

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI
ADLI-KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLARDA
DENETİM ODAĞI VE BENLİK SAYGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUHAMMET EMİN AYTAN

071111114

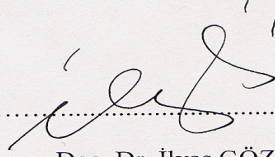
Danışman Öğretim Üyesi:

Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE

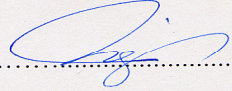
İstanbul, Eylül 2010

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

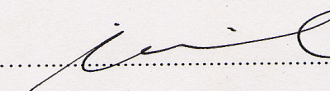
23.09.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Muhammet Emin AYTAN'a ait "Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Adli-Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



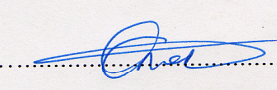
Doç. Dr. İlyas GÖZ
Başkan



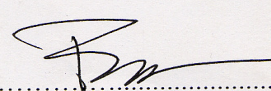
Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE
(Üye)
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. İdil KAYA BALKAN
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Levent ÖNEN
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI
(Üye)

ÖNSÖZ

Tez yazım süresince bana yardımcı olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Bayhan Üge hocama, başım sıkıştığında bana her zaman yardım etmeye çalışan yakın dostum psikolog Ferhat Akpınar'a, yine bu süreçte özellikle kullanılan testlerin doldurulması konusunda gayret sarf eden değerli mesai arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Maddi ve manevi desteklerini biran olsun üzerimden eksik etmeyen anneme ve babama, sorunlarla baş ederken motivasyonumu daima artırmaya yönelik çalışmalar yapan ve beni yalnız bırakmayan sevgili eşime, özellikle de bana bu dünyada yapılacak çok şey olduğunu gösteren, zamanın kıymetini öğreten, doğru yolu gösteren, çocukluğumdan beri beni ilim yoluna teşvik eden sevgili Nureddin Yıldız Hocama sonsuz müteşekkirim.

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate experimentally willpower of patients with ocd about control of their behaviors and thoughts and how they feel themselves in this situation, and how both of these conditions are associated with each other. Consequently, the hypotheses generated from that were determined such as 1- there is a relationship between self-esteem and locus of control of patients with ocd 2- self-esteem of patients with ocd is lower than self-esteem of people did not get any recognition 3- Ocd patients' degree of locus of control differs from the degree of locus of control of persons did not get any recognition.

Participants who participate in the research consist of 213 adults who are over the age of 18 and have different gender ad preffession, and live in Istanbul cith. Participants completed yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Coopersmith Self-esteem Inventory, Rotter's Locus of Control Scale and Sociodemographic Information Form which has been prepared to determine the demographic characteristics. Komogorow-Smirnow distribution test, Spearman's Coefficient of Rank correlation, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis Test was used to analyze the data.

According to the results of this study, there is no significant relationship between self-esteem and locus of control of patients with ocd, self-esteem of patients with ocd is lower than self-esteem of people did not get any recognition, levels of locus of control of patients with ocd is different from levels of locus of control of people did not get any recognition.

Key words: Obsessive Compulsive Disorder, locus of control, self-esteem.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların düşüncelerinin ve davranışlarının denetimi ile ilgili irade yetersizliği içinde olduklarını ve bu durumu yaşarken kendilerini nasıl gördüklerini ve bu iki durumun birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu deneysel olarak araştırmaktır. Buna bağlı olarak oluşturulan hipotezler “1- OKB tanısı almış hastaların benlik saygısı ve denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki vardır. 2- OKB hastalarının benlik saygısı herhangi bir tanı almamış kişilerin benlik saygısından daha düşüktür. 3- OKB hastalarının denetim odağı düzeyleri, herhangi bir tanı almamış kişilerin denetim odağı düzeylerine göre farklılık gösterir.” Olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya iştirak eden katılımcılar İstanbul İlinde yaşayan farklı cinsiyete ve mesleğe sahip 18 yaş üzeri 213 yetişkinden oluşmaktadır. Katılımcılara Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKDÖ), Rotter Denetim Odağı Ölçeği (RDOÖ) Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE) ve demografik özelliklerin belirlenmesi için hazırlanmış olan Sosyodemografik Bilgi Formu verilmiştir

Verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnov dağılım testi, Spearman Korelasyon analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucuna göre OKB tanısı almış hastaların benlik saygısı ve denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, OKB hastalarının benlik saygısı, herhangi bir tanı almamış kişilerin benlik saygısından daha düşük olduğu ve OKB hastalarının denetim odağı düzeyleri, herhangi bir tanı almamış kişilerin denetim odağı düzeylerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Denetim Odağı, Kontrol Odağı, Benlik Saygısı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ABSTRACT	iv
ÖZET.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	3
1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	3
1.2 Denetim Odağı	9
1.3 Benlik Saygısı	18
1.4 Araştırmanın Amacı	25
1.5 Araştırmanın Önem	25
2. YÖNTEM	27
2.1 Örneklem	27
2.2 Veri Toplama Araçları.....	28
2.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	28
2.2.2 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği.....	29
2.2.3 Rotter Denetim Odağı Algısı Ölçeği	30
2.2.4. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği	31

2.3. İşlem.....	32
2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
3. BULGULAR	35
4. TARTIŞMA.....	45
4.1. Bulguların Tartışılması.....	45
4.2 Sonuç ve Öneriler.....	50
6. KAYNAKLAR.....	52
7. EKLER.....	62
8. ÖZGEÇMİŞ	75

KISALTMALAR

OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
DO	:Denetim odağı
BS	:Benlik Saygısı
CBSÖ	:Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği
RDOAÖ	:Rotter Denetim Odağı Algısı Ölçeği
Y-BOKÖ	:Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
SODF	:Sosyodemografik Bilgi formu
DSM-IV	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
APA	:American Psychiatric Association

TABLolar

Tablo 1. Demografik Dağılım.....	35
Tablo 2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısının, Denetim Odağı ve Benlik Saygısına Göre Dağılımı.....	36
Tablo 3. Mann Whitney U Testine göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4. Korelasyon Analizine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Yaşa Göre Dağılımı.....	38
Tablo 5. Kruskal Wallis Testine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	39
Tablo 6. Mann Whitney U Testine göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı....	40
Tablo 7. Kruskal Wallis Testine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Gelir Düzeyine Göre Dağılım.....	41
Tablo 8. Mann Whitney U Testine göre Denetim Odağının Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 9. Mann Whitney U Testine göre Benlik saygısının Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 10. Korelasyon Analizine Göre Deney Grubunun Benlik saygısı ile Denetim Odağı İlişkisi	43
Tablo 11. Korelasyon Analizine Göre Kontrol Grubunun Benlik saygısı ile Denetim Odağı İlişkisi	44

ŞEKİLLER

Şikil 1. Deney ve Kontrol Gruplarının Denetim Odağına Göre İçsel Ve Dışsal Olarak Dağılımı.....37

Şekil 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Dış Denetim Odağı ve Benlik Saygısına göre dağılımı43

1.BÖLÜM

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk görülme sıklığı açısından genel toplumda Fobiler, Madde Kullanımı ile ilgili Bozukluklar ve Major Depresif Bozukluk'un ardından dördüncü sırada yer almakta, Şizofreni ve Panik Bozukluğu'ndan iki kat daha sık görülmektedir (Robins & ark., 1984). Cummings ve ark. (1992) ve Stein ve ark.'a (1993) göre OKB'nin, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, Gilles de Tourette sendromu, Sydenham koresi gibi hastalıklarla ilişkisi uzun zamandan beri bilinmektedir.

Beck (2000), obsesyonun içeriğinin şüphe veya uyarı şeklinde ifade edilen uzak bir risk ve tehlike ile ilgili olduğunu belirtir. Birey sürekli şüphe içerisinde yaşamaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olan bireyler, etraflarında gelişen olayların kendilerinin elinde olmayan etkenlerden dolayı meydana geldiğini düşünmektedir. Olaylara kayıtsız kalmasının, kader veya şans anlayışı ile ilintili olarak, riski veya tehlikeyi elimine edebileceğine yol açacağını varsaymaktadır.

Levenson (1973), Kontrol odağı ve değişik psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için, iç kontrol, şans ve güçlü diğerlerinden oluşan üç alt ölçekli kontrol odağı ölçeğini kullanmıştır. (aktaran, Kennedy, Lynch ve Schwab, 1998). Sonuçta, major depresyon, sosyal fobi, karışık kaygı ve depresif bozukluk gruplarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında güçlü diğerleri alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları; major depresyon, panik bozukluk, sosyal fobi, karışık kaygı ve depresif bozukluk grupları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında şans alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir. Yaygın kaygı bozukluğu ve obsesif

kompulsif bozuklukta ise kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, güçlü diğerleri ve şans alt ölçekleri açısından bir farklılık bulunmamıştır. Obsesif kompulsif bozukluğun diğer kaygı bozuklukları ile karşılaştırıldığında şans ve güçlü diğerleri alt ölçeklerinden en düşük puanları aldığı gözlenmiştir, bu bulgu bu gruptaki hastaların obsesyon ve ritüellerinde gözlenen, işlevsel olmayan iç kontrol ihtiyacından kaynaklanabileceği şeklinde açıklanmıştır (Kennedy, Lynch ve Schwab, 1998).

Obsesyonları hastanın anksiyetesini artırırken, kompulsiyonlarını yerine getirince anksiyetesi azalır; kompulsiyonlara direnç göstermeye kalkıştığında da anksiyetesi artar. Genellikle hasta, obsesyonların anlamsızlığının farkında olup, gerek obsesyonları gerekse kompulsiyonları egodistonik olarak yaşar. Obsesyonları ve kompulsiyonları için aşırı zaman harcadığından, normal rutin mesleki fonksiyonlarında, sosyal aktivitesinde ve insanlarla ilişkilerinde belirgin problemler ortaya çıkar (Kaplan, Sadock, Grebb, 1994).

Düşük benlik saygısı ruh sağlığını, ilişkileri ve çalışma performansını etkilemektedir. Düşük benlik saygısı olan insanlar politik, sosyal ve ekonomik açıdan da etkilenmektedirler. Bedeninden hoşnut olmayan, yeteneklerinden kuşku duyan, seilmeyen ya da başarı kazanmaya hakkı olduğuna inanmayan pek çok kadın ve erkek yetersizlik ve güvensizlik duyguları nedeniyle sosyal yönden uyum sorunları yaşayabilmektedir (Pektekin ve Sönmez, 1993).

Watson (1998), benlik saygısının psikolojik bozuklukların temelinde yatan değişkenlerden bir tanesi olduğunu vurgulamıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının benlik saygılarının ve denetim odağı düzeylerinin düşük olduğu ilgili literatürlerde belirtildiği halde yapılan araştırmada OKB'nin denetim odağı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmanın olmadığı saptanmıştır.

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yaklaşık üç yüzyıldır bilinen bir hastalıktır. Obsesif ve kompulsif belirtiler psikiyatri konulu yayınlarda ilk olarak 1838 yılında Esquirol tarafından “zeka düzeyi normal olan bir kimsenin iradesi dışında, bilincine çıkan ve emosyonel özellikte olmayan düşünceler” olarak tanımlanmıştır. Obsesyon terimi ilk kez 1860’lı yıllarda Morel tarafından kullanılmış, daha sonra Carl Frederich Westphal de obsesyonun hastanın iradesi dışında ortaya çıkan düşünceler olduğunu söylemiştir. 1900’lü yılların başında Pierre Janet, obsesyonları “psikastenî” kavramı içinde değerlendirmiş, tekrar tekrar görülen hareketlerin davranışı normalleştirme teknikleriyle tedavi edildiğini bildirmiş, Freud ise hastalığın psikodinamik nedenleri üzerinde durmuştur. Tıp literatüründe ilk kez 19. yüzyıl başlarında tanımlanmış, ancak 20. yüzyıl başlarında ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmıştır (Steketee, 1993).

Obsesif kompulsif bozuklukta iki temel belirti kümesi bulunmaktadır: Obsesyonlar ve kompulsiyonlar.

Kaplan ve Sadock (2003)’e göre **obsesyon**, saçmalığı kişinin kendisince de bilinmesine, yani içgörünün mevcudiyetine rağmen zihinden uzaklaştırılamayan, musallat olan takıntı halindeki düşünce, fikir veya imaj demektir. **Kompulsiyon** da, bu düşünce, fikir veya imajın verdiği sıkıntıyı hafifletmek veya ortadan kaldırmak için yapılan ve gene kişinin saçmalığını bilmesine rağmen, yapmadığı takdirde çok daha fazla sıkıntı duyacağı için, yerine getirdiği stereotipik davranışlardır.

OKB her 100 kişiden 2’sinde görülen ve psikiyatri kliniklerinde ayaktan takip edilen hastaların %10’nunda rastlanılan bir bozukluktur (Rasmussen ve Tsuang, 1986).

Kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülen OKB’nin ortalama başlangıç yaşı 20’dir.

Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara göre daha düşük bulunurken, çocukluk döneminde bu bozukluğa rastlanma oranı erkeklerde iki kat daha yüksek seyretmektedir. Son senelerde, OKB'nin eskiden zannedildiğinden daha yüksek oranlarda çocukluk çağında başlayabildiği ve obsesyonlar olmaksızın kompulsiyonlarla karakterize olabileceği, her tür klinik belirtinin zaman içerisinde gelişebilmesine karşın, hemen bütün vakaların bir aşırı el yıkama döneminden geçtikleri bildirilmiştir (Rapoport, Swedo ve Leonard, 1992).

Bayraktar'a (1997) göre Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal epidemiyolojik tarama (Epidemiologic Catchment Area=ECA) Çalışmalarına göre OKB'un toplumda yaşam boyu yaygınlığı %2-3; 6 aylık yaygınlığı ise %1-2 olarak saptanmıştır. Yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalar arasında OKB sıklığı %0.1- %4 arasında değişmektedir. Flament MF. ve arkadaşları (1988), 5000 lise öğrencisini Leyton Obsesyon Envanteri ile araştırmışlar, çocukluk çağı OKB' si hakkında uzman olan psikiyatristlerin değerlendirmesi sonucunda 5000 öğrencinin on beşine DSM-III-R ölçütlerine göre OKB tanısı koymuşlardır. Örneklem grubunun ortalama yaşı 15.4 ve hastalığın başlama yaşı ise 20 yaş civarındadır.

OKB' nin uzunlamasına gidişinin 11 yıl süreyle izlendiği bir çalışmada, OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %1'den az olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada, OKB tanısı almasa bile yeti yitimine neden olan obsesif kompulsif semptomlarda yaşam boyu görülme sıklığı %5.5 bulunmuştur. (Degonda ve ark., 1993)

Hastalığın erken yaşlarda başlaması, hastalık başlamadan önce kişinin düşük sosyal işlevselliğe sahip olması, hastalığın ilk iki yıllık gözlem süresince kronik gidiş göstermesi kötü prognoz belirteçleridir (Skoog ve Skoog, 1999)

Diğer kötü prognoz faktörleri ise erkek olmak, hastalık süresinin uzun olması,

major depresyonun eşlik ediyor olması, komorbid psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve hastalığın kronik seyirli olmasıdır. (Ravizza ve ark., 1997.) Bazı ikiz çalışmalarında OKB'nin tek yumurta ikizlerindeki konkordans (uyumluluk) oranının çift yumurta ikizlerindeki orandan fazla olduğu bildirilmiştir (monozigot ikizlerde %69, dizigot ikizlerde %0). (Carey ve Gottesman 1981). Ancak başka çalışmalarda genel olarak anksiyete bozukluklarının tek yumurta ikizlerindeki konkordans (uyumluluk) oranı çift yumurta ikizlerinininkinden yüksek bulunmuştur (Andrews ve ark., 1990). OKB ile ilgili olarak evlat edinilmiş çocuklarda yapılmış bir çalışma yoktur. Hastaların birinci dereceden akrabalarında da yukarıda bahsedilen ikiz çalışmalarına benzer biçimde OKB'den ziyade genel olarak anksiyete bozuklukları daha sık görülmektedir (Black ve ark. 1992; McKeon ve Murray, 1987).

Tüm bu çalışmalardan çıkarılabilecek sonuç, OKB'nin heterojen etiyolojiye sahip bir hastalık olduğu ve bir kısmının ailesel geçişli olabileceği, sporadik vakaların ise ailesel olandan farklı bir etiyolojiye sahip olabileceğidir(Eşel, 2000).

Bazı çalışmalar erken ve geç başlangıçlı OKB hastalarının terapötik sonuçlar ve klinik özellikler açısından farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Erken başlangıçlı OKB, geç başlangıçlı OKB'den aile hikâyesinin olması, daha çok erkeklerde rastlanması ve yüksek oranda tik ve nörolojik belirtiler görülmesiyle ayrılabilir (Geller ve ark., 1998).

İlk OKB'li çocuklar üzerindeki çalışmalarda bazı yürütücü işlevlerde kusurlar olduğu bildirilmiştir (Behar ve ark., 1984). Daha sonraki çalışmalar OKB tanısı konan çocuklarla kontrol grubu arasında fark bulamamıştır (Deckersbach ve ark., 2000; Henin ve ark. 2001; Savage ve ark., 1999,2000).

Psikoanalitik kurama göre çözümlenmemiş ödipal çatışmalardan köken alan

anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluğun dinamiğinde önemli rol oynamaktadır. Kişide daha önce gelişmiş olan anal fiksasyon, anksiyete karşısında bireyin daha güvenli olduğu bu döneme gerilemesine (regresyon) neden olur. Kurama göre bu tür bozukluğu olan kişilerde anksiyete ile baş etmek üzere yalıtma (izolasyon), yap-boz (undoing), karşıt tepki kurma (reaksiyon-formasyon) ve yer değiştirme (deplasman) gibi savunma düzenekleri sıklıkla kullanılır (Bayraktar, 1997).

1960 ve 1970’li yıllarda OKB’ nin davranışçı ve kognitif kuramları ortaya atılmış, bu teorilerden yola çıkılarak yeni tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Günümüzde OKB’ nin tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar yaygın olarak kullanılmaktadır (Türkçapar, 2003).

Davranışçı-bilişsel Kurama göre obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyete oluştururlar. Kişide anksiyete oluşturan obsesyon, süreç içerisinde kompulsiyonlarla nötralize edilmeye çalışılır. Kompulsiyonların, anksiyetenin giderilmesinde etkili olduğu hasta tarafından görüldükçe kompulsiyonların sıklığı artar (Bayraktar, 1997).

1990’lı yıllarda ise Young tarafından erken dönem uyum bozucu şemalar (erken disfonksiyonel şemalar) kuramı geliştirilmiştir. Her bir psikopatolojinin bir ya da daha fazla erken disfonksiyonel şemayla desteklendiği teorisi ileri sürülmüştür (Young, 1990,1994).

Günümüzde OKB olarak isimlendirilen tablo, DSM-III-R (APA 1987) ve DSMIV’ te (APA 1994) “Anksiyete Bozuklukları” arasında, ICD-10’da (WHO 1990) ise “Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar” grubu içinde anksiyete bozukluklarından bağımsız bir tanı olarak yer almaktadır.

DSM-IV' de OKB için tanı ölçütleri şunlardır:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakiler (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istemeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

(2) Düşünceler, dürtüler veya düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce veya eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi, bu obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini veya düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

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

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak veya katı bir biçimde uygulaması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2) Davranışlar ve zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ve durumdan korunmaya yöneliktir. Ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler, etkisizleştirmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi Obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: bu çocuklar için geçerli değildir.

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

D. Başka bir Eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ve kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (Ör: Yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma, Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme ya da Major Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) veya genel bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizotta çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı veya anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

ICD-10'da ise OKB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

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

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik

ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

1.2. Denetim Odağı

Denetim odağı kavramı ilk defa Sosyal Öğrenme Kuramını geliştiren Rotter tarafından kullanılmıştır. Rotter'e göre birey hayatını ve yaşam deneyimlerini etkileyebilme yeteneğine sahip bilinçli bir varlıktır, fakat uyarıcılar ve pekiştireçler insan davranışını etkilemektedir (Korkmaz, 2002). Kontrol algısının iki boyutu vardır. Bunlar kontrolün merkezi ve neyin kontrol edildiğidir. Kontrol merkezi temel olarak iç ya da dıştır. Bu dış merkez, güçlü diğerleri, şans, bilinmeyen, Tanrı vb. iken, neyin kontrol edildiği sağlık, tehdit eden bir uyarıcı, kişiler arası ilişkiler, akademik performans vb. konulardır. Rotter kontrol odağını, kişinin davranışını izleyen pekiştiriciler sonucunda oluşan beklenti ile açıklamaktadır (Rotter, 1966). Buna göre kişinin pekiştiricilerin kendi kontrolünde olduğuna yönelik inancı 'iç kontrol odağını', pekiştiricilerin kader, şans vb. kendi dışındaki güçlerin kontrolünde olduğuna dair inancı ise dış kontrol odağını oluşturmaktadır (Rotter, 1975).

Dış kontrol odağına sahip bireyler, pekiştirenlerin kaderin, şansın veya kendileri dışındaki bazı güçlerin kontrolünde olduğunu düşünmektedirler (Rotter, 1954).

Bu açıdan dış kontrol odağına sahip kişilerin, çevre üzerine denetimlerinin olmadığını düşünmeleri, bu kişilerin daha pasif ve kendilerine ve diğerlerine daha az güvenen kişiler olduklarını ortaya koymaktadır (Loosemore ve Lam, 2004; Silvester ve ark., 2002).

Kendilerine karşı güvensiz olan dış kontrol odaklı bireylerin kendilerini yetersiz hissettikleri, anksiyete, stres ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu, edilgen,

kuşkucu ve dogmatik oldukları, bununla birlikte daha az güç ve esneklik gösterdikleri belirtilmektedir (Ashby ve ark., 2002; Yeşilyaprak, 2000; Yağışan ve ark., 2007).

Bununla birlikte, dış kontrol odaklıların kendilik algılamalarında sorunlar yaşadığı, kendilerini daha olumsuz gördükleri (Yağışan ve ark., 2007), artan şizofren ve depresyon ile birlikte öz saygı seviyelerinin de daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Goodman ve ark., 1982).

Buna ilaveten iç kontrol odağının, kişilerarası ilişkilerinde ve sosyal becerilerde etkili olduğu, dış kontrol odaklı kişilerin kişilerarası ilişkilerde daha yetersiz ve sosyal yeteneklerinin daha zayıf olduğu ortaya konmaktadır (Martin ve diğ., 2005). Bu görüşü destekler nitelikte sağlık uzmanları arasında yapılan bir çalışmada, dış odaklı kişilerin iletişim becerilerinin iç odaklılara göre daha kötü olduğu ifade edilmektedir (Libert ve ark., 2003). Ayrıca dış odaklı kişilerin, iç odaklı kişilere göre daha saldırgan oldukları belirtilmektedir (Österman ve ark., 1999).

Bu açıdan dış kontrol odaklı kişiler, depresyon ve endişe seviyeleri yüksek, kendine güven ve özsaygı düzeyi düşük, çaresizlik duyguları içerisinde daha yalnız kişiler olarak tanımlanabilir. Buna ek olarak çevre üzerinde denetimlerinin olmaması, daha edilgen, kuşkucu ve dogmatik olmaları, uyumsuzluk ve psikolojik rahatsızlıkları da beraberinde getirebilmektedir.

İç kontrol odağına sahip bireyler ise kendilerine olan olaylardan kendilerini sorumlu tutmakta ve pekiştireçlerin kendi kontrollerinde olduğunu düşünmektedir (Rotter, 1954).

Bu açıdan iç kontrol odaklılar kendilerini başarılı, etkili, atılgan, girişimci, güvenli, ve bağımsız kişiler olarak tanımlamaktadır (Loosemore ve Lam, 2004; Silvester ve ark., 2002; Yeşilyaprak, 2000). Ayrıca akademik başarılarının daha fazla

olduğu, yarışma ortamlarında daha üstün ve toplumsal olaylarda daha aktif oldukları ortaya konmaktadır (Diesterhaft ve Gerken, 1983; Anderson ve ark., 2005).

Bunlara ilaveten iç kontrol odaklı kişilerin, kendilik algılamalarının yüksek olduğu (Loosemore ve Lam, 2004; Silvester ve ark., 2002) ve özellikle akademik performansta, kendilik algılarını yükseltme çabalarının, karşılıklı olarak kişilerin iç kontrol odaklarının da yükselttiği belirtilmektedir. Bu iki özellik arasındaki ilişki her ne kadar karşılıklı gibi görünse de iç kontrol odağının oluşması, öncelikli olarak kendilik algısının yükselmesine bağlı olmaktadır. Daha sonradan gelişen iç kontrol odağı ise kendilik algılarını güçlendirmektedir (Eberhart ve Keith, 1989).

Ayrıca iç odaklı olanların daha bağımsız, daha başarılı, politik açıdan aktif ve kişisel güce sahip olma eğiliminde oldukları (Yağışan ve ark., 2007) kendilerini daha sağlıklı hissettikleri (Ozolins ve Stenstrom, 2003), başa çıkma becerilerinin daha yüksek olduğu (Elis ve ark., 1998) ve içsel motivasyonlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Fazey ve Fazey, 2001).

Bu özelliklerin yanında iç kontrol odaklıların daha az stres yaşadıkları, duygusal merkezli baş etme davranışlarından daha çok, görev merkezli baş etme davranışları sergiledikleri ve başarıyla birlikte iç kontrol odaklı düşüncelerini de geliştirdikleri görülmektedir (Anderson, 1976).

Psikoloji literatüründe çeşitli *sosyal öğrenme teorileri* bulunmaktadır. Bu teorilerden bazılarının ilgi alanları insanın korku ve stresleri bazıları (sosyal psikolojide geliştirilen öğrenme teorileri) yüklemleme süreçleri, bazıları da özellikle klinik psikoloji alanında geliştirilen sosyal öğrenme teorisi ‘güven eksikliği’ ‘öğrenilmiş çaresizlik’ gibi konularda yoğunlaşmıştır. Aslında klinik psikoloji alanında geliştirilen sosyal öğrenme teorisi algıların kontrolü ile ilgilidir. Algıların kontrolü konusunda ileri sürülmüş en

önemli teori Rotter'in sosyal öğrenme teorisidir. Alguların kontrolü Rotter'in geliştirdiği Denetim Odağı kuramında merkezi ve sistematik bir özellik taşır. Rotter alguların kontrolü kaynağı ile ilgili teorisini klinik psikoloji çalışmalarında ortaya çıkartmıştır. O, insanların yaşam olaylarını denetleme konusunda kendi yeteneklerine göre genel bir beklenti geliştirdiklerini öne sürmüştür. (1954-1966). Rotter davranışlarının kendi yaşantılarını etkilediğine inanan kimselerin bir iç denetim beklentisi, buna karşılık, kendi davranışlarının şans ve kader tarafından belirleneceğine inanan kimselerin ise dış denetim beklentisi içerisinde olduklarını ileri sürmüştür. Rotter'in sosyal öğrenme teorisi içerisinde kontrol kaynağı (Locuf of control, internal, external) davranışı, beklentilerin, pekiştiricilerin veya psikolojik durumların etkisinin bir sonucu olarak ele alınmıştır (Rotter, 1954).

Rotter'e göre, olaylar zinciri (sequences of event) bireyin davranışları, ihtiyaç ve amaçlarına bağımlı değildir. Fakat fonksiyonel olarak toplumdaki sistemlerle ilgilidir. Birey davranışta bulunurken önceki yaşantısına bağlı olarak hareket eder. Davranışın ortaya çıkışı sadece pekiştiricilerin veya önemli amaçların özüne bağlı değil, aynı zamanda bu amaçları gerçekleştirebilecek beklentilere bağlıdır. Bu beklentiler önceki yaşantılara göre tayin edilir ve ölçülebilir. Rotter'e göre, birey daha önceki yaşantısında, olumsuz durumlarla karşılaşırsa bu bireyde olumsuz bir beklenti meydana getirecektir. Dolayısıyla birey böyle bir durumla karşılaşmamak için, yeni bir davranışta bulunmayacaktır. Birey, önceki yaşantısında aynı tür olaylar karşısında olumlu sonuçlar elde etmişse bu davranışını tekrarlayacak ve böylece olumlu beklenti geliştirecektir. (Rotter, 1966).

Yükleme kuramları, olayların algılanan nedenleriyle ilgilenmektedir (Demir, 1998). Yükleme araştırmaları ve geliştirilen kuramlarda, davranışla ilgili “neden”, “niçin”, “nasıl” sorularının cevabını bulma ve anlama yöntemleri bilimsel olarak incelenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmalarda, insanların yaşamlarını anlama ve organize etmede, diğer insanlara ve kendilerine yaptıkları yüklemeler incelenmiştir (Kağıtçıbaşı, 2002; Küçükkaragöz, 1998; Lester, 1988).

Yükleme Kuramına göre, davranış ve sonuç arasındaki ilişki ile ilgili yüklemeler iç ve dış etmenlere göre yapılmaktadır. İç ve dış etmenlerinden birine yapılan yüklemeler farklı sonuçlar doğurmaktadır (Buluş, 1996).

Yükleme Kuramlarına Kelly, Heider ve Weiner gibi kuramcılar öncülük etmişlerdir.

Çıkarımlar konusunda kuram geliştirme, olgusal nedensellik ile ilgilenen Fritz Heider’le (1958) başlamıştır. Heider’ e göre, bilimsel psikolojinin yanında insanların, diğer insanların duygu ve düşüncelerine, tutum ve davranışlarına ilişkin konularda ‘sağduyu psikolojisi’ adı verilen sezgisel bilgileri vardır. İnsanlar başkalarıyla olan ilişkilerini bu sağduyu psikolojisi sayesinde yönlendirir. Heider bütün insanlarda iki güdünün var olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar çevremizdeki dünyaya ilişkin tutarlı bir görüş oluşturma; çevremizi kontrol etme güdüleridir. Bu güdülerden her birini doyumak için gerekenlerden biri, insanların nasıl davrandıklarını kestirebilme yeteneğidir. (Dönmez, 1987).

Heider çıkarımlar konusundaki düşüncelerinde, gözlenebilen davranışın gözlenmeyen nedenlere bağlanış tarzını ortaya koymaktadır. Ona göre, insanın bu temel etkinliği, kaostan itibaren bir örgütlenme yapması, sürekli değişen uyaranları çevrenin değişmeyen özellikleriyle ilişkilendirmeyi sağlamakta, bu ise iç ve dış nedenleri ayırt etmeye yol açmaktadır. Böylece temel sorun içsel bir yüklemenin mi yoksa dışsal bir

yüklemenin mi yapılacağı sorundur. İçsel nedenler, kişinin kendine bağlı, kişilik özellikleri güdüler, heyecanlar, tutumlar, yetenek, çaba ve kapasite gibi etmenlerdir. Dışsal ve çevresel yüklemeler ise, bireyin dışında, onu saran genel çevre, rol kısıtlamaları, şans ve ortamın özellikleri gibi etmenlerden oluşmaktadır. Heider sürekli olarak bir kimsenin kendine neden davranıldığı gibi davranılmadığını sorduğumuz, birey bu soruyu ya kendi davranışında ya da kendi davranışının dışında bir neden bularak yanıtlamaya çalıştığını varsaymaktadır.

Fritz Heider, her insanın davranışı açıklamada kullandığı genel bir kuramı olduğuna inanmış ve bunu naif psikoloji olarak adlandırmıştır (Kağıtçıbaşı, 2002). Olayların ve davranışların nedenlerini açıklarken yaptığımız atıflarla ilgili en önemli konu, yapılan açıklamanın odaklandığı yerdir. İçsel Atıf, bir kişinin davranışının nedenlerinin o kişinin içsel özelliklerinden kaynaklandığını varsayan açıklamadır. Kişinin içsel özelliklerinden kastedilen, o kişinin kişilik özellikleri, tutumları, yetenekleri, çabaları, ruh hali vs. yani tamamen kişinin kendisiyle ilgili niteliklerdir. Yapılabilecek başka bir tür atıf da, dışsal atıftır. Burada davranışın nedeni, söz konusu olan kişinin dışında gerçekleşen herhangi bir durum ya da davranışla açıklanır; örneğin, başka insanların davranışı, şans, o kişinin içinde bulunduğu koşullar vb... Heider ve başka atıf kuramcıları, yapılan hangi açıklamanın- içsel veya dışsal- doğru olduğunu incelemekten çok davranışın nedenlerini nasıl algılandığı ile ilgilenmişlerdir (Eliot, 1997; Lease, 2004; Lester, 1988) .

Bernard Weiner ve arkadaşları, Heider'in atıflarla ilgi kurduğu kuramı genişleterek, modellerinde davranışların nedenleriyle ilgili açıklamalara, davranışın kontrol edilebilirliği ve kalıcılık derecesini de dahil etmişlerdir. Olay ve davranışlara bulunduğumuz nedenlerin içsel/dışsal ve kalıcı/ geçici olmalarının yanında,

nedenlerin kontrol edilip edilemeyecek türden olmaları da önem taşımaktadır. Weiner'e göre, bireylerin davranışlarının nedenlerinin bazıları kendilerinin kontrol edebileceği, bazıları da kontrol edemeyeceği türdendir. Örneğin, bir işte sarfedilen çaba arttırabilir ya da azaltılabilir, yani kontrol edilebilir. Ancak o işin gerektirdiği yeteneği değiştirebilmek çok daha zordur. Bir nedenin kontrol edilip edilemez olması, kalıcılık derecesinden ve nereye odaklandığından (içsel/ dışsal olmasından) bağımsızdır (Kağıtçıbaşı, 2002) .

Kelley'in yükleleme kuramı Heider'in ortaya attığı ve insanların çevrelerini deneysel yönetime benzeyen nedensel bir analiz vasıtasıyla anladıklarını ifade eden bir düşünceye dayanır. Kelley (1967) insanların çoklu durumlarla karşılaştıklarında yaptıkları yüklemeleri açıklayan en kapsamlı kuramı geliştirmiştir. Kelley'in genel ilkesi birlikte değişme ilkesidir: İnsanlar üç farklı boyutta neden ve etkilerin birlikte oluşumuna bakarlar. Bunlar (1) uyaran nesne (varlık), (2) aktör (kişiler), ve (3) bağlam ya da durumlar (zaman ve koşullar)dır (Marks,1998).

Kelley'e göre yüklelemeye ulaşmak için iki farklı durum betimlenebilir. Birinci durumda yükleleme de bulunan kişi çeşitli kaynaklardan bilgiler almakta ve gözlenen bir sonuç ile olası nedenlerin birlikte değişmesini algılayabilmektedir. İkinci durum ise bilgi tek bir gözlemden gelmekte, yükleleme de gözlenen davranışın nedenlerini oluşturan bir takım etmenleri dikkate almak gerekmektedir. Sonuçta Kelley'in birlikte değişme ilkesi Heider'in birlikte değişme ilkesi gibidir; kişinin yapacağı, bütün bu bilgiler tutarlılık ve düzenliliklere bakmaktır. Eğer kişi belli bir olayı değişmez olarak belli koşullar takımı ile birlikte görüyorsa olayı hangi nedene yükleyeceğini bilir. Bu durumda kişinin aradığı belli koşullar takımı ve değişmez etkidir. Kelley'in kendi değişimi ile değişmezlik; 'etkinin görülüp görülmeyeceğinin belirleyen koşulların düzenli bir

birlik içerisinde değişmesidir'. Böylece Kelley'in kuramı insanların nesnel yüklemeler yaparken bu nedensellikleri üç çeşit bilgi ile sonuçlandırma esasına dayanır. Bunlar; farklılık bilgisi, fikir birliği bilgisi ve tutarlılık bilgisidir(aktaran Marks, 1998).

Bireyin, içten veya dıştan denetim odağına sahip olmasında bireyin beklentileri de çok önemlidir. Bunun için denetim odağı kavramını açıklarken, güdülenme kuramlarına da değinmek gerekmektedir.

Güdülenme kuramları insan davranışının "neden" yapıldığını anlamaya, açıklamaya yöneliktir. Bu kuramların temel varsayımı, psikolojik mekanizmaların biyolojik gereksinmelerin etkisiyle gerilim altında kaldığı ve davranışın bu gerilimi gidermeye yöneldiği önermesiyle özetlenmektedir. Güdülenme kuramları, "itki azaltıcı kuramlar" olarak da adlandırılmaktadır (Tolan, İsen ve Batmaz, 1991).

İtki azaltımını davranışın arkasındaki temel dinamik mekanizma olarak ele alınan bu görüş, belli bir davranışın (tepki) öğrenilmesinde, organizmanın bir takım gereksinimlerinin giderilmesinin önemli bir etken olduğunu savunmaktadır. Güdülenme, bir gereksinmenin itkiye dönüşmesi ve dürtüsünü araması sürecidir. Dürtü herhangi bir itkiyi azaltacak herhangi bir nesne ya da durumu simgelediği gibi, itkiyi azaltıcı bir niteliği "varmış gibi algılanan" her nesne de dürtü sayılır (Ghorboni ve ark., 2004).

Güdülenmeye ilişkin bilişsel görüşlerde ise davranışın insanın bilinçli olarak seçtiği amaçlara yönelmesi teması işlenmektedir. Birey, bazı planlar yapar, bu planlarda beklentiler, olasılıklar ve riskler bellidir ve bunlara ulaşmak için hangi eylemlerde bulunması gerektiğini de bilir. Kuşkusuz bu amaçların ve onlara ulaşmadaki araçları belirlenmesinde, bireyin "bilişleri", yani dünyayı algılama ve tanıma biçimi, belirleyici bir rol oynayacaktır.

Davranışçılara göre, psikolojinin kuramsal amacı, davranışın yordanması ve kontrolüdür (Morgan, 1993). Denetim odağı kavramı, davranışçı kuramlar başlığı altında Operant koşullanma ve Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı çerçevesinde incelenecektir.

Operant Koşullanmada, davranışlar sonuçları tarafından şekillendirilmekte ve sürdürülmektedir. Ayrıca, organizma tepkide bulunduktan sonra çevrenin etkisini göz önüne alarak uyarıcı- tepkinin ötesine geçtiğini düşünmektedir (Altıntaş ve Gültekin, 2003).

Skinner; benliği belli bir grup pekiştireç olasılığına uygun davranışlar gösterme repertuarı olarak ele almaktadır. Davranışın nedenlerine geleneksel bakış açısında, insan kendi yaşamından sorumlu, özerk bir ajan olarak görülmektedir. Bilimsel bakış açısına göre; insan, yaşadığı çevrenin denetimi altında yaşamda ayakta kalmaya yarayan davranışların evrimsel olasılıkları aracılığıyla şekillenmektedir (Corey, 1982; Karahan ve Sardoğan, 2004).

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramında ise, ortaya çıkan sonuçlar ve oluşturulan beklentiler aracılığı ile davranış, büyük oranda şekillenmektedir. Yine de insan davranışları daha çok sonuçları bakımından düzenlenmektedir. Dışsal pekiştireçler ve başkalarının yaşantılarından model alınan dışsal pekiştireçler olmak üzere iki tür düzenleyici sonuç bulunmaktadır. Ayrıca birey, davranışlarını kendilerinin koydukları standartlara uygun olarak da düzenlemektedirler. Sosyal öğrenme kuramına göre bireyin davranışları, içsel ve dışsal pekiştireçlere göre belirlenmektedir (aktaran Nelson,1982).

Davranışçı kuramlara göre denetim odağı, ödül ve cezaların bireyin kendisi tarafından ya da kendi dışında bir takım etkenlerce denetlendiğine ilişkin inancıdır. Diğer

bir deyişle, ödül ve cezaları denetleyen güçlerin, kişinin içinde ve dışında odaklaşmış olarak algılanmasıdır. Davranışın ortaya çıkmasında, pekiştireçlerin olasılığı ve bireyin beklentileri önem taşımaktadır.

1.3 Benlik Saygısı

Kavram olarak benlik Bireyin farkında olduğu, yani algılayabildiği tarafı veya parçası olarak nitelendirilen, aynı zamanda kişinin bilinçli bir şekilde kendi varoluşu olarak adlandırabildiklerinin de toplamıdır. Kişinin “ben” veya “benim olarak ifade ettikleridir. Başlangıçtaki benlik-kavramı *sözel ifade öncesi bile* olsa, büyük ölçüde benlik yaşantılarından oluşmaktadır. Bu benlik yaşantıları da bireyin “ben”, “benim” veya “kendim” olarak ayırt ettiği fenomenolojik alandaki olaylardan oluşur. Benliğimiz, zaman içinde herhangi bir anda farkındalığımız hakkında sahip olduğumuz fikir ve tutumlardan oluşur. Dolayısıyla, kendimizle ilgili farkındalığımızdan, kendimizi bir varlık olarak nasıl değerlendirdiğimize ilişkin fikirler ortaya çıkmaktadır (Hamachek, 1995, Kulaksızoğlu, 2001 Nelson-Jones, 1982; Rosenberg, 1989; Verkuyten, 1989). İşte, bu benlik durumu, bilinçlilik halidir ve zihinsel bir içeriktir. Benlik, Kohut’un (1998) da belirttiği gibi, egoyu da içine alan bir kavramdır. Kişinin atıf merkezidir, deneyimleri ve geçmişi yaşayan yönüdür. Her birimizi, bir diğerinden ayıran özelliktir. Organizma içinde, bireyde bütünü oluşturan parçaların, hem birbirlerine, hem de çevreye karşı geliştirdikleri ilişkidir. İnsanın herhangi bir şey olmasından öte, bir nitelik olmasıdır. Gelişme ve olgunlaşma ile ortaya çıkan kişisel bilinçlilik (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995).

Benliğin duygusal boyutu olan *benlik-saygısı*, bireyin, kendisinin kim olduğu hakkındaki fikirlere sahip olmasının yanı sıra, kim olduğuyla ilgili duygulara da sahip

olmasını içerir. Benlik-saygısı, benlik-kavramının tasvirine veya kısımlarına ilişkin hoşnutluk düzeyidir. Bizim önemimize, değerimize, özel oluşumuza dayanır (Beane ve ark., 1980; Hamachek, 1995). Ruh sağlığının bir göstergesi olan benlik saygısı, bir yeterlilik duygusu ve başarı için gerekli bir koşuldur (Karadağı, 1992). W. James benlik saygısının, kişinin kendisiyle barışık olma derecesiyle, ayrıca elde ettiği başarılarının isteklerine oranıyla belirlendiğini ileri sürer. Buna göre, ancak istekleri ve amaçları gerçekçi bir kişi, kendini değerli göreceğinden dolayı mutlu olacaktır (aktaran Bruno, 1996). Benlik-saygısı; kişinin kendini benimsemesi, değer vermesi, kendine güven ve saygı duyması, bireyin psikolojik açıdan etkin olmasını sağlayan temel belirleyicilerden biridir (Güçray, 1989, akt. Torucu, 1992).

. Rosenberg (1965), benlik saygısını bireyin kendisine karşı, olumlu ve olumsuz tutumu olarak tanımlamıştır. Ona göre benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesinin bir sonucudur. Bireyin kendine ilişkin değerlendirmeleri sonucunda ulaştığı yargı, benlik saygısının düzeyi için belirleyici olmaktadır. Benlik saygısı, bireyin benlik kavramına ilişkin ulaştığı değerlilik yargısıdır.

Coopersmith (1967) ise benlik saygısını, bireyin kendi saygınlığı ile ilgili yaptığı bir değerlendirme şeklinde tanımlamış ve bireyin kendi yeterlilik, önem, başarı ve değerlerine ilişkin inancının ve kendini onaylama ya da onaylamama tutumunun bir ifadesi şeklinde açıklamıştır.

Bazı yazarlar (Branden, 1969; Battle, 1987), benlik-saygısını insanın temel bir ihtiyacı olduğunu ve gelişiminin tüm safhalarında bireyin hayatını etkileyen en önemli değişkenlerden biri olarak ileri sürerler. Örneğin, Battle (1987), benlik-saygısının, kişinin başarı örüntüleri, becerileri, diğer insanlarla olan ilişkileri ve ruh sağlığı gibi faktörlerden

etkilendiğini belirtmektedir (Battle ve ark., 1988).

Benlik kavramı ergenlikte ve ilk yetişkinlikte de son derece önemli olan dinamik ve yaşam boyu süren bir süreç içinde gelişir. Disiplin ve sevgi aracılığıyla ana babadan, uygun davranışı gösterme baskısı ile yaşlılarından, başarı ya da başarısızlıkla okul yaşantılarından ve bir yığın başka olaylardan etkilenir. Eğer her şey yolunda giderse çeşitli parçalar birbirleriyle harmanlanır ve bunların tümünü içine alan bir benlik kavramı oluşur. Benliğin gelişimi sürecinde kendisi ve çevresiyle ilgili olumlu uyarılar alan birey, kendini değerli görecektir ve böylece kendisine saygı duyacaktır. Dolayısıyla benliğin gelişimi, uyumu ve sürekliliği bireyin benlik saygısına bağlı olmaktadır (Sanford ve Donovan, 1999).

Benlik saygısının gelişimi ile ilgili olarak kişilik kuramcıları çeşitli açıklamalar yapmışlardır. Benlik saygısının temeli bebeklikte atılırken, yaşam dönemleri boyunca gelişmeye devam eder. Bebeklik döneminde anne çocuk ilişkisinin etkinliği önem taşımaktadır. Çünkü bu dönem çocuğun temel güven duygusunun geliştiği dönemdir. Bebek iki aylık oluncaya kadar biliş öncesi dönemdedir. Altı aylıkken diğer bireylerden ayrı olduğunu fark eder, dokuz aylıkken duyguları, dürtüleri ve istekleri içeren öznel bir benlik ortaya çıkar. Çocuk bu aylarda bedeninin değil, kendi zihninin de farklılığını ayırt etmeye başlar. Onsekizinci aydan sonra bireysel bilgi ve deneyimlerin depo edildiği sözel bir benlik gelişir. Bu durum çevresiyle ilişki kurmasını da olanaklı kılar ve benliğin gelişimi hız kazanır. Çocuk yaş dönemleri içinde sfinkter kontrolünü kazanarak, kendi bedenini kontrol edebildiğini fark etmesiyle özerklik duygusunu geliştirir. Bu dönemde kendi bedenini kontrol edebilmenin verdiği hazzın yanında sosyal olarak da geliştiğinin farkına varması

benlik saygısını artırmada önemli rol oynar(Özdağ, 1999).

Çocuk büyüdükçe dil gelişimi ile beraber sosyal ortamlarda kendisini daha fazla göstermeye başlar. Özellikle okula başlama ile sosyalleşme süreci hız kazanır. Bu dönemlerde anne çocuk ilişkisinin yanında çevre ile ilişkilerdeki olumlu olumsuz yaşantılar bireyin benlik saygısını etkiler. Çocuğun ailesiyle, çevresiyle girdiği ilişkiler içerisinde beğenildiği, desteklendiğini hissettiği oranda benlik saygısı yükselir. Kendince başarı saydığı davranışların bu kişiler tarafından kabul edilmemesi, olumsuz eleştirilme, başarılarının başkalarıyla karşılaştırılması benlik saygısı düzeyini azaltabilir. Adölesan dönemi benlik saygısı açısından riskli bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Birey bu döneme kadar belli düzeyde bir benlik saygısı geliştirir. Bu dönemde ise sahip olduğu değerleri yeniden gözden geçirmeye başlar. Adölesan döneminde birey, nasıl biri olduğunu, neye benzediğini, kendisi hakkında neler hissettiğini sorgular. Bunları cevaplamaya çalışırken daha önceki yaşantılarını bir araç olarak kullanır. Bu nedenle gencin bu döneme kadar geliştirdiği kişilik yapısı ve benlik saygısı önem kazanır(Özdağ, 1999;Yörükoğlu, 2000).

Adölesan döneminde içsel faktörlerin yanında çevresel faktörlerin etkisi de oldukça fazladır. Birey tüm bu faktörlerin etkisiyle kendisine ilişkin olumlu veya olumsuz bir yargı oluşturarak benlik saygısını belirler. Adölesan döneminde dış görünüş bireyler için çok önemlidir. Fiziksel olarak çekici ve çekici olmayan kişilerin farklı benlik saygısı, benlik beklentileri ve kişilik özellikleri geliştirdikleri söylenmektedir. Fiziksel açıdan daha çekici olan adölesanlar çevrelerinde daha popülerdir ve diğer arkadaşlarına göre sosyal ilişkilerde tercih edilmektedirler. Yapılan çalışmalarda fiziksel çekiciliğin gencin benlik kavramını olumlu yönde etkilediği ifade edilmiştir(Özdağ, 1999).

Adölesan dönemindeki gencin benlik saygısı anne-babası, yakın aile çevresi, otorite olarak gördüğü kişiler ve akran grubuyla olan ilişkilerinden etkilenir(Yörükoğlu, 2000). Çuhadaroğlu'na göre bu ilişki, çift yönlüdür. Çünkü bu döneme kadar olumlu benlik saygısı geliştirmiş gencin tüm ilişkileri de bu durumdan etkilenecektir. Sonuçta gencin olumlu ilişkiler kurması mümkün olabilecek ve benlik saygısı artmaya devam edecektir(Özdağ, 1999) Benlik saygısının yüksek olması gencin ilişkilerini etkileyeceği gibi okul başarısına da yansiyacaktır.(Yörükoğlu, 2000)

Yetişkinlik döneminde bireyler adölesan döneminde geliştirdikleri benlik saygısı doğrultusunda yaşamlarına bir yön vermeye başlarlar. Bu dönemde de benlik saygısı gelişmeye devam eder. Adölesan döneminin zor günlerini geçirmiş olan birey bir iş ve meslek sahibi olur, aile kurar ve bağımsız bir kişi olur. Tüm bunlar benlik saygısının olumlu şekilde artmasına yardımcı olur. Ancak yine de bu dönemdeki hastalıklar, kazalar, iş veya sevilen kişilerin kayıpları, göç gibi olumsuz yaşam olayları benlik saygısını etkileyebilir ve yeniden yapılanma ihtiyacı ortaya çıkabilir. Aksi takdirde pek çok ruhsal sorunun ortaya çıkması söz konusu olabilecektir(Özdağ, 1999).

Günümüzde kişinin ne bedeni ne de kimliği doğal bir nesne olarak kabul edilmemekte, bazı uygulamalar ve eylemlerle müdahale edilmektedir. Bunlar; kendine yardım teknikleri, terapiler, jimnastik aletleri, cinsiyet değiştirmeler ve plastik operasyonlardır. Bütün bunlar, içinde yaşanan kültürün insanları biçimlendirdiği ve benliğin kişi tarafından biçimlendirildiği düşüncesi ile çatışmaktadır. Beden ve benlik aslında daha önce hiç olmadıkları bir biçimde kültürel nesnelere haline gelmişlerdir. Bu durum bedenleri ve benlikleri oyun oynanan alanlar haline getirmektedir. Kısacası bu, günümüz dünyasının bir dayatılmış “uydurulmuş” bir benlik olarak yorumlanabilir(Öz,

sağlıksız bir dengeyi korumak için bir siperdir. Kendilerine az değer veren insanlar, değişme olduğunda, daha çok değersiz olacaklarına inandıkları için korkarlar. İşlevsel olmayan, değişmeyen bir sistemde kapalı kaldıklarında, benlik saygıları da düşük düzeyde kalmaya devam eder(Whirter ve Acar, 2000).

Benlik saygısı düşük bulunan gençlerin son beş yıl içinde gösterdikleri ruhsal belirtiler araştırılmış ve uykusuzluk, sinirlilik, iştahsızlık, baş ağrısı, çarpıntı, karabasan, tedirginlik gibi belirtileri daha yüksek oranda gösterdikleri saptanmış. Bu sonuç benliksaygısı ile ruh sağlığının yakın ilişkisini vurgulamaktadır. Bu kişilerin kendine güveni azdır, kolay umutsuzluğa kapılır, kısacası ruhsal belirtiler geliştirmeye daha yatkındır(Yörükoğlu, 2000).

Yüksek benlik saygısı hatalara, yanlışlara ve başarısızlıklara rağmen şartsız benliğin kabul edilmiştir. Bu aynı zamanda kişinin kendi yaşamı hakkındaki sorumlulukları kabullenme anlamına gelir(Öz, 2004) Başarısız olduklarında, başa çıkma yollarını yeniden değerlendirir ve bir başka yöntem seçerler. Başarısızlığı, tümüyle bir hata olarak değil, kendilerini geliştirmek için bir olanak olarak değerlendirirler(Ünsar ve İşsever, 2003)

Benlik saygısı yüksek olan kişide kendine güven, iyimserlik, başarma isteği, zorluklardan yılmama gibi olumlu ruhsal nitelikler bulunur. Benlik saygısı yüksek gençler başarıya çok önem verir ve yarışma gerektiren uğraşları seçerler. Ruh sağlığı yerindedir, kolay kolay depresyona girmezler, saldırganlık duyguları yoktur, insan ilişkilerinde daha toleranslıdırlar ve yaşamı daha anlamlı bulurlar. Toplum tarafından daha çok kabul edilirler ve hayatta daha başarılı olurlar (Pektekin, 1993;Yörükoğlu, 2000).

Yüksek benlik saygısı akademik başarıyı yükseltir. Bununla birlikte yüksek benlik saygısına sahip olan insanlar daha az psikolojik bozukluk yaşar ve stresle daha kolay başa çıkarlar. Yüksek benlik saygısı strese karşı koruyucudur (Begley & White, 2003; Sasat, ve ark., 2002; Lo, 2002; Yalım, 2001;).

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel problemi Obsesif-Kompulsif Bozukluğu Tanısı almış hastaların benlik saygısı ile denetim odağı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu çalışmanın amacı ise, OKB hastalarının düşüncelerinin ve davranışlarının denetimi ile ilgili irade yetersizliği içinde olduklarını ve bu durumu yaşarken kendilerini nasıl gördükleri ve bu iki durumun birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu deneysel olarak araştırmaktır.

Bu problem ve amaçlar doğrultusunda şu hipotezler sınanacaktır:

1- OKB tanısı almış hastaların benlik saygısı ve denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2- OKB hastalarının benlik saygısı herhangi bir tanı almamış kişilerin benlik saygısından daha düşüktür.

3- OKB hastalarının denetim odağı düzeyleri, herhangi bir tanı almamış kişilerin denetim odağı düzeylerine göre farklılık gösterir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980'de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir (DSM-III, 1980). DSM-III-R' da (DSM-III-R, 1987) ise günlük yaşamı kesintiye uğratan

en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır. Özellikle bu tanı kriterlerinin obsesyon bölümünün 3. ve 4. maddesi ile Kompulsiyon bölümünün 2. maddesi incelendiğinde bu bozukluğa sahip bireylerin benlik saygılarının ve denetim odaklarının düşük olduklarını ve benlik saygılarıyla denetim odakları arasında bir ilişki olabileceği tarafımızdan düşünülmüştür. Bu ilişkinin ortaya çıkarılması yönünde çalışmalar düzenlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunun OKB hastalarının tedavisinin bir bölümünü oluşturan terapatik sürecinde, hastalığın kritik olarak müdahale edilmesi gereken yönünü terapistlere göstererek OKB hastalığının tedavisine katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, veri toplamada kullanılan ölçme araçları, veri toplama işlemi ve verilerin çözümlenmesinde uygulanan istatistiksel tekniklere ilişkin açıklamalar yapılmıştır. OKB tanısı alanlardan deney ve almayanlardan kontrol gruplarının oluşturulduğu deneysel bir araştırma olan bu çalışmamızın yöntem olarak sonuçlarının analizinde Spearman Korelasyon, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

2.1. Örneklem

Araştırmanın deney grubuna, hastanelere ve psikolojik danışmanlık merkezlerine 20.11.2009-10.05.2010 tarihleri arasında OKB şikayeti ile başvuran ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsyon Derecelendirme ölçeğinden 16 puanın üzerinde not alan 127 kişi dahil edilmiştir. Bu nedenle araştırma sonuçları diğer benzer niteliklere genellenebilir.

Kontrol grubu ise aynı kriterlere sahip OKB tanısı olmayan ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsyon Derecelendirme ölçeğinden 16 puanın altında not alan kişiler arasından seçilen 86 katılımcıdan oluşturulmuştur.

Çalışmaya alınma kriterleri: 18 yaşın üzerinde olmak, Uygulanacak ölçekleri yapabilmesi için okuma-yazma bilmek ve Çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir.

Proaktif madde bağımlılığı olanlar, nörolojik ya da genel tıbbi durumu ilgilendiren

hastalığı olanlar, psikiyatrik tedavi uygulananlar, 18 yaşın altında olanlar ve mental retarde olanlar çalışmaya alınmamışlardır.

Katılımcılara araştırmada kullanılan envanterler ve sosyodemografik bilgi formuyla ilgili genel bilgilendirme yapıldıktan ve izinleri alındıktan sonra, kişilerin kendileri tarafından doldurulması istenmiştir.

Araştırmanın örnekleminin evreni temsil ettiği, araştırmada kullanılan ölçme araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilir olduğu, araştırmanın örneklemini oluşturan bireylerin ölçeklere içten ve dürüstçe yanıtlar verdiği varsayılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Kişilere ait bilgi ve demografik özelliklerin belirlenmesi için hazırlanmış ve ekte sunulmuş olan Sosyodemografik Bilgi Formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKDÖ), Rotter Denetim Odağı Ölçeği (RDOÖ) Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE) verilmiştir.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Bilgi Formu'nda yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, aile, gelir düzeyi ve medeni durum gibi demografik bilgiler yer almaktadır. Bu bilgi formunda toplam 8 soru bulunmaktadır.

2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

(Y-BOCS)

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Y-BOCS’da obsesyonlar ve kompulsiyonlara yönelik sınıflandırma başlıkları altında her biri değişen sayıda olmak üzere toplam 74 soruluk bir semptom kontrol listesi vardır. Bu semptom kontrol listesi, ayrıntılı semptom tarama ve bunların şiddetini değerlendirme imkanı sağlar. Ölçeğin değerlendirilmesi klinisyen tarafından yapılır. Semptom şiddetleri değerlendirilirken semptom tipi, sayısı ya da içeriği dikkate alınmaz. Her bir semptomun hastanın ne derecede zamanını aldığına, normal yaşamını etkilediğine, öznel rahatsızlığa neden olduğuna, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve ne kadar kontrol edebildiğine göre puanlar alır. Y-BOCS’un puanlandırılmasında obsesyon ve kompulsiyonlar 5’er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmakta, obsesyon ve kompulsiyon alt toplam puanları ve sonunda en fazla 40 puan üzerinden toplam bir puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar ise şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama, patolojik kuşku, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır. Ölçek Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Cronbach alfa ilk görüşme için 0.8185 ikinci görüşme için 0.8116 olarak ve Güvenirlik 0.5380 şeklinde bulunmuştur.

2.2.3. Rotter Denetim Odağı Algısı Ölçeği

Bu çalışmada kullanılan Rotter denetim odağı algısı ölçeği 1966'da Rotter tarafından geliştirilen bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumunu saptamayı amaçlayan 29 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde, biri isaretlenmek üzere tasarlanmış, iki ifadeden oluşmaktadır. Sorulardan altısı ölçeğin amacını gizlemek içindir ve puanlanmaz. Kalan 23 soruda, seçeneklerden biri 1 puan, diğeri 0 puan ile puanlanır. Puanlar yükseldikçe denetim odağı içten dışa doğru kaymaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Çalışmada, 99 ve 532 katılımcılı iki örneklem kullanılmıştır. 99 katılımcılı örnekleme test-tekrar test güvenirlik katsayısı $r=.83$, KR-20 tekniğiyle hesaplanan güvenirlik katsayısı. 68, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı. 70 olarak, 532 katılımcılı örnekleme iç tutarlık katsayısı. 71 bulunmuştur. Ölçeğin birleştirici geçerliğine ilişkin olarak denetim odağı derecelendirme ortalama puanları ile Rotter Denetim Odağı Algısı Ölçeği puanları arasında. 69'luk korelasyon ve öz kontrolü ölçeğin Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ile Rotter Denetim Odağı Algısı Ölçeği arasındaki -.29'luk korelasyon bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun da orijinali gibi, yeterli güvenirlik katsayılarına sahip kabul edilebilir düzeyde geçerlik göstergeleri bulunan bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

2.2.4. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Öğrencilerin, benlik saygısı puanını saptamada Stanley Coopersmith (1986) tarafından geliştirilmiş olan, yurt dışında Taylor ve Reitz, Crandall, Silber ve Tippet tarafından kullanılan “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği” (BSÖ) kullanılmıştır.

Ölçeğin 58 sorudan oluşan uzun formu ve 25 sorudan oluşan kısa formu bulunmaktadır. Uzun formunda benlik saygısına ilişkin toplam bir puan alınabilmekle birlikte beş ayrı alt ölçeğe ilişkin puanlarda elde edilebilmektedir. Bunlar: a) genel benlik-saygısı, b) sosyal benlik-saygısı, c) okul-akademik benlik-saygısı, d) aile ve eve ilişkin benlik-saygısı ve e) yalan maddeler. Envanterin alt ölçeklerinden (yalan maddeler hariç) elde edilen puanların toplam ölçeğe ilişkin toplam bir benlik saygısı puanı vermektedir. Yüksek benlik saygısının göstergesi kabul edilen cevaplara iki puan verilmekte, yanlış cevaplara puan verilmemektedir. Ölçekte bulunan toplam 58 maddeden 8 tane olan “yalan maddeler” çıkarıldığında geriye 50 madde kalmaktadır, dolayısıyla envanterin tamamından alınabilecek maksimum benlik saygısı puanı 100 olmaktadır.

Coopersmith (1959) ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısını 0,88 (5 hafta arayla) ve 0,70 (3 yıl arayla) bulmuştur. Ölçeğin uzun formunu ilk kez Türkçeye çevirerek ülkemizde uygulayan kişi Özoğul'dur. Özoğul (1988) ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.77 olarak bulmuştur. Bir yıl sonra Gürçay ölçeğin güvenilirlik katsayısını ilk çalışmasında 0,70, ikinci çalışmasında 0,83 olarak saptamıştır.

Araştırmada ölçeğin kısa formu kullanılmıştır. Kısa formu Turan ve Tufan (1987) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Tufan tarafından ölçeğin alfa tutarlılık katsayısı 0,62 olarak bulunmuş. Yine Turan ve Tufan'ın birer yıl arayla yapmış oldukları çalışmalarda ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0,65 ve

0,76 olarak saptanmışlardır. Ölçek, “benim gibi” ya da “benim gibi değil” biçiminde işaretlenebilen 25 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerde kişinin hayata bakış açısı, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri ve dayanma gücü ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Çocuklara ve yetişkinlere uygulanabilecek 2 ayrı şekli vardır. Araştırmada yetişkin formu kullanılmıştır. Alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Benlik saygısının kesin bir sınırı yoktur. Bu yüzden benlik saygısının ortalamadan düşük ve yüksek olmasına göre değerlendirme yapılır. Alınan puanın ortalamanın altında olması benlik saygısının düşüklüğüne, ortalamanın üzerinde olması benlik saygısının yüksekliğine işaret eder.

2.3. İşlem

Araştırmada kullanılan ölçekler 20.11.2009-10.05.2010 tarihleri arasında Rumeli Hospital, Küçükçekmece Belediyesi Rehabilitasyon Merkezi Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Avigen Psikoterapi Merkezi ve Marmara Psikoterapi Merkezi'ne başvuran örneklem grubuna uygulanmıştır. Uygulama sırasında veri toplama araçları uygulamaya katılan her danışana verildikten sonra, araştırmanın içeriği ve cevaplarının samimiyetinin önemi hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca, veri toplama araçlarını doldurmaya ilişkin yazılı yönerge bir de sözlü olarak verilmiştir. Verileri toplama işlemine geçilmeden önce araştırmayla ilgili olarak bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Danışanlara herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemekle birlikte uygulama süresi 40 dakikayı aşmamıştır.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanılmıştır.

Ölçek puanları, normal dağılım göstermediğinden Ölçekler arası ilişkileri saptamak için Parametrik olmayan bir yöntem olan Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon analizinde amaç; bağımsız değişken değiştiğinde, bağımlı değişkenin ne yönde değişeceğini görmektir (Kalaycı, 2005).

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır.

Kruskal Wallis Testi, tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir. Amaç, varyans analizinde olduğu gibi k sayıda bağımsız örneğin aynı yığından gelip gelmediğine karar vermektir(Gamgam, Hamza, Altunkaynak, Bülent., 2008). Mann Whitney U testi, Bağımsız örneklem t testinin parametrik olmayan alternatifidir. Mann Whitney U testi, iki bağımsız örneklemden elde edilen test puanlarının birbirlerinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test eder (Büyüköztürk, 2002).

Hipotez testlerinin yanında ölçeğin iç tutarlılığını gösteren güvenilirlik analizleri de

yapılmıştır. Güvenirlik aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki tutarlılık-kararlılık durumudur(Ergün, 2009). Yani güvenirlik, çalışma yapılırken oluşabilecek rasgele hataları dışlamaktır. Aynı çalışma farklı zamanlarda tekrar tekrar yapıldığında aynı cevaplar alınıyorsa yapılan çalışma güvenilirdir. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş yöntemlere güvenilirlilik analizi ve bu ölçekte yer alan soruların irdelenmesine ise soru analizi (İtem Analysis) denilmektedir. Güvenilirliğin incelenmesinde en yaygın kullanılan yöntem Cronbach's Alpha Katsayısıdır(Özdamar ve Kazım, 2004).

Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın konusuyla doğrudan olmasa da dolaylı şekilde ilişkileri olduğuna inandığımız sosyodemografik özelliklerin, OKB'ye, Denetim odağına ve Benlik saygısına nasıl etki ettiğini göstermekte fayda olduğuna inanıyoruz.

(Tablo 1) Demografik Dağılım

Demografik Dağılım		Obsesif Kompulsif Bozukluk				Toplam	
		Tanı Var		Tanı Yok			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Bay	58	45,7	33	38,4	91	42,7
	Bayan	69	54,3	53	61,6	122	57,3
Medeni durum	Evli	67	52,8	49	57,0	116	54,5
	Bekar	50	39,4	35	40,7	85	39,9
	Boşanmış	10	7,9	2	2,3	12	5,6
Eğitim düzeyi	İlk	34	26,8	12	14,0	46	21,6
	Orta	34	26,8	12	14,0	46	21,6
	Lise	42	33,1	20	23,3	62	29,1
	Üniversite	15	11,8	41	47,7	56	26,3
	Üniversite ve üzeri	2	1,6	1	1,2	3	1,4
Çalışma durumu	Çalışıyor	75	59,5	65	75,6	140	66,0
	Çalışmıyor	51	40,5	21	24,4	72	34,0
Gelir düzeyi	0-500 TL	19	15,6	9	10,7	28	13,6
	501 TL - 1000 TL	35	28,7	20	23,8	55	26,7
	1001 TL - 2000 TL	26	21,3	31	36,9	57	27,7
	2001 TL ve üzeri	12	9,8	11	13,1	23	11,2
	Geliri yok	30	24,6	13	15,5	43	20,9

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların 58'i erkek; 69'u bayan iken; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların 33'ü erkek; 53'ü bayandır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların %52,8'i evli iken; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların %57'si evlidir. Obsesif kompulsif bozukluk

tanısı olan hastaların %33,1'i lise mezunu iken; obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların %47,7'si üniversite mezunudur. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların %59,5'i çalışırken; obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların %75,6'sı çalışmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların %28,7'si 501 TL - 1000 TL gelir düzeyinde iken; obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların %36,9'u 1001 TL - 2000 TL gelir düzeyindedir.

Tablo 2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı olanların, Denetim Odağı ve Benlik Saygısına Göre Dağılımı

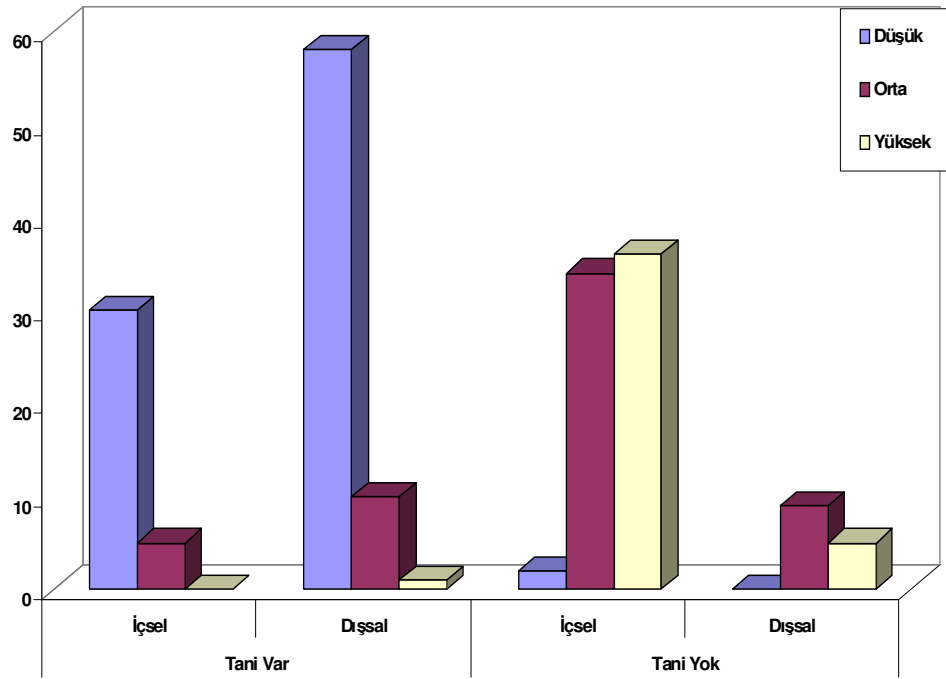
Obsesif Kompulsif Bozukluk			Denetim odağı		Toplam
			İçsel	Dışsal	
OKB Tanısı Var	Benlik saygısı	Düşük	30	58	88
		Orta	5	10	15
		Yüksek	0	1	1
	Toplam	35	69	104	
OKB Tanısı Yok	Benlik saygısı	Düşük	2	0	2
		Orta	34	9	43
		Yüksek	36	5	41
	Toplam	72	14	86	

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların Denetim odağı içsel olanların 30'u düşük benlik saygısı; 5'i orta benlik saygısına sahipken; Denetim odağı dışsal olanların 58'i düşük benlik saygısı; 10'u orta benlik saygısına sahiptir.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların Denetim odağı içsel

olanların 2'si düşük benlik saygısı; 34'ü orta benlik saygısı; 36'sı yüksek benlik saygısına sahipken; Denetim odağı dışsal olanların 9'u orta benlik saygısı; 5'i yüksek benlik saygısına sahiptir.

Şekil 1. Deney ve Kontrol Gruplarının Denetim Odağına Göre İçsel Ve Dışsal Olarak Dağılımı



Tablo 3. Mann Whitney U Testine göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	S.s	Z	P
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Bay	91	19,637	13,146	5136	0,351
	Bayan	122	19,951	14,251		
Denetim odağı	Bay	91	12,967	6,937	4877	0,129
	Bayan	122	14,680	6,820		
Benlik saygısı	Bay	91	33,846	25,089	4879	0,130
	Bayan	122	41,902	30,040		

Obsesif Kompulsif Bozukluk, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir ($p>0,05$). Erkek ve kadınların Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçümleri eşit düzeydedir.

Denetim odağı, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir ($p>0,05$). Erkek ve kadınların Denetim odağı ölçümleri eşit düzeydedir.

Benlik saygısı, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir ($p>0,05$). Erkek ve kadınların Benlik saygısı ölçümleri eşit düzeydedir.

Tablo 4. Korelasyon Analizine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Yaş'a Göre Dağılımı

	Yaş	
	r	p
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,231	0,001**
Denetim odağı	0,112	0,104
Benlik saygısı	-0,176	0,01*

*** $p<0,05$ (Anlamlı) ** $p<0,01$ (Çok anlamlı)**

Obsesif Kompulsif Bozukluk, yaş'a göre anlamlı değişim göstermektedir ($p<0,01$). Obsesif Kompulsif Bozukluk ile yaş arasında %23,1 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça, Obsesif Kompulsif Bozukluk artmaktadır.

Denetim odağı, yaş'a göre anlamlı değişim göstermemektedir ($p>0,05$).

Benlik saygısı, yaş'a göre anlamlı değişim göstermektedir ($p<0,01$). Benlik saygısı ile yaş arasında %17,6 düzeyinde negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça, Benlik saygısı azalmaktadır.

Tablo 5. Kruskal Wallis Testine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	χ^2	p
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evli	116	19,172	13,772	1,907	0,385
	Bekar	85	19,859	14,206		
	Boşanmış	12	25,750	9,047		
Denetim odağı	Evli	116	13,052	6,683	7,176	0,028*
	Bekar	85	14,718	6,876		
	Boşanmış	12	17,167	8,189		
Benlik saygısı	Evli	116	38,966	26,423	2,133	0,344
	Bekar	85	39,059	30,266		
	Boşanmış	12	29,333	31,511		

*** $p < 0,05$ (Anlamlı)**

Obsesif Kompulsif Bozukluk, medeni duruma göre anlamlı değişim göstermemektedir ($p > 0,05$). Evli, bekar ve boşanmış olanların Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçümleri eşit düzeydedir.

Denetim odağı, medeni duruma göre anlamlı değişim göstermektedir ($p < 0,05$). Evli olanların Denetim odağı düzeyleri, boşanmış olanların Denetim odağı düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Benlik saygısı, medeni duruma göre anlamlı değişim göstermemektedir ($p > 0,05$). Evli, bekar ve boşanmış olanların Benlik saygısı ölçümleri eşit düzeydedir.

Tablo 6. Mann Whitney U Testine göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	S.s	Z	P
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Çalışıyor	140	17,386	13,018	3476	0,000**
	Çalışmıyor	72	24,389	14,102		
Denetim odağı	Çalışıyor	140	12,007	6,834	2830	0,000**
	Çalışmıyor	72	17,597	5,378		
Benlik saygısı	Çalışıyor	140	42,057	29,742	4103	0,026*
	Çalışmıyor	72	31,778	23,952		

*** $p<0,05$ (Anlamlı) ** $p<0,01$ (Çok anlamlı)**

Obsesif Kompulsif Bozukluk, çalışma durumuna göre anlamlı değişim göstermektedir ($p<0,01$). Çalışanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeyleri, çalışmayanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Denetim odağı, çalışma durumuna göre anlamlı değişim göstermektedir ($p<0,01$). Çalışanların Denetim odağı düzeyleri, çalışmayanların Denetim odağı düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Benlik saygısı, çalışma durumuna göre anlamlı değişim göstermektedir ($p<0,05$). Çalışanların Benlik saygısı düzeyleri, çalışmayanların Benlik saygısı düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Kruskal Wallis Testine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun, Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Bulgularının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	χ^2	p
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0-500 TL	28	23,429	13,451	15,206	0,004**
	501 TL - 1000 TL	55	21,091	13,768		
	1001 TL - 2000 TL	57	15,281	13,068		
	2001 TL ve üzeri	23	15,304	10,606		
	Geliri yok	43	23,465	14,335		
Denetim odağı	0-500 TL	28	15,000	7,712	26,156	0,000**
	501 TL - 1000 TL	55	14,309	7,242		
	1001 TL - 2000 TL	57	11,860	6,597		
	2001 TL ve üzeri	23	9,217	4,748		
	Geliri yok	43	17,535	5,156		
Benlik saygısı	0-500 TL	28	32,857	28,229	10,386	0,034*
	501 TL - 1000 TL	55	38,255	26,973		
	1001 TL - 2000 TL	57	46,737	30,276		
	2001 TL ve üzeri	23	43,478	32,346		
	Geliri yok	43	28,186	19,556		

* $p < 0,05$ (Anlamlı) ** $p < 0,01$ (Çok anlamlı)

Obsesif Kompulsif Bozukluk, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermektedir ($p < 0,01$). Gelir düzeyi düşük olanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeyleri, gelir düzeyi yüksek olanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Denetim odağı, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermektedir ($p < 0,01$). Gelir düzeyi düşük olanların Denetim odağı düzeyleri, gelir düzeyi yüksek olanların Denetim odağı düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Benlik saygısı, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermektedir ($p < 0,05$). Gelir düzeyi düşük olanların Benlik saygısı düzeyleri, gelir düzeyi yüksek olanların Benlik saygısı düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Mann Whitney U Testine göre Denetim Odağının Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısına Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	S.s	Z	P
Denetim odağı	OKBTanısi Var	127	17,079	6,523	2221	0,000**
	OKB Tanısı Yok	86	9,326	4,431		

****p<0,01 (Çok anlamlı)**

Olguların Denetim odağı puanları, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına göre anlamlı değişim göstermektedir (p<0,01). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olanların dış Denetim odağı puanları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

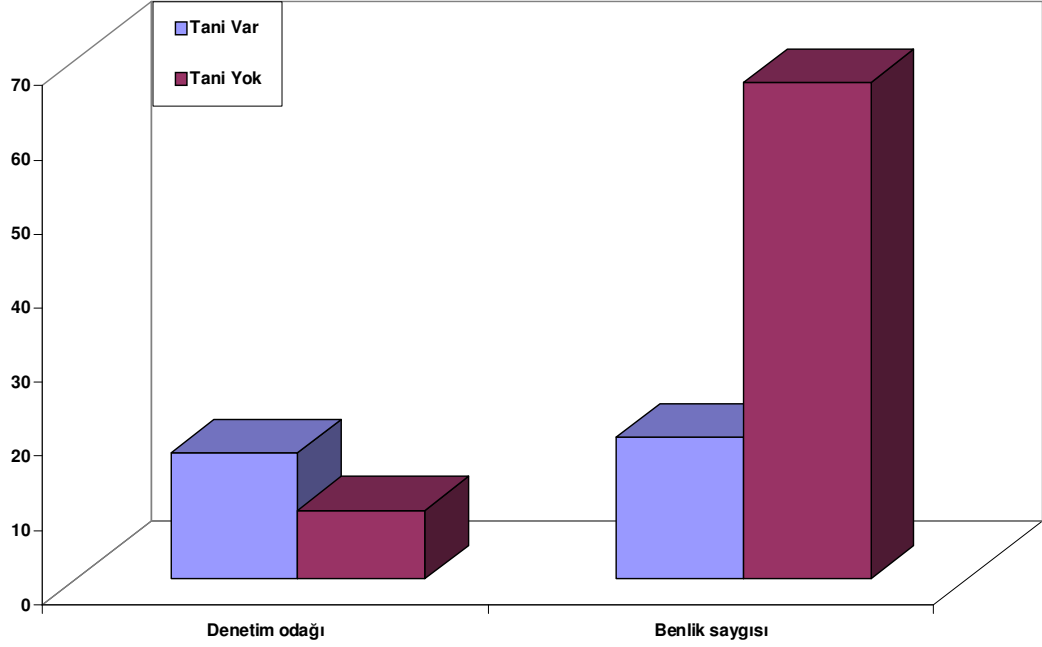
Tablo 9. Mann Whitney U Testine göre Benlik saygısının Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısına Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	S.s	Z	P
Benlik saygısı	OKB Tanısı Var	127	19,150	11,943	238	0,000**
	OKB Tanısı Yok	86	66,977	19,988		

****p<0,01 (Çok anlamlı)**

Olguların Benlik saygısı puanları, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına göre anlamlı değişim göstermektedir. (p<0,01). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olanların Benlik saygısı puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Şekil 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Dış Denetim Odağı ve Benlik Saygısına göre dağılımı



Tablo 10. Korelasyon Analizine Göre Deney Grubunun Benlik saygısı ile Denetim Odağı İlişkisi (n=127)

	Benlik saygısı	
	r	p
Dış Denetim odağı	0,059	0,510

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların benlik saygısı ile denetim odağı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($p>0,05$).

(Tablo 11) Korelasyon Analizine Göre Kontrol Grubunun Benlik saygısı ile Denetim Odağı İlişkisi (n=86)

	Benlik saygısı	
	r	p
Dış Denetim odağı	-0,448	0,000**

** $p < 0,01$ (Çok anlamlı)

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan hastaların benlik saygısı ile denetim odağı arasında %44,8 düzeyinde negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan hastaların benlik saygısı arttıkça, dış denetim odağı azalmaktadır.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Bulguların Tartışılması

Bu çalışma obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların denetim odağı ve benlik saygısı açısından tanısı bulunmayanlarla kıyaslanmasını amaçlamaktadır. Bu kapsamda üç adet hipotez üretilmiş ve sınanmıştır.

Çalışmanın uygulandığı örneklemden elde edilen sonuçlara göre 1 numaralı Hipotez reddedilirken (Tablo 11), 2 ve 3 numaralı Hipotezler kabul edilmiştir (Tablo 9,10). 1 numaralı Hipoteze ilişkin bulgu, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların benlik saygısı ve denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönündedir. Bu çalışmanın örneklemini oluşturan obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalar açısından aynı ilişkiden bahsetmek söz konusu olmamıştır.

2 ve 3 numaralı Hipotezlerin test edilmesi sonucunda, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalar açısından hem benlik saygısı hem de denetim odağı olgusu anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Her iki bireysel faktörü birlikte ele alan çalışmaların azlığına rağmen, farklı örneklemlerle farklı zamanlarda bireysel faktörlerin diğer etkenlerle ilişkisini araştıran çalışmaların içerisinde denetim odağının ve benlik saygısının farklılaştığını bulgulayanlar olmuştur (Efilti, 2008).

Bu bulgularla birlikte dikkate değer bir bulgu ise, obsesif kompulsif bozukluk

tanısı olan hastaların demografik özelliklerine ilişkindir. Belirtilen dönem içerisinde müracaatta bulunan bireylerin demografik özellikleri; literatürde belirtildiği gibi obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların normal yaşantılarının bir parçası olduğunu göstermiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların çoğunlukla kadınlarda rastlanan bir olgu olduğu görülmektedir. Çalışmanın kapsadığı dönemde obsesif kompulsif bozukluk ihtimali ile başvuruda bulunan toplam bireyden 132'si kadındır (Örneklem içerisinde %57,3). Başvuran kadınların içerisinde 69 olguda obsesif kompulsif bozukluğa rastlanmıştır (Toplam tanı içerisinde %54,3). Bu konudaki çalışmalarda da obsesif kompulsif bozukluğun erkeklere nazaran kadınlarda daha sıklıkla görüldüğü bulgulanmıştır (Beşiroğlu ve ark., 2005; Yorulmaz ve ark., 2010). Ancak, çalışmada ele alınan örneklem açısından, Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçümleri cinsiyete göre anlamlı bir değişim göstermemektedir ($p>0,05$). Erkek ve kadınların Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçümleri eşit düzeydedir. Denetim odağı ve benlik saygısı da, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir göstermemektedir. Bu değişim denetim odağı için $p<0,05$ ve benlik saygısı için $p<0,05$ (Tablo 3) şeklinde belirlenmiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların eğitim seviyelerinin (%33,1'i lise mezunu), obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan hastalarinkine (%47,7'si üniversite mezunu) kıyasla daha düşük olması; obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların %59,5'inin çalışma hayatına katılması; obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların gelir seviyesinin gelir gruplarına göre hemen hemen eşit gruplar oluşturmasına karşın, sadece %9,8'i üst gelir grubunda yer alması dikkat çeken noktalaradır.

Denetim odağı içsel olan bireyler yüksek benlik saygısına ve denetim odağına dışsal olan bireyler düşük benlik saygısına sahip olmaktadır. Davranışlarını ve davranışları sonucunda karşılaştıkları durumları; kendileri haricindeki bazı güçlerin ya da kaderin, şansın kontrol ettiğini düşünen denetim odağı dışsal olan bireylerin düşük benlik saygısına sahip olmaları, bu kişilerde dış çevrede denetime sahip olmadıkları düşüncesinin hakim olması sonucu, kendilerini daha yetersiz hissetmeleri, anksiyete, stres ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olması (Ashby ve ark., 2002; Yeşilyaprak, 2000; Yağışan vd., 2007) gibi kişisel özellikler taşımalarıyla açıklanabilir (akt. Basım ve ark., 2009). Bu çalışma ile de diğer çalışmalarda ifade edilen başka bozuklukların yanı sıra obsesif kompulsif bozukluğun denetim odağı dışsal olanlarda görülme sıklığının da yüksek olduğu bulgulanmıştır. Her ne kadar Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanların dış denetim odağına sahip olmaları ihtimalinin yüksek olduğu sonucuna varılsa da, Kenedy ve arkadaşlarının (1998) anksiyete ve depresif bozukluk bulunan hastaların denetim odağını araştırdıkları çalışmalarında, diğer anksiyete ve depresif bozukluklara kıyasla sadece Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanların iç denetim odağına sahip olduklarını bulgulamışlardır.

Davranışlarda yaş, deneyim ve tecrübe elde edildikçe davranışların çevreye uyum sağlayacak tarzda gözden geçirilmesi ve olumlu veya olumsuz tarzda geliştirilmesi açısından önemli bir role sahiptir. Davranışlarda değişimi yaşamak öncelikle algılarda, sonrasında davranış yordayıcısı olan tutumlarda ve nihayetinde birey davranışında gerçekleşmektedir. Denetim odağı sahipliği yaş ile değişmeyen bir profile sahipken ($p>0,05$), Obsesif Kompulsif Bozukluk (Tablo 4, $p<0,001$) ve benlik saygısı ($r=-0,176$, $p=0,01$) yaş ile anlamlı şekilde değişmektedir. Ancak yaş ile benlik saygısı arasındaki

ilişki negatif yönlü iken, Obsesif Kompulsif Bozukluğunki pozitif yönlüdür. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve benlik saygısı arasındaki ilişki de negatif yönlü olduğu için doğal bir sonuçtur. Tanıya sahip olanların benlik saygısı punaları ortalaması 19,150 iken, tanıda bulunulmayanların ortalaması 66,977'dir (Tablo 10, $p<0,01$).

Çalışma hayatı, birey gelişimine katkıda bulunan basamaklardan diğer bir tanesidir. Razi ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, çalışma hayatının gençlerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması ve stresle etkili başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi açısından gerekli olacağı tespit edilmiştir. Obsesif Kompulsif Bozukluk, denetim odağı ve benlik saygısı çalışma durumuna göre anlamlı değişim göstermektedir. Çalışanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeyleri, çalışmayanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışanların Denetim odağı düzeyleri, çalışmayanların Denetim odağı düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışanların Benlik saygısı düzeyleri, çalışmayanların Benlik saygısı düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(Tablo 6).

Özellikle finansal krizlerin görülme sıklığının artması, bireysel ve toplumsal dejenerasyon ve olumsuz seyreden davranışların yaşanma sıklığını artırmıştır Ücret. İktisatçılar için bir üretim faktörü etkeni iken, işletmeciler için maliyet, toplumbilimciler için ise hayatta kalmak için asgari koşulları karşılayacak tutar olarak görülmektedir. Gelir düzeyi yükseldikçe, bireyler hayat kalitesini artırıcı davranışlara doğru yönelmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk, denetim odağı ve benlik saygısı da gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermektedir. Gelir düzeyi düşük olanların Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeyleri, gelir düzeyi yüksek olanların Obsesif Kompulsif

Bozukluk düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Gelir düzeyi düşük olanların Denetim odağı düzeyleri, gelir düzeyi yüksek olanların Denetim odağı düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Gelir düzeyi düşük olanların Benlik saygısı düzeyleri, gelir düzeyi yüksek olanların Benlik saygısı düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Pterosky ve Birkimer (1991)'in aktardığına göre, araştırmacılar tarafından (Levenson, 1973; Wallston ve Wallston, 1982) bireylerin denetim odakları ile psikolojik durumları arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmada da, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olanların dış denetim odağı puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olanların dış denetim odağı puanları ortalaması 17,08 iken, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olmayanların dış denetim odağı puanları ortalaması 9,33 olarak elde edilmiştir.

İçsel denetim odağına sahip bireyler, davranışları sonucunda elde edecekleri ödül ve cezaların şans veya kaderden ziyade kendi davranışlarından kaynaklandığının farkındadırlar. Dışsal denetim odağına sahip olanlar, çevresel etkenlerin hakim olduğu daha rölativist bir yapı sergiledikleri için kendilerine güvenleri de içsel denetim odağına sahip bireyler kadar gelişmemiştir. Bu sebeple de benlik saygısı puanları düşük olan bireylerin Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olma ihtimali artmaktadır. Nitekim, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olanların benlik saygısı puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olanların benlik saygısı puanları ortalaması 19,15 iken, Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların benlik saygısı puanları ortalaması 66,97 olarak elde edilmiştir. Watson (1998) tarafından benlik saygısının psikolojik bozuklukların temelinde yatan değişkenlerden bir tanesi

olduğu vurgulanmıştır. Bu görüş Sinha ve Watson (1997) tarafından destek bulunmuştur (Watson, 1998). Bu paralelde, bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan hastaların benlik saygısı ile denetim odağı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 12). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan katılımcıların benlik saygısı arttıkça, dış denetim odağı azalmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların benlik saygısı ile denetim odağı arasında ise herhangi anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 11).

4.2 Sonuç ve Öneriler

Kültürel, ortamsal, ilişkisel faktörlerin yanında bir kişisel faktör olan ve kişilerin davranışları ile beklentileri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan kontrol odağının, benlik saygısı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunması ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir şekilde farklılaşması ve bu bağlamda Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanlar ile iletişim kurulmasında ve bu bozukluğu giderici davranışların geliştirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Petrosky ve Birkimer (1991) tarafından bulgular olduğu gibi yaş ilerledikçe ve denetim odağı içsel hale dönüştürüldükçe, bozukluklarla başa çıkma güçlenmektedir.

Araştırmanın bulguları da Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanların daha dış denetim odağına ve daha düşük benlik benlik saygısına sahip olduğunu göstermektedir. Araştırmanın amacı, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanlar ile olmayan arasındaki denetim odağı ve benlik saygısı farklılaşmasını test etmektir. Bu nedenle, üç adet hipotez geliştirilmiş ve sırayla sınanmıştır. OKB tanısı almış hastaların

benlik saygısı ve denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (Tablo 11) tespit edilmiştir. OKB hastalarının benlik saygısı herhangi bir tanı almamış kişilerin benlik saygısından daha düşük OKB hastalarının denetim odağı düzeyleri, herhangi bir tanı almamış kişilerin denetim odağı düzeylerine göre farklılık göstermiş, OKB hastalarının dışsal denetim odağı düzeyleri yüksek olarak bulgulanmıştır. Çalışmanın uygulandığı örneklemden elde edilen sonuçlara göre OKB tanısı almış hastaların benlik saygısı ve denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı (1 numaralı Hipotez reddedilmiştir), OKB hastalarının benlik saygısı, herhangi bir tanı almamış kişilerin benlik saygısından daha düşük olduğu (2 numaralı Hipotez kabul edilmiştir) ve OKB hastalarının denetim odağı puanları, herhangi bir tanı almamış kişilerin denetim odağı puanlarına göre farklılık gösterdiği (3 numaralı Hipotez kabul edilmiştir) tespit edilmiştir.

Bunun yanında elde edilen sonuçlar araştırmanın örneklemi ile sınırlı olmakla birlikte, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısına sahip olanların denetim odağı sahipliği ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin daha iyi açıklanabilmesi, bu yaklaşımlara etki eden kültürel, ortamsal ve ilişkisel faktörlerin de ortaya çıkarılmasıyla mümkündür.

KAYNAKLAR

- Altıntaş, E., & Mücahit, G., (2003). Psikolojik Danışma Kuramları. 1. Basım. Bursa: Alfa/ Aktüel Kitabevi.
- Anderson A., J. Hattie & R.J. Hamilton (2005): "Locus of Control, Self-Efficacy, and Motivation in Different Schools: Is Moderation the Key to Success?", *Educational Psychology*, 25, 5, 517-535
- Andrews G, Stewart S, Allen R, Morris-Yates A & ark. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *J Affect Disord*, 19:23-29 Cummings JL, Cunningham K. Obsessive-compulsive disorder in Huntington disease. *Biol Psychiatry* 1992;331:263-270.
- Ashby, J.S., T. Kottman, Ve K. Draper (2002). "Social Interest and Locus of Control: Relationship and Implications", *The Journal of Individual Psychology*, 58, 1, 52-61.
- Aslan H, Unal M, (1995). Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Anksiyete Monografaları Serisi 3.
- Aşkın, M. (1981). Bazı Kişilik Değişkenlerinin Kültürlerarası Sosyal Psikolojik Açından İncelenmesi. Doçentlik Tezi, Erzurum,.
- Branden, N. (1969). *The Psychology of Self-Esteem*. Los Angeles, CA: Nash.
- Basım, H.N., Çetin, F. ve Meydan, C.H. Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarında Kontrol Odağının Rolü. *Selçuk Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (21) 2009. 57-69
- Battle, J. (1987). *9 to 19: Crucial Years for Self-Esteem in Children and Youth*. Seattle, WA: Special Child Publ.
- Battle, J., Jarratt, L. Smit, S. & Precht, D. (1988). *Relations among self-esteem, depression and anxiety of children*. *Psychological Reports*, 62: 999-1005.
- Bayraktar, E., (1997). *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. *Psikiyatri dünyası* 1:25-35
- Beane, J.A., Lipka, R.P. & Ludewing, J.W. (1980). *Synthesis of research on self-concept*. *Educational Leadership*, 38: 84-89.
- Beck, A. (2000). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*. Çeviren: Aysun Türkcan ve Veysel Öztürk . İstanbul: Literatür Yayıncılık.

- Begley CM, White P. (2003). Irish nursing students' changing self-esteem and fear of negative evaluation during their preregistration programme. *Journal of Advanced Nursing (Electronic Journal)*;42(4):390-401.
Erişim: <http://www.blackwell-synergy.com>
- Behar D, Rapoport JL, Berg CJ, Denckla MB, Mann L, Cox C, Fedio P, Zahn T, Wolfman MG. (1984). Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* ;141:363-369.
- Beşiroğlu, L., Ağargün, Y., Boysan, M., & ark.(2005).Obsesif-Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,16(3):179-189.
- Black DW, Noyes R, Goldstein RB & ark. (1992) A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49:362-368.
- Bruno, F.J. (1996). *Psikoloji Tarihine Giriş. Çev.: G. Sevdiren, İst.: Kıbele Yay.*
- Budak, S. (2005). *Psikoloji sözlüğü*, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Buluş, M. (1996). "Ergen Öğrencilerde Denetim Odağı- Yalnızlık Düzeyi İlişkisi". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE,
- Büyüköztürk, ř, (2002,). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı El Kitabı*, 2. Baskı, Pegem Yayıncılık, Ankara, s.39.
- Carey G, Gottesman II (1981). Twin and Family Studies of Anxiety, Phobic, and Obsessive Disorders. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, DF Klein, J Rabkin (Ed), New York, Raven, s.117-136
- Coopersmith, S. (1974). "The Antecedents of Self-Esteem". San Fransisco: W.H. Freeman and Company
- Corey, G., (1982). *Theory And Practice Of Counseling*. USA: Brooks/ Cole Publishing Company.
- Cummings JL, Cunningham K. (1992). Obsessive-compulsive disorder in Huntington disease. *Biol Psychiatry*;331:263-270.
- akır, Ö., (2001). *İşe Bağlılık Olgusu ve Etkileyen Faktörler*. Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Dağ, İ. (1990) "Kontrol Odağı, Stresle Başa ıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme İlişkileri". Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.

- Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12
- Deckersbach T, Otto MW, Savage CR, Baer L, Jenike MA (2000). The relationship between semantic organization and memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* ; 69: 101-107.
- Degonda M., Wyss M., Angst J (1993). obsessive compulsive disorder and syndroms in general population, *Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci*, 243; 16-22.
- Demir, N. (1998). “Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Denetim Odağı Arasındaki İlişki: Bir Grup Lise Öğrencisi Üzerinde Yapılan Bir Araştırma”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.
- Demo, D.H. (1991). The self-concept over time: Research, issues and directions. *Ann. Review Sociology*, 18: 303-326.
- Diesterhaft K. & Gerken, K. (1983). “Self-Concept and Locus of Control as Related to Achievement of Junior High Students”, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 12, 1, 367-375.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- DSM-III (1980). *Diagnostoc and statistical manual of mental disorders III*. American Psychiatric Association , Washington DC.
- DSM-III-R (1987). *Diagnostoc and statistical manual of mental disorders III-R* American Psychiatric Association , Washington DC.
- Dönmez, A. (1987). *Denetim Odağı-Temel Alanları*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Yayınları. Ankara.
- Dönmez A. (1984). “ Belirli Toplumsal Durumların Algılanmasında Denetim Odağının Etkisi ”. *Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Ankara. 17: 1-2.
- Eberhart, S.W. & Keith, T.Z. (1989). “Self-Concept and Locus of Control: Are they Causally Related in Secondary Students?”, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 7, 14-30.
- Elise, R.H., Bryan, H. & Kathleen, C. (1998) . “Adolescent Health: The Relationships Betwen Health Locus of Control, Beliefs and Behaviours”, *Guidance & Counseling*, 13, 3, 23-30.
- Efiliti, E. (2008). *Orta Öğretim Kurumlarında Okuyan Öğrencilerin Saldırganlık Ve Denetim Odağının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*, 19 s.213-230
- Eliot, J. G. (1997) .“Locus Of Control, Personal Control And The Counseling Of

- Children With Learning And Behavior Problems.” British Journal Of Guidance & Counseling. 25, 1: 27- 47.
- Epstein, S. (1980). *The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality*. In Personality: Basic Issues and Current Research, ed.: E. Staub, pp. 82-132. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Ergün, M.,(2009). Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Bazı Temel Kavramlar, <http://www.egitim.aku.edu.tr/temelkavramlar.ppt>
- Eşel, E. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi. Klinik Psikiyatri, 3:46-55
- Fazey, D.M.A. & Fazey, J.A. (2001). “The Potential for Autonomy in Learning: Perceptions of Competence, Motivation and Locus of Control in First-year Undergraduate Students”, Studies in Higher Education, 26, 3, 345-361.
- Flament M.F., Withaker A , Rapoport JL ve ark (1988). Obsessive compulsive disorderin adolescence :an epidemiologic study, J. Child Adolesc Psychiatry 27:764-771
- Gamgam, H. & Altunkaynak, B., (2008). Parametrik Olmayan Yöntemler, Gazi Kitabevi, Ankara, s.313
- Geçtan, E. (1984). Psikanaliz ve Sonrası. İst.: Remzi Kitabevi.
- Geçtan, E. (1984). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Maya Yayınları, Ankara
- Geller D, Biederman J, Jones J. & ark. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? a review of the pediatric literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 37:420-427.
- Ghorboni, N., Watson, P.J., Krauss, S. W., Davison , H. K. and Bing , M.N. (2004). “Private Self- Consciousness Factors: Relationship With Need For Cognition, Locus Of Control, And Obsessive Thinking In Iran And The United States”. The Journal Of Social Psychology. 144, 4: 359- 372.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA., (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.I.Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry: 46:1006-1011
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL (1989). The Yale-Brown Obsessive Scale .1. Development, use, reliability. Archives of General Psychiatry; 46: 1006-1011.
- Goodman, J.H., E.L. Cooley, D.R. Sewel, Ve N. Leavitt. “Locus of Control and Self-esteem in Depressed, Low Income African-American Women”, Community Mental Health Journal, 30, 3, 1982, 259-269.

- Güçray, S. (1989). Çocuk Yuvasında ve Ailesi Yanında Kalan 9, 10 ve 11 Yaş Çocukların Öz- Saygı Gelişimini Etkileyen Bazı Faktörler. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ank.: H.Ü. Sosyal Bil. Enst.
- Hamachek, D.E. (1995). *Ergen benliğinin psikolojisi ve gelişimi*. J.F. Adams'ın (Eds.) *Ergenliği Anlamak* adlı eserinin içinde, ss.111-152, yayına haz.: B. Onur, Çev.: Ö.H. Ersever, Ank.: İmge Kitabevi.
- Henin A, Savage CR, Rauch SL, Deckersbach T, Wilhelm S, Baer L, Otto MW, Jenike MA (2001). Is age at symptom onset associated with severity of memory impairment in adults with obsessive-compulsive disorder? *Am J Psychiatry*;158(1):137-139.
- Hilgard, E.R. (1962). *Introduction to Psychology*. (3rd. Ed.). New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hoelter, J. (1985). *The structure of self-conception: Conceptualization and measurement*. *Jou. of Personality and Social Psychology*, 40: 138-146.
- Kağıtçıbaşı, Çiğdem. (2002). *Yeni İnsan Ve İnsanlar*. 10. Basım. İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Kalaycı, Ş. (2005). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayınları, s.115
- Karamustafalıoğlu , KO., Üçılık, AM., Ulusoy, M., Erkmen, H. (1993). Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Ulusal Psikiyatri Kongresi özet bildiri kitabı* .Bursa
- Karadağlı, A. (1992). *Öğrenci hemşirelerin benlik-saygısı düzeyleri ile algıladıkları okul yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı içinde, ss.251-260, İzmir: Saray Tıp Kitabevleri.
- Kaplan, HI., Sadock, BJ., Grebb, JA., (1994): *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 598-604.
- Karahan, T.F. & Sardoğan, M.E. (2004). *Psikolojik Danışma Ve Psikoterapide Kuramlar*. 1. Basım. Samsun: Deniz Kültür Yayınları.
- Kennedy, B.L., Lynch, G.V. ve Schwab, J.J. (1998). Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 509-515.
- Kihlstrom, J. F. & Cantor, N. (1984). *Mental representations of the self*. *Adv. Exp. Social Psychology*, 17: 1-47.

- Kohut, H. (1998) Kendiliğin Çözümlemesi .Çev.: C Atbaşoğlu, B Büyükkal, C İşcan. İstanbul: Metis Yay., (İngilizce orjinalinin basım tarihi:1971).
- Korkmaz, İ. (2002). “Sosyal Öğrenme Kuramı”. Gelişim Ve Öğrenme Psikolojisi. Editör: Binnur Yeşilyaprak. 1. Basım. Ankara: PegemA Yayıncılık, ss. 197- 220.
- Korkut F. (2004). Okul Temelli Önleyici Danışma Rehberlik ve Psikolojik Danışma. Ankara: Anı Yayıncılık:191-209, 135-137.
- Kozacıoğlu, G. & Gördürür, H.E. (1995). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Köknel Ö. (1997). İnsanı Anlamak. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi: 118.
- Kulaksızıoğlu, A. (2001). Ergenlik Psikolojisi. (4. Basım), İst. : Remzi Kitabevi.
- Küçükkaragöz H., (1998). “İlkokul Öğretmenlerinde Kontrol Odağı ve Öğrencilerinin Kontrol Odağının Oluşumuna Etkileri”. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.
- Lease, S. H. (2004) :“Effect Of Locus Of Control, Work Knowledge, And Mentoring On Career Decision- Making Difficulties: Testing The Role Of Race And Academic Institution”. Journal Of Career Assessment. 12, 3: 239- 254.
- Lester, D. (1988) “Relationship Between Locus Of Control And Depression Mediated By Anger Toward Others”. The Journal Of Social Psychology. 3,129: 413- 414
- Libert, Y., Janne, P., Razavı, D., Merckaert, I., Scalliet, P, Delvaux, N., Etienne, AM., Conradt, S., Klastersky, J., Bonıver, J., & Reynaert, C., (2003). “Impact of Medical Specialists Locus of Control on Communication Skills in Oncological Interviews”, British Journal of Cancer, 88, 502-509
- Lo R. (2002). A longitudinal study of percieved level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: An Australian case study. Journal of Advanced Nursing (Electronic Journal);39(2):119-126.
Erişim: <http://www.blackwell-synergy.com>
- Loosemore, M. & Lam, A.S.Y. (2004). “The Locus of Control: A Determinant of Opportunistic Behaviour in Construction Health and Safety”, Construction Management and Economics, 22, 385-394.
- Marks, L. I. (1998): “Deconstructing Locus Of Control: Implications For Practitioners”. Journal Of Counseling and Development 76, 3: 251- 351.
- Markus, H.R. (1983). *Self-knowledge: An expanded view*. Jou. of Personality, 51: 543-

565.

- Martin, R., Thomas, G., Charles, K., Epitropaki, O. & Mcnamara, R. (2005.). "The Role of Leader-member Exchanges in Mediating the Relationship Between Locus of Control and Work Reactions", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 141-147.
- McKeon P, Murray M (1987) Familial aspects of obsessive-com-pulsive neurosis. *Br J Psychiatry*, 151:528-534
- Morgan, C.T. (1993):Psikolojiye Giriş. Yayın Sorumlusu: Sirel Karakaş 10. Basım. Ankara: Meteksan.
- Nelson-Jones, R. (1982). Danışma Psikolojisi Kuramları. (Çevirenler ed.: F. Akkoyun), basıldığı yer adı yok, orijinalinin basım yeri: Cassel Educational Limited.
- Ozolins, A.R. Ve Stenstrom, U., (2003). "Validation of Health Locus of Control Patterns in Swedish Adolescent", *Adolescence*, 38, 152, 650-658.
- Österman, K., Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M.J., Charpentier, S., Caprara G.V., & Pastorelli, C. (1999). "Locus of Control and Three Types of Aggression", *Aggressive Behavior*, 25, 61-65.
- Özdağ Ş., (1999). Psikodrama Gruplarının Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Benlik Saygısı Atılgan Davranış Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerine Etkisi.Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara,.
- Özdamar, K., (2004), Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi, Eskişehir: Kaan Kitabevi, s.633
- Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.
- Sanford LT, Donovan ME. (1999). Kadınlar ve Benlik Saygısı. (Çev:Katlan,S.) Ankara: HYB Yayıncılık.
- Pektekin Ç., (1993). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulunda uygulanan eğitimin öğrencilerin davranışları ve benlik saygısı üzerine etkisi. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. İstanbul-Türkiye, 8-13 Eylül:38-45.
- Pektekin, Ç., Sönmez, Y. (1999). Üniversite Gençliğinin Yaşadığı Korkular ve Nedenlerinin Araştırılması. *Hemşirelik Bülteni*. XI : 43-44
- Pterosky, M.J. ve Birkimer, J.C. (1991). "The Relationship among Locus of Control, copying Styles and Psychological system Reporting." *Journal of Clinical Psychology*, 47, 336-349
- Rapoport JL, Swedo SE, Leonard HL (1992). Childhood obsessive compulsive disorder (review). *J Clin Psychiatry*, 53 (suppl 1-6).

- Rasmussen SA, Eisen JL.,(1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder: J Clin Psychiatry, 51(suppl 2), 15.
- Rasmussen SA, Tsuang MT 1986). Epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder in Jenike MA, Bauer L, Minichiello WE (eds): Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management, first ed, Year Book Medical Publishers, Chicago, 23-45,
- Ravizza, L., Maina, G., Bogetto, F., (1997). Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 6, 154-158
- Razi, G.S., Kuzu, A., Yıldız, A.N., Ocakçı, A.F. ve Arifoğlu, B.Ç., (2009) :Çalışan Gençlerde Benlik Saygısı, İletişim Becerileri ve Stresle Baş Etme. *TAF Preventive Medicine Bulletin*:8(1) 17-26
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E., Burke JD Jr, Regier DA. (1984).Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* ;41:949-958
- Rosenberg, M. (1965). "Society and the Adolescent Self-Image". New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Self-concept research: A historical overview*. *Social Forces*, 68(1): 34-44.
- Rotter, J. B., (1954): *Social Learning and Clinical Psychology*, New York, Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs. external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 313-321.
- Sasat S, Burnard P, Edwards D, Naiyapatana W, Hebden U, Boonrod W, Arayathanitkul B, Wongmak W. (2002). Self-esteem and student nurses: A cross-cultural study of nursing students in Thailand and the UK. *Nursing & Health Sciences (Electronic Journal)*, 4(1-2):9-14.
<http://www.blackwell-synergy.com>
- Savage CR, Baer L, Keuthen NJ, Brown HD, Rauch SL, Jenike MA. (1999) Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*;45: 905-916.

- Sekete, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., Rasmussen, S., (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 89, 229-238.
- Silvester, J., F.M. Anderson-Gough, N.R. Anderson Ve R. Mohamed. (2002). "Locus of Control, Attributions and Impression Management in the Selection Interview", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 59-76.
- Skoog, G., Skoog, I., (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder (see commentns). *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 121-127.
- Sondhaus, E.L., Kurtz, R.M. & Strube, M.J. (2001). *Body attitude, gender, and self-concept: A 30-year perspective*. *The Jou. of Psychology*, 135 (4): 413-429.
- Soytetir S. (2005). Benlik ve Kişilerarası İletişim. Edi: Gürüz D, Temel A. İletişime Yeni Yaklaşımlar. 1. Baskı, İzmir: Nobel Basımevi: 227-257.
- Stekete GS (1993), Treatment of obsessive compulsive disorder. Guilford press, Newyork
- Stein DJ., Hollander E, Chan S., DeCaria CM., Hilal S., Liebowitz MR., Klein DF. (1993). Computed tomography and neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res: Neuroimaging*; 50:143 150.
- Stein DJ, Lochner C. (2006). Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin N Am* 29:343-351
- Stoll, AL., Tohen, M., Baldesserani, RJ. (1992). Increasing frequency of the diagnoses of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 149:639
- Tolan, B., İsen, G., & Batmaz, V. (1991). Sosyal Psikoloji. 1. Basım. Ankara: Adım Yayıncılık.
- Torucu, B.K. (1992). *13-14 yaşındaki gençlerin sosyo-ekonomik düzeyi ve ana-baba tutumlarındaki farklılıkların belirlenip, benlik saygısına etkisinin araştırılması*. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı içinde, ss. 241-256, İzmir: Saray Tıp Kitabevleri.
- Tufan, B., Yıldız, S. (1993). Geri dönüşüm sürecinde ikinci kuşak. Hacettepe Üniversitesi Basımevi. Ankara
- Türkçapar M.H (2003), Kognitif terapi ve kuramı, 3 P Dergisi 2003:11;9-18
- Ünsar S, İşsever H. (2003). Trakya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu*;6(1):7-11

- Valeni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, et al (1994). Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 33(6):782-791
- Verkuyten, M. (1989). *Self-esteem and the evaluation of ethnic identity among Turkish and Dutch adolescents in the Netherlands*. *The Jou. of Social Psychology*, 130 (3): 285-297.
- Watson, David C. (1998) "The Relationship of Self-Esteem, Locus of Control, and Dimensional Models to Personality Disorders" *Journal of Social Behavior and Personality*, Vol 13, No.3, 399-420.
- Wood, P.O. & Stephen B. H.. (1996). "Locus Of Control, Self Concept, And Self Esteem Among At- Risk African- American Adolescents". *Adolescence*. 31,123: 597- 599.
- World Health Organization: International (1992). *Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*, World Health Organization, Geneva.
- Yağışan, N., Sünbül, A. M, Yücalan, Ö. B., (2007). "Müzik Bölümü Öğrencilerinin Benlik İmgeleri ve Denetim Odaklarının İncelenmesi", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, , 243-262.
- Yalım E., (2001). *Yüksekokul Öğrencilerinde Benlik Saygısının Akademik Başarı ve Ana – Baba ile İletişime Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Yeşilyaprak, B. (2000) . *Eğitimde Rehberlik Hizmetleri*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Young J.E. (1990,1994). *Cognitive therapy for personality disorders : a schema – focused approach*. Sarasota: Professional resource exchange)
- Yorulmaz, O., Dirik, G., Karaali, O., & Üvez, E. (2010). *Obsessif-Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çıkarımsal Karmaşa Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(2): 135-142
- Yörükoğlu A., (2000). *Gençlik Çağı*. 11. Baskı, İstanbul: Özgür Yayınları.

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Tarih:

1. Cinsiyetiniz: Bay () Bayan ()

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış ()

4. Tahsiliniz: a. İlkokul () b. Ortaokul () c. Lise ()

d. Üniversite () e. Yüksek Lisans ve Üzeri ()

5. Mesleğiniz:

6. Çalışma Durumunuz: Çalışıyor () Çalışmıyor ()

7. Aylık Geliriniz: a. 0-500 TL ()

b. 501- 1000 TL ()

c. 1001- 2000 TL ()

d. 2001 TL ve üzeri ()

e. Gelirim yok ()

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

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

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

0: Yok

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

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

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

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

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

0: Hiç

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

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

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

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: hiç

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

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

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

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

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ

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

0: Tam kontrol edebiliyor.

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

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

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

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

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

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

0: Hiç

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

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

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlar la geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir?

Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

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

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

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

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz?

(kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyseniz, su soru sorulmalıdır:

Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

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

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen baş edilebilir durumda olduğunu belirtir veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen baş edebildiğini belirtir.

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

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

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

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

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ

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

0: Tam kontrol edebiliyor.

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

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

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

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

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

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

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

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

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

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

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

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

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

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

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

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

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

0: Yok.

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

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

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

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

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

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

0: Yok.

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

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

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

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

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasına olan gecikme.

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

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

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

16. PATALOJİK KUŞKU

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

0: Hiç.

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

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. Performansı bir miktar etkilemesine rağmen baş edilebilir boyutlarda.

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

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

17. GENEL ŞİDDET

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

0: Hastalık yok.

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

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette belirtiler. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.

4: Orta – ağır şiddette belirtiler. İşlevler kısıtlanmış.

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

6: Çok ağır belirtiler. Tümünü iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

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

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var.

3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var.

5: Epeyce iyileşme var.

6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

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

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.

2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.

3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

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

**YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ
(Y-BOKÖ)**

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

		PUAN
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATOLOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlara 'benim gibi' uygun olmayanlara ise 'benim gibi değil' sütununa (X) işaretini koyunuz. Teşekkürler.

		Benim Gibi	Benim Gibi Değil
1.	Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam.		
2.	Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.		
3.	Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.		
4.	Karar vermede fazla zorluk çekmem.		
5.	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.		
6.	Evde kolayca moralim bozulur.		
7.	Yeni şeylere kolay alışamam.		
8.	Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.		
9.	Ailem genelde duygularıma önem verir.		
10.	Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.		
11.	Ailem benden çok şey bekler.		
12.	Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13.	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.		
14.	Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.		
15.	Kendimi yetersiz buluyorum.		
16.	Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.		
17.	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.		
18.	Başkaları kadar güzel / yakışıklı değilim.		
19.	Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam.		
20.	Ailem benim duygularımı anlar.		
21.	Çok sevilen bir kimse değilim.		
22.	Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.		
23.	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.		

24.	Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm.		
25.	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.		

ROTTER DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ

Bu anket, toplumumuzdaki bazı önemli olayların farkı insanları etkileme biçimini bulmaya amaçlamaktadır. Her maddede “a” ya da “ b “ harfiyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz.

Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz ve yada doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Bu anket bazı durumlara ilişkin, kişisel inançlarla ilgilidir, bunun için “**doğru**” ya da yanlış cevap diye bir durum söz konusu değildir.

Anketteki cümle çiftleri ile ilgili tercihlerinizi belirtmeye geçmeden önce cevap kağıdının baş tarafında yer alan tanıtıcı bilgiler bölümünü eksiksiz doldurunuz ve sonra da anketi cevaplamaya başlayınız. İlgili şıkkı daire içine alarak işaretleyiniz. Bazı cümleler sizin (statünüze) durumunuza uygun olmayabilir. Ancak bu anket genel amaçlı olduğu için kendinizi ilgili maddede belirtilen durumda algılamaya çalışarak “onun yerinde ben olsaydım” şeklinde düşünerek seçiminizi yapınız.

Bazı maddelerde her iki cümleye de inandığınızı ya da hiçbirine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda kendi görüşünüz açısından gerçeğe uygun olduğuna daha çok inandığınız cümleyi seçiniz seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

1. a) Ana babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar çok problemlili oluyor.
b) Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından aşan serbest bırakılmalarıdır.
2. a) İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu biraz da şanssızlıklarına bağlıdır.
b) insanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.
3. a) Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.
b) insanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.
4. a) İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görenen.
b) insan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
5. a) öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.
b) öğrencilerin çoğu, notların tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.
6. a)Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.
b) Lider olamayan yetenekli insanlar, fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
7. a) Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.
b) Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.
8. a) İnsanın kişiliğinin belirlenmesinden en önemli rolü kalıtım oynar.
b) İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.
9. a) Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.
b) Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmemekten daima daha iyidir.
10. a) iyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz
b) Sınav sorulan derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki çalışmanın anlamı kalmıyor.
11. a) Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda ya hiç ya da çok küçük payı vardır.
b) İyi bir iş bulmak, temelde, doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.
- 12- a) Hükümetin kararlarında sade vatandaş da etkili olabilir.

- b) Bu dünya güç sahibi birkaç kişi tarafından yönetilmektedir. Ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.
- 13- a) Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.
b) Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü bir çok şey zaten iyi yada kötü şansa bağlıdır.
14. a) Hiçbir yönü iyi olmayan insanlar vardır.
b) Herkesin iyi bir tarafı vardır.
15. a) Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.
b) Çoğu durumda, yazı tura atarak da isabetli kararlar verebiliriz.
16. a) Kimin patron olacağı genellikle, doğru yerde ilk önce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.
b) insanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur yada çok azdır.
17. a) Dünya meseleleri söz konusu olduğunda çoğumuz, anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyız.
b) insanlar, siyasal ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.
18. a) Birçok insan, rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.
b) Aslında "şans" diye bir şey yoktur.
19. a) insan, hatalarını kabul edebilmelidir.
b) Genelde en iyisi insanının hatalarını örtbas etmesidir.
20. a) Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur
b) Kaç arkadaşınızın olduğu, ne kadar iyi olduğuna bağlıdır.
21. a) Uzun vadede yaşamımızdaki kötü şeyler, işi şeylerle dengelenir.
b) Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ya da her üçünün birden sonucudur.
22. a) Yeterli çabayla siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabiliriz.
b) Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur
23. a) Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anlamıyorum.
b) Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı vardır.
24. a) iyi bir lider, ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.
b) İyi bir lider herkesin görevinin ne olduğunu bizzat belirler.
25. a) Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hissederim
b) Şans ya da talihin yaşamında önemli bir rol oynadığına inanmam.
26. a) insanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.
b) İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, sizden hoşlanırsa hoşlanırlar.
27. a) Okullarda atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.
b) Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.
- 28 a) Başıma ne gelmişse kendi yaptıklarımıdır.
b) Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazen yeterince kontrolümün olmadığını hiss ediyorum.
- 29 a) Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlamıyorum.
b) Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareden uzun vadede halk sorumludur.

ÖZGEÇMİŞ

20.03.1979'da Adana'da doğdu. İlk öğretimini Adana Mithat paşa ilköğretim'de, ortaöğretimini de Yüreğir Ortaokulu'nda tamamladı. İstanbul Bahçelievler Açık Öğretim Lisesi'nden 1998'de mezun oldu. 2001 yılında Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümüne girdi ve 2006 yılında bu bölümden mezun oldu. Hemen ardından İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Yüksek Lisans Programına girdi ve dersleri bitirdikten sonra tezi vermeden ayrıldı. 2007 yılında Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Adli ve Klinik Yüksek Lisans Programına Kaydoldu. Bu sırada Ankara Omni Hipnoz Merkezinden Temel ve ileri Hipnoz Teknikleri sertifikasını, Poem Psikolojik Eğitimler Merkezinde Doç. Dr. Hakan Türkçapar'dan Bilişsel ve Davranışsal Terapi 40 saatlik Temel Eğitim Sertifikasını aldı. Halen Küçükçekmece Belediyesi Rehabilitasyon Merkezinde hem psikologluk hem de müdürlük yapmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.