1979). Üstbiliş, kişinin düşünce süreçleri, inanç değerlendirmesi, duygu düzenlemesinde etkilidir. Üstbilişsel düzeyde, bilişsel farkındalık mevcuttur (Şenormancı vd., 2012).

Üstbilişin üç bileşenden oluştuğu söylenmektedir. Bunlar, “üstbilişsel bilgi”, “üstbilişsel beceri” ve “üstbilişsel inanç” olarak ifade edilmektedir (Lucangeli and Cornoldi, 1997; Simons, 1996, aktaran Semerci ve Elaldı, 2001).

Pazvantoğlu ve arkadaşlarının (2013), Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının sahip oldukları işlevsel olmayan üstbilişlerin sağlıklı kontrol örnekleminde farklı olup olmadığını ve obsesif kompulsif belirti türleri ile üstbiliş alt boyutları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada; OKB hastalarında işlevsel olmayan üstbilişlerin yüksek oranda mevcut olduğu, özellikle bazı üstbiliş boyutlarının (“kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı”) OKB’de daha merkezi öneme sahip olduğu görülmüştür.

Garcia-Montes ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, üstbilişsel inançların obsesif kompulsif bozuklukta etkili olduğu; olumsuz inançların OKB’nin gelişiminde etkili olduğu görülmüştür.



Alizadeh'in (2013), sağlıklı örneklem ile çalıştığı, obsesif kompulsif belirtiler ile üstbilişler arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada iki değişken arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuş; üstbilişsel yapılanmanın OKB gelişiminde etkili olduğu görülmüştür.

Doğan ve arkadaşlarının (2013) sağlıklı kontrol grubu ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış hastalar arasında ve ayrıca OKB'nin otojen ile reaktif alt tiplerinde üstbilişsel özelliklerin farklılık gösterip göstermediğini incelemeyi hedefledikleri araştırmada, üstbilişler ve OKB ilişkili bulunmuş ve OKB alt tiplerinde benzer üstbilişsel patolojilerin bulunuşu ve sağlıklı kişilerden farklı oluşu Üstbilişsel Terapinin OKB alt tip ayrımı gözetmeksizin bu alanda bir tedavi seçeneği olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

### **1.3.Büyüsel Düşünce**

Büyüsel düşünce, kişilerin sahip oldukları yanlış ya da alışılmamış düşünce ve inançlarının, kendilerinden bağımsız süre gelen dış dünyadaki mevcut olayları etkileyebilecekleri yönündeki, nedensellik ilişkisi kurma eğilimidir. Bu kavram dinsel, kültürel ve batıl inançlar, şans tılsımı, muska, astroloji, kehanet, insanlar arasında enerji transferi gibi düşünce formlarını kapsar (Woolley, 1997; Einstein and Menzies, 2004; Bocci and Gordon, 2007; Yorulmaz vd., 2011).

Eckblad ve Chapman'a (1983) göre, büyüsel düşünce, kişinin, kavramlar arasında, ait olduğu kültürde yaygın kabul görmeyen nedensellik ilişkileri kurma eğilimidir (aktaran Atbaşoğlu vd., 2003). Ele alınan düşüncenin alışılmadık ya da büyüsel olarak değerlendirilebilmesi için, kişinin içinde yaşadığı, sahip olduğu kültürün özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir (Atbaşoğlu vd., 2003).

Büyüsel düşünce ile ilgili yapılan araştırmalarda, büyüsel düşüncenin yanlış yapılandırılmış bilişler inşa edebiliyor olduğu anlaşılmıştır. Büyüsel düşüncelerin kendini sunuş şekli, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile bire bir ilişkili olduğu kabul

edilen “thought-action fusion (TAF)” yani “düşünce-eylem kaynaşması (DEK)” ile büyük ölçüde benzerlik taşımaktadır. Bu noktadan yola çıkılarak yapılan araştırmalarda, belirli inanç ve davranışların gündelik olayların sonuçlarını etkilediği, yani büyüsel düşünce ve OKB’nin ilişkili olduğu görülmüştür ( Einstein and Menzies, 2004; Bocci and Gordon, 2007).

Büyüsel düşünce ve obsesif kompulsif ile ilgili yapılan araştırmalar, iki değişkenin birbirini pozitif yönde etkilediğini göstermektedir (Yorulmaz vd, 2011; Zebb and Moore, 2003).

Yorulmaz ve arkadaşlarına göre büyüsel düşünce eğilimi obsesif kompulsif bozukluk belirtileri göstermeye etki etmekte, bu bağlamda gözlenen davranışları pekiştirmektedir (2011). Einstein, Menzies’in (2004), büyüsel düşünce, batıl inançlar ve düşünce-eylem kaynaşmasının obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, büyüsel düşünce ile OKB anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Üç değişkenin de OKB ile ilişkili olduğunu gösteren bu çalışmada en anlamlı ilişki büyüsel düşünce ile OKB arasında elde edilmiştir.

## BÖLÜM 2

### YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, büyüsel düşünce ve üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk ile arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Günlük yaşamda bilinç düzeyinde olmayan büyüsel düşünce ve olumlu-olumsuz üstbilişlerin, OKB tanısı almış hastalarda obsesif kompulsif bozukluk semptomlarını pekiştirme ve desteklemeye katkı sağlayıcı olabileceği; tanı almamış sağlıklı bireylerde obsesif kompulsif bozukluk belirtileri görülmesine etki edeceği düşünülmüştür. Araştırmanın amacı, kavramlar arasındaki ilişkiyi korelasyonel araştırma yöntemi ile araştırmaktır.

Bu amaç doğrultusunda şu hipotezler sınanacaktır:

1. Büyüsel Düşünce Ölçeği puanı yüksek olan kişilerin, Padua Envanteri kısa formundan da yüksek puan alacaklardır.
2. Üstbiliş Ölçeği-30 puanı yüksek olan kişilerin, Padua Envanteri kısa formundan da yüksek puan alacaklardır.
3. Üstbiliş Ölçeği-30 puanı yüksek olan kişilerin Büyüsel Düşünce Ölçeği puanı da yüksek, Üstbiliş Ölçeği-30 puanı düşük kişilerin Büyüsel Düşünce Ölçeği puanı da düşük olacaktır.

## 2.2. Araştırmanın Önemi

Büyüsel düşünce ve üstbilişlerin OKB ile ilişkisinin araştırıldığı, literatürde var olan çalışmalarda, büyüsel düşüncenin OKB ile ilişkisi ve üstbilişlerin OKB ile ilişkisine ayrı ayrı bakılmıştır (Pazvantoğlu vd, 2013; Yorulmaz, İnözü, Gültepe, 2011; Exner et al, 2009; Garcia-Montes et al, 2006).

Bu çalışmada kavramlar arasındaki ilişkiler OKB tanısı almış hasta ve tanı almamış sağlıklı bireyler ile araştırılmıştır. Büyüsel düşünce kavramı temelde kültürel içeriği barındırmaktadır. Günlük hayatta farkında olmadığımız üstbilişlerimizin ve büyüsel düşüncenin davranış boyutuna yansımaları noktasında OKB tanısı almış ve tedavi gören bireylerde incelenerek ve OKB belirtileri göstermenin kontrol grubu ile karşılaştırılarak, sağlıklı grupta da bu iki değişkenin etkisinin daha iyi anlaşılacağı düşünülmüştür. Daha önce yapılmış çalışmaların çoğunluğunun tek tanı grubu ya da tek sağlıklı grubu ile yapılmış çalışmalar olmaları; her iki grup ile yapılmış çalışmaların sayısının fazla olmaması nedeniyle, yapılacak bu çalışmanın literatüre farklı bir bakış açısı, yapılmış çalışmaları da destekleyici, ilerletici bir bilgi sağlanmasının mümkün olabileceği düşünülmüştür. Araştırmanın, hem tanı almış bireyler ile hem de tanı almamış sağlıklı örneklem grupları ile eş zamanlı araştırılarak karşılaştırılma imkanının tanınması, gerçekleştirilmesi ile daha anlaşılabilir, yaygın bir sonuç elde edileceğine inanılmaktadır.

## 2.3. Örneklem

Çalışmaya 2014 yılı Ekim, Kasım ve Aralık, Ocak aylarında NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yatan ve poliklinikte ayaktan tedavisine devam eden Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastalar ve İstanbul ile İzmir illerinden herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin oluşturduğu kontrol grubu katılmıştır. Katılımcılar araştırmaya gönüllülük esasına göre, çalışma hakkında bilgilendirilip, kabul ettikleri takdirde katılmışlardır. 85 katılımcının %41.2'si (n=35)

OKB tanısı almış, %58.8'i (n=50) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir.

## **2.4. Veri Toplama Araçları**

### **2.4.1. Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ)**

Eckblad ve Chapman (1983) tarafından geliştirilen Büyüsel Düşünce Ölçeği'nin amacı, genç bireylerde, ileride ortaya çıkabilecek psikotik durumları tahmin etmektir. Ölçeğin orjinal adı “ Magical Ideation Scale (MI Scale)”dir (Einstein and Menzies, 2008).

30 itemden oluşan bu ölçek, doğru-yanlış seçeneklerinden birisi işaretlenerek yanıtlanır. 30 maddeden 23 madde düz, 7 madde ters yönlüdür. Ters yönlü 7 madde (7,12,13,16,18,23,24), “yanlış” seçeneği işaretlenmesi dahilinde büyüsel düşünce eğilimi göstermektedir. Bu sistem ile değerlendirilen düz ve ters maddelere, büyüsel düşünce eğilimi yansıtmaları halinde birer puan verilir. Sonuçta toplam puan 0 ile 30 puan arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği, değerlendirilen kişinin büyüsel düşünce eğiliminin gücünü ve zayıflığını temsil eder (Atbaşoğlu vd., 2003; Einstein and Menzies, 2004; Bocci and Gordon, 2007).

Bu araştırmada Türkçe'ye “Büyüsel Düşünce Ölçeği” olarak çevrilen form kullanılacaktır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı'ndan dört öğretim elemanı tarafından bağımsız şekilde, ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler bir araya getirilmiş ve tek bir taslak halinde toplanmıştır. Tekrar İngilizce çevirisi, her iki dile hakim iki kişi tarafından yapılmış, gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Metnin son hali, açıklama yapılarak 8 hekime doldurulmuş, anlaşılması zor olduğu düşünülen maddeler düzeltilmiştir. Son olarak kültürel fark olabileceği düşüncesi ile, anadili İngilizce olup uzun süredir Türkiye'de

yaşayan bir öğretim üyesine metin gösterilmiş, düzeltme gerekmediği fikrine varılmıştır (Atbaşoğlu vd., 2003).

Orjinal ölçek, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki gençlere yönelik hazırlanmış olduğu için, kültürel farklılık yaratabileceği veya anlaşılması güç olabileceği düşünülen 3 maddede uyarılama yapılmıştır. Ölçeğin orjinalinde 10. maddede “Bilim adamları bize UFO’lar konusundaki gerçeği açıklamıyor” olarak söylenen, “hükümet”tir. Ancak, kültürler arası farklılık olabileceğinden, böyle bir açıklamanın hükümet tarafından yapılacak olması Türkiye kültüründe çok da uygun olmayabileceğinden ötürü “hükümet” sözcüğü “bilim adamları” sözcüğü ile değiştirilmiştir. Ve de 14. maddedeki “plak” sözcüğü, kullanımı daha yaygın olduğu için “kaset” sözcüğü ile değiştirilmiştir. Böylece item “Kasetlerimde bazen olan bazen olmayan sesler farketmiş olmuştur.” olarak verilmiştir (Atbaşoğlu vd., 2003).

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .78'dir. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonunda, 30 maddenin altısı ile toplamla düzeltilmiş korelasyonunun düşük (0.20'den küçük) olduğu görülmüştür. İç tutarlılık kat sayısının .82 ile .87 arasında olduğu saptanmıştır (Atbaşoğlu vd., 2003).

#### **2.4.2. Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)**

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen, orjinal adı “Meta-Cognitive Questionnaire (MCQ)” olan bu ölçek, psikopatolojilerde rol oynadığı düşünülen üstbilisler, yargılar ve süreçleri inceleme amacını taşır (aktaran Irak, 2011).

Cartwright-Hatton ve Wells (1997), 61 maddelik bu ölçeği hazırlarken Yaygın Kaygı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Hipokondrizis, Panik Bozukluk hastalarına endişe ve girici düşüncelerini sormuş, bu tip bilişsel faaliyetlerle uğraşmalarının nedenlerini ve bunlarla ilgili olarak yaşadıkları sorunları bildirmelerini

istemişlerdir. Katılımcıların verdikleri cevaplardan üstbilişleri ifade eden bir havuzu oluşturmuş, psikometrik işlemler sonucunda ölçeği geliştirmişlerdir.

Daha sonra Cartwright-Hatton ve Wells (2004), bu ölçeğin 30 maddelik kısa formu olan Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)'ni oluşturmuşlardır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır ( Tosun ve Irak, 2008).

ÜBÖ-30'da her madde “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarını içeren, 4 birimli likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinden değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret etmektedir ( Tosun ve Irak, 2008).

ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre göre dağılım gösterir. Kısa formdaki bu dağılım uzun formdaki ile özdeştir. (1) Olumlu inançlar, 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddelerini içerir. Bu maddeler endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları kapsar. Bu faktör, endişenin arzu edilir bir kişilik özelliği olduğunu kabul eder. (2) Kontrol edilemezlik ve tehlike , 6, 13, 15, 21, 25 ve 27. maddelerinden oluşur. İki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’; ikincisi ise endişenin kontrol edilemeyeceği inancıdır. (3) Bilişsel güven, 8, 14, 18, 24, 26, 29. maddeleri içerir ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. (4) Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddelerdir. Bu maddeler batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol alma ihtiyacını kapsar. (5) Bilişsel farkındalık, 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. maddelerden oluşmakta; kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşını ifade etmektedir ( Tosun ve Irak, 2008).

Wells ve Cartwright-Hatton tarafından yapılan psikometrik çalışmalar sonucunda, ÜBÖ-30'un maddeler arası matrisi .3'ün üstünde çıkmış; bu da maddelerin faktör analizine uygun olduğunu işaret etmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçümü .90 çıkmıştır. Bu ölçüm, maddelerin faktör analizine uygunluğunu desteklemektedir. İç tutarlılık için düzeltilmiş madde toplam korelasyonları ölçeğin tamamı için .31- .68 aralığındadır. Olumlu inançlar .77- .83, bilişsel güven .72- .87, kontrol edilemezlik ve

tehlike .70- .82, bilişsel farkındalık .56- .83, kontrol ihtiyacı .30- .65 aralığında değerlendirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri .93, faktörler için Cronbach alfa değerleri .72- .93 aralığındadır. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü anlamlıdır ve bu korelasyonlar ölçeğin uzun formundakiler ile tutarlıdır. Yapı geçerliliği için karşılaştırmalı uyum indeksi CFI (comparative fit index) .90'dır. Bu rakam, yapı modelinin iyi bir uyum gösterdiğine işaret etmektedir. Yapı test etme analizi için yapılan RMSR (root mean square residual) .04 çıkmıştır. Bu katsayının küçülmesi model uyumunun arttığına işaret eder ve .05'den küçük olması iyi bir model uyumu olduğunu göstermektedir. Yakınsak geçerlilik (covergent validity) için, ölçeğin sürekli kaygı, obsesif kompulsif belirtiler ve patolojik endişe ile korelasyonuna bakılmış, ölçek bu üç değişkenle de anlamlı korelasyon göstermiştir ( Tosun ve Irak, 2008).

#### **2.4.3. Padua Envanteri Kısa Form (PE KF)**

Sanavio (1988) tarafından geliştirilen, 60 soruluk Padua Envanteri (PE)'nin 41 soruluk kısa formu, Van Oppen ve arkadaşları (1992) tarafından düzenlenmiştir. Padua Envanteri (PE), obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda genel olarak hastalığın şiddetinin belirlenmesinde ve baskın olan belirti dağılımının ortaya konmasında yardımcı bir ölçektir ( Yorulmaz vd., 2007).

Formun çevirisi birbirinden bağımsız iki çevirmen tarafından yapılmış, yapılan çeviri 10 kişiye verilerek soruların anlaşılmasındaki zorluklar belirlenmiştir. Sonrasında çevirmenler bir araya gelerek, çevirileri Türkçe'ye uygunluğu bakımından karşılaştırarak, çeviri sonrası sorgulama ile tek bir ölçek haline getirmişlerdir. Orjinal form için sorular, Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastaların tanımlamış olduğu 200 belirti arasından seçilmiştir. Her madde; Hiç = 0; Çok az = 1; Çok = 3; Epeyce çok = 3; Aşırı = 4 olmak üzere beş seçenekten birisi seçilerek cevaplanır. Cevaplar 0-4 arasında puanlandırılır. Her test maddesi için '0' puanı, tanımlanan belirtinin hiç



yaşanmaması ya da rahatsız edici olmaması, '4' puanı ise aşırı yaşanmasına ve rahatsız edici olması anlamına gelir (Beşiroğlu vd., 2005).

Van Oppen tarafından düzenlenen kısa form 5 faktör yapısından oluşmaktadır. Orjinal formdan 19 soru çıkarılmış ve 1 alt faktör eklenmiştir. Bunların dışında, kısa formun faktör yapısı, orjinal ölçeğe büyük oranda uygundur. Ölçekten alınabilecek toplam puan, 0 ve 164 puanları arasında değişmekte ve obsesif kompulsif belirtilerin oluşturduğu rahatsızlık derecesini ifade etmektedir (Beşiroğlu vd., 2005).

PE kısa form'daki alt ölçekler; (1) Düşüncelere kapılma, (2) Temizlik, (3) Kontrol, (4) Dürtüler, (5) Kesinliktir. Düşüncelere kapılma alt ölçeği, kişinin arzusu dışında, sahip olduğu düşünceleri zihninden uzaklaştırabilme yeteneği, var olma ihtimali uzak olumsuz düşüncelerden ötürü duyulan aşırı sorumluluk duygusu ve basit kararları verebilme konusunda yaşanan yetersizlik ile ilişkilidir. 10 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek puanlar, 0-40 puanları arasında değişmektedir. Temizlik alt ölçeği, kirlenme, pislenme ve sonuçları ile ilgili aşırı düşünme ve bununla bağlantılı kompulsif davranışlar ile ilişkilidir. 10 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek puanlar, 0-40 puanları arasında değişmektedir. Kontrol alt ölçeği, kişinin günlük aktiviteler ile ilgili olarak yapıp yapmamış olmak hakkındaki aşırı zihin meşguliyeti ve kontrol-sayma kompulsiyonları ile ilişkilidir. 8 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek puanlar, 0-32 puanları arasında değişmektedir. Dürtüler alt ölçeği, kişinin kendisine ya da diğerlerine istemsiz verebileceği zararlar olabileceği ve kontrolsüz cinsel eylemlerde bulunabileceği ile ilişkilidir. 7 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek puanlar, 0-28 puanları arasında değişmektedir. Kesinlik alt ölçeği, kişinin sayma ve tekrarlayıcı davranışları ile ilişkilidir. 6 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek puanlar, 0-24 puanları arasında değişmektedir (Beşiroğlu vd., 2005).

PE KF faktör analizi için yapılan, Açımlayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) ile Temel Bileşenler Yöntemi (Principal Components) ve Varimax dönüştürmesi sonucunda toplam varyansın %62'sini açıklayan 6 faktör yapısı elde edilmiştir. Ölçeğin toplam ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığına ait Cronbach alfa katsayısı .95 olup; en düşük iç tutarlılığa sahip alt ölçek .79 olup, dürtü alt ölçeğidir. Diğer alt ölçeklerin ve dürtü alt ölçeğinin de değerleri oldukça güvenilir kabul edilmektedir. Ölçeğin test-tekrar-test güvenilirliği için yapılan istatistiksel analizler sonucunda, iki

farklı zaman diliminde elde edilen madde puanları arasındaki bağıntı katsayıları .59-.84 ( $p < .001$ ) arasında değişmektedir. Tüm alanlarda form için istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bağıntı ( $r= 0.81-0.92$  arasında,  $p < .001$ ) katsayılarına ulaşılmıştır (Beşiroğlu vd., 2005).

## **2.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma NPİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yatan ve poliklinikte ayaktan tedavisine devam eden obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalar ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerin oluşturduğu kontrol grubu ile yapılmıştır. Ölçeklerin nasıl yanıtlanacağı bilgisi katılımcılara verilen ölçeklerin başında belirtilmiştir. Uygulama yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Uygulama sırasında da katılımcıların yönergeyi doğru anlayıp anlamadığı kontrol edilmiş, gerekli açıklamalar yapılmıştır. Katılımcıların tamamı, ilk olarak "Onam Formu" ve "Sosyodemografik Form"u doldurduktan sonra "Büyüsel Düşünce Ölçeği", "Üstbiliş Ölçeği-30", "Padua Envanteri Kısa Form"u sırasıyla yanıtlamışlardır.

## **2.4. Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analiz işlemleri Statistical Package for Social Siences (SPSS) 16.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı veriler (ortalama, standart sapma, frekans) bulunmuş ve değişken alt kategori karşılaştırmaları için ki kare testinden yararlanılmıştır. Değişkenlerin arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Gruplar arası karşılaştırma için yapılan analizlerde ise ve bağımsız t testinden yararlanılmıştır.



## 3. BÖLÜM

### BULGULAR

#### 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İç Tutarlılık Kat Sayıları

##### 3.1.1. Büyüsel Düşünce Ölçeği

Analiz sonucuna göre 30 maddelik Büyüsel Düşünce Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .78 olarak elde edilmiştir.

##### 3.1.2. Üstbilgi Ölçeği-30

Analiz sonucuna göre 30 maddelik Üstbilgi Ölçeği-30'un Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .90 olarak elde edilmiştir.

Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılıkları için Cronbach alfa güvenirlik ayrı ayrı hesaplanmıştır. Sırasıyla alt boyutların Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; olumlu inançlar için .85, endişenin kontrol edilemeyeceği inancı için .79, bilişsel güven için .87, düşünceleri kontrol ihtiyacı için .81, bilişsel farkındalık için .75 olarak elde edilmiştir.

##### 3.1.3. Padua Envanteri Kısa Form

Analiz sonucuna göre 41 maddelik Padua Envanteri Kısa Form'un Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .96 olarak elde edilmiştir.

Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılıkları için Cronbach alfa güvenilirlik ayrı ayrı hesaplanmıştır. Sırasıyla alt boyutların Cronbach alfa güvenilirlik kat sayıları; düşüncelere kapılma için .95, temizlik için .94, kontrol için .92, dürtüler için .87, kesinlik için .51 olarak elde edilmiştir.

## 3.2. Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular

### 3.2.1. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular

Çalışmaya 35 kişi örneklem grubu, 50 kişi kontrol grubu olmak üzere toplam 85 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları 18-65 aralığındadır. Katılımcıların yaş ortalaması  $34.01 \pm 1.16$  olarak elde edilmiştir. Cinsiyetler arası yaş ortalamaları; kadınlar için  $34.65 \pm 11.44$ , erkekler için  $32.83 \pm 11.99$  olarak elde edilmiştir.

**Tablo 1:** Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu, Aile Gelir Düzeyi ve Yaşamının Çoğunun Geçtiği Yer Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		OKB Tanı Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=50)		Analiz	P
		n ya da ort.	% veya SS	n ya da ort.	% veya SS		
Yaş		31,31	±8,77	35,90	±12,97	$t = -1,94$	0.055
Cinsiyet	Kadın	19	54,3	36	72,0	$\chi^2 = 2,83$	0.110
	Erkek	16	45,7	14	28,0		
Medeni Durum	Bekar	22	62,9	28	56,0	$\chi^2 = 0,675$	0.714
	Evli	12	34,3	19	38,0		
	Dul/ Boşanmış	1	2,9	3	6,0		

**Tablo 1'in devamı:**

Eğitim Durumu	İlkokul	2	5,7	3	6,0	$\chi^2= 7,730$	0.102
	Ortaokul	0	0,0	2	4,0		
	Lise	6	17,1	12	24,0		
	Üniversite	21	60,0	16	32,0		
	Üniversite üstü	6	17,1	17	34,0		
Aile Gelir Düzeyi	Yüksek	20	58,8	33	67,3	$\chi^2= 1,58$	0.455
	Orta	11	32,4	10	20,4		
	Düşük	3	8,8	6	12,2		
Yaşamının Çoğunun Geçtiği Yer	Büyükşehir	23	65,7	40	81,6	$\chi^2= 3,553$	0.169
	Şehir	11	55,0	9	45,0		
	Köy	1	2,9	0	0,0		

Katılımcıların %1,2'si (n=1) 18, %4.7'si (n=4) 19, %1.2'si (n=1) 20, %1.2'si (n=1) 21, %5.9'u (n=5) 23, %8.2'si (n=7) 24, %8.2'si (n=7) 25, %4.7'si (n=4) 26, %4.7'si (n=4) 27, %4.7'si (n=4) 28, %1.2'si (n=1) 29, %3.5'i (n=3) 30, %3.5'i (n=3) 31, %3.5'i (n=3) 32, %3.5'i (n=3) 33, %1.2'si (n=1) 35, %1.2'si (n=1) 36, %7.1'i (n=6) 37, %1.2'i (n=1) 38, %2.4'ü (n=2) 39, %2.4'ü (n=2) 40, %41.2'si (n=1) 42, %1.2'si (n=1) 43, %1.2'si (n=1) 45, %1.2'si (n=1) 46, %2.4'ü (n=2) 47, %3.5'i (n=3) 48, %1.2'si (n=1) 50, %1.2'i (n=1) 51, %2.4'ü (n=2) 52, %1.2'si (n=1) 54, %3.5'i (n=3) 55, %1.2'si (n=1) 56, %1.2'si (n=1) 59, %1.2'si (n=1) 60, %1.2'i (n=1) 65 yaşındadır.

### 3.2.2. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların (n=85) %64.7'si (n=55) kadın, %35.3'ü (n=30) erkektir.

Katılımcıların %41.2'si (n=35) OKB tanısı almış, %58.8'i (n=50) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir.

Kadın (n=55) katılımcıların %34.5'i (n=19) OKB tanısı almış, %65.5'i (n=36) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir. Erkek (n=30) katılımcıların %53.3'ü (n=16) OKB tanısı almış, %46.7'si (n=14) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir.

OKB tanısı alan 35 katılımcının %54.3'ü (n=19) kadın, %45.7'si (n=16) erkektir.

Kontrol grubunu oluşturan 50 katılımcının %72'si (n=36) kadın, %28'i (n=14) erkektir.

### **3.2.3. Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular**

Tablo 1'de görüldüğü üzere; 85 katılımcının %58.8'i (n=50) bekar, %36.5'i (n=31) evli, %4.7'si (n=4) dul/boşanmıştır.

Bekar katılımcıların %44'ü (n=22) OKB tanısı almış, %56'sı (n=28) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; evli katılımcıların %38.7'si (n=12) OKB tanısı almış, %61.3'ü (n=19) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; dul/boşanmış katılımcıların %25'i (n=1) OKB tanısı almış, %75'i (n=3) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir.

OKB tanısı alan 35 katılımcının %62.9'u (n=22) bekar, %34.3'ü (n=12) evli, %2.9'u (n=1) dul/boşanmış kişilerdir.

Kontrol grubunu oluşturan 50 katılımcının %56'sı (n=28) bekar, %38'i (n=19) evli, %6'sı (n=3) dul/boşanmış kişilerdir.

### 3.2.4. Eğitim Düzeyi Değişkenine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de görüldüğü üzere; 85 katılımcının %5.9’u (n=5) ilkokul, %2.4’ü (n=2) ortaokul, %21.2’si (n=18) lise, %43.5’i (n=37) üniversite, %27.1’i (n=23) üniversite üstü eğitim düzeyine sahiptir.

İlkokul eğitim düzeyine sahip katılımcıların %40’ı (n=2) OKB tanısı almış, %60’ı (n=3) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; ortaokul eğitim düzeyine sahip katılımcıların tamamı (n=2) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; lise eğitim düzeyine sahip katılımcıların %33.3’ü (n=6) OKB tanısı almış, %66.7’si (n=12) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcıların %56.8’i (n=21) OKB tanısı almış, %43.2 (n=16) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; üniversite üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların %26.1’i (n=6) OKB tanısı almış, %73.9’u (n=17) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir.

OKB tanısı alan 35 katılımcının %5.7’si (n=2) ilkokul, %17.1’i (n=6) lise, %60’ı (n=21) üniversite, %17.1’i (n=6) üniversite üstü eğitime sahiptir.

Kontrol grubunu oluşturan 50 katılımcının %6’sı (n=3) ilkokul, %4’ü (n=2) ortaokul, %24’ü (n=12) lise, %32’si (n=16) üniversite, %34’ü (n=17) üniversite üstü eğitime sahiptir.

### 3.2.5. Aile Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de görüldüğü üzere; 83 katılımcının ailesi %10.8’i (n=9) düşük, %25.3’ü (n=21) orta, %63.9’u (n=53) yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların %33.3’ü (n=3) OKB tanısı almış, %66.7’si (n=6) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; orta gelir düzeyine sahip katılımcıların %52.4’ü (n=11) OKB tanısı almış, %47.6’sı (n=10) herhangi bir



psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların %37.7'si (n=20) OKB tanısı almış, %62.3'ü (n=33) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerdir.

OKB tanısı alan 34 katılımcının %8.8'i (n=3) düşük, %32.4'ü (n=11) orta, %58.8'i (n=20) yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Kontrol grubunu oluşturan 49 katılımcının %12.2'si (n=6) düşük, %20.4'ü (n=10) orta, %67.3'ü (n=33) yüksek gelir düzeyine sahiptir.

### **3.2.6. Yaşamın Çoğunun Geçtiği Yer Değişkenine İlişkin Bulgular**

Tablo 1'de görüldüğü üzere; 84 katılımcının %75'i (n=63) yaşamının çoğunu büyük şehirde (Ankara, İstanbul, İzmir), %23.8'i (n=20) şehirde, %1.2'si (n=1) köyde geçirmiştir.

Yaşamının çoğunu büyükşehirde geçirmiş katılımcıların %36.5'i (n=23) OKB tanısı almış, %63.5'i (n=40) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; şehirde geçirmiş katılımcıların %55'i (n=11) OKB tanısı almış, %45'i (n=9) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler; köyde geçirmiş katılımcıların tamamı (n=1) OKB tanısı almış, kişilerdir.

OKB tanısı alan 35 katılımcının %65.7'si (n=23) yaşamının çoğunu büyükşehirde, %31.4'ü (n=11) şehirde, %2.9'u (n=1) köyde geçirmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan 49 katılımcının %81.6'sı (n=40) yaşamının çoğunu büyükşehirde, %18.4'ü (n=9) şehirde geçirmiştir.

### 3.2.7. Şikayetlerin Başlangıcı Değişkenine İlişkin Bulgular

**Tablo 2:** OKB Tanı Grubunda Şikayetlerin İlk Başlangıcı, Tedaviye İlk Başlangıç, Yatarak Tedavi Olma, Şu anki İlaç Kullanımı Değişkenlerine İlişkin Bulgular

	OKB Tanı Grubu (n=35)		
	ort. / n	SS / %	
Şikayet Başlangıcı	126,73	±88.89	
Tedaviye İlk Başlangıç	102,28	±85.82	
Yatarak Tedavi	Var	4	12,90
	Yok	31	87,10
İlaç Kullanımı	Var	33	93,94
	Yok	2	6,06

35 katılımcının şikayetlerinin başlangıcı, %9.1'ü (n=3) 6 ay, %3'ü (n=1) 12 ay, %9.1'i (n=3) 24 ay, %3'ünün (n=1) 36 ay, %3'ünün (n=1) 48 ay, %9.1'inin (n=3) 60 ay, %9.1'inin (n=3) 84 ay, %3'ünün (n=1) 96 ay, %15.2'sinin (n=5) 120 ay, %6.1'inin (n=2) 132 ay, %6.1'inin (n=2) 144 ay, %3'ünün (n=1) 156 ay, %12.1'inin (n=4) 180 ay, %3'ünün (n=1) 204 ay, %3'ünün (n=1) 276 ay, %3'ünün (n=1) 300 ay, %3'ünün (n=1) 324 ay, 3'ünün (n=1) 348 ay öncedir. Şikayet başlangıcı ay ortalaması  $126,73 \pm 88.89$  olarak elde edilmiştir.

### 3.2.8. İlk Tedavi Başlangıcı Değişkenine İlişkin Bulgular

35 katılımcı OKB tedavisine ilk olarak, %3.1'i (n=1) 3 ay, %3.1'i (n=1) 6 ay, %5.9'u (n=5) 12 ay, %3.1'i (n=1) 24 ay, %3.1'i (n=1) 48 ay, %12.5'i (n=4) 60 ay, %9.4'ü (n=3) 72 ay, %15.6'sı (n=5) 84 ay, %3.1'i (n=1) 120 ay, %12.5'i (n=4) 132 ay, %9.4'ü (n=3) 144 ay, %3.1'i (n=1) 156 ay, %3.1'i (n=1) 168 ay, %3.1'i (n=1) 228 ay,

%3.1'i (n=1) 276 ay, %3.1'i (n=1) 300 ay, %3.1'i (n=1) 324 ay önce başlamıştır. İlk tedavi başlangıcı ortalaması  $102,28 \pm 85.82$  olarak elde edilmiştir.

### **3.2.9. Yatarak Tedavi Olma Değişkenine**

OKB tanısı almış 35 katılımcının %11.4'ü (n=4) daha önce yatarak tedavi olmuş, %88.6'sı (n=31) yatarak tedavi olmamıştır.

### **3.2.10. Şu an İlaç Kullanımı Değişkenine İlişkin Bulgular**

OKB tanısı almış 35 katılımcının %94.3'ü (n=33) tanısına ilişkin şu an ilaç kullanmakta, %5.7'si (n=2) ilaç kullanmamaktadır.

## **3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

### **3.3.1. Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılma Bilgileri**

Kadın (n = 55) ve erkek (n = 30) grupları arasında ölçeklerden ve ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanlar arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, kadınlar ( $14.45 \mp 8.22$ ) ile erkekler ( $10 \mp 9.25$ ) arasında padua envanteri kısa form temizlik alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $t = 2.28, p < .05$ ). Ulaşılan bu sonuca göre, kadınların padua envanteri kısa formu temizlik alt ölçeğinden aldıkları puanlar erkeklerin padua envanteri kısa formu temizlik alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir

### 3.3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Psikiyatrik Tanı Değişkenine Göre Karşılaştırılma Bilgileri

**Tablo 3:** OKB Tanı ve Kontrol Grubunun Cinsiyet Değişkenine İlişkin Kullanılan Ölçekler ve Ölçeklerin Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Tanı (OKB)				Kontrol Grubu			
	Kadın (n = 19)	Erkek (n = 16)	t	p	Kadın (n=36)	Erkek (n=14)	t	p
	Ort (Sd)	Ort (Sd)			Ort (Sd)	Ort (Sd)		
BDÖ	8.63(5.52)	11.25(6.79)	-1.26	0.217	9.53(3.52)	9(3.06)	0.49	0.624
ÜBÖ	79.21(13.95)	73.50(11.78)	1.29	0.205	67.75(10.44)	63.07(13.11)	1.32	0.192
PEKF	100.07(30.58)	84.63(33.36)	2.09	0.046	76.25(18.37)	67.21(21.13)	1.50	0.141
ÜBÖOİ	14.58(4.32)	13.50(3.90)	0.77	0.448	12.53(2.87)	12.14(4.11)	0.38	0.709
ÜBÖEKEİ	15.79(4.14)	15.56(3.85)	0.17	0.869	12.97(3.08)	12.86(3.96)	0.11	0.913
ÜBÖBG	13.79(4.32)	12(3.52)	1.33	0.194	12.86(3.46)	10.86(4.29)	1.72	0.092
ÜBÖDK	17.42(4.03)	16.19(3.06)	1	0.323	13.72(3.49)	11.64(2.82)	1.99	0.053
ÜBÖBF	17.63 (3.92)	16.25 (3.68)	1.07	0.293	15.67(2.47)	15.57(3.41)	0.11	0.913
PEKFDK	23.32 (10.78)	16.44 (11.83)	1.80	0.081	9.94(7.15)	5.14(3.48)	2.39**	0.003
PEKFT	18.16 (10.64)	9.31 (8.96)	2.63*	0.012	12.50(5.89)	10.79(9.85)	0.76	0.452
PEKFK	10.68(7.80)	8.13(7.07)	1	0.321	6.56(4.55)	6.14(6.43)	0.26	0.799
PEKFD	10.58(9.66)	7.44(6.78)	1.09	0.282	4.11(3.29)	2.71(3.58)	1.31	0.195
PEKFKE	44.53(2.50)	43.31(2.27)	1.49	0.146	43.14(1.40)	42.43(1.60)	1.55	0.128
Yaş	32.53(6.46)	29.88(10.97)	0.88	0.381	35.78(13.29)	36(4.11)	-0.11	0.916

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

BDÖ: Bütünsel Düşünce Ölçeği

ÜBÖ: Üstbilis Ölçeği-30

PEKF: Padua Envanteri Kısa Form

ÜBÖOİ: Üstbilis Ölçeği-30 “Olumlu İnançlar” Alt Boyutu

ÜBÖEKEİ: Üstbilis Ölçeği-30 “Endişenin Kontrol Edilemeyeceği İnanç” Alt Boyutu

ÜBÖBG: Üstbilis Ölçeği-30 “Bilişsel Güven” Alt Boyutu

ÜBÖDKİ: Üstbilis Ölçeği-30 “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” Alt Boyutu

ÜBÖBF: Üstbiliş Ölçeği-30 “Bilişsel Farkındalık” Alt Boyutu

PEKFDK: Padua Envanteri Kısa Form “Düşüncelere Kapılma” Alt Boyutu

PEKFT: Padua Envanteri Kısa Form “Temizlik” Alt Boyutu

PEKFK: Padua Envanteri Kısa Form “Kontrol” Alt Boyutu

PEKFD: Padua Envanteri Kısa Form “Dürtüler” Alt Boyutu

PEKFKE: Padua Envanteri Kısa Form “Kesinlik” Alt Boyutu

Tablo 3’te görüldüğü üzere; OKB tanısı almış kişilerde kadın ( $n = 19$ ) ve erkek ( $n = 16$ ) grupları arasında ölçeklerden ve ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanlar arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, kadınlar ( $1.07 \pm 30.58$ ) ile erkekler ( $84.63 \pm 33.36$ ) arasında padua envanteri kısa form puanları açısından fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, kadınlar ( $18.16 \pm 10.64$ ) ile erkekler ( $9.31 \pm 8.96$ ) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 2.63, p < .05$ ). Bu sonuca göre, erkeklerin padua kısa form temizlik alt boyutundan aldıkları puanlar kadınların padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Kontrol grubu verilerine bakıldığında; kadınlar ( $n=36$ ) ( $9.94 \pm 7.15$ ) ile erkekler ( $n=14$ ) ( $5.14 \pm 3.48$ ) arasında padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $t = 2.39, p < .01$ ). Ulaşılan bu sonuca göre, kadınların padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma aldıkları puanlar erkeklerin padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

### 3.3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Psikiyatrik Tanı Değişkenine Göre Karşılaştırılma Bilgileri

**Tablo 4:** Psikiyatrik Tanı Değişkeninin Yaş, Kullanılan Ölçekler ve Ölçeklerin Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Tanı (OKB)		t	p
	Var (n = 35) Ort (Sd)	Yok (n = 50) Ort (Sd)		
BDÖ	9.83 (6.18)	9.38 (3.37)	0.43	0.668
ÜBÖ	76.60 (13.14)	66.44 (11.31)	3.81***	0.000
PEKF	96.91 (33.42)	73.72 (19.40)	4.04**	0.001
ÜBÖOI	14.09 (4.11)	12.42 (3.23)	2.09*	0.05
ÜBÖEKEİ	15.69 (3.95)	12.94 (3.30)	3.48**	0.001
ÜBÖBG	12.97 (4.02)	12.30 (3.78)	0.79	0.434
ÜBÖDKİ	16.86(3.62)	13.14 (3.42)	4.81***	0.000
ÜBÖBF	17 (3.82)	15.64 (2.73)	1.91	0.079
PEKFDK	20.17 (11.63)	8.60 (6.67)	5.81***	0.000
PEKFT	14.11 (10.74)	12.02 (7.15)	1.08	0.283
PEKFK	9.51 (7.48)	6.44 (5.08)	2.26*	0.039
PEKFD	9.14 (8.50)	3.72 (3.40)	4.08***	0.000
PEKFKE	43.97(2.44)	42.94(1.48)	2.42*	0.30
Yaş	31.31(8.77)	35.90(12.97)	-1.82	0.55

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

BDÖ: Bütünsel Düşünce Ölçeği

ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği-30

PEKF: Padua Envanteri Kısa Form

ÜBÖOI: Üstbiliş Ölçeği-30 “Olumlu İnançlar” Alt Boyutu

ÜBÖEKEİ: Üstbiliş Ölçeği-30 “Endişenin Kontrol Edilemeyeceği İnanç” Alt Boyutu

ÜBÖBG: Üstbiliş Ölçeği-30 “Bilişsel Güven” Alt Boyutu

ÜBÖDKİ: Üstbiliş Ölçeği-30 “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” Alt Boyutu

ÜBÖBF: Üstbiliş Ölçeği-30 “Bilişsel Farkındalık” Alt Boyutu

PEKFDK: Padua Envanteri Kısa Form “Düşüncelere Kapılma” Alt Boyutu

PEKFT: Padua Envanteri Kısa Form “Temizlik” Alt Boyutu

PEKFK: Padua Envanteri Kısa Form “Kontrol” Alt Boyutu

PEKFD: Padua Envanteri Kısa Form “Dürtüler” Alt Boyutu

PEKFKE: Padua Envanteri Kısa Form “Kesinlik” Alt Boyutu

Tablo 4’te görüldüğü üzere; OKB tanısı almış ( $n = 35$ ) ve kontrol ( $n = 50$ ) grupları arasında ölçeklerden ve ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanlar arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, OKB tanılı kişiler ( $76.60 \pm 13.14$ ) ile kontrol grubu ( $66.44 \pm 11.31$ ) arasında üstbiliş ölçeği-30 puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $t = 3.81, p < .001$ ). Ulaşılan bu sonuca göre, OKB tanısı alanların üstbiliş ölçeği-30’dan aldıkları puanlar kontrol grubunun üstbiliş ölçeği-30’dan aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu ( $96.91 \pm 33.42$ ) ile kontrol grubu ( $73.72 \pm 19.40$ ) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 4.04, p < .001$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun padua kısa formundan aldıkları puanlar kontrol grubunun padua envanteri kısa formundan aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Üstbiliş ölçeği-30 olumlu inançlar alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu ( $14.09 \pm 4.11$ ) ile kontrol grubu ( $12.42 \pm 3.23$ ) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 2.09, p < .05$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun üstbiliş ölçeği-30 olumlu inançlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun üstbiliş ölçeği-30 olumlu inançlar alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu ( $15.69 \pm 3.95$ ) ile kontrol grubu ( $12.94 \pm 3.30$ ) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 3.48, p < .01$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği

inancı alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Üstbiliş Ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu (16.86±3.62) ile kontrol grubu (13.14±3.42) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 4.81, p < .001$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu (20.17±11.63) ile kontrol grubu (8.60±6.67) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 5.81, p < .001$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Padua envanteri kısa form kontrol alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu (9.51±7.48) ile kontrol grubu (6.44±5.08) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 2.26, p < .05$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun padua envanteri kısa form kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun padua envantri kısa form kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Padua envanteri kısa form dürtüler alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu (9.14±8.50) ile kontrol grubu (3.72±3.40) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 4.08, p < .001$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun padua envanteri kısa form dürtüler alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun padua envanteri kısa form dürtüler alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Padua envanteri kısa form kesinlik alt ölçeğinden alınan puanlar iki grup arasında değerlendirildiğinde, OKB tanı grubu (43.97±2.44) ile kontrol grubu (42.94±1.48) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t = 2.42, p < .05$ ). Bu sonuca göre, OKB tanı grubunun padua envanteri kısa form kesinlik alt ölçeğinden aldıkları



puanlar kontrol grubunun padua envanteri kısa form kesinlik alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

### **3.3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının OKB Tanılı Kişilerin Yatarak Tedavi Görme Değişkenine Göre Karşılaştırılma Bilgileri**

OKB tanısı almış kişilerde yatarak tedavi olan ( $n = 4$ ) ve yatarak tedavi olmamış ( $n = 31$ ) gruplar arasında ölçeklerden ve ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanlar arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, yatarak tedavi olanlar ( $18 \pm 11.80$ ) ile yatarak tedavi olmayan grup ( $8.42 \pm 6.22$ ) arasında padua envanteri kısa form kontrol alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $t = 2.61, p < .05$ ). Ulaşılan bu sonuca göre, erkeklerin padua envanteri kısa form kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar kadınların padua envanteri kısa formundan aldıkları puanlardan daha yüksektir.

Yapılan analize göre, yatarak tedavi olanlar ( $17.75 \pm 12.95$ ) ile yatarak tedavi olmamış grup ( $8.03 \pm 7.34$ ) arasında padua envanteri kısa form dürtüler alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $t = 2.28, p < .05$ ). Ulaşılan bu sonuca göre, yatarak tedavi olanların padua envanteri kısa form dürtüler alt ölçeği aldıkları puanlar yatarak tedavi olmamış grubun padua envanteri kısa form dürtüler alt ölçeğinden aldıkları puanlardan daha yüksektir.

## **3.4. Araştırmada kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Korelasyon Bilgileri**

### **3.4.1. Kontrol grubunda araştırmada kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Korelasyon Bilgileri**

**Tablo 5:** Yapılan Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Kontrol Grubu Verilerine Göre Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 ÜBÖ	1												
2 ÜBÖÖ	.60***	1											
3 ÜBÖEKEİ	.71***	.16	1										
4 ÜBÖBG	.69***	.38*	.25	1									
5 ÜBÖDKİ	.74***	.32*	.45**	.36*	1								
6 ÜBÖBF	.70***	.19	.66***	.27	.38*	1							
7 BDÖ	.21	.11	.27	.1	.21	.15	1						
8 PEKF	.61***	.23	.60***	.28	.45**	.55***	.23	1					
9 PEKFDK	.65***	.30*	.56***	.37*	.56***	.45**	.31*	.85***	1				
10 PEKFT	.32*	-.08	.47**	.06	.24	.48***	.20	.81***	.50***	1			
11 PEKFK	.49***	.27	.41**	.25	.32*	.46*	.09	.82***	.63***	.55***	1		
12 PEKFD	.53***	.35*	.54***	.26	.32*	.38*	.88	.78***	.63***	.54***	.53***	1	
13 PEKFKE	.58***	.40*	.46**	.25	.43**	.50***	.15	.74***	.59***	.47**	.68***	.64***	1

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

BDÖ: Bütünsel Düşünce Ölçeği

ÜBÖ: Üstbilis Ölçeği-30

PEKF: Padua Envanteri Kısa Form

ÜBÖÖİ: Üstbilis Ölçeği-30 “Olumlu İnançlar” Alt Boyutu

ÜBÖEKEİ: Üstbilis Ölçeği-30 “Endişenin Kontrol Edilemeyeceği İnancı” Alt Boyutu

ÜBÖBG: Üstbilis Ölçeği-30 “Bilişsel Güven” Alt Boyutu

ÜBÖDKİ: Üstbilis Ölçeği-30 “Düşünceleri Kontrol İhtiyacı” Alt Boyutu

ÜBÖBF: Üstbilis Ölçeği-30 “Bilişsel Farkındalık” Alt Boyutu

PEKFDK: Padua Envanteri Kısa Form “Düşüncelere Kapılma” Alt Boyutu

PEKFT: Padua Envanteri Kısa Form “Temizlik” Alt Boyutu

PEKFK: Padua Envanteri Kısa Form “Kontrol” Alt Boyutu

PEKFD: Padua Envanteri Kısa Form “Dürtüler” Alt Boyutu

PEKFKE: Padua Envanteri Kısa Form “Kesinlik” Alt Boyutu

Tablo 5'te görüldüğü üzere; kontrol grubunun (n=50) büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puanlar ile üstbilis ölçeği-30'dan aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 puanları arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile padua envanteri kısa form puanları arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puanlar ile padua envanteri kısa formdan alınan puanlar arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.61, p < .001$ ).

Katılımcıların büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puanlar ile üstbilis ölçeği-30'un 5 alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla yapılan analiz sonucunda, büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30'un alt boyutlarından alınan puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Katılımcıların büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puanlar ile padua envanteri kısa formun 5 alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz sonucunda, katılımcıların büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puan ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puan arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Katılımcıların üstbilis ölçeği-30'dan aldıkları puanlar ve padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbilis ölçeği-30 puanı ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.65, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.32, p < .05$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puan ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.49, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puan ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.53, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puan ile padua envanteri kısa form kesinlik alt

boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.58$ ,  $p < .001$ ).

Katılımcıların padua envanteri kısa formundan aldıkları puanlar ile üstbilis ölççeği-30 alt boyutlarından aldıkları puanların arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan analiz sonucuna göre, katılımcıların padua envanteri kısa formundan aldıkları puanlar ile üstbilis ölççeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölççeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.60$ ,  $p < .001$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölççeği-30 bilişsel güven alt boyutundan alınan puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölççeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.45$ ,  $p < .01$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölççeği-30 düşünceleri bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.55$ ,  $p < .001$ ).

Katılımcıların üstbilis ölççeği-30 alt boyutlarından aldıkları puanlar ile padua envanteri kısa form alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan analiz sonucuna göre, katılımcıların üstbilis ölççeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan aldıkları puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.30$ ,  $p < .05$ ). Üstbilis ölççeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Üstbilis ölççeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Üstbilis ölççeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.35$ ,  $p < .05$ ). Üstbilis ölççeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.40$ ,  $p < .05$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.56, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.47, p < .01$ ). Üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.41, p < .01$ ). Üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.54, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.46, p < .01$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel güven alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.37, p < .05$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form alt boyutlarından alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.56, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanların arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.32, p < .05$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan

puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.32, p < .05$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.43, p < .01$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.45, p < .01$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.48, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.46, p < .05$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.38, p < .05$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.50, p < .001$ ).

### 3.4.2. OKB tanısı almış kişilerde araştırmada kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının Korelasyon Bilgileri

**Tablo 6:** Yapılan Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçeklerin Alt Boyutlarının OKB tanı Grubu Verilerine Göre Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 ÜBÖ	1															
2 ÜBÖÖ	.77***	1														
3 ÜBÖEKEİ	.84***	.76***	1													
4 ÜBÖBG	.20	-.26	-.11	1												
5 ÜBÖDKİ	.81***	.53**	.54**	.16	1											



ilişkiyi saptamak amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.39, p < .05$ ).

Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile padua envanteri kısa form puanları arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puanlar ile padua envanteri kısa formdan alınan puanlar arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.77, p < .001$ ).

Katılımcıların büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puanlar ile üstbilis ölçeği-30'un 5 alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla yapılan analiz sonucunda, büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30'un birinci alt boyutu olan olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.55, p < .001$ ). Büyüsel düşünce ölçeği ile üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.43, p < .05$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puan ile üstbilis ölçeği-30 bilişsel güven alt boyutundan alınan puan arasında negatif yönlü korelasyonel ilişki bulunmuştur ( $r = -0.39, p < .05$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.38, p < .05$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puan ile üstbilis ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.36, p < .05$ ).

Katılımcıların büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puanlar ile padua envanteri kısa formun 5 alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz sonucunda, katılımcıların büyüsel düşünce ölçeğinden aldıkları puan ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puan arasında ilişki bulunmamıştır ( $r = 0.30, p < .001$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puan ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puan arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puan ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.41, p < .05$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile padua



envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanlar arasına pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.51, p < .01$ ). Büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanlar arasına ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Katılımcıların üstbilis ölçeği-30'dan aldıkları puanlar ve padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbilis ölçeği-30 puanı ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = 0.84, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.37, p < .05$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puan ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.71, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puan ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.61, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30'dan alınan puan ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.64, p < .001$ ).

Katılımcıların padua envanteri kısa formundan aldıkları puanlar ile üstbilis ölçeği-30 alt boyutlarından aldıkları puanların arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan analiz sonucuna göre, katılımcıların padua envanteri kısa formundan aldıkları puanlar ile üstbilis ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.65, p < .01$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.69, p < .001$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 bilişsel güven alt boyutundan alınan puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.61, p < .001$ ). Padua envanteri kısa formundan alınan puanlar ile üstbilis ölçeği-30 düşünceleri bilişsel farkındalık alt

boyutundan alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.65, p < .001$ ).

Katılımcıların üstbilis ölçeği-30 alt boyutlarından aldıkları puanlar ile padua envanteri kısa form alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan analiz sonucuna göre, katılımcıların üstbilis ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan aldıkları puanlar ile padua envanteri kısa form düşünelere kapılma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.62, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Üstbilis ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.66, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.59, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.63, p < .001$ ).

Üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşünelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.77, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanların arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.57, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.59, p < .001$ ). Üstbilis ölçeği-30 endişenin kontrol edilemeyeceği inancı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.63, p < .001$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel güven alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form alt boyutlarından alınan puanların arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form alt boyutlarından alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.68, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanların arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ) Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.53, p < .01$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.46, p < .01$ ). Üstbiliş ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.43, p < .05$ ).

Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form düşüncelere kapılma alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.71, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form temizlik alt boyutundan alınan puanların arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ) Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kontrol alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.63, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel

farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form dürtüler alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.65, p < .001$ ). Üstbiliş ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutundan alınan puanlar ile padua envanteri kısa form kesinlik alt boyutundan alınan puanların arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ( $r = 0.61, p < .001$ ).

Yaş, şikayetlerin ilk başlangıcı değişkenlerinin birbirleri arasında, ölçekler ve ölçeklerin alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken ( $p > .05$ ); şikayetlerin başlangıcı ile ilk tedaviye başlama arasında pozitif yönlü korelasyon görülmüştür ( $r=0.84, p < .001$ ).



## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmada büyüsel düşünce, üstbilişsel inançlar ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda 3 hipotez üretilmiş ve sınanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda kullanılan ölçeklerden alınan sonuçlara uygun olduğu düşünülen istatistiksel analizler uygulanmış, ulaşılan sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırma için 3 hipotez belirlenmiştir. Çalışmanın uygulandığı örneklemden ulaşılan sonuçlara göre 1 hipotez doğrulanmıştır, 1 hipotez okb tanı grubu için doğrulanmış, kontrol grubu için yanlışlanmıştır, 1 hipotez yanlışlanmıştır.

İlk hipotez doğrultusunda, yapılan korelasyon analizi sonucunda örneklemden katılımcılar arasında İlk hipotez doğrultusunda, yapılan korelasyon analizi sonucunda örneklemden katılımcılar arasında büyüsel düşünce ölçeği puanları ve padua envanteri kısa form puanları arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 5, Tablo 6). Yorulmaz ve arkadaşlarına göre büyüsel düşünce eğilimi obsesif kompulsif bozukluk belirtileri göstermeye etki etmekte, bu bağlamda gözlenen davranışları pekiştirmektedir (2011). Üniversite öğrencileri ile yapılan bu çalışma bulgularına göre büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar arttıkça, kişilerin obsesif kompulsif bozukluk semptom gösterme eğilimleri de artmaktadır (2011). Bu çalışmada ise kontrol grubu büyüsel düşünce eğilimi ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasında ilişki bulunamaması Yorulmaz ve arkadaşlarının görüşlerini yanlışlamıştır.

Einstein ve arkadaşlarının (2004) aynı yıl yayınlanan, üniversiteli öğrenciler ve OKB tanı örneklemleri ile yaptıkları çalışmaların bulgularına göre de büyüsel düşünce eğilimi ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları gösterme eğilimi pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Büyüsel düşünce eğiliminin artması OKB semptomları

gösterme eğilimini arttırmaktadır. Çalışmamızın bulguları Einstein ve arkadaşlarının görüşlerini yanlışlamıştır.

Büyüsel Düşünce Ölçeği'nin genç bireylerde uygulanması ile gelecekte ortaya çıkabilecek psikotik durumları saptamaya yönelik kullanımı doğrultusunda kişilerin büyüsel düşünce eğilimini ölçtüğü bilgisi dahilinde, kişilerin büyüsel düşünce eğilimini ölçmek amacıyla bu çalışmada Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ) 18-65 yaş aralığına uygulanmış; yaş değişkeni bağlamında ölçekten alınan puanlar arasında yaş değişkenine bağlı bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen bu sonucun, yaş değişkeni ile ilişkili çıkmasa da genç ve orta yaş dağılımı eşit olmadığı için ya da farklı değişkenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Ölçeğin farklı yaş gruplarına uygulanarak, yaş aralığının genç bireylerden daha geniş yaş aralığına uygulanabilirliği açısından farklı çalışmaların yapılmasının farklı bilgiler sağlayabileceği düşünülmektedir.

İkinci hipotez doğrultusunda, yapılan korelasyon analizi sonucunda katılımcıların üstbiliş ölçeği-30 puanları ile padua envanteri kısa form puanları arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur (Tablo 5, Tablo 6). Ulaşılan bu sonuç, Exner ve arkadaşlarının (2009) görüşlerini desteklemiştir. Üstbilişsel inanışlar ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkilidir. Bu konu ile yapılan araştırmalarda üstbilişsel inançların obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili olduğu görülmüş ve vurgulanmıştır (Pazvantoğlu vd., 2013; Exner et al., 2009; Garcia-Montes et al., 2006; Hermans et al., 2003 Mohammadkhani, 2013; Doğan vd., 2013). Bu bilgi kapsamında, tanı grubu ve kontrol grubu arasında üstbilişler arasında anlamlı fark bulunması, Doğan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasını desteklemiş; öne sürdüğü OKB tedavisinde Üstbilişsel Terapi kullanımının yaygınlaştırılması fikrini desteklemiştir.

Pazvantoğlu ve arkadaşlarına (2013) göre, OKB tanısı almış kişilerde işlevsel olmayan üstbilişler oldukça fazladır. Özellikle üstbiliş boyutlarından “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” OKB’de daha merkezi öneme sahiptir. Çalışmamızın bulguları Pazvantoğlu ve arkadaşlarının görüşlerini desteklemiş, OKB ile özellikle önemli ölçüde ilişkili görülen “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” üstbiliş boyutlarına ek olarak “endişenin kontrol edilemeyeceği inancı” boyutu ile de önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Üçüncü hipotez doğrultusunda ise, yapılan korelasyon analizi sonucunda katılımcılardan kontrol grubunun büyüsel düşünce ölçeği puanları ile üstbiliş ölçeği-30 puanları arasında ilişki bulunmazken; OKB tanı grubunda pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur (Tablo 6). Elde edilen sonuç, Garcia-Montes ve arkadaşları (2006) belirttiği görüşleri desteklemiştir. Büyüsel düşünce ile üstbilişsel inançlar OKB tanısı almış kişilerde ilişkilidir.

Elde edilen verilere göre, OKB tanısı almış kişilerde, hastalığın “temizlik” boyutu semptomları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda kendini göstermektedir.

Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerde obsesif kompulsif semptomların hastalığın “düşüncelere kapılma” boyutunun kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

OKB tanılı kişiler ile sağlıklı kişilerin işlevsel olmayan üstbilişlerinde önemli derecede fark olduğu bilgisine ek olarak; üstbiliş boyutlarından olumlu inançlar, endişenin kontrol edilemeyeceği inancı ve özellikle de düşünceleri kontrol inancı boyutları açısından anlamlı derecede farklılıklar olduğu görülmüştür.

Tahmin edileceği ve literatürdeki bilgiler ışığında obsesif kompulsif bozukluk semptomlarına sahip olma OKB tanısı almış kişilerde ve sağlıklı bireylerde çok büyük ölçüde farklılık gösterirken; obsesif kompulsif bozukluk boyutlarından kontrol, kesinlik, özellikle de düşüncelere kapılma ve dürtüler boyutları arasında çok anlamlı ölçüde farklılıklar görülmüştür.

OKB tanısı almış kişilerde hatalı üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk boyutları ile ilişkisine bakıldığında; üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk boyutlarından temizlik boyutu ile anlamlı ölçüde; düşüncelere kapılma, kontrol, dürtü ve kesinlik boyutları ile ise çok anlamlı ölçüde pozitif yönde korelasyonel ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu verilere göre, hatalı üstbilişler arttıkça hastalığın temizlik, düşüncelere kapılma, kontrol, dürtü ve kesinlik boyutları semptomları artmaktadır.

OKB tanısı almış kişilerde büyüsel düşünce ile hatalı üstbilişlerin boyutlarının ilişkisi incelendiğinde; büyüsel düşünce eğilimi ile üstbiliş boyutlarından endişenin

kontrol edilemeyeceği inancı, dűşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve özellikle de olumlu inançlar boyutları ile aralarında pozitif yönlü korelasyonel ilişki olduğu görűşműştür. Büyüsel düşünce eğilimi arttıkça üstbilişlerin endişenin kontrol edilemeyeceği inancı, dűşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve olumlu inançlar boyutlarına eğilim artmaktadır.

Sağlıklı kişilerde hatalı üstbilişler ile obsesif kompulsif semptomlar gösterme ilişkisi incelendiğinde; üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk boyutlarından dűşüncelere kapılma, kontrol, dürtüler ve kesinlik boyutları ile pozitif yönlü korelasyonel ilişki içinde oldukları görűlmektedir. Bu bilgiye göre; sağlıklı kişilerde hatalı üstbilişlerin artması ile obsesif kompulsif bozukluğun dűşüncelere kapılma, kontrol, dürtüler ve kesinlik boyutları ile ilgili semptomları gösterme eğilimleri de artmaktadır.



## SONUÇ

Bu araştırma, OKB tanısı almış ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı bireyler arasında büyüsel düşünce, üstbilişsel faaliyetler ve obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen veriler ve bulgulara göre ulaşılan sonuçlar:

1. Bireylerde büyüsel düşünce eğilimi ile obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arasında ilişki yoktur.
2. Bireylerde üstbilişsel faaliyetin artması, obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini arttırmaktadır. Tanı almış kişilerde üstbilişsel faaliyetin artması obsesif kompulsif bozukluğun şiddetini arttırmakta; herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişilerde ise üstbilişsel faaliyetin artması obsesif kompulsif belirtileri arttırmaktadır.
3. Sağlıklı bireylerde büyüsel düşünce eğilimi ile üstbilişsel faaliyetler arasında ilişki yok iken; OKB tanısı almış kişilerde büyüsel düşünce eğiliminin artması ile üstbilişsel faaliyetlerin artışı birbirini etkilemektedir.

## ÖNERİLER

Elde edilen bulgular çerçevesinde, obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin büyüsel düşünce ilişkili olmazken; üstbilişsel faaliyetler ile ilişkili olduğunu görüyoruz. Bu bağlamda, obsesif kompulsif bozukluğun değerlendirilmesinde bireylerin hatalı üstbilişlerinin değerlendirilmeye alınması hastalık ve tedavi gidişatı adına daha iyi bir değerlendirme sağlayabilir.

Örnekleme daha önce de belirtildiği üzere, 85 katılımcının %41.2'sinin (n=35) OKB tanısı almış, %58.8'inin (n=50) herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kişiler ve katılımcıların %64.7'sinin (n=55) kadın, %35.3'ünün (n=30) erkek olması araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Daha güvenilir sonuçlara ulaşmak açısından tanı ve kontrol grupları katılımcı sayısı ve cinsiyet değişkeninin sayılarının eşitlenmesi, yapılan analizlerin sonuçları daha güvenilir elde edilmesine yardımcı olabilir.

Örneklemin tanı grubu tek bir hastane bünyesinden alınmıştır. Bu da sınırlılık kapsamında değerlendirilebilir. Daha fazla hastane ve poliklinikte tedavi gören OKB tanısı almış kişilere ulaşmak, elde edilecek veriler ile daha kapsamlı istatistiksel analizler yapılmasını, hipotezleri değerlendirmek açısından da araştırmanın daha geniş kapsamlı bir çalışma olmasını sağlayabilir.

Alınan örnekleme katılımcı sayısı medeni durum, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, yaşamının çoğunun geçtiği yer ve OKB tanı grubu için yatarak tedavi olma ve şu anki ilaç kullanımı değişkenlerine göre incelendiğinde, değişken kategori grupları arası katılımcı sayısının eşit olmadığını görüyoruz. Bu değişken kategorilerinde katılımcı sayısının eşitlenmesi araştırmada daha güvenilir sonuçlar elde etmeye yardımcı olabilir.

Ülkemizde büyüsel düşünce ile ilgili yapılmış fazla çalışma bulunmamakla beraber üstbilişsel inanışlar ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkisine ilişkin çalışmalar ilk olarak 2013 yılında (Pazvantoğlu vd.) başlamış ve sayıları her geçen gün artmakta olmasına rağmen hala fazla çalışma bulunmaktadır. Son yıllarda özellikle batı

lkelerinde yapılan araştırmalarda ilgi çeken büyüsel düşünce yapısının ülkemiz yapısında da farklı değişkenlerle araştırılması sonucunda literatürde mevcut olmayan, farklı bilgiler sağlanabilir.



## KAYNAKÇA

Atbaşoğlu, E.C. vd. 2003, “Büyüsel düşünce ölçeği’nin Türkçe formunun üniversite öğrencilerindeki geçerlilik ve güvenilirliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 14(1), 31-41.

Aytan, M. E. 2010, “Obsesif kompulsif bozukluklarda denetim odağı ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi” Yüksek lisans. T.C. Maltepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı.

Bayar, R. ve Yavuz, M. 2008, “Obsesif kompulsif bozukluk” Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 185-192.

Bayraktar, E. 1997, “Obsesif kompulsif bozukluk ” Psikiyatri Dünyası, 1, 25-32.

Beşiroğlu, L. vd. 2005, “Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua envanteri’nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3), 179-189.

Bocci, L. and Gordon, P. K. 2007, “Does magical thinking produce neutralising behaviour? An experimental investigation” Behaviour Research and Therapy, 45(2007), 1823-1833.

Çelik, S. vd. 2012, “Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif belirti düzeyleri üzerine etkisi” Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 42, 121-130.

Davidson, G. C. and Neale, J. M., Abnormal Psychology. ( İ. Dağ, Çev.) Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 2011.

Doğan, K. vd. 2013, “Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması” Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2, 34-40.

Durukan, İ. vd. 2010, “Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin annelerinin mizaç ve karakter özellikleri” *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 28-31.

DSM- IV-TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. ( E. Koroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Einstein, D. A. and Menzies, R. G. 2004, “The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder” *Behaviour Research and Therapy*, 42, 539-549.

Einstein, D. A. and Menzies, R. G. 2004, “Role of magical thinking in obsessive-compulsive symptoms in an undergraduate sample” *Depression and Anxiety*, 19, 174-179.

Einstein, D. A. and Menzies, R. G. 2008, “Does magical thinking improve across treatment for obsessive–compulsive disorder? ” *Behaviour Change*, 25(3), 149-155.

Eşel, E. 2000, “Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi” *Klinik Psikiyatri*, 3, 46-55.

Exner, C. et al. 2009, “Metacognition and episodic memory in obsessive-compulsive disorder” *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 624-631.

Flavell, J. H. 1979, “Metacognition and cognitive monitoring a new area of cognitive-developmental inquiry ” *American Psychologist*, 34(10), 906-911.

Garcia-Montes, J. M. et al. 2006, “Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor” *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091-1104.

Girishchandra, B. G. and Sumant K. 2001, “Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a factor analytic approach. *Indian Journal of Psychiatry*, 43(4), 306-316.

Hermans, D. et al. 2003, “Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder” *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.

Irak, M. 2011, “Üst biliş ölçeği çocuk ve ergen formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisi” Türk Psikiyatri Dergisi, 22.

Irak, M. ve Tosun, A. 2008, “Üstbiliş ölçeği-30’un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi” Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1), 67-80.

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

Kuhn, D. 2000, “Metacognitive development” Current Directions in Psychological Science, 9(5 ), 178-181.

Mohammadkhani, S. 2013, “The role of fusion beliefs and metacognitions in obsessive-compulsive symptoms in general population” Iranian Journal of Clinical Psychology (IJCP), 1(2), 2322-1585.

O’Connor, K. et al., Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. John Wiley & Sons Ltd., İngiltere, 2005.

Pazvantoğlu, O. vd. 2013, “Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish clinical population: the relationship between symptom types and metacognition subdimensions” Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 23, 65-71.

Sağlam, M. 2007, “Bilişsel açıdan farklı obsesyonlara sahip obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda klinik özelliklerin karşılaştırılması” Yüksek lisans. T.C. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Şenormancı, Ö. vd. 2012, “Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli ” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(3), 335-349.

Topçuoğlu, V. 2003, “Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler” Klinik Psikiyatri, 6, 46-50.

Yorulmaz, O. 2007, "A comprehensive model for obsessive-compulsive disorder symptoms: a cross-cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors" Doktora. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü.

Yorulmaz, O. vd. 2007, "Padua envanteri - Washington Eyalet Üniversitesi revizyonu: Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri" Türk Psikoloji Yazıları, 10(20), 75-85.

Yorulmaz, O. ve Gençöz, T. 2008, "Obsessif-Kompulsif Bozukluk Semptomlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsessif İnanışlar Ölçeği ve Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği'nin Türk Örneklemesinde İncelenmesi" Türk Psikoloji Yazıları, 11(22), 1-13.

Yorulmaz, O. vd., 2010, "The role of magical thinking in obsessive-compulsive disorder symptoms and cognitions in an analogue sample" Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42, 198-203.

Zebb, B. J. and Moore, M. C. 2003, "Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological distress" Journal of Anxiety Disorders, 17, 115-130.

Wells, A., Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons Ltd., İngiltere, 2000.

Woolley, J. D. 1997, "Thinking about fantasy: Are children fundamentally different thinkers and believers from adults?" Child Development, 68(6), 991-1011.

## EKLER

### EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

**CALIŞMANIN ADI** : Büyüsel Düşünce ve Üstbilişlerin Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi

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

**CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI** : Bu araştırmanın amacı; büyüsel düşünce ve üstbilişsel inançların obsesif kompulsif bozukluk ile arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

**CALIŞMA İŞLEMLERİ**: Sosyodemografik Form, Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Padua Envanteri Kısa Form (PE KF) uygulanacaktır.

#### **CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışmaya katılmamanın olası yararları, kişisel bilgiler kullanılmadan ve bireysel değerlendirme olmaksızın; toplanmış olan veriler ile büyüsel düşünce ve üstbilişsel inançların obsesif kompulsif bozukluk ile arasındaki ilişkiyi incelemeye olanak sağlamaktır.

#### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bu bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

#### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

Gülfem Mahpeyker ÇELİK                      mail: gulfem.celik @hotmail.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.

Tarih:

Gönüllü İmza:



## EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul/Boşanmış
4. Ailenizin gelir düzeyi: <input type="checkbox"/> 0-1000 TL <input type="checkbox"/> 1000-3000 TL <input type="checkbox"/> 3000 TL üstü
5. Eğitim düzeyiniz: <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Üniversite üzeri
6. Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer: <input type="checkbox"/> Büyük şehir (İstanbul, Ankara, İzmir) <input type="checkbox"/> Şehir <input type="checkbox"/> Kasaba <input type="checkbox"/> Köy
7. Şikayetleriniz ne zaman başladı: (sene olarak)
8. Tedaviye ilk defa ne zaman başladınız: (sene olarak)
9. Yatarak tedavi oldunuz mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
10. Şu an psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

### EK 3: BÜYÜSEL DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Lütfen aşağıdaki cümleler için doğru ya da yanlış seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
1. Bazı insanlar beni düşündüklerinde o insanların farkına varabiliyorum.		
2. İnsan olmadığımı dair anlık duygulara kapılıyorum.		
3. Zaman zaman kaldırım çizgilerine basmaktan korkarım.		
4. Sanırım eğer istersem başkalarının düşüncelerini okumayı öğrenebilirim.		
5. Yıldız falları ve burçlar rastlantısal olamayacak kadar sık doğru çıkıyor.		
6. Evde kimse olmadığı halde, bazen eve geldiğimde eşyaların yerini değişmiş buluyorum.		
7. 13 ve 3 gibi sayıların özel güçleri yoktur.		
8. Ara sıra TV ya da radyo spikeri benim kendisini dinlediğimi biliyormuş gibi aptalca bir hisse kapılmışımdır.		
9. Başka gezegenlerde yaşayanların dünyadaki olayları etkileyebileceklerini düşündüğüm olmuştur.		
10. Bilim adamları bize UFO'lar konusundaki gerçeği açıklamıyor.		
11. Eşyaların düzenleniş şekliyle (örneğin bir vitrinde) bana mesajlar verildiği hissine kapılmışımdır.		
12. Rüyalarımın yalnızca benim aklımın ürünleri olduğundan asla şüphe etmedim.		
13. Uğur eşyaları iyi şans getirmez.		
14. Kasetlerimde bazen olan bazen olmayan sesler farketmişim olmuştur.		
15. Zaman zaman, tanımadığım insanların, ellerinin hareketleriyle uzaktan beni etkilediklerini hissetmişimdir.		
16. Olaylar olmadan önce hemen hemen hiç rüyalarını görmem.		
17. Bir kişinin yerini bir benzerinin aldığı hissine kapıldığım olmuştur.		
18. Sadece haklarında kötü düşünerek başkalarına zarar vermek mümkün değildir.		
19. Bazen, göremediğim halde etrafımda bir kötülüğün varlığını hissediyorum.		

**EK 3**'ün devamı:

	Doğru	Yanlış
20. Bazen, belli insanlar bana dokunduğunda ya da baktığında enerji kazandığımı ya da kaybettiğimi hissedirim.		
21. Zaman zaman, tanımadığım insanların bana aşık olduğu düşüncesi aklımdan geçmiştir.		
22. Bazen, aklımdan geçenlerin gerçekte başka birinin düşüncesi olduğu hissine kapılmışımdır.		
23. Tanımadığım insanlarla tanıştırdığımda, onları önceden tanımış olabileceğimi düşündüğüm çok seyrektir.		
24. Olağandışı bazı deneyimlerimi, reenkarnasyon (yeniden hayata dönme) teorisiyle açıklamak olası gözüküyor.		
25. İnsanlar sıklıkla öyle garip davranıyorlar ki, insan onların bir deneyin parçası olduklarından şüphe ediyor.		
26. Zaman zaman, negatif etkileri uzaklaştırmak için belli batıl hareketler yaparım.		
27. Bir şeyi sadece çok fazla düşünerek gerçekleşmesine neden olabileceğimi hissetmişimdir.		
28. Ölülerin ruhlarının yaşayanları etkileyip etkilemediğini merak etmişimdir.		
29. Bazen, bir profesörün konferansının özellikle benim için hazırlandığını hissetmişimdir.		
30. Zaman zaman, tanımadığım kişilerin düşüncelerimi okuduklarını hissetmişimdir.		

#### EK 4: ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBÖ-30)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.				
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.				
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.				
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.				
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.				
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.				
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.				
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.				
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.				
12. Düşüncelerimi izlerim.				
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.				

**EK 4**'ün devamı:

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.				
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.				
16. Endişelerim beni delirtebilir.				
17. Düşündüğümün her an farkındayım.				
18. Zayıf bir belleğim vardır.				
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.				
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardım eder.				
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.				
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.				
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.				
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.				
26. Belleğime güvenmem.				
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.				
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.				
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.				

## EK 5: PADUA ENVANTERİ KISA FORM (PE KF)

	Hiç	Çok az	Çok	Epeyce çok	Aşırı
1. Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim.					
2. Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar, vs.) hafif bir temasla bile giysilerimin kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.					
3. Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.					
4. Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.					
5. Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.					
6. Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.					
7. Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.					
8. Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kaptığımı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim.					
9. Bir şeye dokunduğumda “mikrop kaptığımı” düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.					
10. Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hisseder ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.					
11. Kuşuklar ve kaygılar aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvенеbildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.					

**EK 5**'in devamı:

	Hiç	Çok az	Çok	Epeyce çok	Aşırı
12. Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissederim.					
13. Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.					
14. Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.					
15. Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissederim.					
16. Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.					
17. Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.					
18. Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.					
19. Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek amacıyla eve geri dönerim.					
20. Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.					
21. Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.					
22. Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.					
23. Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.					

**EK 5**'in devamı:

	Hiç	Çok az	Çok	Epeyce çok	Aşırı
24. Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.					
25. Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılıyorum.					
26. Bir şeyleri dikkatli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyorum.					
27. Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.					
28. Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara saplanır kalırım.					
29. Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.					
30. Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum.					
31. Dalgınlığımın veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.					
32. Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.					
33. Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılıyorum.					
34. Bir düşünce veya kuşku aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.					



**EK 5**'in devamı:

	Hiç	Çok az	Çok	Epeyce çok	Aşırı
35. Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.					
36. Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.					
37. Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.					
38. Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.					
39. Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.					
40. Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.					
41. Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.					

# ÖZGEÇMİŞ

## **Kişisel Bilgiler :**

Doğum Tarihi/ Yeri: 15.06.1990/ Denizli

## **Eğitim Bilgileri**

Mezun olduğu üniversite:

Maltepe Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2013.

Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Sosyoloji Bölümü (Devam ediyor).

## **Yabancı Dil (ler) ve düzeyi**

İngilizce - Orta

## **Bilimsel yayınlar ve çalışmalar**

Büyüsel Düşünce ve Üstbilişlerin Obsesif Kompulsif Semptomlar ile İlişkisi, Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, 2013.