

T. C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA
PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA TUTUMLARIYLA
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİLİZ KOÇOĞLU

141106193

Danışman Öğretim Üyesi:

Yrd. Doç. Dr. Başak BAHTİYAR

İSTANBUL, Haziran 2017

T. C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA
PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA TUTUMLARIYLA
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİLİZ KOÇOĞLU

141106193

Danışman Öğretim Üyesi:

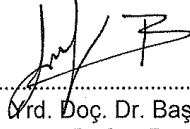
Yrd. Doç. Dr. Başak BAHTİYAR

İSTANBUL, Haziran 2017

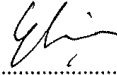
KABUL VE ONAY

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

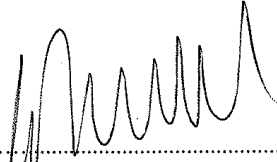
05.06.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan 14 11 06 193 numaralı Filiz KOÇOĞLU'na ait "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Yardım Arama Tutumlarıyla İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikolojisi) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Oy Birliği/Oy Çekluğuyla Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Başak BAHTİYAR
Başkan-Danışman



Yrd. Doç. Dr. Elçin SAKMAR BALKAN
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kuntay ARCAN
(Üye)

BİLDİRİM



YEMİN METNİ

12/06/2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Yardım Arama Tutumlarıyla İlişkili Faktörlerin İncelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Öğrenci Numarası

141106193

Adı-Soyadı

Filiz KOÇOĞLU

İmza

ÖNSÖZ

Öncelikle kendisini tanımış olmamın bir şans olduğunu düşündüğüm tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Başak Bahtiyar'a akademik yolculuğum sırasındaki desteği, titizliği ve cesaretlendirmesi için teşekkürlerimi sunuyorum. Çalışma boyunca sabır ve şefkatle öğrettiği akademik ve kişisel gelişimime büyük katkı sağlayan her şey için kendisine minnettarım.

Klinik psikoloji eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Kuntay Arcan'a ve değerli geribildirimleriyle bu çalışmaya katkı sağlayan değerli jüri üyesi Yrd. Doç. Dr. Elçin Sakmar Balkan'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde danışmanlığımı yapmayı kabul ederek çalışmama destek olan Doç. Dr. Selma Bozkurt Zincir'e ve hem veri toplarken hem de tecrübelerini paylaşarak desteğini hiçbir zaman esirgememiş olan Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e teşekkür ederim. Yoğun çalışma temposu içinde olmalarına rağmen veri toplama sürecindeki destekleri için Uzm. Dr. Pelin Öztürk, Uzm. Dr. Emrah Güleş, Dr. Ayşe Terzi ve tüm hastane personeline teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu çalışma vesilesi ile başlayan arkadaşlığını keyifle yaşamakta olduğum ve bu çalışmanın benim için en önemli kazanımlarından biri olduğunu düşündüğüm Fatma Dereli'ye kişisel ve mesleki paylaşımları için teşekkür ediyorum.

Farklı şehirlerden toplanan veriler için hiç tereddüt etmeden yardım eden değerli meslektaşlarım Elif Çevik, Mukaddes Hayal Kazgan, Savaş Kurt, Mehdi Başer ve Tuğba Kaya'ya katkıları için teşekkür ediyorum.

Deneyimlerini benimle paylaşan ve her zaman destek olan değerli meslektaşlarım Yeşim Erdoğan ve Celil Sevim'e; bu süreçteki zorlukların üstesinden gelebileceğimi hatırlatarak beni her zaman motive eden değerli arkadaşım Hicran Akçay'a; duygusal destekleri ve kıymetli arkadaşlıkları için dönem arkadaşlarım Gülfer Akman ve Merve Zengin'e; benimle aynı süreçlerden geçen, lisans döneminden bu yana dostluğunu ve desteğini her zaman hissettiğim Sariye Sümer'e hayatımda oldukları için teşekkür ederim.

Çocukluğumdan bu yana hayatı birlikte keşfettiğimiz ve keşfetmeye devam edeceğimiz, sonsuz sevgileriyle hayatı daha yaşanır kılan değerli dostlarım Melike Zunguldak ve Gizem Karakuş'una; çalışmamdaki verilerin girişinde yardımını esirgemeyen ve en zor zamanlarda bile bizi güldürmeyi başaran değerli kuzenim Songül Koçoğlu'na teşekkür ederim.

Sonsuz sevgi ve güvenlerini her zaman hissettiren, attığım her adımda beni destekleyen, varlıklarına hep ihtiyaç duyduğum annem, babam ve kardeşim Mehmet Hayri'ye hayatıma anlam katkıları için teşekkür ediyorum.

Son olarak bu çalışmaya katılarak destek olan tüm katılımcılara değerli katkılarından ötürü teşekkür ediyorum.

Babama...



OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA TUTUMLARIYLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ÖZ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişinin hayatında engel yaratmasına ve oldukça sıkıntı vermesine rağmen profesyonel psikolojik yardım arayışı uzun yıllar ertelenebilmektedir. Bu çalışmada profesyonel yardım arayışı ile ilişkili olabileceği düşünülen semptom şiddeti, girici düşünce içeriği, OKB dışındaki psikolojik semptomlar, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma incelenmiştir. Bu çalışma yaşları 18 ile 59 arasında değişen 328 katılımcı ile yürütülmüştür. Bu katılımcılar OKB Grubu, OKB Belirti Grubu, Kontrol Grubu olmak üzere gruplandırılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Öz- Değerlendirme ve Uzman Değerlendirme Formları, Kısa Semptom Envanteri, Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği, Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda ilk olarak, Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Öz- Değerlendirme Formu'nun psikometrik özellikleri incelenmiş ve ölçeğin OKB'nin şiddetini değerlendirmede güvenilir ve geçerli olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca çalışmada, hiç yardım almamış olan OKB Belirti Grubu'nun OKB tanısı olan bireylerle benzer düzey ve içerikte içselleştirilmiş damgalanmaya ve yardım arama tutumuna sahip olduğu bulunmuştur. OKB hastalarının yaşadığı semptom şiddeti ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar arttıkça, özel birinden ve arkadaştan algılanan sosyal destek azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma artmaktadır. Son olarak, OKB dışındaki psikolojik

semptomlar, obsesif düşünceye sahip olmanın istenmeyen durumu gerçekleştireceğine yönelik inanç, ruhsal bir hastalık sebebiyle içe çekilme, algılanan ayrımcılık ve kalıp yargıların onaylanmasının artması olumsuz yardım arama tutumu ile ilişkili iken; aileden ve arkadaştan algılanan sosyal desteğin artmasının olumlu yardım arama tutumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular literatür kapsamında tartışılmış, klinik uygulamalar açısından katkısı ve ileride yapılabilecek çalışmalar için öneriler de bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, İçselleştirilmiş Damgalanma, Yardım Arama Tutumu

THE EXAMINATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL HELP SEEKING ATTITUDES IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

ABSTRACT

Although Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) leads significant impairments in person's life; professional psychological help seek can be postponed for many years. In this study, symptom intensity, importance of intrusive thought, psychological symptoms outside of OCD, perceived social support and internalized stigma that are thought be associated with professional help seeking were examined. This study was conducted with 328 participants aged between 18 and 59. These participants were categorized as OCD Group, OCD Symptom Group and Control Group. In data collection, Demographic Information Form, Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Self Rated Form and Clinician Rated Form, Short Symptom Inventory, Thought Action Fusion Scale, Professional Psychological Help Seeking Attitude Inventory, Professional Psychological Help Seeking Attitude Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Internalized Stigma of Mental Illness-Scale were used. Firstly, psychometric properties of Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Self Report Form were examined; and the results revealed that this scale is a reliable and valid tool to measure OCD intensity. Secondly OCD Symptom Group and OCD Group had similar degree and pattern in internalized stigma and help seeking attitudes. The findings also revealed that internalized stigma in OCD patients increased as symptom intensity and additionally psychological symptoms outside of OCD increased and perceived social support from a significant person or a friend decreased. Lastly, increase psychological symptoms outside of OCD, the belief that having obsessive thought causes the unwanted

situation and internalized stigma were associated with negative help seeking. On the other hand, increase in social support from family and friends were associated with positive help seeking attitude. These findings were discussed in the light of literature; suggestions for future studies and limitations were also provided.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Internalized Stigma, Help Seeking Attitude



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZ	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR	xvi
SİMGELER LİSTESİ	xvi
TABLolar LİSTESİ	xvii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xix
GİRİŞ	1
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Görünümü.....	3
1.1.1. Yaygınlığı ve Başlama Yaşı	3
1.1.2. Eş Tanı ve Tedavi Yöntemleri	5
1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayan Bilişsel Faktörler	6
1.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu ..	12
1.4. Sosyal Destek ve Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu	18

1.5. İçselleştirilmiş Damgalanma	21
1.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	25
1.7. Araştırmanın Önemi	29
YÖNTEM.....	33
2. 1. Katılımcılar.....	33
2.2. Veri Toplama Araçları.....	37
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	37
2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Değerlendirme).....	37
2.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi)	38
2. 2. 4. Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	39
2.2.5. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ).....	40
2.2.6. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumları Envanteri (PPYATÖ)	41
2.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	43
2.2.8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)	45
2.3. İşlem	47
2. 4. Verilerin Analizi.....	47

BULGULAR.....	48
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri	48
3.2. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları	50
3.3. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi	55
3.3.1. Geçerlilik Analizlerinin Sonuçları.....	55
3.3.2. Güvenirlik Analizleri Sonuçları.....	59
3.4. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Bağlı Farklılıkların İncelenmesi	61
3.4.1. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunun Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.....	61
3.4.2. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması	66
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.....	71
3.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmayı Yordayan Faktörler	74
3.5.1. Yabancılaşma'yı Yordayan Faktörler.....	74
3.5.2. Kalıp Yargıların Onaylanması'nı Yordayan Faktörler	76
3.5.3. Algılanan Ayrımcılık'ı Yordayan Faktörler	77

3.5.4. Sosyal Geri Çekilme'yi Yordayan Faktörler	78
3.5.5. Damgalanmaya Karşı Direnç'i Yordayan Faktörler	80
3.6. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunu Yordayan Faktörler	81
3.6.1. Kişilerarası Açıklık'ı Yordayan Faktörler	81
3.6.2. Zorlanma'yı Yordayan Faktörler	83
3.6.3. Danışmaya Olan İnanç'ı Yordayan Faktörler	84
3.6.4. İhtiyaç Hissetme'yi Yordayan Faktörler.....	85
3.6.5. Sosyal Kabul'ü Yordayan Faktörler	86
TARTIŞMA	87
4.1. Araştırmadaki Korelasyon Analiziyle İlişkili Bulgular.....	87
4.2. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Psikometrik Özelliklerine Dair Bulgular	88
4.3. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunun Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	90
4.4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	93
4.5. Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular...96	
4.6. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmayı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	97

4.6.1. Yabancılaşmayı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	97
4.6.2. Kalıp Yargıların Onaylanmasını Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	98
4.6.3. Algılanan Ayrımcılığı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	99
4.6.4. Sosyal Geri Çekilmeyi Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular.....	100
4.6.5. Damgalanmaya Karşı Direnci Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	101
4.7. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunu Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	101
4.7.1. Kişilerarası Açıklığı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	102
4.7.2. Zorlanmayı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	103
4.7.3. Danışmaya Olan İnancı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	103
4.7.4. Sosyal Kabulü Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular.....	104
4.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları.....	104
4.9. Sonuç ve Öneriler	106
KAYNAKÇA	109
EKLER	132
Gönüllü Katılım Formu (EK A)	132
Demografik Bilgi Formu (EK B)	133

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (EK C)	134
Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Uzman Değerlendirmesi Formu (EK D)	137
Kısa Semptom Envanteri (EK E)	138
Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (EK F)	140
Yardım Arama Tutumu Ölçeği (EK G).....	142
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK H)	145
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (EK I).....	146
Maltepe Üniversitesi Etik Kurul İzni (K)	148
Sağlık Bakanlığı İzni (L).....	149
Sağlık Bakanlığı İzni (M).....	150
ÖZGEÇMİŞ	151

KISALTMALAR

YBOKÖ-Öz Değerlendirme: Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu

YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi: Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Uzman Değerlendirme Formu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

DEKÖ: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği

PPYATÖ: Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

Ort: Ortalama

KÖ: Klinik Örneklem

KOÖ: Klinik Olmayan Örneklem

SİMGELER LİSTESİ

N: Toplam Sayı

SS: Standart Sapma

p: Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayısı

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Ülkelere Göre Yardım Aramayanların Oranı	15
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	36
Tablo 3. Ölçeklerin Betimsel Bilgileri	49
Tablo 4. Çalışmanın Değişkenleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları.....	53
Tablo 5. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Temel Bileşenler Analizi'nden Elde Edilen Faktör Yükleri	56
Tablo 6. Klinik Örneklem ile Klinik Olmayan Örneklemin, YBOKÖ-Öz Değerlendirme için Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve T-Test Analizi Karşılaştırmaları	57
Tablo 7. YBOKÖ-Öz Değerlendirme ve YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi için Ortalama, Standart Sapma Değerleri.....	58
Tablo 8. YBOKÖ-Öz Değerlendirme İle YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi Ölçek ve Alt Ölçekleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	58
Tablo 9. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları	60
Tablo 10. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Alt Boyutlar ve Toplam Ölçek Arası Korelasyon Katsayıları.....	60
Tablo 11. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumlarının Gruplar Açısından Karşılaştırılması	63

Tablo 12. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumlarının Gruplara Göre Ortalamaları.....	63
Tablo 13. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gruplar Açısından Karşılaştırılması	68
Tablo 14. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gruplara Göre Ortalamaları.....	68
Tablo 15. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Gruplar Açısından Karşılaştırılması	72
Tablo 16. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Göre Ortalamaları.....	72
Tablo 17. Yabancılaşma'nınYordayıcıları	75
Tablo 18. Kalıp Yargıların Onaylanması'nın Yordayıcıları	77
Tablo 19. Algılanan Ayrımcılık'ın Yordayıcıları	78
Tablo 20. Sosyal Geri Çekilme'nin Yordayıcıları	79
Tablo 21. Damgalanmaya Karşı Direnç'in Yordayıcıları	80
Tablo 22. Kişilerarası Açıklık'ın Yordayıcıları	83
Tablo 23. Zorlanma'nın Yordayıcıları	84
Tablo 24. Danışmaya Olan İnanç'ın Yordayıcıları	85
Tablo 25. Sosyal Kabul'ün Yordayıcıları	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yardım Arama Süreci Aşamaları.....	13
Şekil 2. Ruh Sağlığı İle İlgili Yardım Arayışını Etkileyen İki Faktör	23
Şekil 3. Çalışmada Test Edilen Hipotezlere Dair Model	28
Şekil 4. Gruplara Göre Kişilerarası Açıklık Boyutu Ortalamaları	64
Şekil 5. Gruplara Göre Zorlanma Boyutu Ortalamaları.....	64
Şekil 6. Gruplara Göre Danışmaya Olan İnanç Boyutu Ortalamaları.....	65
Şekil 7. Gruplara Göre İhtiyaç Hissetme Boyutu Ortalamaları	65
Şekil 8. Gruplara Göre Yabancılaşma Boyutu Ortalamaları.....	69
Şekil 9. Gruplara Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Boyutu Ortalamaları.....	69
Şekil 10. Gruplara Göre Algılanan Ayrımcılık Boyutu Ortalamaları	70
Şekil 11. Gruplara Göre Sosyal Geri Çekilme Boyutu Ortalamaları	70
Şekil 12. Gruplara Göre Arkadaşlar Boyutu Ortalamaları.....	73
Şekil 13. Gruplara Göre Özel Bir İnsan Boyutu Ortalamaları	73

I. BÖLÜM

GİRİŞ

'Damgalanma ikinci bir hastalıktır.'

(akt. Stengler-Wenzke ve ark., 2004).

On dokuzuncu yüzyıldan bu yana psikiyatrik literatüre konu olan Obsesif Kompulsif Bozukluk'un (OKB) önceki yüzyıllara dayanan uzun bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir (Steketee ve Lam, 1993). OKB takıntılarının (obsesyonların) ve zorlantılarının (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı ile tanımlanır (APB, 2014). Obsesyonlar kimi zaman istemeden yaşanan ve kişide belirgin bir kaygı ve sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgelerdir. Kişi bu düşünce ya da imgelere aldırılmamaya ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce veya eylemle yüksüzleştirmeye çalışır (APB, 2014). Kompulsiyonlar ise kişinin takıntısına tepki olarak katı biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlardır ya da zihinsel eylemdir. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma, azaltma ya da korkulan bir durumdan sakınma amacıyla yapılır. Fakat bu davranışlar korunulacak durumla gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir (APB, 2014). Bu obsesyon ve zorlantılar kişinin zamanını alır (günde 1 saatten fazla) ve herhangi bir madde kullanımından kaynaklanmaz (APB, 2014). Genel olarak obsesyonların içeriği şiddet, din, cinsellik, somatik, simetri, kirlenme, biriktirme kategorilerinden oluşurken; kompulsiyonlar kontrol etme, sıralama

ve düzenleme, sayma, tekrarlayıcı davranışlar, temizleme, biriktirme ve toplama kategorilerinden oluşur (Leckman ve ark., 1997).

Psikolojik bozukluklarda profesyonel yardım arayışı incelendiğinde, herhangi bir psikolojik bozukluk için bir yıl içinde sadece % 32 oranında yardım arandığı görülmektedir (Andrews, Issakidis ve Carter, 2001). Diğer birçok psikolojik bozukluk gibi OKB de psikososyal işlevsellikte ve yaşam kalitesinde ciddi şekilde bozulmalara neden olmaktadır (Srivastav ve Bhatia, 2008).

OKB'nin sosyal yaşamda, aile hayatında ve çalışma hayatında yaşam kalitesi ve işlevlerini önemli derece bozduğu; ayrıca, OKB'ye ek olarak bir komorbid bozukluğa sahip olanların yaşam kalitesi ve işlevlerinin daha da olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (Huppert, Simpson, Nissenon, Liebowitz ve Foa, 2009). Remisyondaki hastaların, semptomları aktif olan hastalara göre yaşam kalitesi ve işlevleri açısından daha iyi olduğu; ama herhangi bir psikiyatrik bozukluk geçmişi olmayan bireyler kadar işlevsel olmadığı da gözlenmiştir (Huppert ve ark., 2009). OKB, en fazla çalışma ve sosyal hayatta kayba neden olmakta ve bu alanları aile hayatı takip etmektedir. OKB'nin yaşam kalitesinde % 50 ile % 60 arası gibi ciddi oranda kayba neden olduğu ve bu bozukluğa sahip hastaların yaşam kalitesinin tam olarak şizofreni hastalarınıninki kadar kötü olabildiği bilinmektedir (Bobes ve 2001). OKB olan bireyler anlamlı derecede daha fazla psikiyatriste gitmekte ve daha fazla boşanma, hiç evlenmeme ya da işsizlik yaşamaktadır (Grabe ve ark., 2000). OKB kişinin aile ilişkisini, romantik ilişkisini, kişisel ve sosyal yaşantısı ile finansal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Cooper, 1996). Hem OKB, hem de subklinik OKB grubunda psikolojik fonksiyonlarında ve

yaşam kalitelerinde önemli derecede bozulma olduğu gözlenmiştir (Grabe ve ark., 2000).

Çalışmanın bu bölümünde OKB'nin gelişimini açıklayan bilişsel faktörlere ve bozukluğun genel klinik özelliklerine yer verilmiştir. Devam eden bölümlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumuna ve OKB'de profesyonel yardım arayışında etkili olan faktörlere yer verilmiştir. Son olarak da araştırmanın amacı, önemi ve hipotezleri sunulmuştur.

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Görünümü

Bu bölümde OKB'nin yaygınlığı, başlama yaşı, OKB'de görülen ek tanılar, tedavi yöntemleri ve etkililikleri ile OKB'de yaşam kalitesiyle ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

1.1.1. Yaygınlığı ve Başlama Yaşı

OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı % 2.3 iken, bir yıllık görülme sıklığı % 1.2 olarak gözlenmiştir ve başlama yaşı ortalama olarak 19.5'tir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). OKB'nin Türkiye'deki yaygınlığı incelendiğinde; Konya'da yapılan bir çalışmada OKB'nin bir yıl içindeki yaygınlığı % 3 olarak rapor edilmiştir (Çilli ve ark., 2004). Türkiye'de üniversite öğrencilerini içeren bir örnekleme yapılan çalışmada ise OKB'nin yaygınlık oranı % 4.2 saptanmıştır (Yoldascan, Ozenli, Kutlu, Topal ve Bozkurt, 2009).

Almanya'da 18-64 yaş arası bireyleri içeren bir örnekleme OKB'nin ve subklinik OKB'nin sıklığını, yaşam kalitesini ve psikolojik fonksiyonlarını araştıran bir çalışmaya göre; OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı % 0.5 iken 12 aylık görülme

sıklığı % 0.39'dur. Subklinik OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı % 2 iken, 12 aylık görülme sıklığı % 1.6 olarak elde edilmiştir (Grabe ve ark., 2000).

Semptomların, % 65 oranında 25 yaşından önce, % 15'den azının ise 35 yaşından sonra ortaya çıktığı ve erkeklerde başlama yaşının kadınlara göre daha erken olduğu ortaya konmuştur (Ramussen ve Eisen, 2002). Başlama yaşının erkeklerde kadınlara göre daha erken olduğu farklı çalışmalarla da desteklenmiştir (Lochner ve Stein, 2001). Torres ve arkadaşlarının (2006) çalışması diğer psikiyatrik bozukluklara sahip bireylere kıyasla, obsesif kompulsif bozukluk yaşayanların daha çok kadınlardan oluştuğunu, daha genç yaşta olduklarını, daha çok şehirde ikamet ettiklerini, daha fazla işsiz olduklarını, daha düşük gelire sahip olduklarını ve çoğunlukla bekar olduklarını ortaya koymuştur.

OKB'yi obsesyon ve kompulsiyon alt tipleri açısından değerlendiren çalışma sonuçları tutarlı olarak, zarar verme/kontrol etme ve bulaşma/temizleme alt boyutlarının klinik örneklemede en yaygın belirtiler olduğunu ortaya koymaktadır (Fullana ve ark., 2009; Fullana ve ark., 2010). OKB'nin alt tipleri cinsiyet açısından incelendiğinde; saldırganlık/kontrol etme, simetri/düzenleme ve biriktirme alt tiplerinde cinsiyet açısından farklılık görülmezken bulaşma/temizlik alt tipi kadınlarda, cinsel/dini alt tipi erkeklerde daha fazla görülmektedir. Ayrıca simetri/düzenleme ve cinsel/dini obsesyonların diğer obsesyonlara göre daha erken yaşta başladığı gözlenmiştir (Labad ve ark., 2008). Türkiye'de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınlarda bulaşma obsesyonları; erkeklerde ise saldırganlık, cinsel ve dini obsesyonlar daha fazla görülmektedir (Tükel, Polat, Genç, Bozkurt ve Atlı, 2004). Kompulsiyon alt tipi olarak

da kadınlarda temizlik/yıkama kompulsiyonları; erkeklerde ise kontrol etme kompulsiyonları daha fazla görülmektedir (Tükel ve ark., 2004).

1.1.2. Eş Tanı ve Tedavi Yöntemleri

OKB'ye sahip olan bireylerin % 90'ında bir komorbid bozukluk olduğu ve en sık eşlik eden bozuklukların sırasıyla anksiyete bozuklukları (% 75.8), duygu durum bozuklukları (% 63.3), dürtü kontrol bozuklukları (% 55.9) ve madde kötüye kullanım bozuklukları (% 38.6) olduğu gözlenmiştir (Ruscio ve ark., 2010). Torres ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmanın sonuçları da OKB'ye sahip bireylerin % 62'sinin depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, alkol bağımlılığı ve madde bağımlılığı gibi bir komorbid bozukluğa sahip olduğunu ortaya koymuştur. Komorbid bozukluklar konusunda Türkiye'de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ise, en sık eşlik eden bozukluklar; majör depresyon, sosyal fobi, genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve özgül fobidir (Tükel ve ark., 2004).

OKB'nin tedavisinde sadece ilaç kullanımı, sadece Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ya da ilaç ve BDT'nin birlikte kullanılması gibi tedavi seçeneklerinin hepsi semptomlarda iyileşme sağlamaktadır (O'Connor ve ark., 2006). Bununla birlikte; sadece BDT'nin tek başına ilaç tedavisinden daha fazla olumlu etkisi olduğu gözlenmiştir. Bu etki, BDT'nin ritüellere direnmek için gerekli olan bilişsel yapıyı değiştirmesi ile açıklanmıştır (O'Connor ve ark., 2006).

Tedavide kullanılan bir diğer yöntem ise Maruz Bırakma ve Tepki Önleme Terapisidir (Exposure and Ritual Prevention- ERP). Bilişsel perspektiften bakıldığında ERP, OKB semptomlarının altında yatan işlevsiz düşünceler (aşırı tehdit algısı gibi)

üzerinde etkilidir (Abramowitz, 2006). Örneğin hasta korkulan bir durumla karşılatıldığında bu durum karşısında ritüellerini tekrarlamadığında obsesyonel korkusunun zamanla azaldığını ve korktuğu şeyin gerçekleşmediğini görür. Bu durum hastanın inanç sistemine işleyerek anksiyeteyi azaltır ve korkulan durumun önüne geçmek için yapılan kompulsif ritüeller azalır ya da ortadan kalkar (Abramowitz, 2006). ERP'nin etkinliği çalışmalarla kanıtlanmıştır. Örneğin, tek başına klorapin tedavisi, tek başına ERP ile klorapin ve ERP kombinasyonunun etkisini karşılaştıran bir çalışmada; bu üç tedavi yönteminin OKB semptomları üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir ancak ERP'nin en etkili olduğu, kombine tedavinin de tek başına ilaç tedavisinden daha iyi sonuç verdiği ortaya konmuştur (Foa ve ark., 2005). Bir meta-analiz çalışması da ERP'nin OKB semptomlarından özellikle de temizlik ve kontrol etmeyi azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Abramowitz, 1998).

OKB'nin tedavisinden sonra, yaşam kalitesinin nasıl değiştiğini inceleyen bir çalışmada; BDT ve ERP ile tedavi edilen OKB hastalarının tedaviden önce ve tedaviden 12 ay sonra yaşam kalitelerinin ne yönde değiştiği incelenmiş ve tedaviden öncekine kıyasla yaşam kalitesinde önemli ölçüde artma olduğu gözlenmiştir (Hertenstein ve ark., 2013). OKB gibi yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve etkili tedavi imkanları olan bir ruhsal bozukluk için profesyonel psikolojik yardım arama sürecinin önündeki engellerin neler olduğunun bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayan Bilişsel Faktörler

OKB'ye dair ilk bilişsel kavramsallaştırmalar Carr (1974) ile başlamıştır. Carr (1974) OKB'de ortaya çıkacak olan muhtemel sonucun istenmeyen zararıyla ilgili, yani gerçekçi olmayan tehdit algısına yönelik, değerlendirmeyi ele almıştır. Bu

değerlendirmeye göre, istenmeyen sonucun gerçekleşmesine engel olmak için kompulsif ritüeller geliştirilir. Obsesif düşüncenin neden olduğu kaygı azaldığında ve istenmeyen sonuç gerçekleşmediğinde, obsesyon ve kompulsiyonlar arasındaki bağlantı güçlenmektedir (akt. Van Oppen ve Arntz, 1994). McFall ve Wollersheim'in (1979) önerdiği bilişsel modelde ise olası olumsuz sonuçlara yönelik gerçekçi olmayan bir değerlendirme üzerinde durulur. Modelde, olası tehlikenin abartılması birincil değerlendirme sürecidir. Birincil değerlendirme sonucunda kaygı yükselir ve ikincil değerlendirme sürecinde de olası tehlikeyle baş etmek için kompulsif davranışlar ortaya çıkar. Obsesyon ve kompulsiyonlar sıkıntı vermesine rağmen, kişiler olası tehlikeli sonuçla ilgili suçluluk duyguları yerine ritüelleri gerçekleştirmeyi tercih ederler (akt. Van Oppen ve Arntz, 1994). Bu model de, Salkovskis (1985), tarafından OKB'deki tehlikeye yönelik değerlendirmelerin diğer kaygı bozukluklarındaki değerlendirmelerden farklılığını göstermekte yetersiz olduğu için eleştirilmiş, böylece OKB'ye özgü bilişsel faktörler detaylı olarak ele alınmaya başlanmıştır.

OKB'de öne çıkan bilişsel boyutlardan ilki belirsizliğe olan tahamülsüzlüktür. Belirsizliğe tahamülsüzlük genel olarak günlük yaşam koşullarındaki belirsizliklere karşı bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanır (Freeston, Rheume, Letarte, Dugas ve Ladoceur, 1994). Klinik olmayan örnekleme kıyaslandığında OKB hastaları belirsizliğe karşı daha az tolerans göstermektedirler (Steketee, Frost ve Cohen, 1998). Klinik çalışmalarda belirsizliğe tahamülsüzlüğün OKB ve genel anksiyete bozukluğu semptomlarını önemli derecede yordadığı görülmüştür (Fergus ve Wu, 2010).

OKB semptomlarında etkin olan bir diğer mekanizma abartılmış tehdit algısıdır. Abartılmış tehdit algısıyla yapılan bir değerlendirmeyle nötr uyarıcılar tehlikeli

görünmeye başlar (Van Oppen ve Arnzt, 1994). OKB semptomlarına sahip olanlar, olmayanlara göre riskten daha fazla kaçma eğilimindedir (Frost, Steketee, Cohn ve Griess, 1994). Aardema, Radomsky, O'Connor ve Julien (2008) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; abartılı tehdit algısı obsesif kompulsif semptomlarını mükemmeliyetçilik/kesinlik ve önem/kontrol gibi bilişsel inanç alanlarına göre daha güçlü şekilde yordamaktadır.

OKB semptomlarında etkin olan bir diğer mekanizma Clark'ın (2004) Bilişsel Kontrol Modeli'nde öne sürdüğü düşüncelerin kontrolü üzerine odaklanmaktadır. Modele göre; istem dışı düşüncelerin, dürtülerin ve imgelerin kontrol edilmesi ya da edilemediğinde ortaya çıkacak sonuçlara yönelik hatalı bir değerlendirme yapılması obsesyonları devam ettirmektedir (Clark, 2004). Bu türden düşünceleri kontrol etme çabası obsesyonların sıklığını artırmaktadır. Kişi, düşünceleri üzerinde kontrol sağlayamazsa sonucu felaket olan bir davranış ortaya çıkacağını düşünür. Düşünceleri kontrol edememek de bir zayıflık olarak algılanır ve '*obsesyonu kontrol edemezsem delirebilirim*' diye düşünüp düşüncelerini kontrol etmek için daha fazla çaba harcar (Clark, 2004). Dolayısı ile düşünceleri kontrol etmeye verilen önem istem dışı düşünce, imaj ve dürtüleri tamamen kontrol etmenin önemli ve gerekli olduğunda dair inançları içermektedir. Düşünceleri kontrol etmenin içeriğiyle ilgili dört alan belirlenmiştir. Bunlar; (1) belirli zihinsel faaliyetleri takip etmenin ve dikkat etmenin önemiyle ilgili inançlar, (2) düşünceleri kontrol etmemenin ahlaki sonuçları ile ilgili inançlar, (3) düşünceleri kontrol edememenin psikolojik ve davranışsal sonuçlarıyla ilgili inançlar, (4) zihinsel kontrolün etkinliği (örn: istenmeyen düşüncelerin tamamen baskılanabileceği) ile ilgili inançlardır (OKBÇG, 1997). Düşünce kontrolünün abartılı

tehdit algısı, abartılı sorumluluk ve düşüncelerin önemi gibi bilişsel alanların OKB ile ilgili inançları ortaya çıkardığı ve bu inançların da OKB semptomlarına neden olduğu gösterilmiştir (Moore ve Abramowitz, 2007). Düşünce kontrolü ile ilgili klinik çalışmalar da OKB'ye sahip bireylerin klinik olmayan örneklemdeki bireylere göre düşüncelerini bastırmak için daha fazla çaba gösterdiklerini ortaya koymuştur (Magee, Harden ve Teachman, 2012).

OKB semptomlarında etkin olan bir diğer mekanizma Salkovskis'in (1985) Abartılı Sorumluluk Modeli'nde ön sürdüğü girici düşüncelere yönelik sorumlulukla ilgilidir. Buna göre, kişiler girici düşünceleri ortaya çıktıktan sonra düşüncelerinin önemli etkileri olabileceğine yönelik bir değerlendirme yapmaktadır. Bu girici düşüncelere verilen yanıt, kendine ya da diğerlerine gelecek olan zarardan dolayı aşırı/abartılı sorumlu hissetmekle ilişkili olarak kabul edilmektedir. Bundan dolayı girici düşünceyi nötralize etmemek, o girici düşüncenin içerdiği zararın gerçekleşmesini istemekle eş değer olarak algılanmaktadır. Bu sorumluluk algısından dolayı kişinin kendini suçlaması artmakta ve kendisini kötü biri olarak değerlendirmektedir (Salkovskis, 1985).

Obsesyonların bilişsel davranışçı formülasyonu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu normal popülasyonda da girici düşüncelerin görüldüğünü ortaya koymuştur (Salkovski, 1989). BDT, normal girici düşüncelerin obsesif bozukluğa dönüşmesini artmış sorumluluğun ve nötrlemenin birlikteliği olarak açıklamaktadır. Kişi girici düşüncelere kompulsiyonlarla cevap verdiğinde, aşırı sorumluluk algısının ve rahatsızlığın azaldığını düşünerek, girici düşünceler her ortaya çıktığında bu kompulsiyonları yenilemektedir (Salkovski, 1989). Salkovskis ve arkadaşlarının (2000)

yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre OKB'ye sahip olmayanlara kıyasla OKB hastalarının aşırı sorumluluk algısına sahip olduğu ve bu sorumluluğu otomatik düşüncelerin neden olacağı muhtemel zararlarla ilişkilendirmeye daha fazla eğilimli oldukları gözlenmiştir. Bu sorumluluğun, depresyon ve kaygı hastalarıyla kıyaslandığında OKB semptomlarını önemli derecede yordadığı da ortaya konmuştur. Bu sonuçlarla tutarlı olarak başka bir çalışmada da abartılı sorumluluk algısının, anksiyete bozukluğu ve klinik olmayan örnekleme kıyasla OKB ile daha fazla ilişkili olduğu doğrulanmıştır (Cougler, Lee ve Salkovskis, 2007).

OKB semptomlarında etkin olan bir diğer mekanizma da Rachman'ın (1997) Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli'nde öne sürdüğü; istem dışı düşüncelerin, imajların ve dürtülerin yanlış yorumlanmasının obsesyonlara neden olduğudur. İstem dışı düşüncelerin yanlış yorumlanması beş boyut üzerinde değerlendirilmiştir. İlk boyut düşüncenin (imajın, dürtünün) önemli olarak değerlendirilmesi, ikincisi düşüncenin kişileştirilmesi, üçüncüsü düşüncenin egoya yabancı olarak değerlendirilmesi, dördüncüsü bu düşüncenin potansiyel sonuçları olacağına inanılması ve beşincisi de bu sonuçların ciddi tehlikeleri olacağına düşünülmesidir. Yani obsesyonları tekrarlı şekilde deneyimleyen kişilerin, deneyimlemeyenlere göre istem dışı düşüncelerine kişisel bir önem atfettiği ve bu düşünceleri tehdit edici olarak yorumladığı önerilmektedir (Rachman, 1997).

Kişinin istenmeyen düşüncelerini yanlış yorumlaması, çevredeki tehdit edici uyarıcıların sayısını ve belirginliğini de arttırmaktadır (Rachman, 1998). Örneğin, kişi diğer insanlara zarar vereceği yönündeki istenmeyen düşüncelerini, tehlikeli biri olduğuna yönelik işaret olarak yanlış yorumlarsa, birçok nötr uyarıcı sivri nesnenin birer

silaha dönüşmesi gibi tehdit edici uyarıcıya dönüşecektir. Bu tehdit edici uyarıcılar obsesyonları harekete geçirecek ve kişi yanlış yorumlamanın etkisiyle *'tehlikeliyim bundan dolayı sivri nesnelere uzak durmalıyım'* diye düşünebilecektir (Rachman, 1998). Kurama göre; bu şekilde istenmeyen düşüncelerin felakete sonuçlanacağına yönelik bir yanlış yorumlama obsesyonların oluşmasına ve sürekliliğine neden olmaktadır (Rachman, 1997). Buna karşılık, bu yanlış yorumlama daha doğru bir yorumlamayla değiştirilirse, obsesyonların sıklığında azalma olacaktır; çünkü tehdit edici uyarıcılar yeniden nötr uyarıcılar olarak değerlendirilecektir (Rachman, 1998).

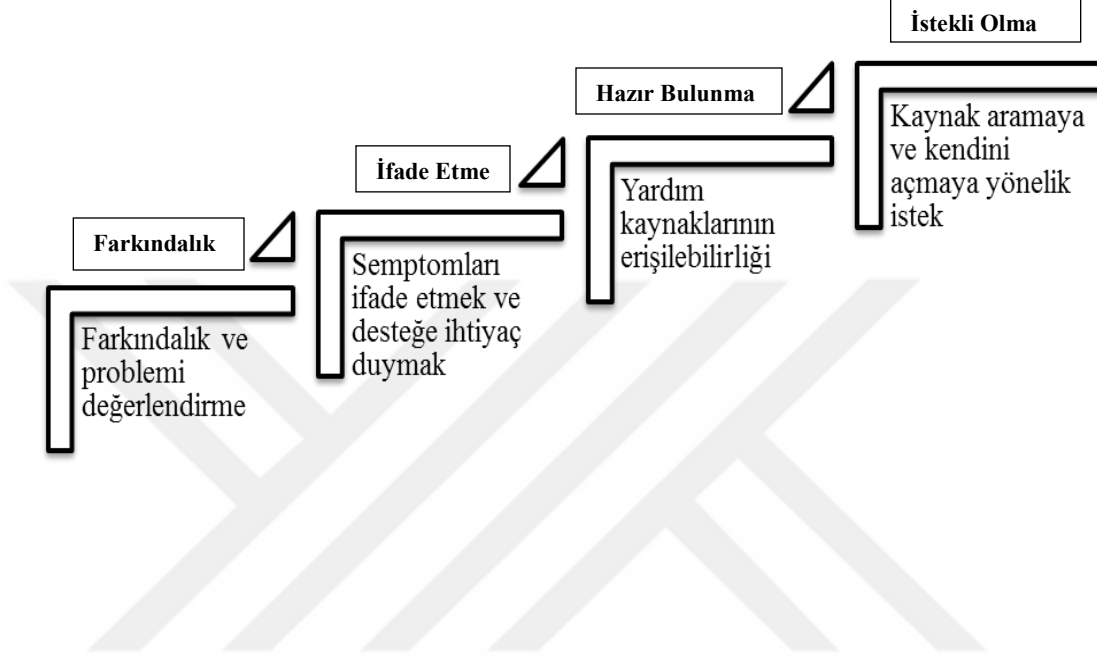
Rachman (1997; 1998) obsesyonel problemlere sahip kişilerin bu düşüncelerin varlığını fekaletleştirilerek yanlış yorumlanmalarında bilişsel bir yanlıktan söz etmiştir. Salkovskis'in (1985) ve Rachman'ın (1993) klinik gözlemlerine göre OKB hastaları düşünce ve eylemi eşdeğer olarak farz ederler ve bu girici düşüncelerinin diğerlerine zarar vereceğini düşündükleri için psikolojik bir sorumluluk hissederler. Shafran, Thordars ve Rachman (1996) artan bu sorumluluk duygusunu açıklamak için 'Düşünce Eylem Kaynaşması (DEK)' kavramını ortaya koymuştur. DEK, düşünce ve dış gerçeklik arasında kurulan yanlış nedensel ilişki eğilimini ifade eder. Örneğin insanlar varsayımsal bir durumu düşünerek bu durumun olma olasılığını artıracaklarına inanabilirler. Bu DEK-Olabilirlik olarak adlandırılır (Shafran, Thordars ve Rachman, 1996). DEK'in diğer görünümü ise DEK-Ahlak olarak adlandırılır ve düşüncenin ahlaken kabul edilemez eylemleri yapmakla eş olduğu inancını ifade eder. DEK-Olabilirlik ve DEK-Ahlak birbiriyle ilişkili görünmektedir; çünkü düşüncelerinin tehlikeli olduğuna inanan kişi, bu düşüncelerin ahlaksız olduğunu düşünmekte ve onlara sahip olduğu için de kendini kötü biri olarak değerlendirmektedir. DEK-Olabilirlik, DEK-Ahlak boyutuna

göre kompulsif davranışlar ile zararı önlemeyi amaçladığı için sorumlulukla daha yakından ilişkili görülmektedir '*şimdi bunu düşünüyorum ve onu önlemek için bir şey yapmalıyım yoksa ben sorumlu olacağım*'. Suçluluk ve sorumluluk birbiriyle bağlantılı yakın deneyimlerdir. Belli düşüncelerinden dolayı ya da bu düşüncelerle ilişkili zararı önlemediği için sorumluluk hisseden kişinin suçluluk yaşaması daha muhtemeldir (Berle ve Starcevic, 2005).

1.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu

Yardım arama aktif şekilde diğer insanlardan yardım isteme davranışlarını ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Rickwood, Deane, Wilson ve Ciarrochi, 2005). Bir problem ya da üzücü deneyimle ilgili olarak diğer insanlardan anlayış, tavsiye, bilgi, tedavi ve genel destek anlamında yardım almak için başkalarıyla iletişim kurmayı içerir. Yardım arama davranışı sosyal ilişkilere ve kişiler arası becerilere dayanan bir başa çıkma biçimidir (Rickwood ve ark., 2005). Yardım arama kaynakları çeşitlilik göstermektedir. Profesyonel olmayan yardım arama arkadaşlar ve aile gibi sosyal ilişkileri içermektedir. Profesyonel yardım arama ise uzman kimliğine ve eğitime sahip olan ruh sağlığı uzmanları, diğer sağlık uzmanları ve öğretmenler gibi uzmanları içermektedir (Rickwood ve ark., 2005). Yardım arama süreci, semptomları fark etmek ve problemi değerlendirmekle başlar (Rickwood ve ark., 2005). Bu farkındalık ve problemin çözümüne yönelik değerlendirme sonrasında yardım arayan kişi kendini rahat hissedeceği ve diğerlerinin anlayabileceği kelimelerle problemi ifade etmelidir. Yardım kaynaklarının mevcut ve erişilebilir olması gerekmektedir (Rickwood ve ark., 2005). Son olarak yardım arayan kişi kendisini yardım kaynaklarına açmaya istekli olmalıdır

(Rickwood ve ark., 2005). Yardım arama sürecinin aşamaları bir şema (Şekil 1) ile aşağıdaki gibi gösterilebilir;



Şekil 1. Yardım Arama Süreci Aşamaları (Rickwood ve ark., 2005).

Yardım arama davranışına yönelik başka bir model de, Kushner ve Sher'in (1989) klinik ve klinik olmayan örneklemde karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmanın sonucunda önerdikleri modeldir. Bu modelde yardım arama davranışı, yaklaşma ve kaçınma faktörleri arasında gidip gelen bir süreç olarak belirtilmiştir. Bireyin psikolojik stresi azaltmak için yardım araması yaklaşma faktörleri olarak belirtilirken; bireyin ruh hastası olarak etkilenmekten korkması yardım aramada kaçınma faktörleri olarak belirtilmiştir (Kushner ve Sher, 1989).

Cramer (1999) ise psikolojik yardım arama davranışını kişisel sıkıntı, danışmaya yönelik tutumlar, sosyal destek ve kendini saklama arasındaki ilişkiyle açıkladığı bir modelle sunmuştur. Modele göre kişilerin sıkıntı düzeyleri arttığında, danışmaya yönelik

olumlu tutumları olduğunda; sosyal destek ağları zayıfladığında ve kendini saklama eğilimleri azaldığında psikolojik yardım arama eğilimi de artmaktadır.

OKB dünya genelinde yeti yetimine neden olan 10 bozukluk arasındadır (Murray ve Lopez, 1997). OKB'nin neden olduğu olumsuz etkilere rağmen profesyonel yardım arayışının ertelendiği ve erteleme süresinin ortalama olarak 7 ile 9 yıl arasında değişkenlik gösterdiği bilinmektedir (Demet ve ark., 2010). Tedaviyi erteleme süresinin yaklaşık olarak 10 yıl olduğu ve hastaların sadece % 18'nin semptomların başladığı ilk yılda tedavi arayışına girdikleri farklı çalışmalarla da desteklenmiştir (Thompson, Issakidis ve Hunt, 2008). Bu sonuçlarla tutarlı olarak başka bir çalışmada da OKB'si olan bireylerin yaklaşık olarak % 10'unun profesyonel psikolojik yardım arayışında bulunduğu ve semptomlar başladıktan ortalama olarak 9 yıl sonra tedaviye başvurdukları görülmüştür (Subramaniam, Abidin, Vaingankar ve Chong, 2012).

Kohn, Saxena, Levav ve Saraceno'nun (2004) 1980 yılından sonra yayınlanan 15 yaş ve üstü bireylerle yapılan epidemiyolojik çalışmaları içeren ve '*psikiyatrik epidemiyoloji, prevalans, bozukluğun adı ve o bozukluk için kullanılan tanısal araçların adları*' gibi anahtar kelimeler kullanarak yaptıkları literatür taramasının sonuçları OKB'ye sahip bireylerin ortalama olarak % 59.5'inin profesyonel yardım arayışının olmadığını ortaya konmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Ülkelere Göre Yardım Aramayanların Oranı

Ülke	Yardım arama sıklığı (Ay)	Yardım aramayanların oranı
Şilli	Son 6 ay	% 27.6
Almanya (Münih)	Yaşam boyu	% 59
İsrail	Yaşam boyu	% 36.4
Meksika	Yaşam boyu	% 92.1
Yeni Zelanda	Son 12 ay	% 62.7
Türkiye	Son 12 ay	% 67.6
İngiltere	Son 12 ay	% 60- % 68
A.B.D.	Son 12 ay	% 54.9
Toplam		% 59.5

Kaynak: Kohn ve ark., (2004), The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, 82 (11), 858-866.

Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino ve Struening'in (2002) yaptığı çalışmanın sonuçları, OKB'si olan bireylerin semptomlarından dolayı günlük işleyişlerinde engellenme yaşamalarına, dörtte biri aktif intihar düşüncelerine ve dörtte üçü majör depresyon ya da farklı bir anksiyete bozukluğuna sahip olmasına rağmen, % 40.4'ünün hiç tedaviye başvurmadığını ortaya konmuştur.

Türk örnekleminde obsesyon kategorileri (bulaşma, dini, simetri vb.), depresyon eş tanısının varlığı, hastalık süresi ve şiddeti ile psikiyatrik yardım arama ilişkisini inceleyen bir çalışmada; OKB'ye sahip katılımcıların uzun bir hastalık geçmişine sahip oldukları ve profesyonel yardım aramayı uzun süre erteledikleri gözlenmiştir. Hastalığın ilk başladığı yıl ile ilk kez psikiyatrik yardım aradıkları yıl arasındaki zaman dilimi en fazla dini obsesyonlar (yaklaşık 7 yıl) ve cinsel obsesyonlar (yaklaşık 6 yıl) için gözlenmiştir (Karadağ, Oguzhanoglu, Özdel, Ateşci ve Amuk, 2006).

Demografik özelliklerin OKB'de yardım arayışının ilişkisine yönelik Demet ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada boşanmış ya da yalnız hastaların tedaviyi erteleme risklerinin, evli olanlara göre daha fazla olduğu; ayrıca, düşük gelir seviyesi ile eğitim seviyesinin de tedaviyi erteleme ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak başka bir çalışmada ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanların tedavi arayışını, düşük eğitim seviyesine sahip olanlara kıyasla daha fazla erteledikleri görülmüştür (Belloch, Valle, Morillo, Carrio ve Cabedo, 2009). Goodwin ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan farklı bir çalışmada da hiç evlenmemiş olanların, evli ya da ayrılmış olanlara kıyasla daha az; ayrıca, ileri yaşta kilerin ise kadınlar ve gençlere kıyasla daha fazla tedavi arayışında buldukları gözlenmiştir. Destekleyen şekilde, kadınların erkeklerden yaklaşık olarak 4 yıl daha erken tedavi arayışında buldukları belirlenmiştir (Stengler ve ark., 2013). Ekonomik imkanların yardım arama sürecindeki etkisini ortaya koyan başka bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık % 47'si herhangi sağlık sigortasına sahip olmadıklarını belirtmiş; dolayısı ile, ekonomik yetersizlik ve tedaviyi karşılayacak bir sigortaya sahip olmamak

tedavinin önündeki önemli engellerden biri olarak görülmüştür (Williams, Domanica, Margues, Leblanc ve Turkheimer, 2012).

OKB semptomlarının şiddeti ve OKB'nin yanında başka bir bozukluğa sahip olmanın yardım arama davranışındaki etkisi de dikkat çekicidir. Yardım arayan OKB hastalarının depresyon, mani, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi komorbid bozukluklara sahip olduğu görülmüş; ayrıca yardım arayışı ile OKB semptom sayısı ve obsesyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Mayerovitch ve ark., 2003). Farklı bir çalışmada da yardım arayışında bulunan OKB hastalarının panik bozukluk, yaygın anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi bir ek tanıya sahip olduğu gözlenmiştir (Goodwin ve ark., 2002). Torres ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada OKB'ye ek olarak komorbid bozukluklara sahip olanların % 56 oranında OKB'ye ek herhangi bir bozukluğa sahip olmayanların ise % 14 oranında tedaviye başvurdukları gözlenmiştir.

Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) tarafından OKB'de yardım aramaya ilgili yapılan çalışmada, yardım arayanların hiç yardım aramamış olanlara kıyasla komorbid bir bozukluğa sahip olduğu ve OKB semptomlarının daha şiddetli olduğu görülmüştür. Ruscio ve arkadaşları da (2010) şiddetli OKB semptomlarına sahip olanların % 30.9 oranında ve orta düzey şiddette semptomlara sahip olanların % 2.9 oranında yardım arayışına başvurduklarını belirtmiştir. Cullen ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da semptom sayısı ve hastalık şiddeti ile tedavi arayışı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunun ortaya konması önceki çalışmaları destekler niteliktedir.

Yardıml arayışı ile iç görü düzeyi arasında da bir ilişki olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur. Amador'a (1991) göre iç görü; semptomların farkında olmak, hastalığı kabul etmek ve tedavinin faydalarının farkında olmaktır. Tedaviyi daha az erteleyenlerin, daha uzun süre erteleyenlere kıyasla yaşadıkları semptomlar ve semptomların sonucu olan davranış değişiklikleriyle ilgili daha iyi bir iç görüye sahip oldukları görülmüştür (Belloch ve ark., 2009). Yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların yarısının OKB gibi ruhsal bir bozuklukları olduğunu ve tedavi edilebildiğine dair iç görülerinin olmadığı ortaya konmuştur (Williams ve ark., 2012).

1.4. Sosyal Destek ve Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu

Sosyal destek sıkıntılı durumdaki kişiye kendisi için önemli olan aile üyeleri, arkadaşları, çalışma arkadaşları, akrabaları ya da komşuları tarafından sağlanan araçsal, sosyo-duygusal veya bilgisel yardım olarak tanımlanır (Thoits, 1986). Araçsal yardım başkaları tarafından sağlanan eylemleri veya materyalleri kapsar. Sosyo-duygusal yardım sevgi, şefkat, saygı, sempati ve bir gruba aitlik duygusunu kapsamaktadır. Bilgisel yardım kişinin yaşam koşullarını kolaylaştırmak için güncel zorluklarıyla ilgili fikir sunmak, öğüt vermek veya geri bildirimde bulunmaktır. Diğer bir deyişle sosyal destek kişinin stresle başa çıkma çabalarında kendisi için önemli olan diğerlerinin katılımı olarak tanımlanabilir (Thoits, 1986). Sosyal destek kişiye sevildiğini ve korunduğunu, güven duyulduğunu ve değer verildiğini ve bir grubun üyesi olduğunu hissettiren sistem şeklinde de sınıflandırılabilir (Cobb, 1976). Olumlu sosyal ilişkilerin eksikliğinde anksiyete ya da depresyon gibi olumsuz psikolojik durumlar oluşabilir (Cohen ve Wills, 1985). Stres verici bir yaşam olayı karşısında sosyal destek iki şekilde etkili olabilir. Bunlar temel etki modeli ve tampon etkisi modeli olarak tanımlanmaktadır

(Cohen ve Wills, 1985). Temel etki modeline göre sosyal destek, kişinin strese maruz kalmasından bağımsız olarak sosyal destekteki artış iyilik halindeki artışa neden olmaktadır. Tampon etkisi modeline göre ise sosyal destek, stresli bir olaya maruz kalan kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlığının korunmasında bir tampon gibi görevi görür (Cohen ve Wills, 1985).

Sosyal desteğin profesyonel psikolojik yardım arayışındaki etkisi birçok çalışma ile gösterilmiştir. Sosyal desteğin hem yardım arama niyetini hem de aktif yardım arama davranışını önemli derecede yordadığı ortaya konmuştur (Nagai, 2015). Yüz yüze 2554 kişilik büyük bir örnekleme ulaşılarak gerçekleştirilen bir çalışmada, son 1 yılda DSM-IV göre herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almış olan 527 kişinin oluşturduğu bir alt örneklem oluşturularak psikolojik yardım arama davranışı ile sosyal destek ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların üçte biri ruh sağlığı servislerine başvurularında kendilerini cesaretlendirecek bir sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Villatoro, Morales ve Mays, 2014). Eş, aile üyeleri, iş arkadaşları gibi sosyal destek üyelerinin yardım arayışında problemin farkına varma, yardım arayışı için cesaretlendirme, maddi kaynak bulma, yardım aramakla ilgili planlama yapma ve yardım arayışıyla ilgili olumsuz inançların üstesinden gelme konusunda yardımcı oldukları gözlenmiştir (Sayer ve ark., 2009).

Yardım arayışında bulunan kişilerin daha çok ne yapabileceklerini öğrenmek için en az bir kişiyle semptomları hakkında konuştukları ve kendileri için özel bir insan tarafından yardım arayışına yönlendirildikleri görülmüştür (Cameron, Leventhal ve Leventhal, 1993). Bu sonuçlarla tutarlı olarak Hindistanda bir ruh sağlığı merkezine başvuruda bulunanlarla yapılan bir çalışmada katılımcıların % 68'i, başvurularında

kendileri için önemli birinin onları tedavi arayışında cesaretlendiğini ve yönlendiğini belirtmişlerdir (Chadda, Agarwal, Singh ve Raheja, 2001). Ruh sağlığı uzmanına başvuruda, bireyin sosyal çevresinin etkisini üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme araştıran bir başka çalışmada katılımcılar, % 47 oranında annesinin ve % 29 oranında arkadaşlarının kendilerini yardım arayışına teşvik ettiğini bildirmiştir (Vogel, Wade, Wester, Larson ve Hackler, 2007).

Çalışmalar sosyal destek algısının psikolojik yardım arama tutumunu farklı şekillerde etkileyebildiğini de göstermektedir. Sosyal destek ağları yardım arama tutumunu pozitif yönde etkileyebildiği gibi, olumsuz tutumlara da neden olabilmektedir. Meksika kökenli Amerikan üniversite öğrencileriyle bir çalışmada aile üyelerinden algılan düşük sosyal destek ve özel birinden algılanan yüksek sosyal destek, psikolojik yardım arama tutumunu olumlu yönde etkilerken; arkadaşlardan algılanan yüksek sosyal desteğin psikolojik yardım arama tutumunu olumsuz etkilediği görülmüştür (Miville ve Constantine 2006).

Yardım arama sürecindeki informal kaynaklar profesyonel kaynaklara ulaşmada aracı da olabilmektedir. Örneğin, ergenlerde flört dönemindeki şiddet durumlarında yardım aramaya yönelik yapılan bir çalışmada, profesyonel olmayan kaynaklardan yardım arama isteğinin profesyonel kaynaklardan yardım aramak için teşvik edici olabileceği belirtilmiştir (Hedge, Sianko ve McDonell, 2016). Çünkü daha yüksek sosyal destek algılayan ergenlerin profesyonel olmayan kaynaklardan yardım aramaya daha istekli oldukları ve bunun da profesyonel kaynaklardan yardım aramaya yönelik isteğe öncülük ettiği gözlenmiştir. Ergenler, arkadaş ve aile gibi profesyonel olmayan kaynaklardan yardım aradığında, bu kaynaklar onların profesyonel yardım aramaya

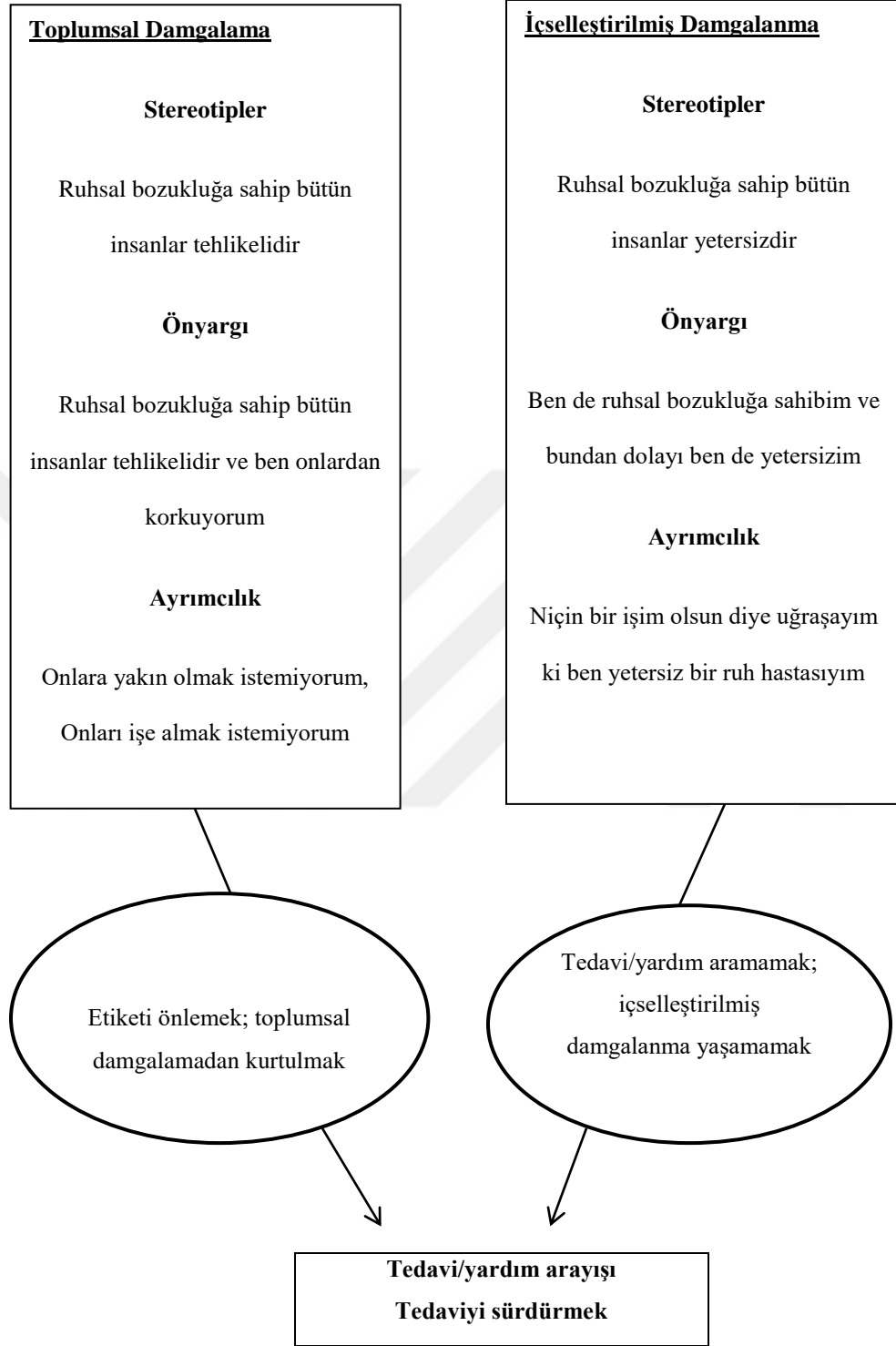
yönelik tutumlarını değiştirerek; ergenleri bu konuda teşvik edici bir rol oynamaktadır (Hedge ve ark., 2016).

1.5. İçselleştirilmiş Damgalanma

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, 2001) ruhsal hastalıklar konusunda etkili tedavi olanaklarının olması ve ücretlerin tedaviye ulaşmayı engelleyecek kadar yüksek olmamasına rağmen yardım arayışının önündeki engellerden olan damgalanmanın azaltılması ve tedavi standartlarının daha etkili hale getirilmesi için damgalanmaya dikkat çekmektedir. Toplumsal damgalama ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı toplumun sahip olduğu stereotiplerden, önyargılardan ve ayrımcılıktan oluşan olumsuz inançlardır (Corrigan ve Watson, 2002). İçselleştirilmiş damgalanma ya da kendini damgalama ise, kişinin toplumdaki ruhsal hastalıklarla ilgili var olan bu olumsuz kalıp yargıları kendine çevirmesi, kabul etmesi; ve bunun sonucunda da utanç, değersizlik, yetersizlik duyguları yaşamasıdır (Corrigan, 1998). Hem toplumsal damgalama hem de kendini damgalama stereotip, önyargı ve ayrımcılıktan oluşan üç terimli bir bileşenle anlaşılabilir (Corrigan ve Watson, 2002). Etiketleme teorisine göre, bireyler ruhsal hastalıklarla ilgili kültürel stereotipleri kendileri hasta olmadan önce içselleştirirler (Link, 1987). Sosyal psikologlar, stereotipleri sosyal grubun birçok üyesi tarafından öğrenilen kalıplaşmış bilgiler olarak görürler (Augoustinos, Ahrens ve Innes, 1994). Ruhsal hastalıklara yönelik önyargılar hastaların tehlikeli, beceriksiz oldukları veya hastalıktan dolayı onları suçlamak gibi ortak etiketleri içerir (Corrigan ve Kleinlein, 2005). Bu etiketleri onaylayan ve duygusal bir tepki geliştirenler, *'tüm akıl hastalarının tehlikeli olduğu doğrudur ve ben onlardan korkuyorum'* gibi bir önyargıya sahip olabilirler. Önyargılarıyla hareket edenler *'ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikeli*

olduğu için onlara evimi kiralayamam’ gibi bir ayrımcılık gösterebilirler. Damgalanma ve profesyonel yardım arayışı arasındaki ilişki Şekil 2’de gösterilmiştir. Maalesef damgalanma nadir rastlanan bir olgu değildir ve ruhsal hastalıklarda damgalanma, kamu tarafından geniş ölçüde onaylanmakta; ve bu tutumlar halkın şizofreni gibi ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı gösterdikleri davranışlarını etkilemektedir (Corrigan, Edwards, Green, Lickey ve Perm, 2001).





Şekil 2. Ruh Sağlığı İle İlgili Yardım Arayışını Etkileyen İki Faktör. Corrigan (2004), How stigma interferes with mental health care, s.617.

Ruhsal bozukluğa sahip bireyler iki kat zorlanmaktadır. Çünkü bir yandan hastalığın semptomları ve olumsuz sonuçlarıyla mücadele ederken, diğer taraftan da ruhsal hastalıklar hakkındaki yanlış kanıların neden olduğu önyargı ve etiketlenmelerle mücadele etmektedirler (Corrigan ve Watson, 2002). Bunların sonucu olarak ruhsal hastalıklara sahip bireyler iyi bir iş, güvenli barınma, yeterli düzeyde sağlık bakımı ve benzeri kaliteli bir yaşamı tanımlayan fırsatlardan mahrum kalabilmektedir (Corrigan ve Watson, 2002). Ruhsal bozukluğa sahip bireyler ruh sağlığı uzmanlarına başvurduktan ve tanı aldıktan sonra açıkça ayrımcılığa maruz kalmasalar dahi, kendilerini damgalanmış olarak hissetmekte ve bu durumdan ötürü utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, dışlayıcı bir davranışa maruz kalmadığı halde sosyal ilişkilerden kaçınma ve kendilik değerinde düşme yaşayabilmektedir (Taşkın, 2007). Örneğin yüksek düzeyde damgalanma endişesi bildiren bipolar hastalarının, aile üyeleri dışındaki sosyal çevreleriyle etkileşimde ve sosyal işlevlerinde daha fazla bozulma olduğu görülmüştür (Perlick ve ark., 2001). Bir başka çalışmada, şiddetli depresif semptomları olan ve düşük eğitim seviyesine sahip olanlar daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşarken; cinsiyetin, yaşın, hastalık süresinin, çevresinde depresif bir yakının varlığının, depresyon hakkında bilgi sahibi olmanın ve sosyal statünün içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkili olmadığı görülmüştür (Yen ve ark., 2005).

İçselleştirilmiş damgalanma da, kronik ruhsal bozuklukların tedavisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Rosenfield, 1997). Çünkü tedaviye uyumu, dolayısı ile iyileşmeyi engelleyici olabilmektedir. İçselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyumu engelleyici mekanizması, düşük benlik saygısı ve düşük öz yeterlilik ile açıklanabilir

(Fung, Tsang ve Corrigan, 2008). İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireyler yetersizlik duygularına sahip oldukları için, iyileşmeyi sağlayacak yardım arama davranışlarından ve psikososyal girişimlerden kaçınma gösterebilmektedirler (Fung, Tsang ve Corrigan, 2008).

Obsesif kompulsif bozuklukta yardım ya da tedavi arayışı çalışmaları incelendiğinde Marques ve arkadaşlarının (2010) yaptığı semptomların ortaya çıkmasıyla tedaviye başvuru arasında geçen zaman diliminin yaklaşık olarak 10 yıl olarak gözleendiği çalışmada, damgalanma, utanma ve ayrımcılık tedavi arayışının önündeki engeller olarak rapor edilmiştir. Tedavinin önündeki engellerin yarısı, *'problemlerinden utanma, yardıma ihtiyacı olduğu için utanma, tedavi olursa diğerlerinin ne düşüneceği hakkında endişe duymak'* gibi damgalanma endişesiyle ilgilidir (Glazier, Wetterneck, Singh ve Williams, 2015). Zarar verme ve cinsel obsesyonları şiddetli olanlar, düşük olanlara göre bu obsesyonlarından dolayı daha fazla hastaneye yatırılma korkusu rapor etmişlerdir. Ayrıca dini obsesyonları şiddetli olanlar, düşük olanlara göre tedavinin önündeki engel olarak ailesi tarafından eleştirilme endişesini daha fazla rapor etmişlerdir (Glazier ve ark., 2015).

1.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

OKB önemli derecede sıkıntı vermesine, engel yaratmasına ve çeşitli tedavi imkanları olmasına rağmen birçok OKB hastasının profesyonel psikolojik yardım arayışına meyilli olmadığı bilinmektedir (Beşiroğlu, Çilli ve Aşkın, 2004). OKB'nin yaygın olarak görülmesi ve yaşam kalitesini bozmasına rağmen profesyonel yardım arayışının uzun zaman ertelenmesi bu bozukluğu önemli bir halk sağlığı sorunu haline

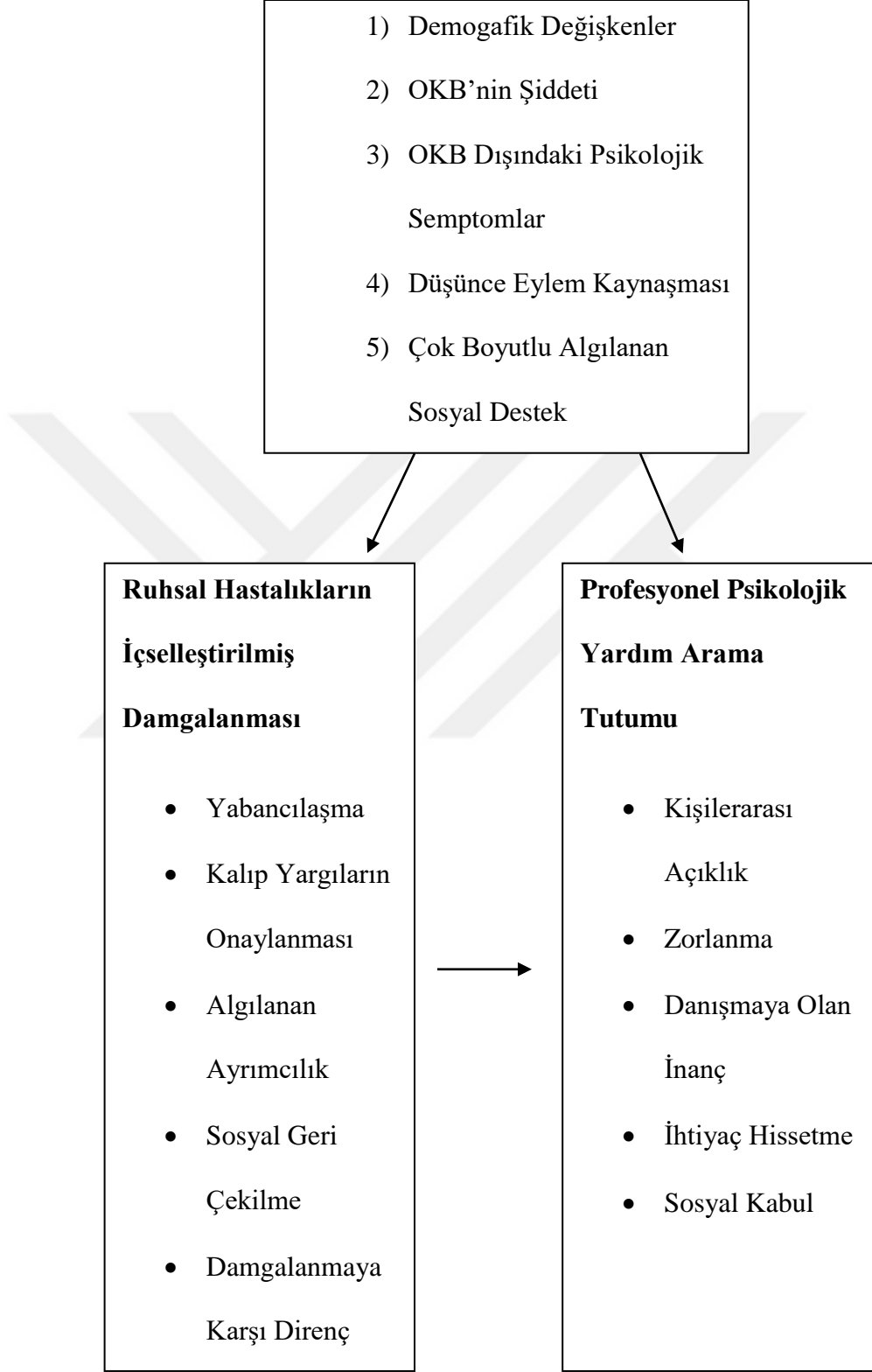
getirmektedir. Bundan dolayı profesyonel psikolojik yardım arayışını engelleyen değişkenlerin neler olduğunun anlaşılmasının önemli olduğu düşünölmektedir.

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk hastalarının profesyonel psikolojik yardım aramaya yönelik tutumlarıyla ilişkili olabileceği düşünölen içselleştirilmiş damgalanma, düşünce eylem kaynaşması, algılanan çok boyutlu sosyal destek, OKB dışındaki psikolojik semtomlar ve obsesif kompulsif bozukluğun şiddetinin etkilerinin incelemesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, çalışmada test edilen hipotezler şu şekildedir:

1. OKB Grubu, OKB Belirti Grubu ve Kontrol Grubu profesyonel psikolojik yardım arama tutumu açısından farklılık göstermektedir.
2. OKB Grubu, OKB Belirti Grubu ve Kontrol Grubu ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması açısından farklılık göstermektedir.
3. OKB Grubu, OKB Belirti Grubu ve Kontrol Grubu çok boyutlu algılanan sosyal destek açısından farklılık göstermektedir.
4. Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu demografik değişkenlerle ilişkilidir.
5. Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu düşünce eylem kaynaşması ile ilişkilidir.
6. Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu OKB'nin şiddetiyle ilişkilidir.
7. Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu OKB dışındaki psikolojik semptomlarla ilişkilidir.

8. Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu çok boyutlu algılanan sosyal destekle ilişkilidir.
9. Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanmasıyla ilişkilidir.
10. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması demografik değişkenlerle ilişkilidir.
11. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması düşünce eylem kaynaşması ile ilişkilidir.
12. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması OKB'nin şiddetiyle ilişkilidir.
13. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması OKB dışındaki psikolojik semptomlarla ilişkilidir.
14. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması çok boyutlu algılanan sosyal destekle ilişkilidir.



Şekil 3. Çalışmada Test Edilen Hipotezlere Dair Model

1.7. Araştırmanın Önemi

Rachman ve Silva (1978) ilk kez klinik olmayan örneklemede de obsesif kompulsif bozukluk semptomlarına benzer içerikte istenmeyen düşüncelerin olduğunu göstermiştir. Bir dizi çalışma bu sonuçları destekleyerek klinik olmayan örneklemede % 80-99 oranında istenmeyen ve kabul edilmez düşünceler, imajlar ve dürtüler olduğunu rapor etmiştir (akt. Clark ve Purdon, 1995). Yakın zamanlı çalışmalar da bu bilgiyi destekler niteliktedir. Ruscio ve arkadaşları (2010) tarafından 2000 kişinin üzerinde bir örnekleme yüz yüze görüşmelerle yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların % 28.2'si yaşamlarının bir döneminde obsesif düşünceler ya da kompulsif davranışlar deneyimlediklerini rapor etmiştir. Fullana ve arkadaşları (2009) tarafından 1037 kişilik bir örneklemede bireysel görüşmeleri içeren bir başka çalışmada da herhangi bir tanı almamış olmasına rağmen katılımcıların % 13-17 arasında DSM-IV kriterlerine uygun şekilde obsesyonları ve kompulsiyonları olduğunu rapor etmişleridir. Avrupada yapılan yakın zamanlı bir çalışmada; OKB semptomlarının yaşam boyu görülme sıklığı % 13 iken herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış bireyler arasında OKB semptomlarının görülme sıklığı % 9.6 olarak gözlenmiştir (Fullana ve ark., 2010). Bu çalışma sonuçlarından da anlaşılacağı üzere OKB semptomları genel görülme sıklığının yanında herhangi bir tanı almamış olanlar arasında da sık görülmektedir. Bu sonuçlar dikkate alındığında dikkat çekici olan, OKB'nin görülme sıklığına paralel düzeyde yardım arayışının gözlenememesidir.

Tedavi arayışını ertelemek sadece OKB'ye özgü değildir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, 2001), ruhsal bozukluklarda tedavi arayışındaki açıklığa yönelik bir seri bülten basmıştır. Dünya üzerinde 450 milyon kişi bir ya da daha fazla

ruhsal, nörolojik ya da alkol ve madde bağımlılığı gibi psikososyal bozukluk yaşamaktadır. Fakat tedavi imkanlarının ulaşılabilir olmasına ve büyük maliyetlerinin olmamasına rağmen birçok kişi yardım aramamakta ve hastalığa katlanmaktadır. Damgalanmanın, utancın ve dışlanmanın yardım arayışının önünde bildiğimizden daha fazla engel olduğu düşünülmektedir. Çünkü ruh sağlığı bozukluğu nedeniyle damgalanma ya da damgalandığını hissetme ruh sağlığı tedavisi aramaya yönelik olumsuz tutumlara öncülük edebilir ve tedaviye ihtiyacı olanları caydırabilir (Conner, 2008).

OKB'ye sahip bireylerin % 20.5'i çevresindeki diğer kişilerin ne düşüneceğinden korktukları için hiç tedaviye başvuru yapmadıklarını belirtmişlerdir (Goodwin ve ark., 2002). OKB'de semptom bazlı utancın; şiddet içeren, cinsel ve dini obsesyonlarla tetiklendiği bilinmektedir (Weingarden ve Renshaw, 2014). Buradan yola çıkılarak, düşünce eylem kaynaşmasının olabilirliğe ve ahlaka yönelik sorumluluğu ve suçluluğu tetiklemesi ve bu düşüncelerin sosyal destek gruplarındaki bireylere de yönelik olabilmesi nedeniyle; hastaların semptomlarını saklama ve kendilerini açmaya yönelik isteklerini bastırmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu gibi bir psikolojik bozukluk tanısının varlığı, kişilerin sosyal ağlarının zayıflaması, işsizliğin artması gibi fırsatların daralması ve gelirlerinin düşmesi anlamına da gelebilmektedir. Dolayısı ile kişiler, algılanan damgalanmadan ötürü tedavi aramaya daha az gönüllü olurlar (Watson, Corrigan, Larson ve Sells, 2007).

Uğuz, Karababa ve Aşkın (2007) tarafından OKB hastalarıyla yapılan çalışma sonuçlarına göre; hastaların tedavi için bir psikiyatri uzmanına ve tıp dışı yollar olan; okuyucu-cinci ve din görevlilerine ilk başvuru oranları aynıdır. Psikiyatri uzmanına

başvuruda hastaların kendilerinin ve yakınlarının etkisi yaklaşık olarak aynı iken; hastaların tıp dışı kişilere başvurularında yakınlarının etkisi kendilerinin etkisinin dört katı oranındadır. Villatoro, Morales ve Mays'ın (2014) çalışma sonuçları da ruh sağlığında yardım aramada aile sosyal desteği ile profesyonel olmayan ya da dini merkezlere başvuru arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durum yardım arama sürecinde, sosyal destek kaynaklarının da damgalayıcı davranışları olabileceğini düşündürmektedir. Sosyal destek gruplarının da bu süreçte damgalayıcı tavırları önemlidir. Örneğin, kişi yakın çevresinden yardım aramanın desteklendiğini hissettiğinde; psikolojik hizmetlere başvurarak toplumdaki dışlanacağını düşünmesine rağmen, profesyonel yardıma daha açık ve istekli olmaktadır (Vogel, Wade ve Aschema, 2009). Fakat aynı zamanda da içselleştirilmiş damgalanma yaşamak da algılanan sosyal desteği azaltmaktadır (Mak ve ark., 2007). Bu çalışmada yardım arama sürecinde sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesinin uygulamada önemli etkileri olabileceği düşünülmektedir. Çünkü içselleştirilmiş damgalama, hastalık belirtilerini kötüleştirerek ve iyileşmeyi geciktirerek hastalara zarar vermektedir (Peterson, Barnes ve Duncan 2008).

Ersoy ve Varan'ın (2007) çalışmasında içselleştirilmiş damgalanma ve ruhsal sorunların sayısı arasında yüksek korelasyon görülmüştür. Bununla birlikte, OKB'de komorbid bozuklukların tedavi arayışıyla ilişkisi düşünüldüğünde, eş tanı ve içselleştirilmiş damgalanmanın yardım arama sürecindeki rolünün anlaşılmasının önem taşıdığı düşünülmektedir. Damgalanmanın ruhsal hastalıklarda yardım arayışını nasıl etkilediğine yönelik bilgilerimizin artması ruh sağlığı alanında damgalanmayı azaltıcı müdahaleler hazırlamada yol gösterici olacaktır. İçselleştirilmiş damgalanmanın

azaltılmasının yardım arayışına ve tedaviye uyuma yönelik olumlu tutumları artırıcı olabileceği düşünülmektedir

Yardım arayışının yetersiz olması ya da uzun süre ertelenmesi OKB'nin tedavi maliyetini de artırmaktadır. OKB'nin bir yıllık tedavisinin Amerika Birleşik Devletleri'ndeki maliyetinin beş milyar doları bulabildiği; fakat erken tedaviye başvurunun daha uygun maliyetli tedavilere imkan sunabileceği bilinmektedir (Hollander ve ark., 1997). Bu çalışma, erken yardım arayışında bulunmak ve tedaviye uyum konusunda hem bozukluğa sahip bireyler hem de sağlık çalışanları açısından faydalı bilgiler sunabilecektir. Yardım aramaya yönelik olumlu tutumlar geliştirmek için psikoeğitim programları geliştirebilmek adına yönlendirici olabileceği, bunun da hem birey hem de ülke için maddi ve manevi kaynakların daha uygun şekilde kullanması ile sonuçlanacağı düşünülmektedir.

II. BÖLÜM

YÖNTEM

2. 1. Katılımcılar

Bu çalışma için uygun örnekleme yöntemi ile toplam 915 gönüllü katılımcıdan veri toplanmıştır. Araştırma hipotezleri doğrultusunda, üç örneklem grubu oluşturulması hedeflenmiştir. Her bir grubun kendi kriterleri göz önünde bulundurularak, çalışmaya toplam 328 katılımcının verisi dahil edilmiştir.

Araştırmanın örnekleminin klinik alt grubu, bir psikiyatrik değerlendirme sonucunda OKB tanısı olan katılımcıları kapsamaktadır. Bu katılımcılara İstanbul ağırlıklı devlet hastanelerinin psikiyatri servislerinden ya da internet üzerinden ulaşılmıştır. Bu grup için 154 katılımcıdan veri toplanmış; OKB'nin yanında bir başka psikiyatrik tanısı olan 37 kişinin verisi çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma kontrol örneklem grubu da ikiye ayrılmıştır. İkinci alt grup, hayatlarında hiç psikolojik yardım arayışında bulunmamış ve psikiyatrik bir tanı almamış; fakat OKB semptomlarını değerlendiren YBOKÖ-Öz Değerlendirme'den 16 ve üstü puan alan 99 katılımcıdan oluşmaktadır. Ölçekten toplam 16 üstü puan almak şiddetli OKB semptomlarına işaret ettiği için (Bear, 1991), bu puana sahip katılımcıların verisi OKB Belirti Grubu'nu temsil etmektedir. Üçüncü alt grup olan Kontrol Grubu için ise; hayatlarında hiç psikolojik yardım arayışında bulunmamış, psikiyatrik bir tanı almamış ve de YBOKÖ-Öz Değerlendirme'den 16 puanın altında puan alan katılımcıları kapsamaktadır. Çalışmaya bu gruptaki 410 katılımcı arasından, yaş, cinsiyet, eğitim

seviyesi, çalışma durumu ve sosyoekonomik düzey gibi demografik değişkenlerin karıştırıcı etkisini kontrol edebilmek için, ilk iki alt gruptaki katılımcılarla eşleştirme yapılarak toplam 112 katılımcının verisi dahil edilmiştir.

Çalışma kriterlerine uygun seçimler yapıldıktan sonraki çalışma örneklemini yaşları 18 ile 59 arasında değişen 328 kişiden (*Ort.* = 28.42, *SS* = 8.19) oluşmaktadır. Bu katılımcıların % 21'i (*n* = 69) kağıt kalem yoluyla çalışmaya katılırken % 79'u (*n* = 259) internet üzerinden çalışmaya katılmıştır. Çalışmanın örnekleminin % 35.7'sini (*n* = 117) OKB Grubu; % 30.2'sini (*n* = 99) OKB Belirti Grubu ve % 34.1'ini (*n* = 112) Kontrol Grubu oluşturmaktadır.

OKB Grubu yaşları 18 ile 58 arasında değişen 117 kişiden (*Ort.* = 30.15, *SS* = 8.71) oluşmaktadır. Katılımcıların % 52.1'i (*n* = 61) internet üzerinden çalışmaya katılırken % 47.9'u (*n* = 56) kağıt kalem yoluyla çalışmaya katılmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, OKB Grubu'nun % 57.3'ü (*n* = 67) kadınlardan % 42.7'si (*n* = 50) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim seviyesi incelendiğinde; % 1.7'sinin (*n* = 2) okuryazar, % 10.3'ünün (*n* = 12) ilkokul mezunu, % 9.4'ünün (*n* = 11) ortaokul mezunu, % 27.4'ünün (*n* = 32) lise mezunu ve % 51.3'ünün (*n* = 60) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına göre ise, katılımcıların % 41.9'u (*n* = 49) evli, % 52.1'i (*n* = 61) bekar ve % 6'sı (*n* = 7) boşanmıştır. Katılımcıların % 35.9'u (*n* = 42) şu anda aktif olarak bir işte çalıştığını, % 41.9'u (*n* = 49) herhangi bir işte çalışmadığını ve % 22.2'si (*n* = 26) ise öğrenci olduğunu belirtmiştir. Sosyoekonomik düzeyleri (SED) açısından incelendiğinde ise, % 9.4'ünün (*n* = 11) yüksek, % 84.6'sının (*n* = 99) orta ve % 6'sının (*n* = 7) düşük SED'ye sahip olduğu belirlenmiştir.

OKB Belirti Grubu yaşları 18 ile 53 arasında değişen 99 kişiden (*Ort.* = 26.36, *SS* = 6.71) oluşmaktadır. Katılımcıların % 93.9'u (*n* = 93) internet üzerinden çalışmaya katılırken % 6.1'i (*n* = 6) kağıt kalem yoluyla çalışmaya katılmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, OKB Belirti Grubu'nun % 62.6'sı (*n* = 62) kadınlardan % 37.4'ü (*n* = 37) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim seviyesi incelendiğinde; % 1'inin (*n* = 1) okuryazar, % 2'sinin (*n* = 2) ilkokul mezunu, % 2'sinin (*n* = 2) ortaokul mezunu, % 8.1'inin (*n* = 8) lise mezunu ve % 86.9'unun (*n* = 86) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına göre ise, katılımcıların % 22.2'si (*n* = 22) evli, % 76.8'i (*n* = 76) bekar ve % 1'i (*n* = 1) boşanmıştır. Katılımcıların % 45.5'i (*n* = 45) şu anda aktif olarak bir işte çalıştığını, % 16.2'si (*n* = 16) herhangi bir işte çalışmadığını ve % 38.4'ü (*n* = 38) ise öğrenci olduğunu belirtmiştir. Sosyoekonomik düzeyleri (SED) açısından incelendiğinde ise, % 6.1'inin (*n* = 6) yüksek, % 81.8'inin (*n* = 81) orta ve % 12.1'inin (*n* = 12) düşük SED'ye sahip olduğu belirlenmiştir.

Kontrol Grubu yaşları 18 ile 59 arasında değişen 112 kişiden (*Ort.* = 28.44, *SS* = 8.48) oluşmaktadır. Katılımcıların % 98.2'si (*n* = 110) internet üzerinden çalışmaya katılırken % 1.8'i (*n* = 2) kağıt kalem yoluyla çalışmaya katılmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, Kontrol Grubu'nun % 53.6'sı (*n* = 60) kadınlardan % 46.4'ü (*n* = 52) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim seviyesi incelendiğinde; % 1'inin (*n* = 1) ortaokul mezunu, % 9.8'inin (*n* = 11) lise mezunu ve % 89.3'ünün (*n* = 100) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına göre ise, katılımcıların 33'ü (*n* = 37) evli, % 65.2'si (*n* = 73) bekar ve % 1.8'i (*n* = 2) boşanmıştır. Katılımcıların % 46.4'ü (*n* = 52) şu anda aktif olarak bir işte çalıştığını, % 15.2'si (*n* = 17) herhangi bir işte çalışmadığını ve % 38.4'ü (*n* = 43) ise öğrenci olduğunu

belirtmiştir. Sosyoekonomik düzeyleri (SED) açısından incelendiğinde ise, % 13.4'ünün ($n = 15$) yüksek, % 75.9'unun ($n = 85$) orta ve % 10.7'sinin ($n = 12$) düşük SED'ye sahip olduğu belirlenmiştir. Tüm katılımcıların demografik değişkenlerine ait bilgiler ayrıntılı olarak Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	OKB Grubu		OKB Belirti Grubu		Kontrol Grubu	
	N	%	N	%	N	%
Cevap Türü						
Kağıt Kalem	56	47.9	6	6.1	2	1.8
Online	61	52.1	93	93.9	110	98.2
Cinsiyet						
Kadın	67	57.3	62	62.6	60	53.6
Erkek	50	42.7	37	37.4	52	46.4
Eğitim Seviyesi						
Okur-yazar	2	1.7	1	1		
İlkokul Mezunu	12	10.3	2	2		
Ortaokul	11	9.4	2	2	1	1
Mezunu						
Lise	32	27.4	8	8.1	11	9.8
Üniversite ve	60	51.3	86	86.9	100	89.3
Medeni Durum						
Bekar	61	52.1	76	76.8	73	65.2
Evli	49	41.9	22	22.2	37	33
Boşanmış	7	6	1	1	2	1.8
Çalışma Durumu						
Evet	42	35.9	45	45.5	52	46.4
Hayır	49	41.9	16	16.2	17	15.2
Öğrenci	26	22.2	38	38.4	43	38.4
SED						
Düşük	7	6	12	12.1	12	10.7
Orta	99	84.6	81	81.8	85	75.9
Yüksek	11	9.4	6	6.1	15	13.4
Yaş	Ort. = 30.15		Ort. = 26.36		Ort. = 28.44	
	SS = 8.71		SS = 6.71		SS = 8.48	

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu (EK B), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Değerlendirme) (EK C), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Uzman Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Uzman Değerlendirme) (EK D), Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK E), Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ) (EK F), Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği (PPYATÖ) (EK G), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK H) ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) (EK I) kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından katılımcının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey ve bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik ya da psikolojik yardım talebinin ya da tanısının olup olmadığına dair bilgilerin sorulduğu bir form oluşturulmuştur.

2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Değerlendirme)

YBOKÖ-Öz Değerlendirme, Bear (1991) tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğin bu yeni formunda kullanılan ifadeler, semptomların son bir haftadaki şiddetinin değerlendirilmesi, obsesyon ve kompulsiyonları ‘harcanan zaman, yaşamı etkilemesi, rahatsızlık hissi, direnç gösterme ve kontrolün derecesi’ gibi beş farklı alanın değerlendirilmesi gibi özellikleri açasından ölçeğin görüşmeci tarafından uygulanan formu olan YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi ile tutarlıdır. Ölçekten 0 ile 40 arasında puan alınmaktadır. 16 ve üzeri puan şiddetli OKB semptomlarını işaret etmektedir.

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Türkçe çevirisi Hakan Türkçapar (2005) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri incelenmiştir. Ölçeğin orijinalinde 16 ve üzeri puan şiddetli OKB semptomlarını işaret ettiği için bu çalışmada da kesme puanı olarak 16 puan kullanılmıştır.

2.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi)

Goodman ve arkadaşları (1989a) tarafından geliştirilen ve bir uzmanın değerlendirmesine dayanan 19 maddeli bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması ilk 10 madde üzerinden yapılmaktadır. İlk 5 madde obsesyonlara ait puanı verirken 6-10 arasındaki maddeler kompulsiyonlara ait puanı vermektedir. Her madde 0 ile 4 arasında puanlanır ve yüksek puanlar belirtilerin şiddetiyle ilişkilidir. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme ile uygulanmaktadır ve sorulara başlanmadan önce obsesyon ve kompulsiyonun tanımı yapılmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .89 olarak elde edilmiştir. Goodman ve arkadaşları (1989b) başka bir çalışma ile de ölçeğin obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının şiddetini ve şiddetindeki değişiklikleri değerlendirmede güvenilir ve geçerli olduğunu ortaya koymuşlardır. Tek ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan ölçeğin Türkiye'ye için güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .98 olarak bulunurken, Obsesyon alt ölçeği için .97 ve Kompulsiyon alt ölçeği için .96 olarak elde edilmiştir.

2. 2. 4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Derogatis (1975) tarafından geliştirilen, Kısa Semptom Envanteri (KSE) psikiyatrik ve medikal hastalarda ya da herhangi bir rahatsızlığı olmayan bireylerde psikolojik sorunlarla ilişkili semptomları taramak için oluşturulmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler 0 'hiç' ve 4 'çok fazla' arasında derecenlendirilir. KSE, 90 maddelik Belirti Tarama Listesindeki 9 alt ölçeği en iyi yansıtan 53 sorunun seçilmesiyle oluşturulmuştur. Bu alt ölçekler Somatizasyon (SOM), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Kişilerarası Duyarlılık (KD), Depresyon (D), Anksiyete Bozukluğu (AB), Hostilite (H), Fobik Anksiyete (FA), Paranoid Düşünce (PD) ve Psicotizm (PS) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur. Ek Maddeler (EM) ise herhangi bir alt boyutta yer almayan yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili klinik belirtileri göstermektedir. Ölçeğin 3 global indeksi ise Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Semptom Rahatsızlık İndeksi ve Belirti Toplam İndeksi şeklindedir ve bu global indeksler kişinin son zamanlarda deneyimlediği rahatsızlığın şiddeti ve yoğunluğunu ölçmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 9 alt ölçek için .71 (Psicotizm) ile .85 (Depresyon) arasında değişmektedir. Test tekrar test güvenirlik katsayısı .68 (Somatizasyon) ile .91 (Fobik Anksiyete) arasında değişmektedir. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi için ise bu katsayı .90'dır. Bu sonuçlar KSE'nin güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir (Derogatis ve Melisaratos, 1983).

Şahin ve Durak (1994) tarafından KSE'nin ülkemiz için yapılan uyarlama çalışması kapsamındaki dört çalışmada ölçeğin alt ölçekleri için iç tutarlılık katsayıları .63 ile .86 arasında değişirken toplam puanından elde edilen iç tutarlılık katsayıları .93 ile .96 arasında değişmektedir. Bu çalışma sonuçlarına göre araştırmacılar normal genç

popülasyonlarla çalışırken ölçeğin ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’, ‘Olumsuz Benlik’, ‘Somatizasyon’, ‘Hostilite’ gibi 5 alt boyutta değerlendirilmesini önermişlerdir.

Bu çalışmada bu ölçüm aracı, OKB dışındaki psikolojik semptomları değerlendirmek için kullanılmıştır. Bu nedenle, ölçeğin OKB alt boyutunu ölçen maddeleri çalışmada kullanılmamıştır. Çalışmada semptom şiddetini değerlendirmek amacı ile toplam ölçek puanı hesaplanmıştır. Toplam ölçek için, iç tutarlılık kat sayısı .97 ve madde toplam korelasyon aralığı .47 ile .80 arasında bulunmuştur.

2.2.5. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)

Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ) Shafran, Thordarson, Rachman tarafından (1996) tarafından geliştirilen, düşünce ve eylemlerin eşdeğer sayılmasını yani düşünce-eylem kaynaşmasını (DEK) değerlendiren 19 maddelik 0 ‘hiç katılmıyorum’ ile 4 ‘tamamen katılıyorum’ arasında değişen 5’li Likert tipi bir ölçektir. İlk çalışmada ölçeğin; düşünce ve eylem kaynaşmasını, 12 soru ile DEK-Ahlak ve 4 soru ile DEK-Olabilirlik Diğerleri ve 3 soru ile DEK-Olabilirlik Kendisi olmak üzere üç alt ölçekle değerlendirdiği ortaya konmuştur. Ancak daha sonra hem OKB grubunda hem de sağlıklı grupta DEK-Olabilirlik-Diğerleri ve DEK-Olabilirlik-Kendisi alt ölçekleri arasında bir fark olmadığı ve DEK-Olabilirlik olarak tek boyutta bütünlük gösterdikleri görülmüştür. Buna göre; DEK-Olabilirlik kabul edilemez veya rahatsızlık yaratan bir olay hakkında düşünmenin bu olayın gerçekleşme olasılığını artıracığına yönelik inançları ifade ederken, DEK-Ahlak ise kabul edilmez düşüncelere ya da dürtülere sahip olmanın bu kabul edilemez düşünce ya da dürtüleri gerçekleştirmek kadar kötü olduğuna yönelik inançları ifade etmektedir. DEK-Ahlak ve DEK- Olabilirlik (Diğerleri ve Kendi) alt ölçeklerinin iç tutarlılığı .85 ile .96 arasında değişmektedir. Çalışma sonuçları DEK

ölçeğinin öğrenci, yetişkin ve obsesif hasta örneklemelerinde son derece güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar düşünce eylem kaynaşmasının daha fazla olduğunu göstermektedir (Shafran, Thordarson ve Rachman, 1996).

Ölçek Yorulmaz, Yılmaz ve Gençöz (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında DEK-Olabilirlik (Diğerleri ve Kendi) alt boyutunun güvenilirliği .92 iken DEK-Ahlak alt boyutunun güvenilirliği .85'dir. Ölçeğin tamamının iç tutarlılık katsayısı ise .86'dır.

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenilirlik analizleri incelendiğinde; DEK-Olabilirlik alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .94 iken madde toplam korelasyon aralığı .69 ile .89 arasında değişmektedir. DEK-Ahlak alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .89 iken madde toplam korelasyon aralığı .38 ile .72 arasında değişmektedir. Tüm ölçeğe ait iç tutarlılık kat sayısı ise .91 olarak elde edilmiştir.

2.2.6. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumları Envanteri (PPYATÖ)

Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumları Envanteri profesyonel ve genel anlamda psikolojik yardım arama tutumunu incelemeye yönelik, Özbay, Yazıcı ve Şahin (1999) tarafından geliştirilen bir ölçektir. 32 maddeden oluşan ölçekte, maddeler 1 'hiçbir zaman' ile 6 'her zaman' arasında değişen 6'lı Likert tipi üzerinden değerlendirilme yapılmaktadır. Ölçeğin tamamına ait güvenilirlik katsayısı .77'dir ve beş alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması her alt ölçeğin ayrı puanlanmasıyla yapılmakta, ölçekten toplam puan elde edilmemektedir (Özbay, Yazıcı ve Şahin, 1999). Bu alt ölçekler ve alt ölçeklere ait açıklamalar aşağıdaki gibidir;

Kişilerarası Açıklık: Bu alt boyut bireyin yardım alma veya almama kararını etkileyebilecek kendini açma, özel bilgileri başkasıyla paylaşma, sosyal çekingenlik,

sosyal katılık, içedönüklük, bilinmeme eğilimi gibi durumları içermektedir. Bu faktör yardım alma sürecinde önemli bir değişken olarak değerlendirilen kişilerarası ilişkilere açık olanların, yardım alma konusunda daha eğilimli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu alt ölçekten alınan yüksek puanlar psikolojik yardım aramada kişilerarası açıklığın düşük olduğu anlamına gelmektedir. Bu alt ölçeğe ait güvenirlik katsayısı .78'dir.

Zorlanma: Bu alt ölçek patolojinin artması halinde yardım arama eğiliminin ortaya çıkıp çıkmadığını incelemektedir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin psikolojik yardım aramada zorlanmayacağı anlamına gelmektedir. Bu alt ölçeğe ait güvenirlik katsayısı .76'dır.

Danışmaya Olan İnanç: Bu alt ölçek yardım arama sürecinde profesyonel yardım servis ve kişilerine olan inanç ve güveni değerlendirmekte ve psikolojik problemlerin varlığını kabul etmekle birlikte yardımın geçerliğini de sorgulamaktadır. Bu alt ölçekten alınan yüksek puanlar bireylerin psikolojik yardım aramaya daha istekli olacakları anlamına gelmektedir. Bu alt ölçeğe ait güvenirlik katsayısı .72'dir.

İhtiyaç Hissetme: Bu alt ölçek bireyin psikolojik bir problemi olduğunu algılaması ve kabul etmesine yönelik bir değerlendirme yapmaktadır. Bu alt ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yardım aramaya yönelik ihtiyaç hissetme azalmaktadır. Bu alt ölçeğe ait güvenirlik katsayısı .62'dir.

Sosyal Kabul: Bu alt ölçek psikolojik yardım konusundaki olumsuz tutum ve sosyal bilişleri belirtmektedir. Bu olumsuz tutumlar, probleme ve yardım aramaya ilişkin kişisel değil sosyal bilişselliği ortaya koymaktadır. Bu alt ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal kabulün az olduğu dolayısı ile psikolojik yardım aramanın azalacağı anlamına gelmektedir. Bu alt ölçeğe ait güvenirlik katsayısı .34'tür (Özbay, Yazıcı ve Şahin, 1999).

PPYATÖ'ü Arslantaş, Dereboy, Aşti ve Pektekin (2011) tarafından yapılan bir çalışmada ilk kez yetişkin örnekleminde kullanılmıştır. Bu çalışmada alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları sırasıyla Kişilerarası Açıklık alt ölçeğinde .75, Zorlanma alt ölçeğinde .82, Danışmaya Olan İnanç alt ölçeğinde .66, İhtiyaç Hissetme alt ölçeğinde .62, Sosyal Kabul alt ölçeğinde .39 şeklindedir.

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenilirlik analizleri incelendiğinde; Kişilerarası Açıklık alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .91 iken madde toplam korelasyon aralığı .45 ile .75 arasında değişmektedir. Zorlanma alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .91 iken madde toplam korelasyon aralığı .50 ile .87 arasında değişmektedir. Danışmaya Olan İnanç alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .87 iken madde toplam korelasyon aralığı .14 ile .82 arasında değişmektedir. İhtiyaç Hissetme alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .85 iken madde toplam korelasyon aralığı .58 ile .73 arasında değişmektedir. Sosyal Kabul alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .59 iken madde toplam korelasyon aralığı .45'tir. Bu alt ölçeğin iç tutarlılık kat sayısına ait sonuçlar literatürle de uyumludur. Tüm ölçeğe ait güvenilirlik kat sayısı ise .92 olarak elde edilmiştir.

2.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet, Dahlem, Zimmet ve Farley (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support Scale); aile, arkadaşlar ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmektedir. Maddelerin değerlendirmesi 1 'tamamen katılmıyorum' ile 7 'tamamen katılıyorum' arasında değişen 7'li Likert-tipi olan ölçek, toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tamamı için güvenilirlik katsayısı .88'dir. Özel Bir İnsan, Aile ve Arkadaşlar alt boyutları için ise güvenilirlik katsayısı sırası ile .91,

.87, .85 olarak elde edilmiştir (Zimet, Dahlem, Zimmet ve Farley, 1988). Toplam ya da alt boyutlardan alınan yüksek puanlar, algılanan desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

Eker ve Akar (1995) tarafından Türkiye’de yapılan ilk çalışmada alt ölçekler ve tüm ölçek için güvenilirlik katsayısı .77 ile .92 arasında bulunmuştur. Çalışmaya katılan üniversite öğrencileri ve hasta grubunda Aile alt ölçeği ve Özel Bir İnsan alt ölçeklerinden elde edilen sonuçların benzer olduğu gözlenmiştir. Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından yapılan sonraki çalışmada ‘Aile ve Özel İnsan’ alt ölçekleri için kültüre uygun düzenlemeler yapılmıştır. Aile alt ölçeğine ‘ ebeveyn, eş, çocuk, kardeşler’ dahil edilirken ve ‘Özel Bir İnsan’ kavramı yerine ‘ailem ve arkadaşlarım dışında olan (flört, akraba, dost, komşu vb.) şeklinde tanımlanmıştır. Bu çalışmada; Aile alt ölçeğinin güvenilirliği .85, Arkadaşlar alt ölçeğinin güvenilirliği .88, Özel Bir İnsan alt ölçeğinin güvenilirliği .92, toplam puanın güvenilirliği .89 bulunmuştur (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001).

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenilirlik analizleri incelendiğinde; Aile alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .84 iken madde toplam korelasyon aralığının .60 ile .75 arasında değiştiği görülmektedir. Arkadaşlar alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .93 iken madde toplam korelasyon aralığının .81 ile .86 arasında değiştiği görülmektedir. Özel Bir İnsan alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .91 iken madde toplam korelasyon aralığının .76 ile .85 arasında değiştiği görülmektedir. Tüm ölçeğe ait iç tutarlılık kat sayısı ise .92 olarak elde edilmiştir.

2.2.8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher, Otilingam ve Grajales (2003) tarafından geliştirilen ölçek, içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları ile ilgili toplam 29 madde içermektedir. Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç olmak üzere beş alt boyuttan oluşan ölçek maddeleri 1 ‘kesinlikle aynı fikirde değilim’ ile 4 ‘kesinlikle aynı fikirdeyim’ arasında değişen 4’lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesi beş alt boyut puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .90’dır (Ritsher, Otilingam ve Grajales 2003). Alt ölçeklere ait açıklamalar ise aşağıdaki gibidir;

Yabancılaşma: Bu alt ölçek ‘ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum’ ve ‘ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti’ gibi ruhsal bozukluktan ötürü deneyimlenen yetersiz toplumsal üyelik algısını değerlendirir ve bu alt ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı .79’dur.

Kalıp Yargıların Onaylanması: Bu alt ölçek ‘ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler’ gibi ruhsal bozukluklar konusundaki yaygın ön yargılara katılma derecesini değerlendirir. Bu alt ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı .72’dir.

Algılanan Ayrımcılık: Bu alt ölçek ‘sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar’ gibi diğerlerinin davranışlarına yönelik kişinin algısını değerlendirir ve bu alt ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı .75’tir.

Sosyal Geri Çekilme: Bu alt ölçek ‘insanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam’ ve ‘reddedilmemek için ruhsal hastalığı

olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum' gibi diğerlerinden sosyal olarak geri çekilmeyi değerlendirir ve bu alt ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı .80'dir.

Damgalanmaya Karşı Direnç: Bu alt ölçek 'ruhsal hastalığıma rağmen iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var' ve 'ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez' gibi içselleştirilmiş damgalanmaya karşı direnç deneyimlerini değerlendirmektedir ve bu alt ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı .58'dir (Ritscher, Otilingam ve Grajales 2003).

Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında; ölçeğin tümü için elde edilen iç tutarlık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara ait iç tutarlık katsayısı ise Yabancılaşma için .84, Kalıp Yargıların Onaylanması için .71, Algılanan Ayrımcılık için .87, Sosyal Geri Çekilme için .85 ve Damgalanmaya Karşı Direnç için .63 olarak elde edilmiştir (Ersoy ve Varan, 2007).

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenilirlik analizleri incelendiğinde; Yabancılaşma alt ölçeğine ait iç tutarlık kat sayısı .85 iken madde toplam korelasyon aralığının .55 ile .77 arasında değiştiği görülmektedir. Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeğine ait iç tutarlık kat sayısı .78 iken madde toplam korelasyon aralığının .43 ile .60 arasında değiştiği görülmektedir. Algılanan Ayrımcılık alt ölçeğine ait iç tutarlık kat sayısı .84 iken madde toplam korelasyon aralığının .51 ile .73 arasında değiştiği görülmektedir. Sosyal Geri Çekilme alt ölçeğine ait iç tutarlık kat sayısı .86 iken madde toplam korelasyon aralığının .54 ile .74 arasında değiştiği görülmektedir. Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçeğine ait iç tutarlık kat sayısı .65 iken madde toplam korelasyon aralığının .32 ile .53 arasında değiştiği görülmektedir. Tüm ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı .91 olarak elde edilmiştir.

2.3. İşlem

Bu çalışma için Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Etik Kurul'undan gerekli izinler alınmıştır. Çalışma için internet üzerinden veri toplama süreci Ekim 2015 tarihinden Kasım 2016 tarihlerine kadar devam etmiştir. Çalışmaya internet üzerinden katılan katılımcılar ölçeklere surveey.com programı aracılığıyla yayınlanan bir link yardımıyla erişmiştir. Çalışma yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür. Veri toplama süreci ayrıca, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi başta olmak üzere diğer illerdeki çeşitli devlet hastanelerinden de kağıt kalem yoluyla toplanmıştır. Katılımcıların ölçekleri doldurma süreleri ortalama 30 dakikadır. Bir kısım katılımcıya ($n = 56$) öz bildirim ölçeklerinden sonra, YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi yarı yapılandırılmış bir görüşmeyle uygulanarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

2. 4. Verilerin Analizi

Çalışmada istatistiksel analizler için SPSS 16.0 kullanılmıştır. Bu çalışmadaki değişkenlerin ortalamaları, standart sapmaları ve aldıkları minimum-maksimum değer aralıkları, tüm ölçek ve alt ölçeklerin Cronbach alpha katsayısı hesaplanmış ve birbiriyle olan korelasyonları incelenmiştir. Hipotez testlerinde; dahil olunan grupları (OKB, OKB Belirti, Kontrol) karşılaştırmak için MANOVA analizi yapılmış ve yardım arama tutumu ile içselleştirilmiş damgalanmayı yordayan faktörleri incelemek için de hiyerşik regresyon analizi yapılmıştır.

III. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri

Çalışmada hipotez testleri için kullanılan Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Değerlendirme), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği'nin (DEKÖ) DEK-Olabilirlik ve DEK-Ahlak alt boyutları; Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği'nin (PPYATÖ) Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç, İhtiyaç Hissetme, Sosyal Kabul alt boyutları; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASDÖ) Aile, Arkadaşlar, Özel Bir İnsan alt boyutları ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nin (RHİDÖ) Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutlarına ait ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Ölçeklerin Betimsel Bilgileri

Ölçekler	N	Ort.	SS.	En Düşük ve En Yüksek Değerler
YBOKÖ-Öz Değerlendirme	328	15.32	9.79	0 – 40
KSE	328	58	40.61	0 – 188
DEK				
DEK - Olabilirlik	328	6.41	7.57	0 – 28
DEK- Ahlak	328	21.92	40.61	0 – 48
PPYATÖ				
Kişilerarası Açıklık	328	32.72	14.91	0 – 72
Zorlanma	328	10.72	7.25	0- 24
Danışmaya Olan İnanç	328	29.55	9.51	2 – 42
İhtiyaç Hissetme	328	15.42	6.76	0 – 30
Sosyal Kabul	328	2.95	2.12	0 – 12
ÇBASDÖ				
Aile	328	19.91	6.95	4 – 28
Arkadaşlar	328	18.32	7.77	4 – 28
Özel Bir İnsan	328	17.75	8.51	4 – 28
RHİDÖ				
Yabancılaşma	328	11	4.55	6 – 24
Kalıp Yargıların Onaylanması	328	12.81	4.12	7 – 28
Algılanan Ayrımcılık	328	8.62	3.57	5 – 20
Sosyal Geri Çekilme	328	10.89	4.26	6 – 24
Damgalanmaya Karşı Direnç	328	13.10	3.38	5 – 20

Not: YBOKÖ-Öz Değerlendirme = Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu, KSE = Kısa Semptom Envanteri, DEKÖ = Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği, PPyATÖ = Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği, ÇBAsDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, RHİDÖ = Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

3.2. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları

Çalışmada kullanılan Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Değerlendirme), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği'nin (DEKÖ) DEK-Olabilirlik ve DEK-Ahlak alt boyutları; Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği'nin (PPYATÖ) Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç, İhtiyaç Hissetme, Sosyal Kabul alt boyutları; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASDÖ) Aile, Arkadaşlar, Özel Bir İnsan alt boyutları; Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nin (RHİDÖ) Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışma örnekleminin geniş olmasından dolayı sadece .30 ve üzeri korelasyon katsayısına sahip olan sonuçlar yorumlanmıştır (Tablo 4a ve 4b).

Obsesif kompulsif bozukluğun şiddetini değerlendiren YBOKÖ-Öz Değerlendirme'den alınan toplam puanlarla diğer değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde; KSE ($r = .60, p < .001$); DEK-Olabilirlik ($r = .36, p < .001$); Kişilerarası Açıklık ($r = .32, p < .001$), Zorlanma ($r = .52, p < .001$); Yabancılaşma ($r = .54, p < .001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($r = .31, p < .001$), Sosyal Geri Çekilme ($r = .47, p < .001$) ile pozitif yönlü ilişki gösterirken, Arkadaşlar alt ölçeği ($r = -.38, p < .001$) ile negatif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Bireylerdeki psikolojik iyi oluşu değerlendiren ve alınan puanların yükselmesinin rahatsızlık düzeyinin arttığı şeklinde yorumlandığı KSE'den alınan toplam puan ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde;

DEK-Olabilirlik ($r = .48, p < .001$), DEK-Ahlak ($r = .32, p < .001$); Kişilerarası Açıklık ($r = .47, p < .001$), Zorlanma ($r = .87, p < .001$); Yabancılaşma ($r = .56, p < .001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($r = .47, p < .001$), Algılanan Ayrımcılık ($r = .46, p < .001$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r = .58, p < .001$) ile pozitif yönlü; Arkadaşlar alt ölçeği ($r = -.31, p < .001$) ile negatif yönlü ilişki gözlenmiştir.

Düşünce ve davranış arasındaki ilişkiye yönelik inançları değerlendiren DEKÖ'nün alt boyutlarıyla (DEK-Olabilirlik ve DEK-Ahlak) diğer değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde; DEK-Ahlak alt boyutu için anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. DEK- Olabilirlik alt boyutu ise, DEK-Ahlak ($r = .37, p < .001$); Zorlanma ($r = .37, p < .001$); Yabancılaşma ($r = .32, p < .001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($r = .34, p < .001$), Algılanan Ayrımcılık ($r = .32, p < .001$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r = .36, p < .001$) ile pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Psikolojik sorunlara yönelik profesyonel yardım arama tutumunu değerlendiren PPYATÖ'nün alt boyutları ile (Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç, İhtiyaç Hissetme, Sosyal Kabul) diğer değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde; Kişilerarası Açıklık alt boyutu, Zorlanma ($r = .42, p < .001$), İhtiyaç Hissetme ($r = .50, p < .001$), Sosyal Kabul ($r = .40, p < .001$); Yabancılaşma ($r = .34, p < .001$), Ayrımcılık ($r = .30, p < .001$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r = .42, p < .001$) ile pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. Zorlanma alt boyutu, Yabancılaşma ($r = .43, p < .001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($r = .31, p < .001$), Algılanan Ayrımcılık ($r = .30, p < .001$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r = .46, p < .001$) ile pozitif yönlü ilişkilidir. Danışmaya Olan İnanç alt boyutu, sadece ÇBASDÖ'nün Aile alt ölçeği ($r = .36, p < .001$) ile pozitif yönlü ilişkilidir.

.001) ile pozitif yönlü bir korelasyon göstermiştir. İhtiyaç Hissetme alt boyutu sadece Sosyal Kabul alt ölçeği ($r = .32, p < .001$) ile pozitif yönlü bir ilişkilidir.

Çok boyutlu algılanan sosyal desteği değerlendiren ÇBASDÖ'nün alt boyutlarıyla (Aile, Arkadaşlar, Özel Bir İnsan) ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon incelendiğinde; Aile alt boyutu Arkadaşlar ($r = .41, p < .001$) ve Özel Bir İnsan ($r = .48, p < .001$) ile pozitif yönlü bir ilişkili bulunmuştur. Arkadaşlar alt boyutu, Özel Bir İnsan ($r = .68, p < .001$) ile pozitif yönlü bir korelasyon gösterirken; Yabancılaşma ($r = -.40, p < .001$) ile negatif yönlü bir korelasyon belirtmiştir. Özel Bir İnsan alt boyutunun, Yabancılaşma ($r = -.36, p < .001$) ile negatif yönlü ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren RHİDÖ'nün alt boyutlarıyla (Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç) diğer değişkenler arasındaki korelasyon incelendiğinde; Yabancılaşma alt boyutu, Kalıp Yargıların Onaylanması ($r = .68, p < .001$), Algılanan Ayrımcılık ($r = .63, p < .001$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r = .79, p < .001$) ile pozitif yönlü ilişki göstermiştir. Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu ile, Algılanan Ayrımcılık ($r = .67, p < .001$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r = .73, p < .001$) arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Algılanan Ayrımcılık alt boyutu ise Sosyal Geri Çekilme ($r = .75, p < .001$) ile pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Tablo 4a. Çalışmanın Değişkenleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	.60***	.36***	.23***	.32***	.52***	.24***	.08	.14*
2		1	.48***	.32***	.47***	.87***	.17**	.19***	.30***
3			1	.37***	.25***	.37***	.09	.07	.21***
4				1	.18**	.28***	.12*	.12*	.09
5					1	.42***	.18**	.50***	.40***
6						1	.17**	.19**	.19**
7							1	.22***	.09
8								1	.32***
9									1
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									

Not 1. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2. 1 = YBOKÖ-Öz Değerlendirme, 2 = KSE, 3 = DEK-Olabilirlik, 4 = DEK-Ahlak, 5 = PPYATÖ-Kişilerarası Açıklık, 6 = PPYATÖ-Zorlanma, 7 = PPYATÖ-Danışmaya Olan İnanç, 8 = PPYATÖ-İhtiyaç Hissetme, 9 = PPYATÖ- Sosyal Kabul, 10 = ÇBASDÖ-Aile, 11 = ÇBASDÖ-Arkadaşlar, 12 = ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, 13 = RHİDÖ-Yabancılaşma, 14 = RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması, 15 = RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık, 16 = RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme, 17 = RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç

Tablo 4b. Çalışmanın Değişkenleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları (devam)

	10	11	12	13	14	15	16	17
1	-.08	-.38***	-.23***	.54***	.31***	.26***	.47***	.03
2	-.15*	-.31***	-.20***	.56***	.47***	.46***	.58***	-.03
3	-.09	-.15**	-.06	.32***	.34***	.32***	.36***	-.08
4	.09	-.08	.04	.21***	.24***	.24***	.22***	.02
5	.03	-.25***	-.08	.34***	.28***	.30***	.42***	.03
6	-.15*	-.29***	-.20***	.43***	.31***	.30***	.46***	-.02
7	.36***	-.01	.17**	.23***	.01	.04	.12*	-.10
8	.11*	.07	.21***	.04	.13*	.15**	.18***	-.08
9	.06	-.01	.01	.26***	.29***	.24***	.27***	.07
10	1	.41***	.48***	-.15**	-.06	-.15**	-.17**	-.11*
11		1	.68***	-.40***	-.18**	-.23**	-.32***	-.14*
12			1	-.36***	-.19**	-.19***	-.25***	-.14*
13				1	.68***	.63***	.79***	-.05
14					1	.67***	.73***	-.11
15						1	.75***	-.19***
16							1	-.14*
17								1

Not 1. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2. 1 = YBOKÖ-Öz Değerlendirme, 2 = KSE, 3 = DEK-Olabilirlik, 4 = DEK-Ahlak, 5 = PPYATÖ-Kişilerarası Açıklık, 6 = PPYATÖ-Zorlanma, 7 = PPYATÖ-Danışmaya Olan İnanç, 8 = PPYATÖ-İhtiyaç Hissetme, 9 = PPYATÖ- Sosyal Kabul, 10 = ÇBASDÖ-Aile, 11 = ÇBASDÖ-Arkadaşlar, 12 = ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, 13 = RHİDÖ-Yabancılaşma, 14 = RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması, 15 = RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık, 16 = RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme, 17 = RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç

3.3. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

3.3.1. Geçerlilik Analizlerinin Sonuçları

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin alt boyutlarına yönelik bir inceleme bulunmamaktadır. Bununla birlikte, aynı yapı formatına sahip olan YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi için, Goodman (1989) Obsesyon ve Kompulsiyon alt boyutlarını içeren iki faktörlü model önermiş; fakat çeşitli çalışmalarda farklı faktör sayıları (ör. McKay, Neziroğlu, Stevens ve Yaryura-Tobias, 1998) ya da farklı alt boyutlar (ör. Amir, Foa ve Coles, 1997) belirlenmiştir. Ayrıca farklı modeller için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının gösterdiği uyum indeksleri, önerilen modellerin veriye uygunluğunun yeterli olmadığını göstermiştir (Deacon, Jonathan ve Abromowitz, 2005). Çalışma bulgularının, faktör sayısı ve yapısına yönelik tutarsız sonuçları göz önünde bulundurularak, bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır.

10 maddelik YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin faktör yapısını incelemek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) kullanılmıştır. Hem daha önceki çalışmalarda ölçeğin faktörleri arasındaki korelasyonun (ör. Amir, Foa ve Coles, 1997); hem de ölçek maddelerinin birbirleri ile korelasyonun yüksek olması (korelasyon katsayısı .50 ile .90 arasında değişmektedir) nedeniyle, bu analizde oblimin dönüştürmesi kullanılmıştır. Verinin ($N = 328$) uygunluğunu gösteren KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) indeksi .91 ve Barlett's Ki-Kare değeri 3336.93, $p < .001$ olarak bulunmuştur. Bu yüksek değerler, verinin açımlayıcı faktör analizi için mükemmel uyumunu belirtmektedir. Analiz sonuçlarına göre, ölçeğin 1'den büyük olan tek öz değere (eigenvalues) sahip olduğu ve bu değer tek başına toplam varyansın % 70.76'sını açıkladığını bulunmuştur. Scree-plot da bu tek faktörlü ölçek

yapısı ile tutarlı sonuç vermiştir. Ölçek maddelerinin, tek faktörlü yapı için yükleri incelendiğinde değerlerin .74 ile .88 arasında olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre, obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetini değerlendiren tek faktörlük ölçeğin, yapı geçerliliğinin uygun olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçlarına yönelik detaylı bilgi Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Temel Bileşenler Analizi'nden Elde Edilen Faktör Yükleri

Ölçek Maddeleri	Ort.	SS	Faktör Yükleri
Obsesif düşüncelerle geçen zaman	1.76	1.18	.82
Obsesif düşüncelerin yaşamı etkilemesi	1.45	1.02	.84
Obsesif düşüncelerin neden olduğu rahatsızlık hissi	1.65	1.15	.87
Obsesif düşüncelere direnç gösterme	1.29	1.13	.74
Obsesif düşüncelerin üzerindeki kontrol derecesi	1.72	1.24	.88
Kompulsif davranışlar için harcanan zaman	1.59	1.13	.85
Kompulsif davranışların yaşamı etkilemesi	1.38	1.09	.87
Kompulsif davranışların neden olduğu rahatsızlık hissi	1.56	1.17	.89
Kompulsif davranışlara direnç gösterme	1.31	1.20	.77
Kompulsif davranışlar üzerindeki kontrol	1.61	1.28	.87

Bizim çalışmamızda YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin tek faktörlü bir yapıyı desteklediği bulgusuna ulaşılmış olsa da, ayrışan ve yakınsak geçerliliği için yapılan analiz sonuçlarını ölçeğin orjinalindeki alt boyutlar ile kıyaslayabilmek adına bulgular alt boyutlar bazında verilmiştir.

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin ayrışan (discriminant) geçerliliğini test etmek için, OKB tanısına sahip klinik örneklem ile ($n = 117$) klinik olmayan örneklemin ($n = 211$) tüm ölçek ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar bağımsız gruplar için t-test analizi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına ait detaylı bilgiler Tablo 6'da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, klinik örneklem grubuna ait Obsesyon ve Kompulsiyon alt boyutlarının ve toplam ölçeğin ortalaması, klinik olmayan örneklem grubununkilere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 6. Klinik Örneklem ile Klinik Olmayan Örneklemin, YBOKÖ-Öz Değerlendirme için Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve T-Test Analizi Karşılaştırmaları

	KÖ		KOÖ		<i>T</i>	<i>Sd</i>	<i>P</i>
	Ort.	SS	Ort.	SS			
Obsesyon	11.11	4.12	6.08	4.51	9.77	326	.001
Kompulsiyon	10.31	4.73	5.86	4.69	8.22	326	.001
Toplam Ölçek	21.43	8.47	11.93	8.81	9.48	326	.001

Not: KÖ = Klinik Örneklem ($n = 117$), KOÖ = Klinik Olmayan Örneklem 211 ($n = 211$).

Ölçeğin yakınsak (convergent) geçerliliğini test etmek için, OKB tanısına sahip klinik örneklemden bir kısım katılıcının ($n = 56$, $Ort.yaş = 32.6$, $SS_{yaş} = 9.85$) kendi doldurdukları YBOKÖ-Öz Değerlendirme ile yarı yapılandırılmış bir görüşmeyle uygulanan YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi'nden aldıkları puanların korelasyonuna bakılmıştır. Katılımcıların her iki değerlendirmeden aldıkları puanlara ilişkin detaylı bilgi Tablo 7'de verilmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre, YBOKÖ-Öz

Değerlendirme ve YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi arasında, Obsesyon alt ölçeğinde ($r = .93, p < .001$) ve Kompulsiyon alt ölçeğinde ($r = .90, p < .001$) ve toplam ölçek puanları arasında ($r = .94, p < .001$) pozitif yönlü bir korelasyon vardır (bakınız Tablo 8).

Tablo 7. YBOKÖ-Öz Değerlendirme ve YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi için Ortalama, Standart Sapma Değerleri

	N	Ort.	SS	En Düşük -Yüksek Puan
YBOKÖ-Öz Değerlendirme				
Obsesyon	56	10.76	4.63	2-20
Kompulsiyon	56	10.10	5.09	0-19
Toplam Ölçek	56	20.87	9.38	3-39
YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi				
Obsesyon	56	11.46	4.54	1-19
Kompulsiyon	56	11.01	4.86	0-19
Toplam Ölçek	56	22.48	9.11	2-38

Tablo 8. YBOKÖ-Öz Değerlendirme İle YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi Ölçek ve Alt Ölçekleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6
1	1	.86***	.96***	.93***	.82***	.91***
2		1	.97***	.87***	.90***	.92***
3			1	.93***	.90***	.94***
4				1	.87***	.97***
5					1	.97***
6						1

Not 1: *** $p < .001$; **Not 2:** 1 = YBOKÖ-Öz Değerlendirme-Obsesyon, 2 = YBOKÖ-Öz Değerlendirme-Kompulsiyon, 3 = YBOKÖ-Öz Değerlendirme-Toplam, 4 = YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi-Obsesyon, 5 = YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi-Kompulsiyon, 6 = YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi-Toplam

3.3.2. Güvenirlik Analizleri Sonuçları

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin iç tutarlılık analizleri için OKB tanısı alan ($n = 117$) ve herhangi bir tanıya sahip olmayan katılımcıların ($n = 211$) verileri birlikte dahil edilmiştir. Ölçeğe ait psikometrik özelliklerle ilgili olarak tüm ölçek ve Goodman (1989) önerdiği alt boyutların iç tutarlılığını hesaplamak için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmış ve madde-toplam korelasyon aralığı belirtilmiştir. Analiz sonuçlarına ait detaylı bilgiler Tablo 9'da verilmiştir. Elde edilen Cronbach alfa değerleri Nunally (1978) tarafından önerilen aralıklara göre değerlendirildiğinde (Cronbach alfa ≥ 70 ise "kabul edilebilir", ≥ 80 ise "iyi", $\geq .90$ ise "mükemmel"), ölçeğin Toplam ölçek ve Kompülsiyon alt boyutu iki grup içinde mükemmel iç tutarlılığa sahiptir. Obsesyon alt boyutu ise klinik örneklem için iyi, klinik olmayan örneklem için de yine mükemmel iç tutarlılık değerine sahiptir.

Toplam ölçek (10 madde), Obsesyon (5 madde) ve Kompülsiyon (5 madde) alt boyutları için madde toplam korelasyon aralığına bakıldığında, her iki grup içinde maddelerin yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, herhangi bir madde çıkarıldığında tüm ölçeğin ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayısında bir değişiklik gözlenmemiştir. Daha önce belirtilmiş olduğu gibi YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin tek faktörlü bir yapıyı desteklediği sonucuna ulaşılmıştır. Güvenirlik analizi sonuçlarını ölçeğin orjinalindeki alt boyutlar ile kıyaslayabilmek adına bulgular alt boyutlar bazında verilmiştir.

Tablo 9. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Güvenirlik Katsayısı (alpha)		Madde-Toplam Korelasyon Aralığı	
	KÖ	KOÖ	KÖ	KOÖ
Obsesyon	.86	.90	.55 - .79	.63 - .83
Kompulsiyon	.91	.91	.66 - .84	.51 - .77
Toplam	.94	.94	.60 - .81	.69 - .82

Not: KÖ = Klinik Örneklem ($n = 117$), KOÖ = Klinik Olmayan Örneklem 211 ($n = 211$).

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin iki alt boyutunun ve toplam ölçeğin iç tutarlılığını incelemek amacıyla, alt boyutlar (Obsesyon ve Kompulsiyon) ve toplam ölçek arasında korelasyon katsayıları her iki örneklem grubu içinde hesaplanmıştır. Her iki örneklem içinde, alt boyutlar birbirleri ile ve alt boyutlar toplam ölçek ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Analiz sonuçlarına ait detaylı bilgiler Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Alt Boyutlar ve Toplam Ölçek Arası Korelasyon Katsayıları

	Obsesyon	Kompulsiyon	Toplam Ölçek
<i>Klinik Örneklem (n = 117)</i>			
Obsesyon	1		
Kompulsiyon	.83 ^{***}	1	
Toplam Ölçek	.95 ^{***}	.96 ^{***}	1
<i>Klinik Olmayan Örneklem (n = 117)</i>			
Obsesyon	1		
Kompulsiyon	.83 ^{***}	1	
Toplam Ölçek	.95 ^{***}	.96 ^{***}	1

Not: ^{***} $p < .001$

3.4. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Bağlı Farklılıkların İncelenmesi

Profesyonel psikolojik yardım arama tutumunun, ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanmasının ve algılanan sosyal desteğin gruplar (OKB, OKB Belirti ve Kontrol) arasında anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır.

3.4.1. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunun Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların dahil oldukları gruba (OKB, OKB Belirti, Kontrol) göre Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeğinin (PPYATÖ) alt boyutlarının (Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç, İhtiyaç Hissetme, Sosyal Kabul) farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları, dahil olunan grubun psikolojik yardım arama tutumu düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir [Wilks' $\lambda = .62$; Multivariate $F (10, 642) = 17.54, p < .001, \eta^2 = .21$].

Buna göre bir sonraki adımda, yardım arama tutumunun hangi alt boyutlarının gruplara göre farklılaştığını incelemek için Bonferroni düzeltmesiyle tek değişkenli (univariate) analizlere bakılmıştır. Bonferroni düzeltmesine göre, tek değişkenli analizler için .01'in (alpha değerinin ölçek alt boyutu sayısına bölünmesi ile bulunmuştur, yani $.05/5 = .01$) altındaki alpha değerleri dikkate alınmıştır. Düzeltmeden sonraki analiz sonuçlarına göre; Kişilerarası Açıklık boyutunun gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur [$F (2, 325) = 18.51, p < .001, \eta^2 = .10$]. OKB Grubu ($Ort = 34.28$) ve OKB Belirti Grubu'ndaki katılımcıların ($Ort = 37.99$), Kontrol Grubu'dakilere

($Ort = 26.45$) göre daha az kendini açma ve özel bilgileri başkasıyla paylaşma eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Bununla birlikte OKB Grubu ve OKB Belirti Grubu kendini açma anlamında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İkinci olarak, Zorlanma boyutunun da gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı gözlenmiştir [$F(2, 325) = 39.94, p < .001, \eta^2 = .20$]. Sonuçlara göre; OKB Belirti Grubu'ndaki katılımcılar ($Ort = 14.43$), OKB Grubu'ndaki ($Ort = 11.58$) ve Kontrol Grubu'ndaki ($Ort = 6.55$) katılımcılara göre psikolojik yardım arama konusunda en az zorlanma belirtmişlerdir. Ayrıca, OKB Grubu'ndaki katılımcıların ise Kontrol Grubu'ndakilere göre daha az zorlanma yaşadıkları gözlenmiştir.

Üçüncü alt boyut olan Danışmaya Olan İnanç düzeyi de, gruplara göre anlamlı olarak farklılaşmıştır [$F(2, 325) = 29.45, p < .001, \eta^2 = .15$]. Sonuçlara göre; profesyonel kaynaklara olan inanç ve yardım aramanın normal karşılama düzeyinin en yüksek olduğu grup OKB Grubu'dur ($Ort = 34.23$). Bununla birlikte OKB Belirti Grubu'ndaki katılımcıların ($Ort = 28.72$) Kontrol Grubu'ndaki katılımcılara ($Ort = 25.42$) göre psikolojik yardım arama sürecinde profesyonel kaynaklara daha fazla inandıkları gözlenmiştir.

Bir diğer alt boyut olan İhtiyaç Hissetme düzeyinde de gruplara göre anlamlı fark bulunmuştur [$F(2, 325) = 9.65, p < .001, \eta^2 = .06$]. Sonuçlara göre; OKB Belirti Grubu'ndaki katılımcıların ($Ort = 17.83$), psikolojik yardım aramaya eşit düzeyde ihtiyaç hisseden OKB Grubu'ndaki ($Ort = 14.09$) ve Kontrol Grubu'ndaki ($Ort = 14.70$) katılımcılara göre daha az ihtiyaç hissettikleri gözlenmiştir.

Tablo 11. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumlarının Gruplar Açısından Karşılaştırılması

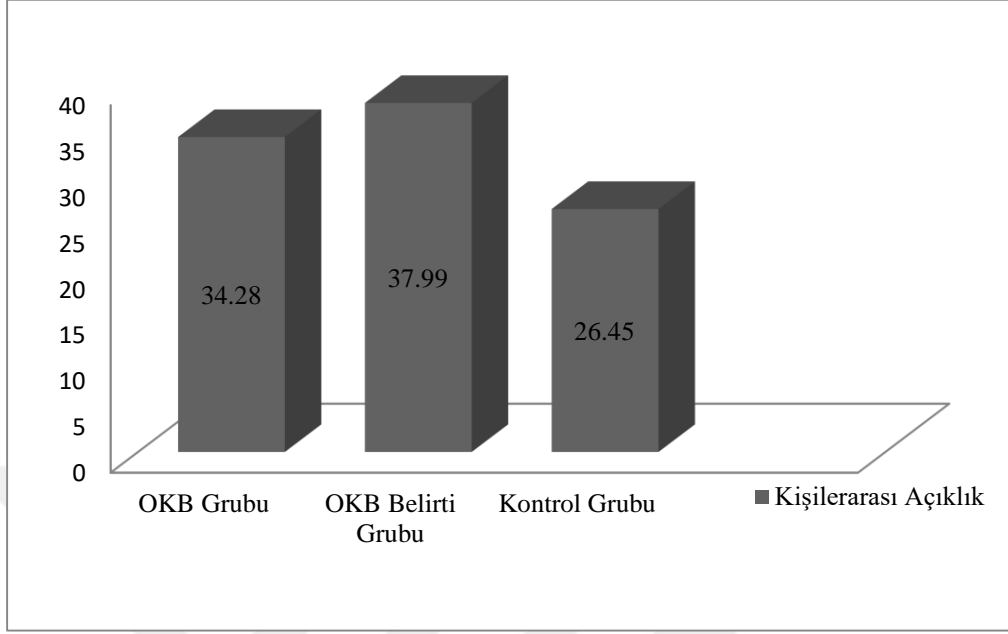
Kaynak	Multivariate				Univariate		
	Wilks' λ	F	Sd	η^2	F	Sd	η^2
GRUP	.62	17.54**	10,642	.21	-	-	-
PPYATÖ-Kişilerarası Açıklık	-	-	-	-	18.51**	2,325	.10
PYATÖ-Zorlanma	-	-	-	-	39.94**	2,325	.20
PPYATÖ-Danışmaya Olan İnanç	-	-	-	-	29.45**	2,325	.15
PPYATÖ-İhtiyaç Hissetme	-	-	-	-	9.65**	2,325	.06
PPYATÖ- Sosyal Kabul	-	-	-	-	1.14	2,325	.01

Not 1:PPYATÖ: Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumları Envanteri; Not 2: ** $p < .001$

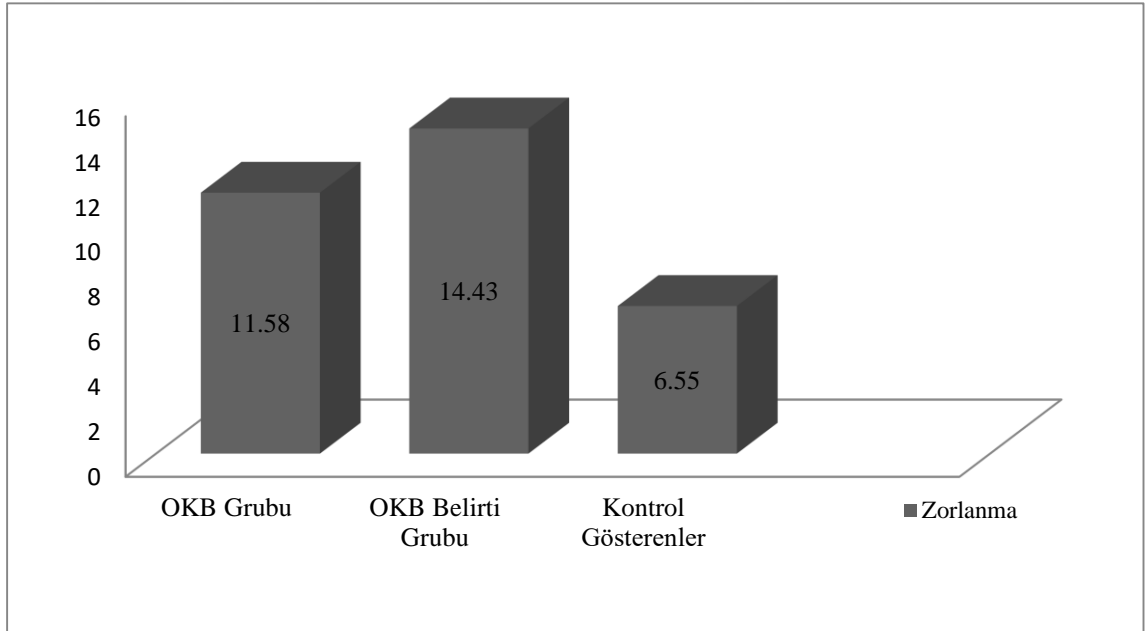
Tablo 12. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumlarının Gruplara Göre Ortalamaları

	OKB Grubu	OKB Belirti Grubu	Kontrol Grubu
PPYATÖ-Kişilerarası Açıklık	34.28 _a	37.99 _a	26.45 _b
PYATÖ-Zorlanma	11.58 _a	14.43 _b	6.55 _c
PPYATÖ-Danışmaya Olan İnanç	34.23 _a	28.72 _b	25.42 _c
PPYATÖ-İhtiyaç Hissetme	14.09 _a	17.83 _b	14.70 _a

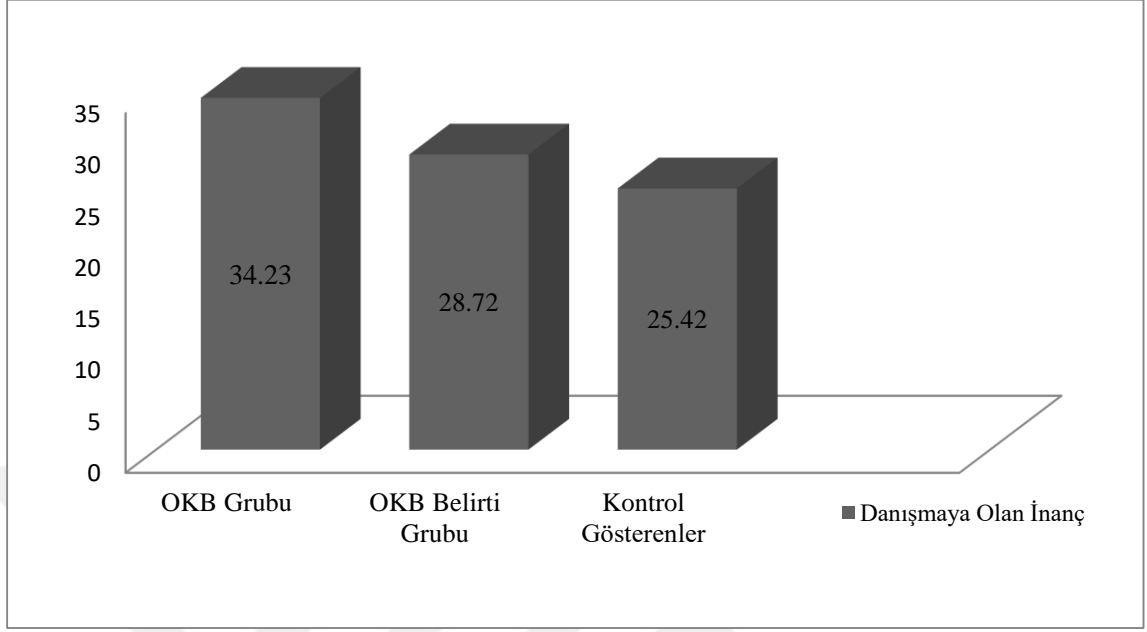
Not 1: PPyATÖ: Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumları Envanteri; Not 2: Her alt boyut için aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbiri ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır



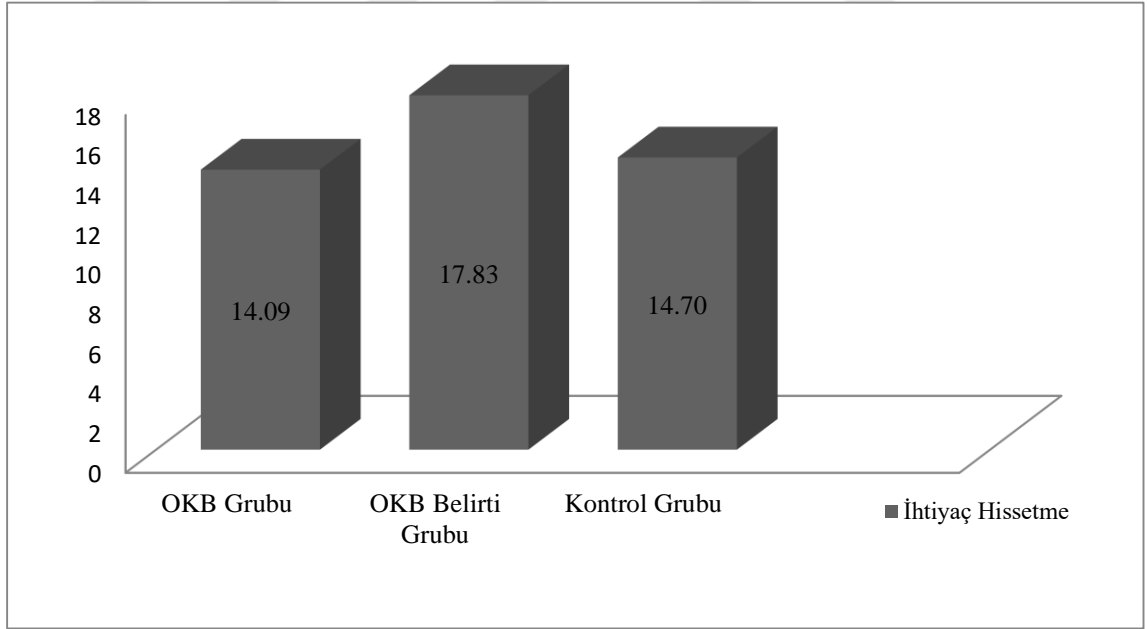
Şekil 4. Gruplara Göre Kişilerarası Açıklık Boyutu Ortalamaları



Şekil 5. Gruplara Göre Zorlanma Boyutu Ortalamaları



Şekil 6. Gruplara Göre Danışmaya Olan İnanç Boyutu Ortalamaları



Şekil 7. Gruplara Göre İhtiyaç Hissetme Boyutu Ortalamaları

3.4.2. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların dahil oldukları gruba (OKB, OKB Belirti, Kontrol) göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nin (RHİDÖ) alt boyutlarının (Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç) farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları, dahil olunan grubun içselleştirilmiş damgalanma düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir [Wilks' $\lambda = .60$; $F(10, 642) = 18.78, p < .001, \eta^2 = .23$].

Çok değişkenli (Multivariate) analizden sonra Bonferroni düzeltmesiyle dahil olunan grubun temel etkisini incelemek için tek değişkenli (univariate) analizler incelenmiştir. Bonferroni düzeltmesine göre, tek değişkenli analizler için .01'in (alpha değerinin ölçek alt boyutu sayısına bölünmesi ile bulunmuştur, yani $.05/5 = .01$) altındaki alpha değerleri dikkate alınmıştır. Düzeltmeden sonraki analiz sonuçlarına göre; Yabancılaşma boyutunun gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı gözlenmiştir [$F(2, 325) = 52.38, p < .001, \eta^2 = .24$]. OKB Grubu'ndaki katılımcıların ($Ort = 13.75$) OKB Belirti Grubu'ndaki ($Ort = 10.70$) ve Kontrol Grubu'ndaki ($Ort = 8.39$) katılımcılara göre daha fazla yabancılaşma hissettikleri gözlenmiştir. Ayrıca, OKB Belirti Grubu'ndaki katılımcılar da, Kontrol Grubu'ndaki katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla yabancılaşma hissettiklerini belirtmişlerdir.

İkinci olarak, Kalıp Yargıların Onaylanması'nda da gruplara göre anlamlı fark bulunmuştur [$F(2, 325) = 6.70, p \leq .001, \eta^2 = .04$]. Sonuçlara göre; OKB Grubu'ndaki ($Ort = 13.42$) ve OKB Belirti Grubu'ndaki ($Ort = 13.39$) katılımcıların eşit düzeyde ve

Kontrol Grubu'ndaki katılımcılara ($Ort = 11.68$) göre daha fazla düzeyde ruhsal hastalıklar konusundaki kalıp yargıları onayladıkları gözlenmiştir.

Üçüncü olarak, Algılanan Ayrımcılık düzeyinin gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı gözlenmiştir [$F(2, 325) = 5.10, p < .01, \eta^2 = .03$]. Sonuçlar, OKB Belirti Grubu'ndaki ($Ort = 9.31$) katılımcılarda, Kontrol Grubu'ndaki ($Ort = 7.80$) katılımcılara göre, ruhsal bir hastalık nedeniyle toplumdan dışlanacaklarına olan inancın daha fazla olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte OKB Grubu ($Ort = 8.82$) algılanan ayrımcılık açısından, diğer gruplarla anlamlı olarak farklılaşmamıştır.

Son olarak, Sosyal Geri Çekilme açısından gruplara göre anlamlı fark bulunmuştur [$F(2, 325) = 21.57, p < .001, \eta^2 = .12$]. Kontrol Grubu'ndaki ($Ort = 8.87$) katılımcılar, OKB Grubu'ndaki ($Ort = 12.05$) ve OKB Belirti Grubu'ndaki ($Ort = 11.82$) katılımcılara göre daha az sosyal geri çekilme kaydetmişlerdir. Bununla birlikte, OKB Grub'u ve OKB Belirti Grub'u arasında, sosyal geri çekilme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 13. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gruplar Açısından Karşılaştırılması

Kaynak	Multivariate				Univariate		
	Wilks' λ	F	Sd	η^2	F	Sd	η^2
GRUP	.60	18.78**	10, 642	.23	-	-	-
RHİDÖ-Yabancılaşma	-	-	-	-	52.38**	2,325	.24
RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması	-	-	-	-	6.70**	2,325	.04
RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık	-	-	-	-	5.10*	2,325	.03
RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme	-	-	-	-	21.57**	2,325	.12
RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç	-	-	-	-	1.49	2,325	.01

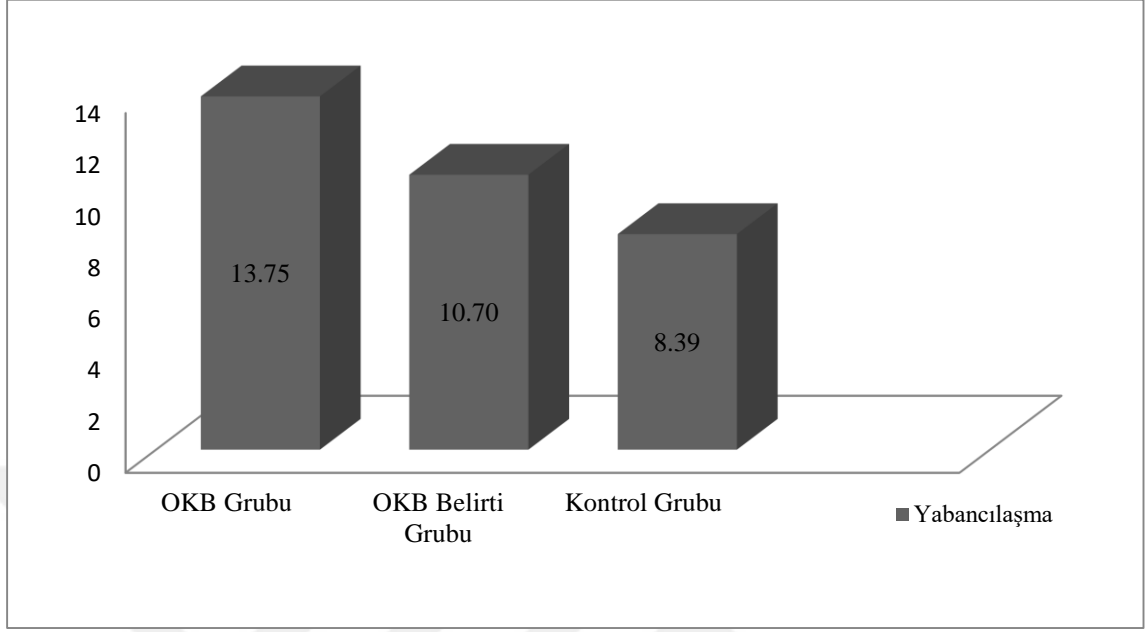
Not 1: RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği; Not 2: * $p < .01$, **

$p < .001$

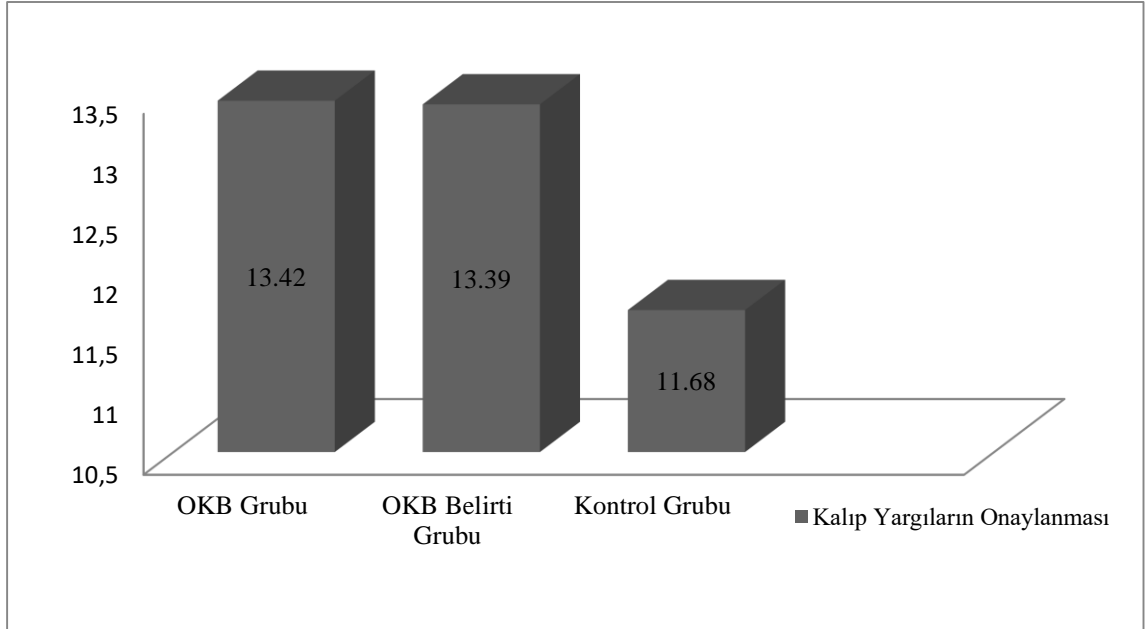
Tablo 14. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gruplara Göre Ortalamaları

	OKB Grubu	OKB Belirti Grubu	Kontrol Grubu
RHİDÖ-Yabancılaşma	13.75 _a	10.70 _b	8.39 _c
RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması	13.42 _a	13.39 _a	11.68 _b
RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık	8.82 _{ab}	9.31 _b	7.80 _a
RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme	12.05 _a	11.82 _a	8.87 _b

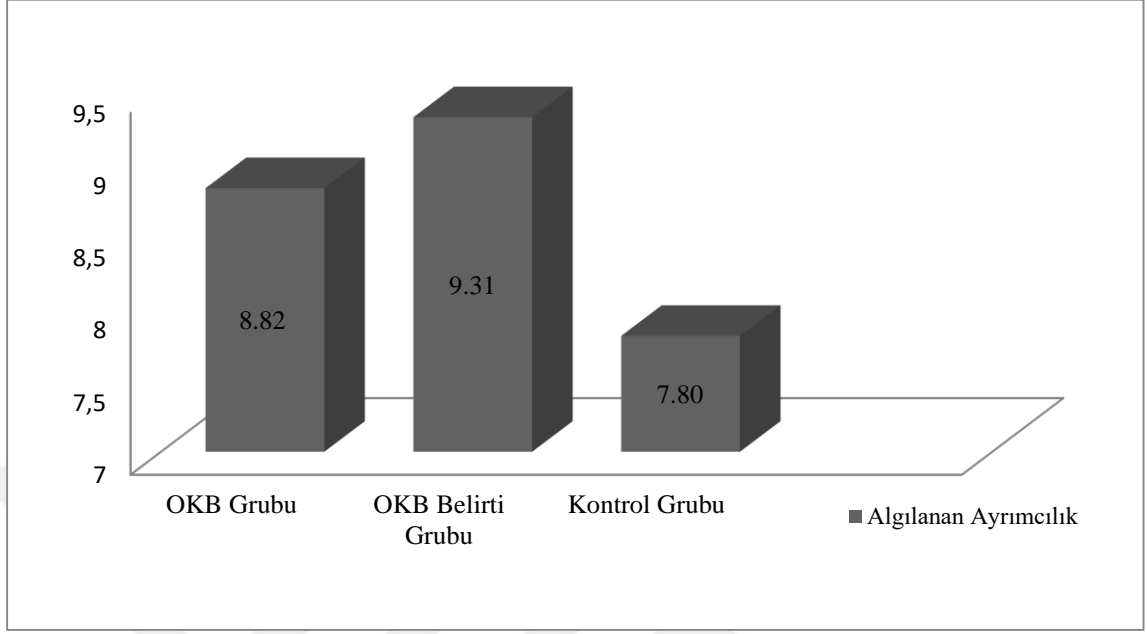
Not 1: RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği; Not 2: Her alt boyut için aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbiri ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır



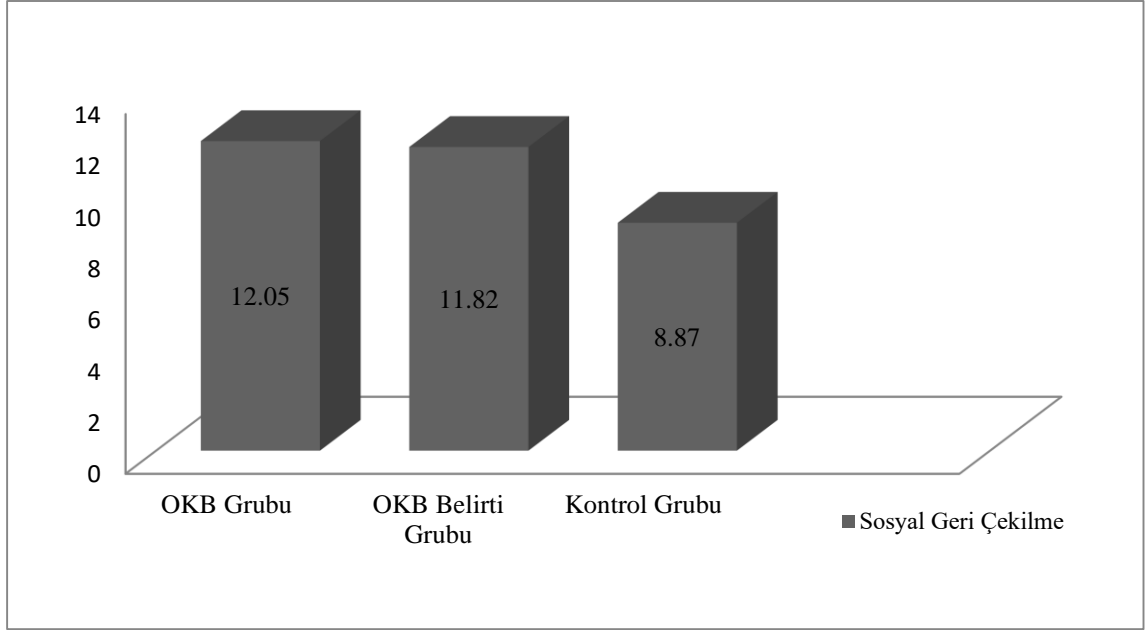
Şekil 8. Gruplara Göre Yabancılaşma Boyutu Ortalamaları



Şekil 9. Gruplara Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Boyutu Ortalamaları



Şekil 10. Gruplara Göre Algılanan Ayrımcılık Boyutu Ortalamaları



Şekil 11. Gruplara Göre Sosyal Geri Çekilme Boyutu Ortalamaları

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların dahil oldukları grubun (OKB, OKB Belirti, Kontrol) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASDÖ) Aile, Arkadaşlar, Özel Bir İnsan alt boyutları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları, dahil olunan grubun algılanan sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir [Wilks' $\lambda = .84$; $F(6, 646) = 9.92$, $p < .001$, $\eta^2 = .08$].

Buna göre bir sonraki adımda, sosyal desteğin hangi alt boyutlarının gruplara göre farklılaştığını incelemek için Bonferroni düzeltmesiyle tek değişkenli (univariate) analizlere bakılmıştır. Bonferroni düzeltmesine göre, tek değişkenli analizler için .016'in (alpha değerinin ölçek alt boyutu sayısına bölünmesi ile bulunmuştur, yani $.05/3 = .016$) altındaki alpha değerleri dikkate alınmıştır. Düzeltmeden sonraki analiz sonuçlarına göre; sosyal desteğin Arkadaş boyutu gruplara göre anlamlı olarak farklılık göstermiştir [$F(2, 325) = 23.18$, $p < .001$, $\eta^2 = .12$]. Kontrol grubundaki ($Ort = 22.07$) katılımcıların arkadaşlarından algıladıkları destek, OKB Grubu'ndaki ($Ort = 15.81$) ve OKB Belirti Grubu'ndaki ($Ort = 17.07$) katılımcılara göre daha fazladır. Bununla birlikte, OKB Grubu ve OKB Belirti Grubu arasında arkadaş desteği açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ayrıca, sosyal destek kaynaklarından Özel Bir İnsan boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$F(2, 325) = 6.31$, $p < .01$, $\eta^2 = .04$]. Kontrol Grubu'ndaki ($Ort = 20.01$) katılımcıların hayatlarındaki özel bir insandan algıladıkları destek, OKB Grubu'ndaki ($Ort = 16.32$) ve OKB Belirti Grubu'ndaki ($Ort = 16.89$) katılımcılarınkine

göre anlamlı olarak daha fazladır. Bununla birlikte, OKB Grubu ve OKB Belirti Grubu arasında özel birinin desteği açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 15. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Gruplar Açısından Karşılaştırılması

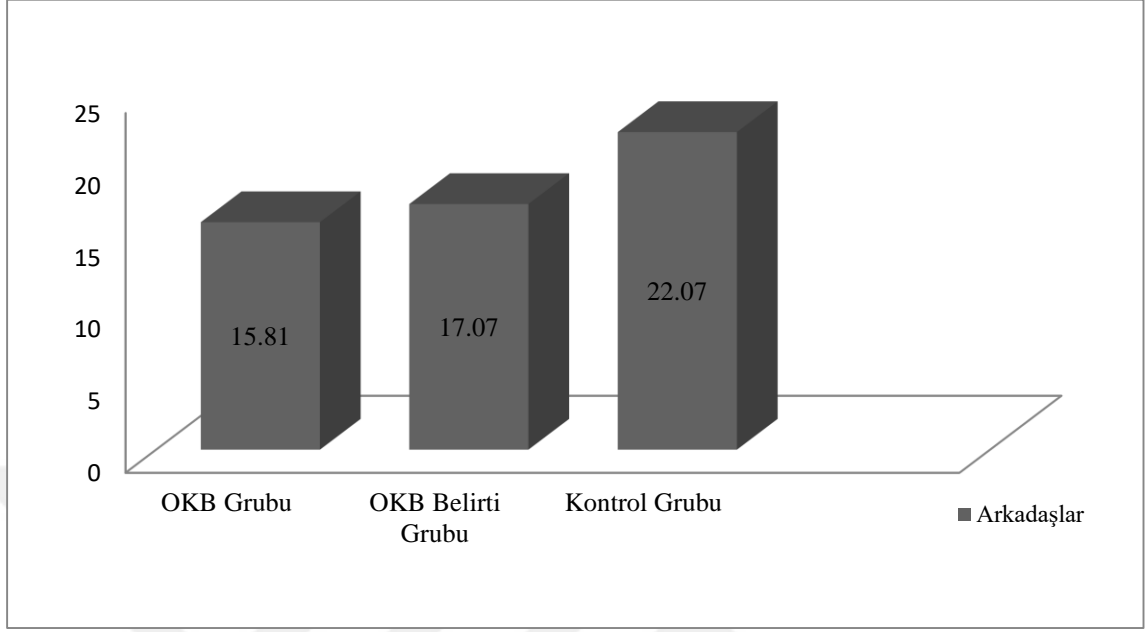
Kaynak	Multivariate				Univariate		
	Wilks' λ	F	Sd	η^2	F	Sd	η^2
GRUP	.84	9.92**	6, 646	.08	-	-	-
ÇBASDÖ-Aile	-	-	-	-	2.94	2,325	.02
ÇBASDÖ-Arkadaşlar	-	-	-	-	23.18**	2,325	.12
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	-	-	-	-	6.31*	2,325	.04

Not 1: ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; Not 2: * $p < .01$, ** $p < .001$

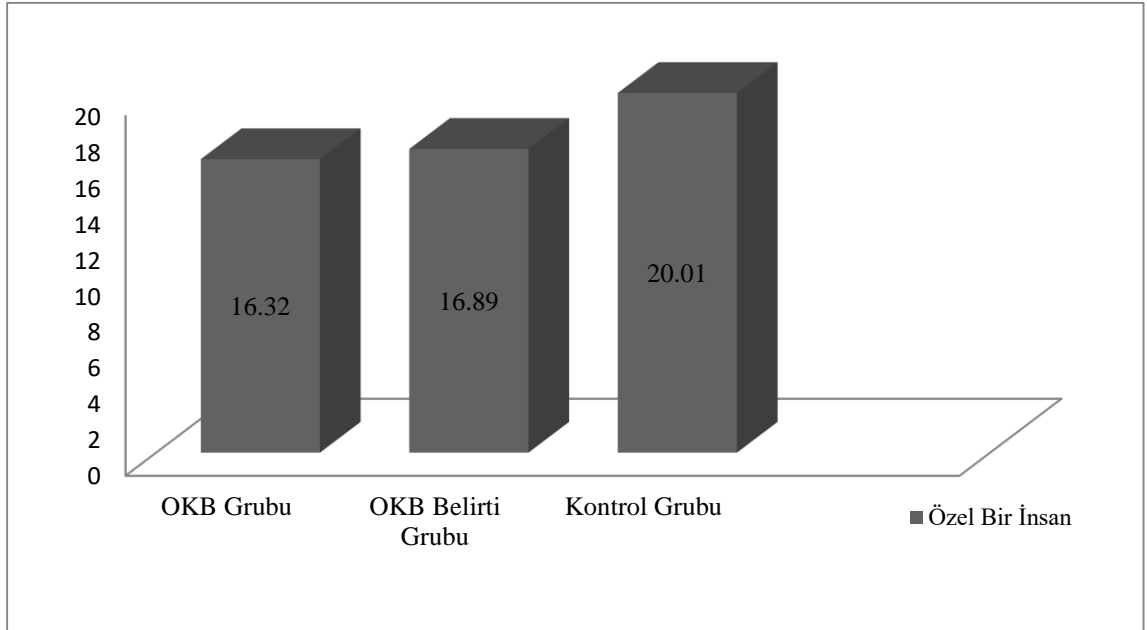
Tablo 16. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Göre Ortalamaları

	OKB Grubu	OKB Belirti Grubu	Kontrol Grubu
ÇBASDÖ-Arkadaşlar	15.81 _a	17.07 _a	22.07 _b
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	16.32 _a	16.89 _a	20.01 _b

Not 1: ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; Not 2: Her alt boyut için aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbiri ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır



Şekil 12. Gruplara Göre Arkadaşlar Boyutu Ortalamaları



Şekil 13. Gruplara Göre Özel Bir İnsan Boyutu Ortalamaları

3.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmayı Yordayan Faktörler

OKB tanısı almış olan kişilerde ($n = 117$) içselleştirilmiş damgalanmayı yordayan faktörleri incelemek için 5 farklı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizlerdeki bağımlı değişkenler; Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nin (RHİDÖ) alt boyutları olan Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç'tir. Bağımsız değişkenler regresyon denkleminde 3 basamakta girilmiştir. İlk basamakta olası etkilerini kontrol edebilmek için cinsiyet, yaş, eğitim ve SED demografik değişkenleri regresyon denkleminde aşamalı yöntem kullanılarak alınmıştır. Demografik değişkenlerin olası etkisi kontrol edildikten sonra; ikinci basamakta obsesif kompulsif bozukluğun içeriği (DEK-Olabilirlik ve DEK-Ahlak), şiddeti (YBOKÖ-Öz Değerlendirme) ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar (Kısa Semptom Envateri'nin) değişkenleri aşamalı yöntem kullanılarak denkleme girilmiştir. Son olarak, üçüncü basamakta algılanan sosyal destek (Aile, Arkadaş ve Özel Bir İnsan) regresyon denkleminde yine aşamalı yöntemle alınmıştır.

3.5.1. Yabancılaşma'yı Yordayan Faktörler

İlk regresyon analizinde Yabancılaşma'yı yordayan faktörler incelenmiştir ve demografik değişkenler arasında sadece eğitim durumu ($\beta = -.24$, $t(115) = -2.61$, $p \leq .01$, $pr = -.24$) regresyon denkleminde girmiş ve tek başına varyansın % 6'sını açıklamıştır, $F_{değişimi}(1,115) = 6.80$, $p \leq .01$. İkinci basamakta, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ($\beta = .53$, $t(114) = 6.92$, $p < .001$, $pr = .53$) denkleme girmiştir ve açıklanan varyansı % 33'e yükseltmiştir, $F_{değişimi}(1,114) = 47.85$, $p < .001$. Üçüncü olarak, OKB belirtilerinin şiddeti ($\beta = .21$, $t(113) = 2.25$, $p < .05$, $pr = .17$) denkleme girmiştir ve

açıklanan varyans % 36'ya yükselmiştir, $F_{değişimi} (1,113) = 5.04, p < .05$. Son olarak, özel bir insandan algılanan sosyal destek ($\beta = -.38, t (112) = -5.32, p < .001, pr = -.36$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyansı % 49'a yükselmiştir, $F_{değişimi} (1,112) = 28.29, p < .001$.

Bu sonuçlara göre OKB'nin şiddeti ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar artıkça yabancılaşıma artarken; eğitim düzeyi arttıkça ve özel bir insandan algılanan destek artıkça yabancılaşıma azalmaktadır.

Tablo 17. Yabancılaşıma'nın Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	Sd	B	t (grup içi)	Pr	R^2
I.Basamak: Demografik						
Değişkenler						
Eğitim Durumu	6.80**	1,115	-.24	-2.61**	-.24	.06
II.Basamak: Semptomlarla İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	47.85***	1,114	.53	6.92***	.53	.33
YBOKÖ-Öz Değerlendirme	5.04*	1,113	.21	2.25*	.17	.36
III.Basamak: Algılanan Sosyal Destek						
Özel Bir İnsan (ÇBASDÖ-Özel)	28.29***	1,112	-.38	-5.32***	-.36	.49

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2: KSE = Kısa Semptom Envanteri, YBOKÖ-Öz Değerlendirme = Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3.5.2. Kalıp Yarguların Onaylanması'nı Yordayan Faktörler

İkinci regresyon analizinde Kalıp Yarguların Onaylanması'nı yordayan faktörler incelenmiştir ve demografik değişkenler arasında sadece eğitim durumu ($\beta = -.19$, $t(115) = -2.07$, $p < .05$, $pr = -.19$) regresyon denklemine girmiş ve tek başına varyansın % 4'ünü açıklamıştır, $F_{değişimi}(1,115) = 4.29$, $p < .05$. İkinci basamakta, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ($\beta = .57$, $t(114) = 7.45$, $p < .001$, $pr = .56$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyansı % 35'e yükseltmiştir, $F_{değişimi}(1,114) = 55.55$, $p < .001$). Son olarak, özel birinden algılanan sosyal destek ($\beta = -.22$, $t(113) = -2.90$, $p < .01$, $pr = -.21$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyans % 40'a yükselmiştir, $F_{değişimi}(1,113) = 8.40$, $p < .01$.

Sonuçlara göre katılımcıların OKB dışındaki psikolojik semptomları artıkça, bununla birlikte, eğitim düzeyi ile özel birinden algılanan sosyal destek azaldıkça ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik kalıp yarguların onaylanmasının da arttığı görülmüştür.

Tablo 18. Kalıp Yargıların Onaylanması'nın Yordayıcıları

	<i>F</i> değişimi	<i>Sd</i>	<i>B</i>	<i>t</i> (grup içi)	<i>pr</i>	<i>R</i> ²
I.Basamak: Demografik						
Değişkenler						
Eğitim Durumu	4.29*	1,115	-.19	-2.07*	-.19	.04
II.Basamak: Semptomlarla						
İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	55.55***	1,114	.57	7.45***	.56	.35
III.Basamak: Algılanan Sosyal						
Destek						
Özel Bir İnsan (ÇBASDÖ-Özel)	8.40**	1,113	-.22	-2.90**	-.21	.40

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2: KSE = Kısa Semptom Envanteri, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3.5.3. Algılanan Ayrımcılık'ı Yordayan Faktörler

Üçüncü regresyon analizinde ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili Algılanan Ayrımcılık'ı yordayan faktörler incelenmiştir. Demografik değişkenlerden ilk olarak, SED ($\beta = .28$, $t(115) = 3.09$, $p < .01$, $pr = .28$) regresyon denklemine girmiş ve tek başına varyansın % 8'ini açıklamıştır, $F_{değişimi}(1,115) = 9.52$, $p < .01$. İkinci sırada, eğitim durumu ($\beta = -.19$, $t(114) = -2.21$, $p < .05$, $pr = -.19$) regresyon denklemine girmiş ve açıklanan varyans % 11'e yükselmiştir, $F_{değişimi}(1,114) = 4.87$, $p < .05$. Demografik değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra, üçüncü basamakta OKB dışındaki psikolojik semptomlar ($\beta = .48$, $t(113) = 6.20$, $p < .001$, $pr = .47$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyansı % 34'e yükselmiştir, $F_{değişimi}(1,113) = 38.46$, $p < .001$. Son olarak arkadaştan algılanan sosyal destek ($\beta = -.21$, t

(112) = -2.65, $p < .01$, $pr = -.20$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyans % 38'e yükselmiştir, $F_{değişimi} (1,112) = 7.05$, $p < .01$.

Bu bulgulara göre katılımcıların SED'leri ve OKB dışındaki psikolojik semptomları artıka; öte yandan, eğitim düzeyi ile algılanan arkadaş desteği azaldıkça ruhsal hastalıklardan kaynaklanan algılanan ayrımcılığın arttığı görülmüştür.

Tablo 19. Algılanan Ayrımcılık'ın Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	Sd	β	T (grup içi)	pr	R^2
I.Basamak: Demografik Değişkenler						
SED	9.52**	1,115	.28	3.09**	.28	.08
Eğitim Durumu	4.87*	1,114	-.19	-2.21*	-.19	.11
II.Basamak: Semptomlarla İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	38.46***	1,113	.48	6.20***	.47	.34
III.Basamak: Algılanan Sosyal Destek						
Arkadaş (ÇBASDÖ-Arkadaş)	7.05**	1,112	-.21	-2.65**	-.20	.38

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2: SED = Sosyo-ekonomik Düzey, KSE = Kısa Semptom Envanteri, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3.5.4. Sosyal Geri Çekilme'yi Yordayan Faktörler

Dördüncü regresyon analizinde Sosyal Geri Çekilme'yi yordayan faktörler incelenmiş ve demografik değişkenler arasında sadece eğitim durumu ($\beta = -.22$, $t (115) = -2.44$, $p < .05$, $pr = -.22$) regresyon denkleminde girerek tek başına varyansın % 5'ini

açıklamıştır, $F_{değişimi} (1,115) = 5.94, p < .05$. İkinci basamakta, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ($\beta = .59, t (114) = 7.98, p < .001, pr = .58$) denkleme girmiştir ve açıklanan varyansı % 39'a yükseltmiştir, $F_{değişimi} (1,114) = 63.73, p < .001$. Son olarak, arkadaştan alınan sosyal destek ($\beta = -.29, t (113) = -3.84, p < .001, pr = -.26$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyans % 46'ya yükselmiştir, $F_{değişimi} (1,113) = 14.71, p < .001$.

Bu sonuçlara göre; katılımcıların OKB dışındaki psikolojik semptomları artıkça, öte yandan, eğitim düzeyi ile algılanan arkadaş sosyal desteği azaldıkça ruhsal hastalıklardan kaynaklanan sosyal geri çekilmenin arttığı görülmüştür.

Tablo 20. Sosyal Geri Çekilme'nin Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	Sd	β	T (grup içi)	pr	R^2
I.Basamak: Demografik						
Değişkenler						
Eğitim Durumu	5.94*	1,115	-.22	-2.44*	-.22	.05
II.Basamak: Semptomlarla						
İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	63.73***	1,114	.59	7.98***	.58	.39
III.Basamak: Algılanan Sosyal						
Destek						
Arkadaş (ÇBASDÖ-Arkadaş)	14.71***	1,113	-.29	-3.84***	-.26	.46

Not 1: * $p < .05$, *** $p < .001$; Not 2: KSE = Kısa Semptom Envanteri, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3.5.5. Damgalanmaya Karşı Direnç'i Yordayan Faktörler

Beşinci regresyon analizinde ruhsal Damgalanmaya Karşı Direnç'i yordayan faktörler incelenmiş ve demografik değişkenlerden hiçbirinin anlamlı etkisi bulunmamıştır. İkinci basamakta, semptomlarla ilgili değişkenlerden OKB'nin şiddeti ($\beta = .39$, $t(115) = 4.52$, $p < .001$, $pr = .39$) denkleme girmiştir ve tek başına varyansın % 15'ini açıklamıştır, $F_{değişimi}(1,115) = 20.46$, $p < .001$). Üçüncü basamakta, özel birinden algılanan sosyal destek ($\beta = -.29$, $t(114) = -3.45$, $p \leq .001$, $pr = -.28$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyansı % 23'e yükselmiştir, $F_{değişimi}(1,114) = 11.92$, $p \leq .001$).

Bu bulgulara göre, OKB'nin şiddeti artıkça ve özel birinden algılanan destek azaldıkça damgalanmaya karşı direncin azaldığı görülmüştür.

Tablo 21. Damgalanmaya Karşı Direnç'in Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	Sd	β	T (grup içi)	pr	R^2
II.Basamak: Semptomlarla İlişkili Değişkenler						
YBOKÖ-Öz Değerlendirme	20.46***	1,115	.39	4.52***	.39	.15
III.Basamak: Algılanan Sosyal Destek						
Özel Bir İnsan (ÇBASDÖ-Özel)	11.92***	1,114	-.29	-3.45***	-.28	.23

Not 1: *** $p < .001$; Not 2: YBOKÖ-Öz Değerlendirme = Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3.6. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunu Yordayan Faktörler

OKB tanısı almış olan kişilerin ($n = 117$) profesyonel psikolojik yardım arama tutumunu yordayan faktörleri incelemek için 5 farklı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizlerdeki bağımlı değişkenler; Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ölçeği'nin (PPYATÖ) alt boyutları olan Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç, İhtiyaç Hissetme ve Sosyal Kabul'dür. Bağımsız değişkenler regresyon denklemine 4 basamakta girilmiştir. İlk basamakta olası etkilerini kontrol edebilmek için cinsiyet, yaş, eğitim ve SED gibi demografik değişkenler regresyon denklemine aşamalı yöntem kullanılarak alınmıştır. Demografik değişkenlerin olası etkisi kontrol edildikten sonra; ikinci basamakta obsesif kompulsif bozukluğun içeriği (DEK-Olabilirlik ve DEK-Ahlak), şiddeti (YBOKÖ-Öz Değerlendirme) ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar (Kısa Semptom Envateri) değişkenleri aşamalı yöntem kullanılarak denkleme girilmiştir. Üçüncü basamakta algılanan sosyal destek (Aile, Arkadaş ve Özel Bir İnsan) regresyon denklemine alınmıştır. Son olarak dördüncü adımda, ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutları regresyon denklemine yine aşamalı yöntemle girilmiştir.

3.6.1. Kişilerarası Açıklık'ı Yordayan Faktörler

İlk regresyon analizinde Kişilerarası Açıklık'ı yordayan faktörler incelenmiştir ve demografik değişkenlerden sadece SED ($\beta = .22$, $t(115) = 2.46$, $p < .05$, $pr = .22$) regresyon denklemine girmiş ve tek başına toplam varyansın % 5'ini açıklamıştır, $F_{değişimi}(1,115) = 6.05$, $p < .05$. İkinci basamakta, OKB dışındaki psikolojik semptomlar

($\beta = .31$, $t(114) = 3.54$, $p \leq .001$, $pr = .31$) denkleme girmiştir ve açıklanan varyansı % 14'e yükseltmiştir, $F_{değişimi}(1,114) = 12.57$, $p \leq .001$. Üçüncü basamakta, arkadaştan algılanan sosyal destek ($\beta = -.36$, $t(113) = -4.05$, $p < .001$, $pr = -.33$) anlamlı çıkmış ve açıklanan varyans % 25'e çıkmıştır, $F_{değişimi}(1,113) = 16.41$, $p < .001$. Son olarak, içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili alt boyutlardan sadece Sosyal Geri Çekilme'nin ($\beta = .30$, $t(112) = 2.79$, $p < .01$, $pr = .22$) kişilerarası açıklığı anlamlı olarak yordadığı ve açıklanan varsansın % 30'a yükseldiği bulunmuştur, $F_{değişimi}(1,112) = 7.81$, $p < .01$).

Bu sonuçlara göre; sosyoekonomik düzey, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ve ruhsal bir hastalık sebebiyle içe çekilme artıkça psikolojik yardım aramaya yönelik kendini açma eğiliminin azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte, arkadaştan algılanan sosyal destek, kendini açma eğilimini anlamlı olarak arttırmaktadır.

Tablo 22. Kişilerarası Açıklık'ın Yordayıcıları

	<i>F</i> değişimi	<i>Sd</i>	β	<i>t</i> (grup içi)	<i>Pr</i>	<i>R</i> ²
I.Basamak: Demografik						
Değişkenler						
SED	6.05*	1,115	.22	2.46*	.22	.05
II.Basamak: Semptomlarla						
İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	12.57***	1,114	.31	3.54***	.31	.14
III.Basamak: Algılanan Sosyal						
Destek						
Arkadaş (ÇBASDÖ-Arkadaş)	16.41***	1,113	-.36	-4.05***	.33	.25
IV.Basamak: İçselleştirilmiş						
Damgalanma						
Sosyal Geri Çekilme (RHİDÖ)	7.81**	1,112	.30	2.79**	.22	.30

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2: SED = Sosyo-ekonomik Düzey, KSE = Kısa Semptom Envanteri, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, RHİDÖ = Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

3.6.2. Zorlanma'yı Yordayan Faktörler

İkinci regresyon analizinde psikolojik yardım aramada Zorlanma'yı yordayan faktörler incelenmiştir ve demografik değişkenlerden hiçbirinin anlamlı etkisi bulunmamıştır. Semptomlarla ilgili değişkenlerden OKB dışındaki psikolojik semptomlar ($\beta = .85$, $t(115) = 17.39$, $p < .001$, $pr = 85.$) regresyon denklemine girmiş ve tek başına toplam varyansın % 72'ini açıklamıştır, ($F_{değişimi}(1,115) = 302.59$, $p < .001$). Psikolojik yardım aramada Zorlanma'yı en iyi yordayıcı ikinci faktör olarak içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından Algılanan Ayrımcılık ($\beta = -.14$, $t(114) = -$

2.49, $p < .05$, $pr = -.12$) denkleme girmiştir ve açıklanan varyansı % 74'e yükseltmiştir, $F_{değişimi} (1,114) = 6.21$, $p < .05$.

Bu sonuçlara göre; katılımcıların OKB dışındaki psikolojik semptomları arttıkça yardım aramakta daha az zorlanacakları bulunmuştur. Bununla birlikte, ruhsal hastalık nedeniyle algılanan ayrımcılık arttıkça yardım aramada daha fazla zorlanma yaşayabilecekleri kaydedilmiştir.

Tablo 23. Zorlanma'nın Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	Sd	B	t (grup içi)	pr	R^2
I.Basamak: Semptomlarla İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	302.59***	1,115	.85	17.39***	.85	.72
II.Basamak: İçselleştirilmiş Damgalanma						
Algılanan Ayrımcılık (RHİDÖ)	6.21**	1,114	-.14	-2.49**	.12	.74

Not 1: ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not 2: KSE = Kısa Semptom Envanteri, RHİDÖ = Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

3.6.3. Danışmaya Olan İnanç'ı Yordayan Faktörler

Üçüncü regresyon analizinde psikolojik yardım aramada Danışmaya Olan İnanç'ı yordayan faktörler incelenmiştir ve demografik değişkenlerden sadece cinsiyet ($\beta = -.19$, $t (115) = -2.06$, $p < .05$, $pr = -.19$) regresyon denklemine girerek varyansın %3'ünü açıklamıştır, $F_{değişimi} (1,115) = 4.23$, $p < .05$. İkinci basamakta, DEK-Olabilirlik ($\beta = -.20$, $t (114) = -2.17$, $p < .05$, $pr = -.20$) denkleme girmiştir ve açıklanan varyansı %7'ye yükseltmiştir, $F_{değişimi} (1,114) = 4.72$, $p < .05$. Son olarak üçüncü basamakta,

aileden algılanan sosyal destek ($\beta = .20$, $t(113) = 2.17$, $p < .05$, $pr = .19$) denkleme girmiştir ve açıklanan toplam varyans % 11'e yükselmiştir ($F(1,113) = 4.71$, $p < .05$).

Sonuçlara göre; obsesif düşünceye sahip olmanın istenmeyen durumu gerçekleştireceğine yönelik inanç azaldıkça ve aileden algılanan destek artıkça psikolojik yardım kaynaklarına yönelik inanç ve güvenin arttığı bulunmuştur.

Tablo 24. Danışmaya Olan İnanç'ın Yordayıcıları

	<i>F değişimi</i>	<i>Sd</i>	<i>B</i>	<i>t (grup içi)</i>	<i>pr</i>	<i>R²</i>
I.Basamak: Demografik Değişkenler						
Cinsiyet	4.23*	1,115	-.19	-2.06*	-.19	.03
I.Basamak: Semptomlarla İlişkili Değişkenler						
DEK-Olabilirlik	4.72**	1,114	-.20	-2.17*	-.20	.07
III.Basamak: Algılanan Sosyal Destek						
Aile (ÇBASDÖ)	4.71**	1,113	.20	2.17*	.19	.11

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$ Not 2: DEK = Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

3.6.4. İhtiyaç Hissetme'yi Yordayan Faktörler

Dördüncü regresyon analizinde yardım aramaya yönelik İhtiyaç Hissetme'yi yordayan faktörler incelenmiştir fakat anlamlı bir değişken bulunmamıştır.

3.6.5. Sosyal Kabul'ü Yordayan Faktörler

Beşinci regresyon analizinde psikolojik yardım aramada konusundaki olumsuz bilişleri değerlendiren Sosyal Kabul'ü yordayan faktörler incelenmiştir ve demografik değişkenlerden hiçbirinin anlamlı etkisi bulunmamıştır. Semptomlarla ilgili değişkenlerden OKB dışındaki psikolojik semptomlar ($\beta = .37$, $t(115) = 4.31$, $p < .001$, $pr = .37$) regresyon denklemine girmiş ve tek başına toplam varyansın % 14ünü açıklamıştır, ($F_{değişimi}(1,115) = 18.62$, $p < .001$). Psikolojik yardım aramada Sosyal Kabul'ü en iyi yordayıcı ikinci faktör olarak içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından Kalıp Yargıların Onaylanması ($\beta = .34$, $t(114) = 3.28$, $p \leq .001$, $pr = .27$) denkleme girmiştir ve açıklanan varyansı % 21'e yükseltmiştir, $F_{değişimi}(1,114) = 10.78$, $p \leq .001$.

Bu sonuçlar, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ve kalıp yargıların onaylanması arttıkça, ruhsal hastalığın sosyal olarak kabul edilebileceğine olan inancın azaldığını göstermiştir.

Tablo 25. Sosyal Kabul'ün Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	Sd	B	t (grup içi)	Pr	R^2
I.Basamak: Semptomlarla İlişkili Değişkenler						
OKB Dışındaki Psikolojik Semptomlar (KSE)	18.62***	1,115	.37	4.41***	.37	.14
II.Basamak: İçselleştirilmiş Damgalanma						
Algılanan Ayrımcılık (RHİDÖ)	10.78***	1,114	.34	3.28***	.27	.21

Not 1: *** $p \leq .001$; Not 2: KSE = Kısa Semptom Envanteri, RHİDÖ = Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

IV. BÖLÜM

TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ile ilişkili olabileceği düşünülen ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma, düşünce eylem kaynaşması, algılanan sosyal destek, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ve OKB'nin şiddeti gibi faktörler incelenmiştir. Bu amaçla öncelikle, çalışmadaki değişkenler arasındaki ilişkiler ve dahil olunan gruplar (OKB, OKB Belirti, Kontrol) düzeyindeki farklılıklar incelenmiştir. Daha sonra, içselleştirilmiş damgalanmayı ve profesyonel psikolojik yardım arama tutumunu yordayan faktörler ele alınmıştır.

4.1. Araştırmadaki Korelasyon Analiziyle İlişkili Bulgular

Bu çalışmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlara göre girici düşüncenin, istenmeyen durumu gerçekleştireceğine yönelik inanç ile düşüncenin ahlaki açıdan kabul edilmez olduğu inancı olumlu yönde ilişkilidir. OKB'de obsesyonların yapısı gereği; kişi kendini kötü, günahkâr, kontrolünü kaybedeceğini, düşünce içeriklerinden dolayı dışlanacağını ve tutuklanacağını düşünür (Rachman, 1997). Türkiyede yapılan bir çalışmada DEK-Ahlak boyutu obsesif semptomlarla DEK-Olabilirliğe göre daha fazla ilişkili bulunmuş ve bunun kültüre özgü nedenlerden olabileceği belirtilmiştir (Yorulmaz, Yılmaz ve Gençöz, 2003). Çalışmadaki bu pozitif yönlü ilişkinin etkisiyle belirtilerin, kişilerde daha fazla sıkıntıya neden olabileceği düşünülmektedir.

DEK-Olabilirlik içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları olan Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme ile pozitif yönlü ilişki göstermiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu dışında tüm boyutlarıyla ilişkili gözlenmesi, semptom şiddeti artıkça içselleştirilmiş damgalanmanın da arttığı şeklinde yorumlanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmayla ilgili birçok çalışmayı inceleyen bir gözden geçirme çalışmasının bulguları bu bulgu ile tutarlı olarak psikiyatrik semptom şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymuş; ve şiddetli semptomları olanların ruhsal hastalıklarından ötürü daha fazla damgalanma hissettiklerini göstermiştir (Boyd, Adler, Otilingam ve Peters, 2014).

Analiz sonucuna göre DEK- Olabilirlik alt boyutu psikolojik yardım arama tutumunu içeren Zorlanma boyutu arasında da pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir. Daha önce yapılan bir çalışmada da benzer bir bulgu ortaya konmuştur. Bu çalışmaya göre şiddet içerikli düşüncelerin ve istenmeyen diğer düşüncelerin şiddeti artıkça yardım arama eğilimi de anlamlı bir şekilde artmaktadır (Mayerovitch ve ark., 2003).

4.2. YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Psikometrik Özelliklerine Dair Bulgular

Bu çalışmada YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri incelenmiş ve bulgular YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetini değerlendiren tek faktörlü bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir. Aynı yapı formatına sahip olan YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi ile ilgili önceki çalışmalar faktör yapısıyla ilgili tutarsız sonuçlar ortaya koymuşlardır. McKay, Danyko, Neziroglu ve Yaryura-Tobias, (1995) ve Goodman (1989) YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi için Obsesyon ve Kompulsiyon alt boyutlarını içeren iki faktörlü

yapının varlığını ortaya koymuşlardır. Öte yandan Kim, Dysken, Pheley ve Hoover'in (1994) çalışması ile Moritz ve arkadaşlarının (2002) çalışması Obsesyon, Kompulsiyon ve Direnç olarak üç farklı faktör yapısından söz etmişlerdir. Başka bir çalışma, bu çalışmadaki sonuçlarla tutarlı olarak, YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi'nin obsesyon ve kompulsiyon olarak iki kategoriye ayrılmış olsa da tek faktörlü olduğunu rapor etmiştir (Fals-Stewart, 1992).

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin ayırışan (discriminant) geçerliliğine dair analiz sonuçları klinik örnekleme Obsesyon ve Kompulsiyon alt boyutlarının ve toplam ölçek puanının, klinik olmayan örneklem grubununkilere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Faktör yapısına dair tutarsız bilgilere rağmen YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi'nin OKB'nin semptom şiddetini değerlendirmede güvenilir olduğu ortaya konmuştur (Goodman (1989). Steketee ve arkadaşlarının (1996) OKB hastalarını içeren örnekleme ve klinik olmayan bir örnekleme YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi ve YBOKÖ-Öz Değerlendirme'yi karşılaştırmalı olarak inceledikleri çalışmaları, bu çalışmanın sonuçlarıyla tutarlı olarak YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin ayırışan geçerliliğini desteklenmiş ve ölçeğin klinik olmayan örnekleme de kullanılabileceğini ortaya koymuştur. Öğrencilerden oluşan bir örnekleme ölçeğin yakınsak ve ayırışan geçerliliği desteklenmiş; iki faktörlü (obsesyon, kompulsiyon) ya da üç faktörlü (obsesyon, kompulsiyon ve direnç/kontrol) yapının da uygun olabileceği belirtilmiştir (Ólafsson ve Snorrason, 2009). Bu çalışmada YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu da desteklenmiştir (Ólafsson ve Snorrason, 2009).

Bu çalışmada YBOKÖ-Öz Değerlendirme ve YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi arasındaki yakınsak geçerlilik klinik örnekleme incelenmiş ve iki ölçek arasında yüksek korelasyon bulunmuştur. Tutarlı olarak; Steketee ve arkadaşlarının (1996) çalışması YBOKÖ-Öz Değerlendirme ile YBOKÖ-Uzman Değerlendirmesi arasında klinik örnekleme ve klinik olmayan örnekleme de yüksek bir korelasyon olduğunu belirtmiştir (Ayrıca bakınız, Federici ve arkadaşları, 2010).

YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin iç tutarlılığı OKB tanısı alan ve herhangi bir tanıya sahip olmayan iki ayrı örnekleme Obsesyon alt ölçeği, Kompulsiyon alt ölçeği ve tüm ölçek için incelenmiştir. Her iki örnekleme de tüm ölçeğin ve alt boyutların yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu bulunmuştur. Steketee ve arkadaşlarının (1996) yaptığı benzer bir çalışmada YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin iç tutarlılık katsayısı klinik örnekleme .55 ile .78 arasında değişirken; klinik olmayan örnekleme .84 ile .89 arasında değişkenlik göstermiştir. Klinik örnekleme yapılan başka bir çalışmada YBOKÖ-Öz Değerlendirme'nin iç tutarlılık katsayısı .77 ile .88 arasında gözlenmiştir (Federici, 2010). Klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada ise .80 ile .87 arasında değişen iç tutarlılık katsayıları bu çalışmadaki sonuçlarla tutarlıdır (Ólafsson ve Snorrason, 2009).

4.3. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunun Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Profesyonel psikolojik yardım arama tutumunun (Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç, İhtiyaç Hissetme ve Sosyal Kabul) gruplar (OKB, OKB Belirti, Kontrol) arasında anlamlı olarak farklılaşacağı öngörülmüş ve bu varsayım Sosyal Kabul boyutu dışındaki tüm boyutlar için doğrulanmıştır.

İlk olarak, OKB Grubu'ndakilerin ve OKB Belirti Grubu'ndakilerin Kontrol Grubu'ndakilere göre daha az kendini açma, özel bilgileri başkasıyla paylaşma eğiliminde oldukları; ama OKB Grubu ve OKB Belirti Grubu'ndakilerin kendini açma anlamında anlamlı olarak birbirlerinden farklılaşmadıkları gözlenmiştir. Semptomlar OKB hastalarının günlük yaşamlarını olumsuz etkilediğinde hastalar semptomların daha erken farkına varmaktadır (Belloch ve ark., 2008). Düşünce ve davranışlara yönelik zayıf kontrol, bir ruhsal bozukluğun işareti olarak algılanmakta ve bu farkındalık profesyonel yardım arayışında aracı bir rol oynamaktadır (Belloch ve ark., 2008). Semptomların günlük yaşamı olumsuz etkilememesi ya da düşünce ve davranışların kontrol edilebilmesi OKB Belirti Grubu'nun problemin farkına varmasında; dolayısı ile, bir problemle ilgili kendilerini açmalarında engelleyici olabileceği düşünülmektedir. Farklı ruhsal bozuklar için psikoterapi alan hastalarla yapılan bir çalışmada da bu çalışmadaki bulgularla tutarlı olarak yardım aramada en zor ve zaman alan adımın problemi fark etmek olduğunu ortaya konmuştur (Saunders, 1993).

İkinci olarak, OKB Belirti Grubu'ndakiler psikolojik yardım arama konusunda diğer iki gruptakilere göre en az zorlanma bildirmişlerdir. OKB Belirti Grubu'nun zorlanmayacaklarını bildirmelerine rağmen yardım arayışında bulunmayışlarının hastalığa dair iç görü ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu sonuç, Beşiroğlu ve arkadaşların (2004) DSM'ye göre OKB tanısı alabilecek olan ama hiç yardım aramamış olan kişilerin semptomları konusunda düşük iç görüye sahip olduklarını ortaya koydukları çalışmalarının sonuçlarıyla da tutarlıdır.

Üçüncü olarak, OKB Grubu profesyonel kaynaklara en fazla inanan ve normal karşılayan gruptur. OKB Belirti Grubu'ndakilerin de Kontrol Grubu'ndakilere göre

profesyonel kaynaklara daha fazla inandıkları görülmektedir. Yardım arayan OKB hastaları için psikiyatrik tedavi öyküsü tedaviye erken başvuru için güçlü bir faktör ve bu durumun daha önce tedavi görenlerin tedavi yollarını bilmeleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Demet ve ark., 2010). Psikolojik yardım almış olanların, yaşadıkları semptomları daha kolay fark etme eğiliminde oldukları ve geçmiş deneyimleriyle yardım almaya yönelik olumsuz inançlarını kontrol edebildikleri için psikolojik danışmaya daha fazla güvendikleri düşünülmüştür. OKB Belirti Grubu'ndakilerin danışmaya inandıklarını belirtmiş olmalarına rağmen yardım arayışında bulunmalarının da iç görü, kavramıyla açıklanabileceği düşünülmüştür. Önceki çalışma bulgularına göre, kaygı ve duygu durum bozukluklarında problemi fark etmemenin yardım aramada en önemli engellerden biri olduğu; ve OKB'de problemin fark edilmesinin 7 yıl gibi bir zaman aldığı gözlenmiştir (Thompson ve ark., 2008). Ayrıca, hiç yardım arayışında bulunmayan OKB hastalarının % 28.4'ü kendi başlarına bu problemle baş edebileceklerini düşünmektedirler (Goodwin ve ark., 2002). Demet ve arkadaşlarının (2010) çalışması da düşük iç görüye sahip olanların iyi düzeyde iç görüye sahip olanlara göre tedaviyi iki kat daha fazla erteleme eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur.

Son olarak, psikolojik yardım aramaya en az düzeyde ihtiyaç hisseden OKB Belirti Grubu'dur. OKB Belirti Grubu'nun psikolojik yardıma en az düzeyde ihtiyaç hissediyor olmalarının sahip oldukları yetersiz iç görü nedeniyle psikopatolojiyi normalleştirmeleri olarak düşünülmüştür. Bununla tutarlı olarak, OKB hastalarıyla yapılan çalışmaya göre; semptomların günlük yaşamı etkilememesi nedeniyle bazı semptomların patolojik değil normal farklılıklar olarak görülmesinden dolayı hastalar tedaviye ihtiyaçları olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir (Williams ve ark., 2012).

Bu bulguyla tutarlı olarak; subklinik OKB’de bireylerin ruh sağlığı profesyonellerine OKB tanısı almış olanlar kadar sık gitmemekle birlikte, yaşam kalitelerindeki bozulmaya rağmen ruh sağlığı profesyonellerini sağlıklı kontrol grubundaki bireylere kıyasla da daha fazla ziyaret etmedikleri bilinmektedir (Grabe ve ark., 2000). Dolayısı ile OKB Belirti Grubu’ndakilerin yardım arayışında bulunmamalarında daha önce söz edildiği gibi iç görü eksikliğinin ve semptomları günlük yaşantılarına adapte etmiş olabileceklerinin etkisi olabileceği düşünölmüştür.

4.4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanmasının (Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç) gruplara (OKB, OKB Belirti, Kontrol) göre anlamlı olarak farklılaşacağı düşünölmüş ve bu varsayım Damgalanmaya Karşı Direnç boyutu dışındaki tüm boyutlar için doğrulanmıştır.

İlk olarak en fazla OKB Grubu’ndakilerin daha sonra OKB Belirti Grubu’ndakilerin yabancılaşma yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre uzun süredir ruhsal bozukluk tanısı almış bireyler kendilerini istenmeyen, savunmasız ve marjinal olarak algılamakta; semptomlarından dolayı kendilerini tuhaf görmekte, umutsuz ve geleceğe dair endişe duyabilmektedirler (Erdner, Magnusson, Nyström ve Lützen, 2005). Tedavi görmekte olan psikiyatri hastaları da ayrımcılığa maruz kalmakta ve içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadırlar (Krajewski, Burazeri ve Brand, 2013). OKB Grubu’ndakilerin psikiyatrik bir tanı aldıkları ve semptomlar yaşamlarını zorlaştırdığı için düşük benlik saygısı geliştirmeleri sonucu daha fazla

yabancılaşma yaşadıkları, OKB Belirti Grubu'ndakilerin ise hem bir tanı almadıkları hem de semptomları yaşamlarına adapte ettikleri için aynı düzeyde yetersizlik ve düşük benlik saygısı yaşamadıklarından dolayı yabancılaşmayı daha az yaşadıkları düşünülmüştür.

İkinci olarak, OKB Grubu'ndakiler ve OKB Belirti Grubu'ndakiler eşit düzeyde ruhsal hastalıklar konusundaki kalıp yargıları onaylamaktadır. Tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalar % 33 oranında içselleştirilmiş damgalanma yaşadıklarını ve % 67 oranında ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal damgalanma algıladıklarını rapor etmişlerdir (Krajewski, Burazeri ve Brand, 2013). Toplumsal damgalama içselleştirilmiş damgalanma deneyimine katkıda bulunur. Daha sonra içselleştirilmiş damgalanma yardım arama tutumunu ve niyetini doğrudan tek başına etkiler; ve toplumsal damgalama da yardım arama tutumunu içselleştirilmiş damgalanma üzerinden dolaylı olarak etkiler (Vogel ve Wade, 2009). Yani kişi ruhsal hastalıklarla ilgili stereotipleri kendine yöneltip içselleştirmese dahi ruhsal hastalıklara yönelik stereotipleri onaylayabilmektedir. Bu durumun hem yardım arayanların hem de yardım aramayanların kalıp yargıların onaylanması boyutunda benzer bir tutuma sahip olmalarını açıklayabildiği düşünülmektedir. Toplumda psikolojik yardım alanlara yönelik varolan önyargıların ruh sağlığı servislerine başvuruyu düşünülenenden daha fazla engelleyebileceği; dolayısıyla, damgalanma ile ilgili farkındalığa yönelik çalışmaların önemi ve aciliyeti konusunda bu bulgunun yönlendirici olabileceği düşünülmüştür.

Üçüncü olarak, Algılanan Ayrımcılık boyutunda OKB Belirti Grubu, Kontrol Grubu'ndakilere kıyasla anlamlı derecede daha fazla ve OKB Grubu'ndakilerle eşit düzeyde ayrımcılık algılamakta ve toplumdan dışlanacaklarını düşünmektedirler. OKB

Belirti Grubu'nun bir tanı almamış olsa da tanı alanlarla eşit düzeyde ayrımcılık algılamaları, hastalarla birlikte yakın sosyal çevrelerinin de bu semptomlarla yaşamak zorunda olmaları nedeniyle ayrımcılığa neden olacak davranışlar sergileyebileceğini akla getirmektedir. Duygu dışavurumu, hastanın yakın çevresinin hastalara karşı olan eleştirel, öfkeli veya aşırı ilgili tutumlarını içermektedir (Butzlaff ve Hooley, 1998). Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin yer aldığı ailelerde de yüksek duygudışa vurumu görülebilmektedir (Koujalgi, Nayak, Patil ve Chate, 2014). Hastalar, aile üyelerinin kirli alanlara maruz kalmamaları, maruz kalırlarsa temizlenmeleri, ocak ve kapıları kontrol etmeye yardım etmelerini istemeleri gibi biktırıcı talepleri nedeniyle öfke patlamalarına ve baskıya maruz kalabilmekte; bu durum aile ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Koran, 2000). Bu tarz duygu dışavurumları hastalar tarafından ayrımcılıkla ilgili deneyimlerin yaşanmasına öncülük edebilir ve yardım arayışının ertelenmesine neden olabilir. Yapılan bir çalışmanın bulguları da bu varsayımı doğrular niteliktedir. Buna göre; ayrımcılıkla ilgili yaşanan deneyimler tedavi arayışını erteleme ve tedaviye düşük uyumu tetikleyebilmektedir (Casagrande, Gary, LaVeist, Gaskin ve Cooper, 2007).

Son olarak, OKB Grubu'ndakiler ve OKB Belirti Grubu'ndakiler eşit düzeyde ruhsal hastalıktan ötürü sosyal geri çekilme yaşamaktadırlar. Daha önce de sözünü ettiğimiz gibi aile üyeleri de bu semptomlarla yaşamaları nedeniyle ayrımcılık olarak algılanabilecek baskıcı davranışlar sergileyebilmektedir. Yüksek derecede ayrımcılık yaşayanlar da ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargıları daha fazla onaylama ve sosyal olarak geri çekilme eğilimindedir (Drapalski ve ark., 2013). Yardım arayanlar ve aramayanların eşit düzeyde sosyal gerilme çekilme yaşamaları, çevrelerinden gelen bu

tarz olumsuz tepkilerden etkilenmeleri ile açıklanabilir. İçselleştirilmiş damgalanma, sosyal kaçınmayı ve kaçınan başa çıkma stratejilerini kullanmayı artırıcıdır (Yanos, Roe, Markus ve Lysaker, 2008). Bu nedenle, içselleştirmiş damgalanma yaşayanlar kendini yalnız hissetmekte ve aşırı derece kaçınan olabilmektedirler (Abiri, Oakley, Hitchcock ve Hall, 2015).

4.5. Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Algılanan sosyal desteğin (Aile, Arkadaşlar, Özel Bir İnsan) gruplara göre (OKB, OKB Belirti, Kontrol) değişiklik gösterdiği ön görülmüş ve aileden algılanan destek dışında bu varsayım doğrulanmıştır.

Sonuçlar, OKB Grubu'nun OKB Belirti Grubu'yla eşit düzeyde ve ikisinin Kontrol Grubu'ndakilere kıyasla daha az arkadaşlarından ve özel birinden sosyal destek algıladıklarını göstermiştir. Daha önce, OKB hastasına yönelik yakın çevresinden yüksek duygu dışavurumu olduğunu (Koujalgi, Nayak, Patil ve Chate, 2014); hastaların biktırıcı talepleri nedeniyle öfke patlamalarına ve baskıya maruz kalabildikleri belirtilmişti (Koran, 2000). Hasta yakınları obsesyon ve kompulsiyonların anlaşılmasız ve tuhaf olarak algılanmasından ötürü yaşamın farklı alanlarında damgalanma yaşayabilmektedirler ve kompulsif ritüellerin yarattığı utancı yaşamamak için hastaların bu ritüelleri toplum içinde yapmalarına engel olmaya çalışmaktadırlar (Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich ve Angermeyer, 2004). Herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmayanlara kıyasla, OKB'si olanların daha az arkadaşına sahip oldukları, arkadaş edinirken zorlandıkları, arkadaşları tarafından daha fazla eleştiriye maruz kaldıkları ve arkadaşları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu yaşadıkları bilinmektedir (Borda, Feinstein, Neziroglu, Veccia ve Perez-Rivera, 2013). Arkadaşlık ya da özel

biriyle ilişkideki bağlar, aile bağlarındaki gibi bir zorunluluğa dayalı değildir ve OKB'nin yapısından ötürü bu iki sosyal destek grubundaki ilişkileri yıpratılabileceği ve dolayısıyla bu kaynaklardan daha az sosyal destek algılandığı düşünülebilir.

4.6. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmayı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

OKB tanısına sahip bireylerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayı (Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç) yordayan faktörler incelenmiştir.

4.6.1. Yabancılaşmayı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu çalışmanın bulgularına göre, OKB'nin şiddeti ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar artıkça hissedilen yabancılaşma artmaktadır. Bu sonuçta tutarlı olarak ayakta tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışma, içselleştirilmiş damgalanmadan ötürü yaşanan yabancılaşmanın şiddetli depresyon semptomları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Ritsher ve Phelan, 2004).

Ayrıca, çalışma sonucuna göre eğitim düzeyi arttıkça yabancılaşma azalmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmayla ilgili olarak katılımcıların yaklaşık % 40 gibi bir oranla en çok yabancılaşma hissettiklerini bildikleri bir çalışmada, eğitim düzeyi ile ilgili bilgiler de yer almaktadır. Buna göre; ilköğretim ve orta öğretime kıyasla üniversite düzeyi eğitime sahip olanlar anlamlı olarak daha düşük düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirmişlerdir (Brohan ve ark., 2011). Bu bulgu yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin, ruhsal hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi sahibi oldukları için varolan toplumsal önyargıları daha az içselleştirme eğiliminde oldukları

şeklinde değerlendirilmiştir. Bu bulgu aynı zamanda ruh sağlığında damgalanma ile ilgili psikoeğitim programlarının geliştirilmesinin ve uygulanmasının önemine de işaret etmektedir.

Son olarak bu çalışmada özel bir insandan algılanan destek artıkça yabancılaştırmanın azaldığı bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu ile yapılan bir çalışmada yüksek sosyal destek algısı ile ruhsal hastalıklardan kaynaklı hissedilen düşük ayrımcılık algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Aukst-Margetić, Toić, Furjan, Boban ve Margetić, 2009). Benzer şekilde Varan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da sosyal destek artıkça ruhsal hastalıktan ötürü algılanan ayrımcılığın azaldığı ortaya konmuştur.

4.6.2. Kalıp Yargıların Onaylanmasını Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışma sonuçları, OKB dışındaki psikolojik semptomlar artıkça; bununla birlikte, eğitim düzeyi ile özel birinden algılanan sosyal destek azaldıkça toplumun ruhsal hastalıklara yönelik kalıp yargılarını daha fazla onaylama eğilimini ortaya koymuştur. Bu sonuçla tutarlı olarak Ritsher ve Phelan'ın (2004) çalışmasında ruhsal hastalıklarla ilgili varolan kalıp yargılara dair onaylama ile şiddetli depresif semptomlar arasında önemli bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, depresyon tanısı olan kişilerle yapılan bir çalışmada ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlar ve yalnız olanların içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili olarak kalıp yargıları daha fazla onayladıkları gözlenmiştir (Werner, Stein-Shvachman ve Heinik, 2009).

4.6.3. Algılanan Ayrımcılığı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışma sonuçları ilk olarak, SED ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar artıkça ruhsal hastalıklardan kaynaklanan ayrımcılık algısının da arttığını göstermiştir. Depresyon tanısı olan kişilerle yapılan bir çalışmada düşük SED'ye sahip olanların içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili olarak anlamlı derecede daha fazla ayrımcılık algıladıkları belirtilmiştir (Werner, Stein-Shvachman ve Heinik, 2009). Bu çalışmanın sonuçlarına göre ise SED artıkça algılanan ayrımcılık artmaktadır. Roeloffs, Sherbourne, Ünützer, Fink, Tang ve Wells'in (2003) çalışmasına göre kişiler, depresyona bağlı damgalamanın % 67 gibi yüksek bir oranda istihdam durumu ya da iş üzerinde olumsuz etkisi olacağını düşünmekte; bu düşünce de yardım ihtiyacının dile getirilmesini olumsuz yönde etkilemektedir. OKB'nin yapısı gereği tekrarlayan obsesif düşünce ve davranışlara ek olarak eş tanının artması sonucu hastalar, sosyal hayattan izole şekilde yaşamak durumunda kalabilir. Yüksek SED'ye sahip olan hastalar maddi olanaklarının sağlamış olduğu imkanlara rağmen sınırlı bir yaşam sürdürmek durumunda kaldıklarında ruhsal bir hastalıktan ötürü daha fazla kayıp deneyimlemiş olacaktırlar. Bundan ötürü SED artıkça hastaların daha fazla ayrımcılık algılamış olabilecekleri düşünülmüştür.

Öte yandan bu çalışmanın sonucuna göre eğitim düzeyi düştükçe ve algılanan arkadaş desteği azaldıkça, ruhsal hastalıklardan kaynaklanan algılanan ayrımcılık artmaktadır. Depresyon hastaları arasında, daha fazla ayrımcılık algılayanların daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu da ortaya konmuştur (Werner, Stein-Shvachman ve Heinik, 2009). Şizofreni hastalarının sahip olduğu sosyal ağı değerlendiren bir çalışmada, zayıf sosyal ağın içselleştirilmiş damgalanmayı ve algılanan ayrımcılığı artırdığı da görülmüştür (Sibitz ve ark., 2011).

4.6.4. Sosyal Geri Çekilmeyi Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu çalışmada OKB dışındaki psikolojik semptomlar artıkça ruhsal hastalıklardan kaynaklanan sosyal geri çekilmenin de arttığı bulunmuştur. Bu sonuçla tutarlı olarak ruhsal hastalıktan ötürü sosyal geri çekilmenin depresyon şiddeti tarafından öngörüldüğü ortaya konmuştur (Ritsher ve Phelan, 2004).

Öte yandan çalışma bulgularına göre eğitim düzeyi ile algılanan arkadaş sosyal desteği azaldıkça, ruhsal hastalıklardan kaynaklanan sosyal geri çekilme artmaktadır. Katılımcıların yabancılaşmadan sonra, içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili olarak yaklaşık olarak % 29 oranında sosyal olarak geri çekilme deneyimi bildirdikleri bir çalışmaya göre, eğitim düzeyi ile ilgili olarak ilköğretim ve orta öğretime kıyasla üniversite düzeyi eğitime sahip olanlar anlamlı olarak daha düşük düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirmişlerdir (Brohan ve ark., 2011). Eğitim seviyesindeki artış ile kişinin ruhsal bozuklukların oluşumuna dair bilgisinin arttığı ve ruhsal bir hastalıktan ötürü sosyal olarak rededileceğine ya da sosyal bir mesafeye maruz kalacağına dair önyargıları içselleştirmede için daha az sosyal geri çekilme yaşayacağı düşünülebilir.

Yapılan başka bir çalışmada depresyona bağlı damgalamanın arkadaşlık ilişkilerine anlamlı derece olumsuz etkileri olabileceğine dair endişeler bildirilmiş ve bu endişelerden ötürü yetersiz sağlığı arayışı gözlenmiştir (Roeloffs, Sherbourne, Unützer, Fink, Tang ve Wells, 2003). Kişinin en yakın sosyal ağının, aileden sonra arkadaş çevresi olduğu düşünülürse, arkadaş desteğinin eksikliğinin, bireyin toplumda var olabilme motivasyonunu olumsuz yönde etkileyip sosyal çevreden kopmasını pekiştirebileceği düşünülebilir.

4.6.5. Damgalanmaya Karşı Direnci Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışma bulgularına göre, OKB'nin şiddeti artıkça damgalanmaya karşı direncin azaldığı görülmüştür. Travma sonrası stres bozukluğu ile yapılan bir çalışmaya göre semptom şiddeti artıkça, algılanan damgalanmanın da anlamlı derece arttığı gözlenmiştir (Aukst-Margetić, Toić, Furjan, Boban ve Margetić, 2009). Semptom şiddetiyle birlikte damgalanma algısının da artmasının damgalanmaya karşı direnci olumsuz yönde etkileyeceği düşünülebilir.

Bu çalışmada ayrıca, özel bir insandan algılanan destek azaldıkça, toplumun damgalamasına yönelik direnç azalmaktadır. Bu sonuçla tutarlı olarak yeterli sayıda arkadaşına sahip olma fırsatından ötürü bekar/evli olmak ayrılmış olmaya (arkadaşlarıyla daha az iletişim halinde olduklarını belirtmişlerdir) kıyasla damgalanmaya karşı yüksek direnç ile ilişkili bulunmuştur (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek ve Amering, 2011). Depresyonla başa çıkmada algılanan sosyal desteğin etkisini araştıran bir çalışmada, aile desteğinden sonra özel bir insandan algılanan sosyal destek ile depresyonla baş etme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Albal ve Kutlu, 2010). Bu bulgularda özel bir insandan algılanan desteğin, sadece semptomlarla değil toplumun olumsuz önyargısıyla da baş etmede olumlu bir etkisinin olduğu görülmektedir.

4.7. Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumunu Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

OKB tanısına sahip kişilerin profesyonel psikolojik yardım arama tutumunu (Kişilerarası Açıklık, Zorlanma, Danışmaya Olan İnanç ve Sosyal Kabul) yordayan faktörler incelenmiştir.

4.7.1. Kişilerarası Açıklığı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu çalışmanın sonuçlarına göre; sosyoekonomik düzey, OKB dışındaki psikolojik semptomlar ve ruhsal bir hastalık sebebiyle içe çekilme artıkça psikolojik yardım aramaya yönelik kendini açma eğilimi azalmaktadır. Bu bulgular önceki çalışmalarla tutarlıdır. Öğrencilerle yapılan bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeye sahip öğrencilerin profesyonel yardım aramaya yönelik daha olumsuz tutumlara sahip oldukları gözlenmiştir (Özbay, Terzi, Erkan ve Çankaya, 2011). Livingston ve Boyd'un çalışması (2010) ise yüksek psikiyatrik semptom şiddeti ile genel olarak içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yüksek semptom şiddetinin kişinin kendisine dair bir yetersizlik algısı yaratmış olabileceği ve yüksek sosyoekonomik düzeyin sağlamış olduğu fırsatları kaçırmamak için kendini saklama eğiliminin artmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya göre arkadaştan algılanan sosyal destek kendini açma eğilimini anlamlı olarak arttırmaktadır. Profesyonel yardım arama sürecinde, çevresindekilerin psikolojik yardım aldığını bildiklerinde ne düşüneceklerine yönelik inançlar yaklaşık % 40 oranında OKB hastaları tarafından tedavinin önündeki önemli bir engel olarak belirtilmiştir (Marques ve ark., 2010). Dolayısı ile algılanan sosyal desteğin artmasının kendini açmaya yönelik isteği ve dolayısı ile psikolojik yardım aramayı olumlu şekilde etkileyeceği düşünülmektedir. Dew, Bromet, Schulberg, Parkinson ve Curtis'in (1991) çalışmasında da depresif semptomları nedeniyle psikolojik yardım arayanlar aramayanlara kıyasla, daha fazla yardım almalarını öneren arkadaşları ya da yakınları olduğunu bildirmişlerdir.

4.7.2. Zorlanmayı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu çalışmada; OKB dışındaki psikolojik semptomlar arttıkça kişilerin yardım aramada daha az zorlanacakları bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışma sonuçlarıyla tutarlıdır. OKB'ye sahip olanların yaşadıkları rahatsızlığı ve hastalığı saklama eğiliminde oldukları halde özellikle eşlik eden komorbid semptom sayısının artmasının tedavi arayışını artırdığı görülmüştür (Mayerovitch ve ark., 2003).

Bununla birlikte, ruhsal hastalık nedeniyle algılanan ayrımcılık arttıkça kişilerin yardım aramada daha fazla zorlanacakları sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu ile tutarlı olarak bir çalışmada ruhsal bozukluk tanısı almış kişilere yapılan ayrımcılığa dair beklentinin, kişinin tedaviden kaçması ya da tedaviyi ertelemesi olasılığını artırdığı sonucuna varılmıştır (Henderson, Evans-Lacko ve Thornicroft, 2013). Ayrımcılık algısının artmasının psikolojik yardım aramaya yönelik olumsuz bilişleri harekete geçirdiği için yardım aramada daha fazla zorlanma yaşanabileceği düşünülmüştür.

4.7.3 Danışmaya Olan İnancı Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışmanın sonuçlarına göre obsesif düşünceye sahip olmanın istenmeyen durumu gerçekleştireceğine yönelik inancın azalması psikolojik yardım kaynaklarına yönelik inanç ve güveni artmaktadır. Bu sonuçla tutarlı olarak, OKB'de yardım arayışının önündeki engelleri inceleyen başka bir çalışmaya göre düşünce içeriğinden utanma, korkma ve düşüncelerinden birine söz ederse gerçekleşeceğine yönelik inançlar OKB'de tedavinin ertelenmesine neden olmakta (Belloch ve ark., 2008) ve kabul edilemez içerikteki düşüncelere sahip olanlar tedavinin işe yaramayacağını düşünmektedirler (Glazier ve ark., 2015). Bireyin, OKB'de olabirliğe dair inançlarını diğer semptom alanlarına göre daha ciddi algılama ve dolayısı ile tedaviye yönelik

müdahale girişimlerinin başarısız olacağını düşünme eğiliminde olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada aileden algılanan destek arttıkça psikolojik yardım kaynaklarına yönelik inanç ve güvenin arttığı bulunmuştur. Bu bulguyla tutarlı olarak insanların aile desteğini yanlarında hissettikleri zaman yardım arama konusunda daha az zorlandıkları, profesyonel danışmaya olan inançlarının arttığı ve ihtiyaç hissettiklerinde profesyonel yardım kaynaklarına yönelebilecekleri belirtilmiştir (Arslantaş, Dereboy, Aştı ve Pektekin, 2011).

4.7.4. Sosyal Kabulü Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışma sonuçları OKB dışındaki psikolojik semptomlar ve kalıp yargıların onaylanması arttıkça, ruhsal hastalığın sosyal olarak kabul edilebileceğine olan inancın azaldığını göstermiştir. Önceki çalışmalara göre yüksek semptom şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki vardır (Livingston ve Boyd, 2010) ve tedaviden kaçma ya da erteleme olasılığı ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı olan önyargılar sonucu artırmaktadır (Henderson, Evans-Lacko ve Thornicroft, 2013). Ayrıca, psikolojik semptomların artması ruhsal bozukluklara dair varolan önyargıların daha fazla içselleştirilmesine neden olabilir. Bu da kişinin ruhsal bir hastalıktan ötürü sosyal olarak kabul edilmez olduğuna dair inançlarını tetikleyebilir.

4.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Obsesif kompulsif bozuklukta profesyonel yardım arama tutumu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma söz konusudur. Türkiye’de bu konuyla ilgili olarak Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) ile Demet ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olan sadece iki

çalışma mevcuttur. Bu anlamda çalışmanın alanyazına önemli katkısı olduğu düşünülmektedir. Önceki çalışmalarda yardım arayan OKB hastaları kendi içinde tedaviyi uzun süre erteleyenler ve hemen yardım arayışında bulunanlar olarak karşılaştırılmıştır. Bununla birlikte Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında OKB tanısı alması gerekecek düzeyde iken hiç yardım arayamayanlar ve yardım arayan OKB hastaları küçük bir örnekleme karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada ise üç farklı grup (OKB, OKB Belirti, Kontrol) karşılaştırılmıştır. Geniş bir örneklemeden üç grup eşleme yöntemi ile belirlenerek, gruplar arası yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi karıştırıcı değişkenler kontrol edilmiştir. Bu çalışmada yardım aramanın geciktirilmesi *'şikayetler başladıktan ne kadar zaman sonra profesyonel psikolojik yardım alındığı'* sorusuyla değerlendirilmiş, fakat katılımcıların soruyu farklı algıladıkları gözlenerek soru değerlendirmeden çıkarılmış; bu kısıtlılığın üstesinden gelmek için OKB Belirti Grubu oluşturulup soruna yönelik farkındalığın karıştırıcı etkisi kontrol edilmeye çalışılmıştır.

OKB'de damgalanma ve utanma ile ilgili çalışmalar yapılmış olsa da içselleştirilmiş damgalanmanın etkisinin daha önce araştırılmamış olması da çalışmanın sağladığı katkılardan biridir. Çalışmanın bir diğer katkısı da YBOKÖ Öz-Değerlendirme'nin bu çalışma ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunun ortaya konmasıdır. Sonraki çalışmalarda bu ölçek OKB'de sıkça kullanılan özbildirime dayalı diğer ölçeklerle (Padua Envanteri, Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Envanteri gibi) değerlendirilerek güvenilirlik ve geçerliliği desteklenebilir.

Bu çalışmanın sınırlılıklarına bakıldığında, OKB Grubu için kağıt kalem yoluyla toplanan veri ile internet üzerinden toplanan veri sayısı eşit oranda olmadığı için, bu iki

veri arasında bir fark olup olmadığı incelenememiştir. Fakat kağıt kalem yoluyla toplanan verilerin de katılımcılar tarafından bireysel olarak cevaplandırıldığı için; veri toplama şeklinin sonuçlar üzerinde anlamlı bir farka neden olmadığı öngörülebilir. Bir diğer sınırlılık ise, internetten toplanan veriler için sadece internet kullanabilen katılımcıların çalışmaya katılmış olmasıdır. Bir diğer sınırlılık ise içselleştirilmiş damgalanma ve yardım arama tutumlarının yordayıcılarının kesitsel bir çalışma ile gözlenmiş olmasıdır. Bu nedenle, söz konusu faktörlerin direk etkisinden bahsedilemez. Boylamsal bir çalışma ile yardım arama ve damgalanmanın zaman içinde değişiminin incelenmesi, bu çalışmada ele alınmayan faktörlerin ortaya çıkmasına katkı sağlayabilir.

4.9. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada psikolojik yardım arama tutumu konusunda OKB Grubu, OKB Belirti Grubu ve Kontrol Grubu arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Hiç yardım aramamış olan OKB Belirti Grubu'nun yardım arama sürecinde hastalık belirtilerine dair içgörü eksikliği yaşadıkları ve içselleştirilmiş damgalanmadan ötürü daha az kendini açma eğiliminde oldukları sonucuna varılmıştır.

Profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili faktörlerin anlaşılması, etkili müdahale teknikleri geliştirmek için önemlidir. Çalışma sonuçları OKB hastalarının % 76 oranında utandıkları için yardım aramadıklarını (Vuong, Gellatly, Lovell ve Bee, 2016) ve OKB'de utancın semptom şiddetinden daha fazla yaşam kalitesini yordadığını işaret etmektedir (Singh, Wetterneck, Williams ve Knott, 2016). İçselleştirilmiş damgalanma OKB'deki utancın nedenine açıklık getiricidir. Sonraki çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanma ve utanç arasındaki ilişkiye odaklanması faydalı olabilir. Obsesyon içeriği ve damgalanma

arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsel obsesyonların, bulaşma obsesyonlarına kıyasla daha az kabul edilebilir ve daha fazla damgalayıcı olarak algılandığı ve bu endişelerden dolayı kişilerin cinsel obsesyonları bulaşma obsesyonlarına kıyasla açıklanmaktan kaçındıkları görülmektedir (Cathey ve Wetterneck, 2013). Bununla tutarlı olarak; rahatsız edici içerikteki obsesyonlar, zarar verme obsesyonları ve simetri/düzenleme obsesyonları kendini gizleme ile ilişkili görülürken bulaşma obsesyonları ile kendini gizleme arasında bir ilişki görülmediği bilinmektedir (Wheaton, Sternberg, McFarlane ve Sarda, 2016). Daha fazla kendini gizleme eğilimi bildiren OKB hastaları profesyonel yardım aramaya yönelik daha olumsuz tutumlara sahip olmaktadır (Wheaton ve ark., 2016). Fakat aynı zamanda yardım arayanların aramayanlara kıyasla daha fazla zarar verme ve dini obsesyonlara sahip oldukları da bilinmektedir (Beşiroğlu ve ark., 2004). Ayrıca, Türkiye'nin temizlik konusundaki kültürel yapısı da göz önüne alındığında, bulaşma obsesyonlarının daha az bir hastalık belirtisi olarak yorumlanabileceği de düşünülebilir. Bundan dolayı obsesyon içeriğinin hem yardım arama tutumu hem de içselleştirilmiş damgalanmayı nasıl etkilediği sonraki çalışmalarla incelenebilir.

Çalışma sonuçları yüksek duygu dışavurumunun hissedilen damgalanma ile ilişkili olduğunu da göstermektedir (Phillips, Pearson, Xu ve Yang, 2002). OKB'ye sahip olanların rahatsız edici içerikteki düşüncelerini açıkladıkları zaman arkadaşları tarafından daha fazla sosyal olarak reddedildikleri (Cathey ve Wetterneck, 2013) göz önüne alınırsa OKB ile mücadele etmek için içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili olarak hastaları, aile üyelerini ve bu alanda çalışan uzmanları da kapsayan psikoeğitimler planlanabilir. Bu psikoeğitimlerin etkinliği sonraki çalışmalarla incelenebilir.

Erken tanı ve yardım arayışının artırılmasıyla ilgili önleyici çalışmalarla OKB'nin öne sürülen kronik yapısı yeniden değerlendirilebilir. Sağlık sistemindeki yeni düzenlemelerle psikoterapi için devlet desteği sağlanabilir ve böylece psikoterapinin sağaltıcı etkisinden yararlanılabilir. OKB'nin kronikleşmesi hayat kalitesini düşürücüdür. İşlevselliğin düşmemesi için yardım arayışının önündeki engellerin kaldırılması önemlidir.



KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı* 5. Baskı (DSM-5) Çev. Ed. E. Köroğlu, E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Albal, E. ve Kutlu, Y. (2010). The relationship between the Depression Coping Self-Efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing, 1*(3), 115-120.
- Abiri, S., Oakley, L. D., Hitchcock, M. E., & Hall, A. (2015). Stigma related avoidance in people living with severe mental illness (SMI): Findings of an integrative review. *Community mental health journal, 52* (3), 251-261.
- Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51* (7), 407-416.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29* (2), 339-355.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A. ve Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 17* (1), 113.
- Amir, N., Foa, E. B. ve Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 9*, 312–316.
- Andrews, G., Issakidis, C. ve Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry, 179*, 417– 425.

- Aardema, F., Radomsky, A. S., O' Connor, K. P. ve Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15, 227-238.
- Arslantaş, H., Dereboy, I. F., Astı, N. ve Pektekin, Ç. (2011). Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12 (1), 17- 23.
- Augoustinos M., Ahrens C. ve Innes J. M. (1994). Stereotypes and prejudice: the Australian experience. *British Journal Social Psychology*, 33, 125–141.
- B. Aukst-Margetić, G. Toić, Z. Furjan, A. Boban ve B. Margetić (2009). Stigma and posttraumatic stress disorder. *European Psychiatry*, 24 (1), 518.
- Baer, L. (1991). *Getting control: overcoming obsessions and compulsions*. New York: Plume.
- Belloch, A., Valle, G., Morillo, C., Carrio, C. ve Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive compulsive disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44 (4), 257-264.
- Berle, D. ve Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: review of literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263–284.

- Beşiroğlu, L., Çilli, A. S. ve Aşk, R. (2004). The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (2), 99-108.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., Thornicroft, G. ve GAMIAN–Europe Study Group. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of affective disorders*, 129 (1), 56-63.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A. ve Bousono, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16 (4), 239-245.
- Borda, T., Feinstein, B. A., Neziroglu, F., Veccia, T. ve Perez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive–compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2 (4), 359-365.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G. ve Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive psychiatry*, 55 (1), 221-231.
- Butzlaff, R. L. ve Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta analysis. *Archives of general psychiatry*, 55 (6), 547-552.

- Cathey, A. J. ve Wetterneck, C. T. (2013). Stigma and disclosure of intrusive thoughts about sexual themes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2 (4), 439-443.
- Cameron, L., Leventhal, E. A. ve Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12 (3), 171.
- Casagrande, S. S., Gary, T. L., LaVeist, T. A., Gaskin, D. J. ve Cooper, L. A. (2007). Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community. *Journal of general internal medicine*, 22 (3), 389-395.
- Chadda, R. K., Agarwal, V., Singh, M. C. ve Raheja, D. (2001). Help seeking behaviour of psychiatric patients before seeking care at a mental hospital. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (4), 71-78.
- Clark, D. A. ve Purdon, C. L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (8), 967-976.
- Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: The Guilford Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38 (5), 300-314.

- Cohen, S. ve Wills, T.A. (1985). Stress, socila support and buferring hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Conner, O. (2008). Mental health seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *Doctoral disertation University of Pittsburg*.
- Corrigan, P. W. ve Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma.
- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 296.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5 (2), 201-222.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59 (7), 614.
- Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychistry*, 1 (1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Lickey, S. L. ve Perm, D. L. (2001). Prejudice, Social Distance and Familiarity with Mental Illness by. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (2), 219-225.
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A re-analysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 381-387.

- Cogle, J. R., Lee, H. J. ve Salkovskis, P. M. (2007). Are responsibility beliefs inflated in non checking OCD patients? *Journal of anxiety disorders*, 21 (1), 153-159.
- Cullen, B., Samuels, J. F., Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L. ve Bienvenu, O. J. (2008). Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 25 (3), 218-224.
- Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S. ve Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45 (5), 367-374.
- Deacon, B. J. ve Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of anxiety disorders*, 19 (5), 573-585.
- Demet, M. M., Deveci, A., Taşkın, E. O., Dündar, P. E., Ermertcan, A. T., Demet, S. M. ve Öztürkcan, S. (2010). Risk factors for delaying treatment seeking in obsessive compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51 (5), 480-485.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. ve Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13 (03), 595-605.

- Dew, M. A., Bromet, E. J., Schulberg, H. C., Parkinson, D. K. ve Curtis, E. C. (1991). Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 26 (5), 230- 237.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R. ve Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64 (3), 264-269.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30 (3), 121-126.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Erdner, A., Magnusson, A., Nyström, M. ve Lützen, K. (2005). Social and existential alienation experienced by people with long-term mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (4), 373-380.
- Ersoy, M.A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 163-171.
- Fals-Stewart, W. (1992). A dimensional analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Reports*, 70, 239–240.
- Federici, A., Summerfeldt, L. J., Harrington, J. L., McCabe, R. E., Purdon, C. L., Rowa,

K. ve Antony, M. M. (2010). Consistency between self-report and clinician-administered versions of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (7), 729-733.

Fergus, T. A. ve Wu, K. D. (2010). Do symptoms of generalized anxiety and obsessivecompulsive disorder share cognitive processes? *Cognitive Therapy and Research*, 34, 168-176.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E. ve Simpson, H. B. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 151-161.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. ve Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17 (6), 791-802.

Frost, R.O., Steketee, G., Cohn, L. ve Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (1), 47-56.

Fullana, M., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J., Moffitt, T. ve Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co Occurring Psychiatric. *Conditions. American Journal of Psychiatry*, 166 (3), 329-336.

Fullana, M., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K. ve Alonso, J. (2010). Obsessive- compulsive symptom

dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124 (3), 291–299.

Fung, K. M., Tsang, H. W. ve Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32 (2), 95.

Glazier, K., Wetterneck, C., Singh, S. ve Williams, M. (2015). Stigma and shame as barriers to treatment for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *J Depress Anxiety*, 4 (191), 2167-1044.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L. ve Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives Of General Psychiatry*, 46 (11), 1006-1011.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. ve Charney, D. S. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives Of General Psychiatry*, 46 (11), 1012-1016.

Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M. ve Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (2), 143-149.

Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H. ve John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 250 (5), 262- 268.

Hedge, J. M., Sianko, N. ve McDonell, J. R. (2016). Professional Help-Seeking for Adolescent Dating Violence in the Rural South The Role of Social Support and Informal Help-Seeking, *Violence against women*, 1-20.

Henderson, C., Evans-Lacko, S. ve Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, 103 (5), 777-780.

Hertenstein, E., Thiel, N., Herbst, N., Freyer, T., Nissen, C., Külz, A. K. ve Voderholzer, U. (2013). Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Annals of general psychiatry*, 12 (1), 1.

Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J. ve Himelein, C. (1997). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, 2 (10), 16-25.

Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenon, K. J., Liebowitz, M. R. ve Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and anxiety*, 26 (1), 39-45.

- Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and anxiety*, 23 (3), 145-152.
- Kim, S. W., Dysken, M. W., Pheley, A. M. ve Hoover, K. M. (1994). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale: measures of internal consistency. *Psychiatry Research*, 51, 203–211.
- Krajewski, C., Burazeri, G. ve Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry research*, 210 (3), 1136-1146.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. ve Saraceno, B. (2004) The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (11) 858-866.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (3), 509-517.
- Koujalgi, S. R., Nayak, R. B., Patil, N. M. ve Chate, S. S. (2014). Expressed emotions in patients with obsessive compulsive disorder: A case control study. *Indian journal of psychological medicine*, 36 (2), 138.
- Kushner, M. G. ve Sher, K. J. (1989). Fears of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 251–257.

- Labad,, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N.,
Leckman, J. F. ve Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-
compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25, 832-838.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C. ve
Goodman, W. K. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder.
American Journal of Psychiatry, 154 (7), 911-917.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders:
An assessment of the effects of expectations of rejection. *American
Sociological Review*, 52, 96–112.
- Livingston, J. D. ve Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized
stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-
analysis. *Social science and medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Lochner, C. ve Stein, D. J. (2001). Gender in obsessive-compulsive disorder and
obsessivecompulsive spectrum disorders. *Archives of Women's Mental
Health*, 4, 19-26.
- Magee, J. C., Harden, K. P. ve Teachman, B. A. (2012). Psychopathology and
thought suppression: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 32
(3), 189-201.

- Mak, W. W. S., Cheung, R. Y. M., Law, R. W., Woo, J., Lic, P. C. K. ve Chung, R. W. Y. (2007). Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV/ AIDS. *Social Science and Medicine*, 64, 1549-1559.
- Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M. ve Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(5), 470-475.
- Mayerovitch, J. I., du Fort, G. G., Kakuma, R., Bland, R. C., Newman, S. C. ve Pinard, G. (2003). Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive psychiatry*, 44 (2), 162-168.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F. ve Yaryura-Tobias, J. A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: a two-dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 865-869.
- McKay, D., Neziroglu, F., Stevens, K. ve Yaryura-Tobias, J. A. (1998). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: confirmatory factor analytic findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 265-274.
- Miville, M. L. ve Constantine, M. G. (2006). Sociocultural predictors of psychological help-seeking attitudes and behavior among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12, 420-432.

- Moore, E. L. ve Abramowitz, J. S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1949-1955.
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M., Jacobsen, D., Wein, C., Fricke, S. ve Hand, I. (2002). Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). *Psychiatry Research*, 109, 193–199.
- Murray C. J. ve Lopez A. D. (1997). The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Morbidity from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57 (4), 313-322.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M. C., Todorov, C. ve Doucet, P. (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 408-419.
- Ólafsson, R. P., Snorrason, Í. ve Smári, J. (2010). Yale-brown obsessive compulsive scale: psychometric properties of the self-report version in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (2), 226-235.

- Özbay, Y., Yazıcı, H. ve Şahin, B. (1999). Yardım arama tutum ölçeği: geçerlilik ve güvenirlik çalışması. X. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Özbay, Y., Terzi, Ş., Erkan, S. ve Çankaya, Z. C. (2011). Üniversite öğrencilerinin profesyonel yardım arama tutumları, cinsiyet rolleri ve kendini saklama düzeyleri. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 1 (4), 59-71.
- Perlick, DA., Rosenheck, RA., Clarkin, JF., Sirey, JA., Salahi, J., Struening ve Link, B.G. (2001). Stigma as a barrier to recovery adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder, *Psychiatric Services*, 52 (12, 627- 1632.
- Peterson, D., Barnes, A. ve Duncan, C. (2008). *Fighting with shadows: self-stigma and mental illness*.(1st ed.) Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M. ve Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *The British Journal of Psychiatry*, 181 (6), 488-493.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36 (4), 385-401.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35 (9), 793-802.

- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy*, 31 (2), 149-154.
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (2002). The course and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*, 1593-1608.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, J. C., Ciarroci, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e- Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1- 34.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. ve Grajales, M. (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Ritsher, J. B. ve Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129 (3), 257- 265.
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unützer, J., Fink, A., Tang, L. ve Wells, K. B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General hospital psychiatry*, 25 (5), 311-315.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 660-672.
- Ruscio, A., D., Stein, Chiu, W. ve Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (1), 53-63.

- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive- behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23 (5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 6, 677- 682.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. ve Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Saunders S. M (1993) Applicants' experience of the process of seeking therapy. *Psychotherapy*, 30, 554–564.
- Sayer, N. A., Friedemann-Sanchez, G., Spont, M., Murdoch, M., Parker, L. E., Chiros, C. ve Rosenheck, R. (2009). A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72 (3), 238-255.
- Shafran, R., Thodarson, D. ve Rachman, S. (1996). Thoughtaction fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B. ve Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26 (1), 28-33.

- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. ve Amering, M. (2011). Stigmaresistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37 (2), 316-323.
- Singh, S., Wetterneck, C. T., Williams, M. T. ve Knott, L. E. (2016). The role of shame and symptom severity on quality of life in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 49-55.
- Srivastava, S. ve Bhatia, M. S. (2008). Quality of life in obsessive compulsive disorder: a brief review. *Department of Psychiatry*, 11 (2), 197-202.
- Steketee, G., Frost, R. ve Bogart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (8), 675-684.
- Steketee, G., Frost, R. O. ve Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 12 (6), 525-537.
- Steketee, G. ve Lam, J. (1993). Obsessive-compulsive disorder. *In Handbook of effective psychotherapy* (1st ed.) (p. 253-278). New York: Plenum Press.
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S. ve Angermeyer, M. C. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 18 (3), 88-96.

- Stengler, K., Olbrich, S., Heider, D., Dietrich, S., Riedel-Heller, S. ve Jahn, I. (2013). Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48 (5), 813-819.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A ve Chong, S. A. (2012). Obsessive–compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47 (12), 2035-2043.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi* 9 (31), 44-56.
- Taşkın, E.O. (2007). İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (1. Baskı) içinde (31-40). İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık.
- Tek, C., Uluğ, B., Rezaki, B. G., Tanriverdi, N., Mercan, S., Demir, B.ve Vargel, S. (1995). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91 (6), 410-413.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (4), 416.

- Thompson, A., Issakidis, C. ve Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25 (02), 71-84.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Psych, M. R. C., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S. ve Meltzer, H. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163 (11), 1978-1985.
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O. ve Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45 (5), 362-366.
- Türkçapar, H. (2005). Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Değerlendirme). www.bilisseldavranisci.org/images/stories/olcekler/yobcshakan.pdf.
Erişim Tarihi:15. 8. 2016
- Uğuz, F., Karababa, F. ve Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17 (1), 29 33.
- Van Oppen, P. ve Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (1), 79-87.

- Villatoro, A. P., Morales, E. S. ve Mays, V. M. (2014). Family culture in mental health help-seeking and utilization in a nationally representative sample of Latinos in the United States: The NLAAS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84 (4), 353.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L. ve Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of clinical psychology*, 63 (3), 233-245.
- Vogel, D. L. ve Wade, N. G. (2009). Stigma and help-seeking. *The Psychologist*.
- Vogel, D. L., Wade, N. G. ve Ascherman, P. L. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (2), 301–308.
- Vuong, T. M., Gellatly, J., Lovell, K. ve Bee, P. (2016). The experiences of help-seeking in people with obsessive compulsive disorder: an internet survey. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e14.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. ve Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59 (12), 1437-1442.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y. ve Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56 (5), 599-601.

- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K. ve Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC psychiatry*, 9 (1), 1.
- Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E. ve Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1203-1214.
- Zimmet, G. D., Dahlem, N. W., Zimmet, S. G. ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal Of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, L. ve Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (6), 1312-1318.
- Wheaton, M. G., Sternberg, L., McFarlane, K. ve Sarda, A. (2016). Self-concealment in obsessive-compulsive disorder: Associations with symptom dimensions, help seeking attitudes, and treatment expectancy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 43-48.
- Weingarden, H. ve Renshaw, K. D. (2014). Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *Journal of affective disorders*, 171, 74-84.
- Werner, P., Stein-Shvachman, I. ve Heinik, J. (2009). Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics*, 21 (06), 1180-1189.

Williams, M. T., Domanico, J., Marques, L., Leblanc, N. J. ve Turkheimer, E. (2012). Barriers to treatment among African Americans with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26 (4), 555-563.

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization.



EKLER

Gönüllü Katılım Formu (EK A)

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Yrd. Doç. Dr. Başak Bahtiyar'ın danışmanlığında Filiz Koçoğlu tarafından yapılmaktadır. Kişiler kimi zaman; istenmeden yaşanan ve belirgin bir kaygıya neden olan yineleyici düşüncelere sahip olabilir. Böyle bir durumda, bu düşüncelerini baskılamaya çalışabilir ya da başka bir düşünce veya eylemi tekrarlayarak kaygısını azaltmaya çalışabilir. Bu çalışmanın amacı; bu gibi düşünce ve eylemlerin yarattığı sıkıntılarla baş etmek için, 18-65 yaş arası bireylerin psikolojik yardım aramalarında etkili olan faktörleri incelemektir.

Size sunulan anketlerde geçen soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Sizi en doğru yansıtacak şekilde sorulara cevap veriniz. Vereceğiniz cevaplar çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemli olduğu için soruları cevaplarken kimseden yardım almayınız. Çalışmada toplanan veriler **bireysel değil bütün olarak değerlendirilecektir.** Çalışmadaki sorularda sizden kimliğinize yönelik kişisel bilgiler istenmemektedir. **Verileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.** Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık olarak 30 ile 40 dakika arası sürmektedir. Çalışmanın güvenilirliği için tüm soruların yanıtlanması çok önemlidir. Çalışmadan herhangi bir nedenle ayrılmakta serbestsiniz. Çalışmanın ya da cevaplarınızın sonucu hakkında bilgi almak ya da çalışmayla ilgili herhangi bir yorum yapmak ya da soru sormak isterseniz Filiz Koçoğlu ile kocoglufiliz@gmail.com mail adresi aracılığıyla iletişim kurabilirsiniz. Değerli katkılarınız için teşekkürlerimi sunuyorum.

Verilerimin gizli tutulacağını okudum ve gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

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

İmza:

Demografik Bilgi Formu (EK B)

Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
Yaşınız:
Eğitiminiz durumunuz nedir? Okur-yazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite ve Üzeri ()
Medeni durumunuz nedir? Bekar () Evli () Boşanmış ()
Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır () Öğrenci ()
Sizin ya da çalışmıyorsanız ailenizin sosyo-ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız? Düşük () Orta () Yüksek ()
Bugüne kadar herhangi bir psikolojik ve/veya psikiyatrik yardım/televi aldınız mı? Evet () Hayır ()
Önceki soruya cevabınız 'EVET' ise aşağıdaki diğer soruları da cevaplayınız. Eğer cevabınız 'HAYIR' ise diğer sayfaya geçiniz.
Cevabınız 'Evet' ise konulan tanıyı hatırlıyorsanız lütfen belirtiniz. Tanı:.....
Cevabınız 'Evet' ise yardım/televiyi almak için kime başvurdunuz? Psikiyatrist () Psikolog () Psikolojik Danışman () Diğer ()
Psikolojik ve/veya psikiyatrik yardım/televi almanıza neden olan şikayetleriniz başladıktan ne kadar zaman sonra psikolojik/psikiyatrik yardım/televi aldınız? 1 yıl içinde () 1 - 4 yıl arasında () 4 - 7 yıl arasında () 7- 10 yıl arasında () 10 yıl sonra ()

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (EK C)

Şu andaki rahatsızlık düzeyinizi saptamak amacıyla oluşturulmuş olan aşağıdaki liste üzerinde **SON BİR HAFTANIZI** düşünerek zihninize takılan **takıntılar (obsesyon)** ve tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz **zorlantılarınızı (kompulsiyon)** puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken her sorunun altındaki açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı takıntılar ve zorlantılar için **AYRI AYRI ALTLARINDA YER ALAN BOŞLUĞA** yazınız.

Takıntılar (Obsesyon): Tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, hayaller veya istekler. Siz istemeden gelirler ve sıklıkla sıkıntıya neden olurlar. Örneğin: bulaşma oldu mu? ... Kir var mı? Kapıyı açık bıraktım mı? Zarar verebilir miyim? Farkında olmadan yapmış olabilir miyim? Hata yaptım mı? Eksiklik var mı? istedim mi?istiyor muyum?

Zorlantılar (Kompulsiyon): Aşırı veya mantıksız bulmanıza rağmen yapmaktan kendinizi alamadığınız davranışlar. El yıkama, silme, kapıyı kontrol etme, musluğu kontrol, dönüp tekrar bakma, başkasına sorma, aynı düşünce veya istek akla gelmeden hareketi tekrar yapma veya belli sayıda bazı hareketleri tekrarlama veya zihinsel işlemler sayı sayma, dua etme, tersini söyleme, rahatlatıcı kelimeler tekrarlama, konuyu zihinde tekrar canlandırarak inceleme, konu üzerinde düşünerek.

Geçen Hafta Boyunca		Takıntı (Obsesyon)	Zorlantı (Kompulsiyon)
1)Zaman-- Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/saat)?	0-Hiç 1-Hafif , (günde toplam 1 saatten az) veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az) 2-Orta , (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok) 3-Ağır , (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor) 4-Çok ağır , (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)		

Geçen Hafta Boyunca		Takıntı (Obsesyon)	Zorlantı (Kompülsiyon)
2) Engel-- Sosyal yaşantınızı ve işinizi ne kadar engellediğini derecelendirin.	<p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif, Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki</p> <p>2-Orta, Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki</p> <p>3-Ağır, Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum</p> <p>4-Çok ağır, iş görmez bir durum</p>		
3) Rahatsızlık-- Sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?	<p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif, <i>Obsesyonlar</i>: Ara sıra ve çok rahatsız edici değil. <i>Kompülsiyonlar</i>: engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; kompülsif davranışı gerçekleştirirken çok az sıkıntı duyuyorum.</p> <p>2-Orta, <i>Obsesyonlar</i> sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum. <i>Kompülsiyonlar</i>: engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; kompülsiyonu yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum.</p> <p>3-Ağır, <i>Obsesyonlar</i> çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor. <i>Kompülsiyonlar</i>: Eğer kompülsiyonu yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum; kompülsiyonu yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum.</p> <p>4-Çok ağır, <i>Obsesyonlar</i> neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren bir rahatsızlık veriyor. <i>Kompülsiyonlarımı</i> yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; kompülsiyonu yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum.</p>		

Geçen Hafta Boyunca		Takıntı (Obsesyon)	Zorlantı (Kompülsiyon)
<p>4) Direnme-- Direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?</p>	<p>0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum. 1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum. 2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum. 3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnmiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim. 4-Hiç direnmiyorum. Tam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım.</p>		
<p>5) Kontrol-- Ne kadar kontrol edebildiğinizi derecelendirin -- durdurabilme veya başka yöne çevirebilme düzeyiniz nedir?</p>	<p>0- Tam olarak kontrol edebiliyorum. 1-Büyük oranda kontrol edebiliyorum <i>Obsesyonu</i> genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya untabiliyorum. <i>Kompülsif</i> davranışı yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum. 2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. <i>Obsesyonu</i> bazen durdurabiliyorum veya untabiliyorum. <i>Kompülsif</i> hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlükle kontrol edebiliyorum. 3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. <i>Obsesyonu</i> durdurmada nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yöneltebiliyorum. <i>Kompülsiyonları</i> durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum. 4-Kontrol edemiyorum. <i>Obsesyon</i> irademin dışında. Çok nadiren dikkatimi başka bir şeye verebildiğim oluyor. <i>Kompülsiyonları</i> sürekli yapıyorum yapmamak benim gücümü aşar, ancak anlık olarak geciktirebiliyorum.</p>		

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Uzman Değerlendirmesi Formu (EK D)

		Puan
1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman	(0-4)	
2. Obsesif Düşüncelerin Yaşamı Etkilemesi	(0-4)	
3. Obsesif Düşüncelerle Birlikte Olan Rahatsızlık Hissi	(0-4)	
4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme	(0-4)	
5. Obsesif Düşünceler Üzerindeki Kontrolün Derecesi	(0-4)	
6. Kompulsif Davranışlar İçin Harcanan Zaman	(0-4)	
7. Kompulsif Davranışların Yaşamı Etkilemesi	(0-4)	
8. Kompulsif Davranışlarla Birlikte Olan Rahatsızlık Hissi	(0-4)	
9. Kompulsif Hareketlere Direnç Gösterme	(0-4)	
10. Kompulsif Davranışlar Üzerindeki Kontrolün Derecesi	(0-4)	

Kısa Semptom Envanteri (EK E)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları sıkıntılar ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi dikkatlice okuyun. Bu belirtilerin sizi **bugün dahil son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini** yanda yer alan ‘Hiç, Biraz, Orta Derecede, Epey, Çok Fazla’ ifadelerinden sizin için uygun olanı işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir ifadeyi işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin.

Aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başımıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
6. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
7. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
8. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
9. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
10. İştahta bozukluklar					
11. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
12. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
13. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık					
14. Yalnızlık hissetme					
15. Hüzünlü, kederli hissetme					
16. Hiçbir şeye ilgi duymama					
17. Ağlamaklı hissetme					
18. Kolayca incinebilme, kırılma					
19. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanma					
20. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
21. Mide bozukluğu, bulantı					
22. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
23. Uykuya dalmada güçlük					
24. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma					

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
25. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
26. Sıcak, soğuk basmaları					
27. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
28. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
29. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
30. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
31. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
32. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
33. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
34. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
35. Bir şeyleri, kırma, dökme isteği					
36. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak					
37. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak					
38. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
39. Dehşet ve panik nöbetleri					
40. Sık sık tartışmaya girme					
41. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
42. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmeme					
43. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
44. Kendini değersiz görme/değersizlik duyguları					
45. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
46. Suçluluk duyguları					
47. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (EK F)

Aşağıda bazı düşünce ve davranışlara yönelik ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra bu ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. **'Tamamen katılıyorsunuz 4'** ve **'Hiç katılmıyorsunuz 0'** rakamını işaretleyiniz. Bu ifadelerde doğru ya da yanlış cevap **yoktur**. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	Hiç Katılmıyorum			Tamamen Katılıyorum	
1. Eğer birinin zarar görmesini istersem, bu neredeyse ona zarar vermem kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
2. Bir akrabamın ya da arkadaşımın trafik kazası geçirdiğini düşünürsem, bu onun kaza geçirme riskini arttırır.	0	1	2	3	4
3. Düşerek yaralandığımı düşünürsem, bu benim düşüp yaralanma riskimi arttırır.	0	1	2	3	4
4. Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, bence neredeyse böyle davranmak kadar günahtır.	0	1	2	3	4
5. Başka birine küfretmeyi akıldan geçirmek, bence neredeyse gerçekten küfür etmek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
6. Bir arkadaşım hakkında kaba şeyler düşündüğümde, ona neredeyse kaba davranmış kadar vefasızlık etmiş olurum.	0	1	2	3	4
7. Bir insanla ilişkimde onu kandırmayı düşünmek, bence neredeyse gerçekten kandırmak kadar ahlaksızlıktır.	0	1	2	3	4
8. Bir akrabamın ya da arkadaşımın işini kaybettiğini düşünürsem, bu onun işini kaybetme riskini arttırır.	0	1	2	3	4
9. Bir başkasıyla ilgili müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse bu şekilde davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
10. Bir akrabamın ya da arkadaşımın hastalandığını düşünürsem, bu onun hastalanma riskini arttırır.	0	1	2	3	4

	Hiç		Tamamen		
	Katılmıyorum		Katılıyorum		
11. Saldırganlık içeren düşüncelere sahip olmak, bence neredeyse saldırgan davranmak kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
12. Kıskançlık içeren bir düşüncem olduğunda, bu durum neredeyse bunu söylemiş olmamla aynıdır.	0	1	2	3	4
13. Trafik kazası geçirdiğimi düşünürsem, bu benim kaza geçirme olasılığımı artırır.	0	1	2	3	4
14. Bir başkasına müstehcen hareketler yapmayı düşünürsem, bu neredeyse öyle davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
15. Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmek, bence kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
16. Bir akrabamın ya da arkadaşımın düşerek yaralandığını düşünürsem, bu onun düşüp yaralanma riskini artırır.	0	1	2	3	4
17. Hastalandığımı düşünürsem, bu benim hasta olma riskimi artırır.	0	1	2	3	4
18. Bir arkadaşına olumsuz bir eleştiride bulunmayı akıldan geçirmek, bence neredeyse bunu söylemek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
19. Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse oralarda böyle şeyleri gerçekten yapmam kadar günahtır.	0	1	2	3	4

Yardım Arama Tutumu Ölçeği (EK G)

Aşağıda kişilerin psikolojik yardım aramaya yönelik tutumlarıyla ilgili ifadeler yer almaktadır.

Her bir ifadeye **ne derecede katılıp katılmadığınızı 1'den 6'ya kadar** olan seçeneklerden size

uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

	Hiçbir Zaman	Çok Az Bir Zaman	Az Bir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1. Başkalarının kişisel/duygusal problemlerimi bilmesinden rahatsız olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2. Problemlerimi arkadaşlarıma açmaktan çekinirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3. Psikolojik problemlerim hakkında bana yardımcı olabilecek insanlara gitmekten çekinirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4. Kendime ait bir özelliğimi başkalarıyla paylaşmaktan sıkılırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5. Bir insanın psikolojik konular hakkında başka insana yardımının sınırlı olabileceğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6. Profesyonel eğitim görmüş olsa da kişisel problemlerimi bilmek isteyen bir kişiden çekinirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7. Beni benden başka birinin anlayabileceğine inanmıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8. Özellikle kişisel konuları doktorlar ve öğretmenler gibi yüksek eğitime sahip kişilerle konuşmaktan çekinirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9. Şahsıma ait psikolojik problemlerimi başkalarının bilmesini istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10. Hayatta öyle şeyler yaşanır ki bunları başka hiç kimse ile paylaşamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11. İnsanın kendisi hakkında her şeyi bilmemesi belki de en iyisidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12. Başkalarının bana herhangi bir konuda tavsiyede bulunmasından rahatsızlık duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	Hiçbir Zaman	Çok Az Bir Zaman	Az Bir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
13. Şayet uzun bir süre psikolojik bir problemle yaşarsam bir psikologa gidebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14. Hayatımın bu aşamasında eğer bir duygusal bir kriz yaşasaydım, psikoterapiye giderdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15. Ağır problemlerim olduğunda psikiyatriste gidebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16. Her problemde olduğu gibi psikolojik bir problemde de uzman bir kişiye danışılması gerektiğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. Eğer psikolojik yardıma ihtiyaç duyarsam kim olursa olsun bunu temin etmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18. Kişisel-duygusal konularda bana yardımcı olabilecek insanları bulabiliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Kişisel sorunlarım konusunda profesyonel yardım almayı normal karşıladığım zamanlar olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20. Duygusal problemlerime dönük profesyonel yardım almayı normal karşıladığım zamanlar olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. Eğer bir psikolojik problemim olduğunu hissedersen ilk işim profesyonel yardım almak olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. İyi bir arkadaşım psikolojik problemleri hakkında benden bilgi isterse bir psikologa ya da psikiyatriste gitmesini söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. Aşırı duygusal bozukluğu olan bir kişi iyi bir psikiyatrik hastanede kendini güvenli hissedebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Psikolojik tedavi sürecinden geçmek yerine problemlerimle yaşamayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. Kişisel problemlerimi uygun bir kişiyle paylaşmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	Hiçbir Zaman	Çok Az Bir Zaman	Az Bir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
26. Güçlü bir kişiliğe sarılmış kişiler bir psikologun yardımını olmadan psikolojik sorunlarının üstesinden gelebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. Duygusal güçlüklerin zaman içerisinde kendiliğinden çözümleneceğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. Problemlerimi kendi kendime çözmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29. Psikolojik yardım almadan korku ve çıkmazlarıyla kendi kendine baş eden kişi örnek bir kişidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. Duygusal bir problemim olsa dahi bir psikologa gitmek yerine iyi bir arkadaşına gitmeyi tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. Psikolojik bir probleme sahip olmak büyük bir ayıptır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. Psikolojik tedavi görmek kişinin hayatını karartır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK H)

Aşağıda 12 cümlede belirtilen her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı 1'den 7'ye kadar olan rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. **Tamamen katılmıyorsanız 1 rakamını** ve **tamamen katılıyorsanız 7 rakamını** işaretleyiniz.

	Kesinlikle Hayır				Kesinlikle Evet		
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örn: dost, akraba, komşu vs) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örn: dost, akraba, komşu vs) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örn: dost, akraba, komşu vs) var	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örn: dost, akraba, komşu vs) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ruhsal Hastalıkların İncelleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (EK I)

Bu ankette sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi günlük hayatta karşılaşılabilecek basit psikolojik şikayetlerden klinik bir psikolojik tanıya kadar en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer “Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını, “Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını, “Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını, “Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını işaretleyerek okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	Aynı Fikirde Değilim	Aynı Fikirdeyim	Kesinlikle Aynı Fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Reddedilmemek için ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamaya neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmiş gibi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)

	Kesinli kle Aynı Fikirde Değilim	Aynı Fikirde Değilim	Aynı Fikirdeyi m	Kesinlikle Aynı Fikirdeyim
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Ruhsal hastalığımın dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Ruhsal hastalığıma rağmen iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)

Maltepe Üniversitesi Etik Kurul İzni (K)

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

Karar Tarihi : 18.12.2015

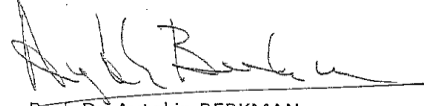
Karar Sayısı : 2015/12-1

Sosyal Bilimler Enstitüsünün 24.11.2015 tarih ve 14475162-302.08.01-394 sayılı yazısı ile Kurulumuza gönderilen, Psikoloji Anabilim Dalı (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programında Öğr. Gör. Dr. Başak BAHTİYAR'ın danışmanlığında öğrenim gören 14 11 06 193 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Filiz KOÇOĞLU'nun "Obsesif Kompulsif Bozukluğa Sahip Bireylerin Psikolojik Yardım Arama Tutumları: İçselleştirilmiş Damgalanma, Düşünce Eylem Kaynaşması, Algılanan Sosyal Destek, Komorbidite ve İçgörü Değişkenlerinin Rolü" başlıklı yüksek lisans tez önerisi incelenmiştir.

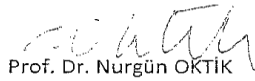
Yapılan inceleme ve değerlendirmeler sonucunda:

Araştırma önerisinin T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi'nin 6. Maddesinde yazılı; "bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk" gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna;

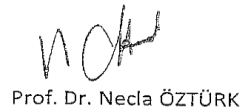
Toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verildi.



Prof. Dr. Aytekin BERKMAN



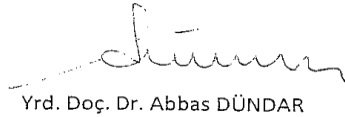
Prof. Dr. Nurgün OKTİK



Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK



Yrd. Doc. Dr. Zeynep Karaer GÜÇLÜ



Yrd. Doç. Dr. Abbas DÜNDAR

Belgenin aslını elden teslim aldım

Filiz Koçoğlu (Adı Soyadı)

(Tarih)

(İmza)

Sağlık Bakanlığı İzni (L)

Evrak Tarihi ve Sayısı: 11.03.2016-7824



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni Hk.

SAYIN FİLİZ KOÇOĞLU

Bağlarbaşı Mah. Lisealtı Sok. Dursun Apt. No:10 D:8 Maltepe/İstanbul

- İlgi : a) 25.01.2016 tarihli ve bila sayılı yazımız.
b) Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 08.03.2016 tarihli ve 2653 sayılı yazısı.

İlgi (a) sayılı yazı ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz "Obsesif Kompulsif Bozukluğa Sahip Bireylerin Psikolojik Yardım Arama Tutumları: İçselleştirilmiş Damgalanma, Düşünce Eylem Kaynaşması, Algılanan Sosyal Destek, Komorbide ve İçgörü Değişkenlerinin Rolü" adlı araştırmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz söz konusu hastanenin ekte gönderilen ilgi (b) sayılı yazısına istinaden Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmail ÖZTÜRK
İdari Hizmetler Başkanı a.
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü

EKLER :
Yazı Örneği (1 sayfa)

Güvenli Elektronik
İmza Asitine Aitdir.
15.03.2016
Tuğba MENGÜ
Uzman

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 5787878-7767 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: emineturegun_12@hotmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/en/Vision/Dogrula/RKB6Z4C>

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Emine ÖZÇAVDAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Sayfa 1 / 1

Sağlık Bakanlığı İzni (M)

ve Sayısı: 11.03.2016-7824



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 32900231-770-
Konu : Filiz KOÇOĞLU' nun Anket İzni Hk

İSTANBUL TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

İlgi : 27.01.2016 tarih ve 2635 sayılı yazımız;

Maltepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Filiz KOÇOĞLU'nun "Obsesif Kompulsif Bozukluğa Sahip Bireylerin Psikolojik Yardım Arama Tutumları: İçselleştirilmiş Damgalanma, Düşünce Eylem Kaynaşması, Algılanan Sosyal Destek, Komorbide ve İçgörü Değişkenlerinin Rolü" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapmak istemesine dair başvurusu Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulunda değerlendirilerek uygun bulunduğundan, Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Medine YAZICI GÜLEÇ
Hastane Yöneticisi V.(Başhekim)

Sinan Ercan Cad. No: 29 Kazasker Erenköy - İSTANBUL
Telefon: 0216 302 59 59-212 Faks: 0216 356 04 96
e-Posta: aydanbagci@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Aydan BAĞCI

Evvela Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/6EB68NP>
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

İsim Soyisim: Filiz Koçoğlu

Doğum Tarihi ve Doğum Yeri: 01.09.1989, Gaziantep

E-posta Adresi: kocoglufiliz@gmail.com

Eğitim Durumu

Yüksek Lisans

Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Lisans

Uludağ Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Lise: Gaziantep Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)

Yabancı Diller: İngilizce