

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



YALE – BROWN OBSESİF KOMPULSİF ÖLÇEĞİ 2’NİN
(Y-BOCS – II) TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Selin Tutku TABUR

DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP - 2025



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi **Selin Tutku TABUR** tarafından hazırlanan “**Yale–Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği 2’nin (Y-BOCS-II) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**” başlıklı tez, **14/07/2025** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR	Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi	
Jüri Başkanı	Dr. Öğrt. Üyesi Saadet Öztürk	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Mehmet Dinç	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Batuhan Kurtoğlu	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Taha Burak Toprak	Ibn-u Haldun Üniversitesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

.....
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work

SELİN TUTKU TABUR

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yale–Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği 2’nin (Y-BOCS-II) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Selin Tutku TABUR

DOKTORA TEZİ

Danışman
Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR

ÖZET

Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği - İkinci Baskı (Y-BOCS-II), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) semptomlarının varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen, kanıta dayalı ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir değerlendirme aracıdır. Y-BOCS-II’nin farklı dillerde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olmakla birlikte, Türkçe sürümü henüz uyarlanmamıştır. Bu çalışmada, Y-BOCS-II’nin Türkiye toplumunda geçerliği, güvenirliliği ve faktör yapısının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemi, kliniğe başvuran 184 OKB tanılı birey ve 85 normal kontrolden oluşan toplam 269 katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmada, yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) ile birlikte Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (GAD-7) ölçüm araçları kullanılmıştır. Y-BOCS-II Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliliği; yapı geçerliği, ölçüt bağıntılı geçerlik, iç tutarlılık, test-tekrar test güvenirliliği ve değerlendiriciler arası güvenirlilik düzeyleri incelenerek değerlendirilmiştir. Y-BOCS-II Türkçe’nin iç tutarlılığı Cronbach alfa güvenirlilik analizi tekniği ile hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0.96, obsesyon alt ölçeği için 0.95 ve kompulsiyon alt ölçeği için 0.93 olarak bulunmuştur. Sadece OKB tanısı alan bireylerde ise bu değerler sırasıyla 0.91, 0.86 ve 0.90’dır. Değerlendiriciler arası güvenirlilik katsayısı ICC = 0.998 ile mükemmel düzeyde tespit edilmiştir. Test-tekrar test güvenirliliği ($r = 0.993$) ve sadece OKB tanısı almış 51 hasta üzerinden yapılan analizlerde $r = 0.973$ bulunmuştur. Ayrıca, Y-BOCS-II puanlarının Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (GAD-7) ile anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi, orijinal makalede önerilen iki modelin de geçerli olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte; klasik iki faktörlü yapının (obsesyon-kompulsiyon) Türk örnekleminde daha iyi uyum sağladığı bulunmuştur. Sonuç olarak, Yale–Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği’nin Türkçeye uyarlanan bu yeni sürümü (Y-BOCS-II), obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Obsesif kompulsif bozukluk, Y-BOCS, Y-BOCS-II*

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**Turkish Validity and Reliability Study of the Yale–Brown Obsessive Compulsive
Scale–II (Y-BOCS-II)**

Selin Tutku TABUR

Doctoral Thesis

**Advisor:
Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR**

ABSTRACT

The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Second Edition (Y-BOCS-II) is an evidence-based, clinician-administered, semi-structured assessment tool developed to evaluate the presence and severity of obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms. Although the scale has undergone validity and reliability studies in various languages, its Turkish version has not yet been psychometrically validated. This study aims to examine the validity, reliability, and factor structure of the Y-BOCS-II within the Turkish population. The sample consisted of 269 participants, including 184 individuals diagnosed with OCD and 85 healthy controls. Along with the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-CV), the following instruments were administered: the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), and the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). The Turkish version of the Y-BOCS-II was evaluated for construct validity, criterion-related validity, internal consistency, test-retest reliability, and inter-rater reliability. Internal consistency of the Turkish Y-BOCS-II was calculated using Cronbach's alpha. The Cronbach's alpha coefficients were 0.96 for the total scale, 0.95 for the obsession subscale, and 0.93 for the compulsion subscale. Among individuals diagnosed with OCD, these coefficients were 0.91, 0.86, and 0.90, respectively. The inter-rater reliability was found to be excellent, with an intraclass correlation coefficient (ICC) of 0.998. Test-retest reliability was calculated as $r = 0.993$, and $r = 0.973$ when calculated based on 51 patients diagnosed with OCD. Y-BOCS-II scores showed significant correlations with MOCI, OBQ-44, PHQ-9, and GAD-7. Construct validity was examined via confirmatory factor analysis (CFA), which confirmed the validity of both models proposed in the original article. However, the classical two-factor structure (obsession–compulsion) was found to provide a better fit in the Turkish sample. In conclusion, this newly adapted Turkish version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Second Edition (Y-BOCS-II) is a valid and reliable instrument for assessing the severity of obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: *Obsessive-compulsive disorder, Y-BOCS, Y-BOCS-II*

Sevgili aileme

ve

her zaman yolumu aydınlatan Hakan Hocam'a...



ÖNSÖZ

Dünya genelinde en yaygın ruhsal rahatsızlıklardan biri olan ve karmaşık doğasıyla klinik psikolojide büyük öneme sahip Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği – İkinci Baskı'nın (Y-BOCS-II) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirdiğim bu çalışmanın, bilimsel araştırmalar ve tedavi süreçlerine katkı sunmasını dilerim.

Hayat yolculuğunda bize eşlik edenlere ne zaman teşekkür ederiz? Sanırım durup soluklandığımız bu önemli anlar tam da bunun için. Ben bu yolculukta yanımda olan, bana bilimsel düşünmeyi öğreten, bilgisiyle, sabrıyla ve güveniyle beni destekleyen ve cesaretlendiren; birlikte çalışmanın şans olduğunu düşündüğüm danışman hocam, mentörüm; Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar ile başlamaktan mutluluk duyuyorum.

Psikoloji eğitimime yön veren ve beni doğru yolda hissettiren Sayın Doç. Dr. Mehmet Dinç'e destekleri ve farkında olmadan keşfettiği yeteneklerim için teşekkür ederim. Akademik gelişimime katkıda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Saadet Öztürk, Dr. Öğr. Üyesi Batuhan Kurtoglu ve Dr. Öğr. Üyesi Taha Burak Toprak'a tez jürimde olmayı kabul ettikleri için teşekkürlerimi sunarım. Akademik yolculuğumda bilgileriyle beni besleyen ve yol gösteren tüm öğretim üyelerime; çalışma arkadaşlarıma; çalışma heyecanıma yön veren yurtdışındaki akademisyenlere teşekkür etmek isterim. Bu çalışma benim için bir akademik çalışmadan çok daha fazlasını ifade ediyor. Kendi kişisel yolculuğumda da katkısı çok büyük olan tezimin kendisine de teşekkür etmek isterim. Elbette, sevgili Ailem'e... Annem Habibe, Babam Uğur ve Kardeşim Onur. Benim ailem olduğunuz için çok şanslıyım.

Zorlu yollar yanınızda sevdiklerinizle kolaylaşıyor. İkinci ailem olan kuzenlerim Özge & Sedat Köroğlu; Seyhan ablam; Canımın içi kuzenim Ezgi Şenel ve tabiki yeğenim Bubu.. Seçtiğim ailem olan arkadaşlarım.. Başta, Dr. Psk. Dnş. Elçin Külahcıoğlu Gözegir ve ailesi; lezzet yemekleri ve koşulsuz kabulü için Kübra Dörtbudak; klinikte her gün tez stresime akılcı yorumları için Dr. Olga Güriz; tüm verileri toplarken benimle dertlenen, çıktılarıma yardım eden Fatma Öztemel; şahane komşulukları ve bana özel personel yemekleriyle, stresle başetmek için yaptığım tüm tatlıları keyifle yiyen komşuları ve Poche; desteğiyle Göksu Uslu ve Elif Berfu Hergül; her soruma sabırla cevap veren Dr. Ercan Akın; enerjisiyle ve desteğiyle Ece Ilgın; şefkati ve cesaretlendirmesiyle Dr. Canan Bayram Efe; kendimi görmeme yardımcı olan Prof. Dr. Aslıhan Dönmez ve sıkıştığım her yerden beni çıkaran Dr. Özge Orbay. Varlığınız için minnettarım. Bu süreç sizlerle anlamlı ve mümkün oldu benim için.

Her daraldığımda onlara koştuğum zihnimde ışıklar açan yazarlar; Alain De Botton ve Haruki Murakami. Zihnimdeki çıkmazları metaforları ve cümleleriyle çözmeme yardımcı oldukları için teşekkürler. Ve son olarak koşuya.. Tezimin yazı sürecinde km'lerce koştum. Koşuyla tanışmama sebep olan kişi ve olaylara.. Murakami'nin kitabında dediği gibi; *“Koşmasaydım Yazamazdım”*.

Selin Tutku Tabur

Gaziantep, 2025

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Özgün Değeri.....	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanım & Tarihçe	4
2.2. Tanı Ölçütleri	5
2.3. Epidemoloji & Eş Tanılar	7
2.3.1. Başlangıç Tarihi ve Doğal Seyir	7
2.3.2. Yaşam Boyu ve Güncel Yaygınlık.....	7
2.3.3. Klinik Ortamlarda Tanıma ve Yaygınlık	8
2.4. Klinik Görünüm ve Alt Tipler	8
2.5. Etiyoloji.....	11
2.6. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Değerlendirilme Kullanılan Testler	12
2.6.1. OKB Belirti Şiddetinin Klinisyen Tarafından Derecelendirilen Ölçümleri.....	12
2.6.1.1. Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği (BY-BOCS):	12
2.6.1.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (CY-BOCS):.....	12
2.6.2. OKB Belirti Şiddetine İlişkin Öz-Bildirim Ölçümleri	13
2.6.2.1. Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği- Öz Bildirim Formu (YBOKÖ-Öz	
Bildirim Formu):.....	13

2.6.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL):	13
2.6.2.3. Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği (VOKE):.....	14
2.6.2.4. Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği - Türkçe (Dimensional Obsessive Compulsive Scale) (BOKÖ-T):	15
2.6.2.5. Clark-Beck Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (CBOKÖ):.....	15
2.6.2.6. Padua Ölçeği- Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR):. 15	
2.6.2.7. Obsesif-Kompulsif Ölçeği-Revize Form (OKE-R):.....	15
2.6.2.8. Obsesif İnançlar Anketi Kısa Formu 20 ve 9 (OİA-20, OİA-9):.....	15
2.7. Y-BOCS	16
2.7.1. Y – BOCS	16
2.7.2. Y- BOCS – II	16
2.7.2.1. Y-BOCS – II Psikometrik Özellikleri.....	19
3. YÖNTEM	21
3.1. Evren ve Örneklem	21
3.2. Veri Toplama Araçları	22
3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	22
3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	22
3.2.3. SCID-5-CV (DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme).....	22
3.2.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – II (Y-BOCS – II) Türkçe Uyarlaması	23
3.2.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....	23
3.2.6. Obsesif İnanışlar Ölçeği – 44 (OİÖ-44).....	23
3.2.7. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9).....	24
3.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (GAD – 7).....	25
3.3. İşlem.....	25
3.3.1. Y-BOCS– II Dil Eşdeğerliği Sağlama İşlemi	26
3.3.2. Y-BOCS-II Uygulama Sırasında Yapılan İşlemler.....	27
3.4. İstatistiksel Analiz.....	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri.....	29
4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler	30
4.3. Y-BOCS-II Ölçeğinin Geçerliliğine İlişkin Bulgular	31
4.3.1. Kapsam Geçerliliği.....	31
4.3.2. Ölçüt-Bağıntılı Geçerlik.....	32
4.3.3. Y-BOCS-II'ye Yönelik Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	33

4.4. Y-BOCS-II Ölçeğinin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	37
4.4.1. İç Tutarlılık.....	37
4.4.2. Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik	37
4.4.3 Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	37
4.5. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	38
4.6. Ölçek Puanlarının OKB Tanısı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	39
5. TARTIŞMA	41
5.1. Geçerlik	41
5.2.1. Ölçüt - Bağıntılı Geçerlik.....	41
5.2.2. Y-BOCS-II Türkçe'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi	43
5.2.3. Y-BOCS-II Türkçe'nin Madde Düzeyinde Faktör Yükleri	46
5.2. Güvenilirlik	47
5.2.1. İç Tutarlılık.....	47
5.2.2. Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik:	48
5.2.3. Test-Tekrar Test Güvenirliği:	49
5.3. Sosyodemografik Değişkenler ve Y-BOCS-II.....	50
5.4. OKB Tanılı ve Tanısız Bireyler Arasındaki Farklar	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKÇA.....	55
EKLER	64
Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam ve Sosyodemografik Form	64
Ek 2: Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9).....	66
Ek 3: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (GAD-7)	67
Ek 4: Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ-44)	68
Ek 5: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	69
Ek 6: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – II.....	70
ÖZGEÇMİŞ	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1: Model 1 (Obsesyon - Kompulsiyon) Doğrulatoryıcı Faktör Analizi.....	33
Şekil 2: Model 2 (Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol) Doğrulatoryıcı Faktör Analizi	34



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: DSM-5, ICD-10 ve ICD-11'e Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri.	6
Tablo 2: Y-BOCS-II Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bilgiler.....	29
Tablo 3: Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler	31
Tablo 4: Y-BOCS-II ve alt boyutları ile GAD-7, PHQ-9, MOKSL ve OİÖ arasındaki ilişkilere ilişkin Pearson korelasyon analizi sonuçları.....	32
Tablo 5: Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Model Uyum İyiliği İstatistikleri.....	34
Tablo 6: Y-BOCS-II Faktör Yükleri.....	36
Tablo 7: Y-BOCS-II ve alt ölçekleri ile GAD-7, PHQ-9, MOKSL, OİÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin T-testi sonuçları	38
Tablo 8: Y-BOCS-II ve alt ölçekleri ile GAD-7, PHQ-9, MOKSL, OİÖ puan ortalamalarının OKB Tanısı olan ve olmayana göre T-testi ile karşılaştırılması	39
Tablo 9: Y-BOCS-II farklı dillerdeki çalışmaları iç tutarlılık sonuçları	48
Tablo 10. Y-BOCS-II farklı dillerdeki çalışmaları RMSEA sonuçları	45

KISALTMALAR LİSTESİ

APA : American Psychological Association

DFA : Doğrulamalı Faktör Analizi

DSM -5 : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

GAD -7 : Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi

ICC : İnter-class Correlation Coefficient (Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik)

ICD : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases and Related Health Problems)

MOKSL: Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Soru Listesi

n : Örneklem Sayısı

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖİÖ : Obsesif İnançlar Ölçeği

OCCWG : Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

PHQ- 9 : Hasta Sağlık Anketi

SCID-5- CV: DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SCI : Science Citation Index (Bilimsel Atıf İndeksi)

ICV: Index Copernicus Value (*Index Copernicus Değeri*)

sd : Serbestlik Derecesi

SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for Social Sciences)

SS : Standart Sapma

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Y-BOCS : Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

Y-BOCS – II : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – II

1. GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), kendiliğinden akla gelen rahatsız edici takıntılar (obsesyonlar) ve/veya kompulsiyonlarla karakterizedir. Akla gelen bu takıntılar, düşünce, dürtü-istek veya imge şeklinde olabilirler. Kompulsiyonlar ise ya obsesyona tepki olarak veya katı kurallara göre veya bir “tamlik” hissine ulaşmak için yerine getirmeye mecbur hissettiği davranışlar veya zihinsel uğraşılardır. DSM-5'e göre, bu obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar zaman alıcıdır ve çoğu zaman günde en az bir saat sürecektir yoğunlukta ortaya çıkar. Belirtiler yineleyici bir nitelik taşır ve bireyin toplumsal ilişkilerinde, mesleki yaşamında ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin düzeyde bozulmaya yol açar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Yapılan yaygınlık çalışmalarında OKB'nin, yaşam boyu sıklığı %1.3 ile %2–3 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (Ruscio vd., 2010; Fawcett vd., 2025). OKB tedavi edilmediği müddetçe genellikle artma azalmalarla giden kronik bir seyir gösteren, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve çevresiyle olan ilişkilerini olumsuz etkileyen bir rahatsızlıktır.

OKB'nin bu sıklık düzeyi ve kronik bir seyir göstermesi nedeniyle toplum ruh sağlığı açısından olumsuz etkileri olabileceğinden, belirti şiddetini ayrıntılı biçimde değerlendiren toplum temelli çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Standart değerlendirme ölçekleri kullanılmadığında elde edilen bulguların karşılaştırılabilirliği zorlaşmakta ve hastalığın seyri, komorbiditesi ve tedavisiyle ilgili araştırmalarda sınırlılıklara neden olmaktadır. OKB'nin belirti şiddetinin kapsamlı şekilde değerlendirilmesi; bireye özgü tedavi planlaması, hastalığın seyri boyunca izlenmesi ve müdahale etkinliğinin belirlenmesi açısından da önem taşımaktadır. Görüldüğü gibi OKB'de standart değerlendirme araçlarına sahip olmamız hem klinik uygulamalarda hem de araştırmalar açısından bir gerekliliktir (Benito ve Storch, 2014). Tüm bu nedenlerle, OKB'nin belirti düzeyini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçebilecek değerlendirme araçlarına gereksinim duyulmaktadır.

OKB belirtilerinin değerlendirmesi için en yaygın olarak Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS) (Goodman vd., 1989; Rowa vd., 2025) altın standart olarak kabul edilerek kullanılmaktadır. Y-BOCS bu alanda uzun yıllardır kullanılmakla birlikte kullanılsa da bu ölçeğin bazı sınırlılıkları (kaçınma davranışlarını içermemesi, madde ifadelerinin belirsizliği) nedeniyle bu ölçeğin eksikliği hissedilen yönlerini gideren yeni sürümü olan Y-BOCS-II geliştirilmiştir (Storch vd., 2010). Bu yeni sürüm; kaçınma

davranışlarını, içgörü düzeyini ve daha net tanımlanmış şiddet ölçütlerini içermesiyle klinik değerlendirme açısından daha kapsayıcı bir yapı sunmaktadır.

Y-BOCS-II'nin İtalyanca, Mandarin Çince, Hollandaca, Portekizce, Tayca, İspanyolca, Endonezce dillerine çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve farklı dillerdeki çevirileri geçerli ve güvenilir bulunarak klinik araştırma ve uygulamalarda kullanılmaya başlanmıştır. Ölçeğin bu yeni sürümünün Türkçe çevirisinin olmaması alanyazında önemli bir boşluktur. Klinik ve akademik alandaki gelişmeler doğrultusunda, değerlendirme araçlarının güncellenmesi ve o dilde kullanılacak hâle getirilmesi, bu araçların geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla, Y-BOCS-II'nin Türkçe çevirisinin yapılarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılması, Türkiye örnekleminde OKB için güncel, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı gereksinimini karşılamak açısından önem oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Özgün Değeri

OKB, farklı belirti örüntüleriyle kendini gösterebilen ve çoğu kere hastaların yeterli ve uygun tedaviye erişimde zorluk yaşadıkları bir ruhsal bozukluktur. Bu nedenle, belirtilerin şiddetini doğru ve hassas bir şekilde ölçebilen, zaman içinde belirtilerdeki değişimleri ve tedaviye verilen yanıtların düzeyini saptayan güvenilir değerlendirme araçlarına gereksinim duyulmaktadır.

Klinik görünümleri bakımından çeşitlilik gösteren OKB gibi psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi, tanı ve tedavisinde kullanılan ölçüm araçlarının, uygulanacakları kültürel ve dile uygun biçimde uyarlanması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, farklı dillere çevrilmiş ve yaygın olarak kullanılan Y-BOCS-II ölçeğinin Türkçe'ye kazandırılması ve kültürel olarak uyarlanması hem klinik uygulamalarda hem de bilimsel araştırmalarda bu aracın geçerli ve etkili bir şekilde kullanılmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın temel amacı, Y-BOCS-II'nin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesidir. Bu kapsamda, ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri incelenecek ve klinik olarak OKB tanılı bireyler ile normal kontrol bireylerden oluşan örneklem üzerinde değerlendirilmiştir. Araştırma, Y-BOCS-II'nin Türkiye'de hem klinik uygulamalarda hem de bilimsel çalışmalarda kullanılabilirliğini artırmayı hedeflemektedir.

Bu çalışmanın temel araştırma sorusu; Y-BOCS-II Türkçe formunun güvenilir ve geçerli bir ölçek olup olmadığıdır. Bu temel soruya bağlı olarak çalışma için belirlenen varsayımlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin İkinci Sürümü (Y-BOCS-II) Türk toplumu için geçerliği yüksek bir envanterdir.
2. Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin İkinci Sürümü (Y-BOCS-II), Türk toplumu için güvenilirliği yüksek bir envanterdir.
3. Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin İkinci Sürümü (Y-BOCS-II), test-tekrar test uygulamaları arasında yüksek düzeyde korelasyon gösterir ($r \geq .70$).
4. Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin İkinci Sürümü (Y-BOCS-II), değerlendiriciler arası güvenilirlik düzeyi yüksektir.
5. Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin İkinci Sürümü (Y-BOCS-II), yapı geçerliği analizinde iki faktörlü bir yapı ortaya koymaktadır.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

1. Tüm katılımcıların verdikleri yanıtların içten bir şekilde psikolojik durumlarını doğru yansıttığı varsayılmaktadır.
2. Örneklem grubunda yer alan bireylerin Türkiye'deki genel OKB klinik örneklemine temsil ettiği kabul edilmiştir.
3. Araştırmada kullanılan SCID-5-CV (DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin İkinci Sürümü (Y-BOCS-II), Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnanışlar Ölçeği – 44 (OIÖ-44), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (GAD – 7)' nin ölçmek istediği nitelikleri tam ölçtüğü varsayılmaktadır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Çalışmanın örnekleme, ilköğretim mezunu ve testleri anlama becerisine sahip bireylerle kısıtlı olduğundan, farklı eğitim ve bilişsel yeteneklere sahip popülasyonlarda bu bulguların genellenebilirliği sınırlı olabilir. Gelecekteki çalışmalar, bu farklılıkları dikkate almalıdır.
2. Araştırmanın yalnızca ayaktan tedavi gören katılımcıları içermektedir. Bu sebeple araştırma sonuçları ayaktan tedavi gören bireylere genellenebilir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanım & Tarihçe

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonlar (tekrarlayan, istenmeyen düşünceler, dürtüler veya imgeler) ve kompulsiyonlar (bu düşüncelerle başa çıkmak için yapılan davranışlar) ile karakterize edilen bir bozukluktur. Bu belirtiler, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açar (Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013). Obsesyonlar ve kompulsiyonlar toplumda yaygın olsa da tanının konulabilmesi için belirtilerin en az iki alanda (yani sosyal, ailesel ve/veya işle ilgili alanlarda) önemli bozulma ve sıkıntıya neden olması veya günde en az bir saat kadar kişinin zamanını alması gerekmektedir (APA, 2013). Yeterli tedavi olmadığında kronik bir seyir izleyen OKB, yaşam boyu nüfusun yaklaşık %3'ünü etkileyen nispeten yaygın bir ruh sağlığı durumudur (Nordberg vd., 2008).

Obsesyonlar; kişinin rahatsız edici veya uygunsuz olarak yaşadığı ve kişide belirgin düzeyde kaygı, sıkıntı veya rahatsızlığa neden olan ısrarcı bir düşünce, fikir, görüntü veya dürtüler olarak tanımlanmaktadır (APA Dictionary, 2018). Obsesyonlar sıkıntı vericidir. Genellikle kişi tarafından mantıksız ya da aşırı olarak değerlendirilir.

Kompulsiyonlar, kişinin obsesyonla ilgili yaşadığı kaygı ve sıkıntıyı azaltmak için yaptığı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (APA Dictionary, 2018). Kişi obsesyonla ilişkili yaşadığı sıkıntıyı azaltmak veya korktuğu durumu/olayı önlemek amacıyla kompulsiyon yapmaya dönük bir dürtü veya zorunluluk hisseder. Kompulsiyonlar kişide bazen kısa süreli ya da geçici bir rahatlama sağlasa da kişinin korktuğu durum veya olayla mantıksal bir bağlantısı yoktur ya da orantısızdır. Tanı ölçütlerine göre, kompulsif davranışlar ve/veya ritüeller kişi tarafından kasıtlı olarak gerçekleştirilir ve kişi bu davranışları yapma konusunda yoğun bir baskı hisseder. Ancak kişi, bu davranışları genellikle anlamsız ve aşırı olarak değerlendirir.

Rahatsızlığın tarih içindeki tanımlarına bakıldığında, obsesyon, kompulsiyon, “impulsio” ve “scrupulus” gibi Latince kelimelerin, OKB ile benzeri durumları ifade etmek amacıyla Orta Çağ'dan itibaren kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Tarihi kanıtlara incelendiğinde 15. YY *Malleus Maleficarum* gibi metinlerde OKB benzeri olguların tanımlandığı görülmektedir (Ujjwal vd., 2024). O dönemde obsesif-kompulsif belirtiler genellikle dini bir bağlamda değerlendirilmiş ve şeytan çıkarma gibi ritüellerle müdahale edilmeye çalışılmıştır. Ancak 19. yüzyılın ilk yarısında Jean-Étienne Dominique Esquirol

gibi önemli isimler, daha bilimsel yaklaşımlarıyla öne çıkmıştır. Psikiyatri alanyazınında bugünkü obsesyon kavramı, 19. yüzyılda Jean-Étienne Dominique Esquirol tarafından ilk kez bilimsel biçimde tanımlanmış ve istemsiz, karşı konulamaz, içgüdüsel bir zihinsel süreç olarak açıklanmıştır. (Ujjwal vd., 2024; Fornaro vd., 2009). 19. yüzyılın ikinci yarısı ve 20. yüzyılın başlarından itibaren OKB'ye yönelik anlayışın psikolojik açıklamalara yönelmeye başladığı ve modern OKB kavramlarının temelini atıldığı görülmektedir. 19. yüzyılın sonlarına doğru ise, bu durumlar genellikle melankoli veya depresyonun gibi ruhsal bozukluklarla ilişkilendirmiştir (Ujjwal vd., 2024; Fornaro vd., 2009). Davranışçı terapi yaklaşımlarının gelişmesiyle birlikte öğrenme kuramları, OKB belirtilerini açıklamak için uygulanmış ve tedavi süreçlerinde önemli katkılar sağlamıştır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının basımlarından DSM-III'ten DSM-5'e kadarki süreçte, obsesyonlar ve kompulsiyonlar OKB için ana tanı ölçütleri olan varlığını sürdürmüştür (APA, 1980). Bunun yanında OKB, DSM-IV'te (APA, 2000) anksiyete bozuklukları grubunda yer alan bir tanı iken DSM-5'te ayrı bir başlık olarak yer almıştır (APA, 2013).

2.2. Tanı Ölçütleri

Ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında dünya genelinde resmi olarak kullanılan tek sistem ICD olmakla birlikte, alanyazında yaygın olarak başvurulanan iki temel sınıflama sistemi bulunmaktadır. Bunlar; Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM* ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) *Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ICD*'dir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Beşinci Basımında (DSM-5) Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar başlığı olarak yer verilen OKB tanı ölçütleri; ICD 10 ve ICD-11 tanı ölçütleri aşağıda tabloda belirtilmiştir.

Tablo 1: DSM-5, ICD-10 ve ICD-11'e Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

Tanı Ölçütü	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Fenomenoloji	Obsesyon ve kompulsiyon ayrı tanımlanır.	Obsesyon ve kompulsiyon birlikte tanımlanır.	Obsesyon ve kompulsiyon ayrı tanımlanır.
Obsesyon Tanımı	İstenmeyen, rahatsız edici, sürekli tekrarlayan düşünceler, dürtüler veya imgeler. Obsesyona tepki olarak ya da kurallara göre yapılan tekrar eden davranışlar/zihinsel eylemler.	Mantıksız, kalıcı, tekrarlayan düşünceler ve bunlara bağlı kalıplaşmış davranışlar.	İstenmeden gelen, kaygı uyandıran, tekrarlayan ve ısrarcı düşünceler, imgeler veya dürtüler.
Kompulsiyon Tanımı	Obsesyona karşı direnme, etkisizleştirme çabası vardır.	Kalıplaşmış davranışlar veya zihinsel eylemlerle kaygıyı azaltma çabası.	Davranış ya da zihinsel eylemler; kalıplaşmışlık kavramı kaldırılmış.
Direnç ve Etkisizleştirme	Obsesyona karşı direnme, etkisizleştirme çabası vardır.	Obsesyon kaygı yaratır; kişi görmezden gelmeye ya da kompulsiyonla etkisizleştirmeye çalışır.	Obsesyon kaygı yaratır; kişi kompulsiyonla etkisizleştirmeye çalışır.
İçgörü	İyi/orta düzeyde içgörü, zayıf içgörü veya içgörü eksikliği olabilir.	İyi/orta düzeyde içgörü, zayıf içgörü veya içgörü eksikliği olabilir.	İçgörü eksikliği veya delüzyonel inançlar görülebilir. Tik veya panik atakla ilişkili olabilir.
Zaman & İşlevsellik	Günde en az bir saat sürer ya da işlevselliği bozar.	Neredeyse her zaman sıkıntı yaratır, faaliyetlere müdahale eder.	Zaman alıcıdır, işlevselliği ciddi şekilde bozar.
Madde/Tıbbi Durum İlişkisi	Belirtiler madde ya da tıbbi duruma bağlı olmamalıdır.	Açıkça belirtilmemiştir.	Açıkça belirtilmemiştir.
Ayırıcı Tanı	Diğer bozukluklarla ayırıcı tanı yapılmalıdır.	Tourette sendromu ve şizofreni varsa OKB tanısı konulamaz.	Tourette sendromu, şizofreni ve delüzyonel inançlar olsa da OKB tanısı konulabilir.
Belirtilerin Süresi	Belirtilmemiştir.	Belirtiler çoğu gün, 2 haftadan fazla sürmelidir.	Belirtilmemiştir.

Not. DSM-5 = Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı – Beşinci Baskı; ICD-10 = Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması – 10. Revizyon; ICD-11 = Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması – 11. Revizyon

2.3. Epidemoloji & Eş Tanılar

2.3.1. Başlangıç Tarihi ve Doğal Seyir

OKB, doğası gereği değişik belirtiler içeren ve heterojen bir klinik tabloya sahiptir (Cervin, 2024; Peris vd., 2017; Rasmussen ve Eisen, 1988). Genellikle süregelen ve dalgalı bir seyir izleyerek bireylerde belirgin sıkıntıya ve işlevsellik kaybına yol açmaktadır (Lewin vd., 2014; Piacentini vd., 2007).

OKB vakalarının büyük kısmı 12 ile 21 yaş arasında başlamaktadır; bu yaş aralığına ilişkin ortalama başlangıç yaşı 16,9 olarak bildirilmiştir (Cervin, 2023). Bununla birlikte, bazı çalışmalar OKB'nin en sık 22–35 yaş arasında başladığını ve ortalama başlangıç yaşının 19,5 olduğunu belirtmektedir. Erkeklerde ise bozukluğun daha erken yaşta ortaya çıkma eğiliminde olduğu görülmektedir (Ruscio vd., 2010). OKB'nin başlangıç yaşı genellikle erken başlangıç ve geç başlangıç olmak üzere iki ayrı dönemde yoğunlaşır; bu durum bimodal bir dağılım paternine işaret etmektedir (Taylor, 2011). Pek çok araştırmacı, OKB'nin erken yaşta başlamasının sanılandan daha yaygın olduğu görüşündedir. Bu görüş, çocuklukta ortaya çıkan ve ergenliğe ulaşmadan gerileyen vakaların çalışmalarda yeterince ele alınmamasından kaynaklanabilir. Öte yandan, geç başlangıçlı OKB'nin nedenleri ve seyri hâlâ tam olarak aydınlatılamamıştır (Cervin, 2023). Tanı ve tedaviye ulaşma süresi bakımından da ciddi gecikmeler söz konusudur. OKB'li bireylerin tanı almadan önce ortalama 17 yıl geçirdiği; semptomların ise tanı öncesi ortalama 8-9 yıl boyunca sürdüğü bildirilmiştir (Jenike, 2024; Ruscio vd., 2010). Bu süre zarfında, bireyler önemli düzeyde işlev kaybı yaşayabilmektedir. Özellikle erken başlangıçlı olgularda, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar klinik tabloyu daha karmaşık hâle getirmekte ve tedavi sürecini doğrudan etkilemektedir. Müdahale edilmediği takdirde OKB'nin seyri genellikle dalgalı olmakta, belirtiler zaman içinde daha da şiddetlenebilmektedir (Jenike, 2024).

2.3.2. Yaşam Boyu ve Güncel Yaygınlık

Epidemiyolojik çalışmalar, OKB'nin toplumda beklenenden daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ruscio vd. (2010) tarafından National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) verileri kullanılarak yapılan geniş çalışmaya göre, OKB'nin yaşam boyu prevalansı %2.3, 12 aylık prevalansı ise %1.2 olarak belirlenmiştir. Bir diğer yandan epidemiyolojik ve klinik nüfus çalışmaları, OKB'nin yalnızca tam tanı alan bireyleri değil, belirli tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan ancak klinik açıdan anlamlı belirtiler gösteren eşik altı vakaları da kapsayan bir çeşitliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Adam vd., 2012). Obsesif-kompulsif belirtiler gösteren ancak tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan

bireylerin oranı %28,2 olarak bildirilmiştir (Ruscio vd., 2010). Bu durum, OKB belirtilerinin toplum genelinde önemli bir yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir.

2.3.3. Klinik Ortamlarda Tanıma ve Yaygınlık

OKB'nin klinik görünümü, gelişimsel süreçler içinde değişkenlik göstermekle birlikte, eş tanı (komorbidite) oranlarının yüksek olması nedeniyle çok boyutlu hale gelmektedir. Yapılan araştırmalar, OKB'li bireylerin %90'ında en az bir başka ruhsal bozukluk bulunduğunu göstermektedir (Ruscio vd., 2010). OKB'si olan gençlerin büyük bir kısmında en az bir ek psikiyatrik bozukluk bulunduğunu ortaya koymaktadır (Storch vd., 2007). Yaşam boyu OKB tanısı alan bireylerin %60 ila %90'ının, özellikle anksiyete ve depresif bozukluklar başta olmak üzere en az bir ek psikiyatrik tanı ölçütünü karşıladığı bildirilmiştir (Peris vd., 2017). En sık eşlik eden bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları (%75.8), duygudurum bozuklukları (%63.3) ve dürtü kontrol bozuklukları (%55.9) yer almakta olup, özellikle bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin OKB tanısı alma olasılığı 7,4 kat daha fazladır (Ruscio vd., 2010). Çocuk ve ergenlerde ise en yaygın eş tanımlar anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve tik bozukluklarıdır (Geller vd., 2001; Ivarsson vd., 2007; Garcia vd., 2009).

Bir diğer önemli nokta, eşik altı OKB'nin de klinik açıdan anlamlı belirtiler gösterebilmesidir. Hem OKB hem eşik altı OKB hem de OKB belirtileri olan alt gruplarla yapılan bir çalışmada ve obsesif-kompulsif belirtiler göstermeyen bireylere kıyasla, gösterenlerin belirgin şekilde daha yüksek eş tanı oranlarına sahip olduğu bildirilmiştir ve işlev kaybının ve sağlık hizmetinin kullanımının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Adam vd., 2012). Eş tanımlar, klinik tabloyu karmaşıklarlaştırarak hem belirtilerin çeşitlenmesine hem de tedavi sürecinin güçleşmesine yol açabilmektedir. Bu durum, klinisyenlerin doğru müdahale hedeflerini belirlenmesini zorlaştırmaktadır ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Storch vd., 2008). Bu nedenle, OKB'nin değerlendirilmesinde ve tedavi planlamasında yalnızca öncül belirtilerin değil, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların da dikkate alınması tedavi sürecinin daha etkin planlanması açısından büyük öneme sahiptir.

2.4. Klinik Görünüm ve Alt Tipler

DSM-5 ve ICD- 11 gibi tanı ve tedavi rehberleri genel bir OKB tanımını sunar, ancak bu belirtilerin belirli şekilleri hastadan hastaya büyük ölçüde farklılık gösterebilir (McKay vd., 2004). OKB'nin klinik tablosu ve patofizyolojik mekanizması açısından homojen

olmadığı konusunda yaygın bir fikir birliği bulunur. OKB belirtileri heterojen doğası gereği, büyük ölçüde bireye özgüdür ve iki hastanın tamamen aynı belirtileri paylaşması oldukça nadirdir. Bu nedenle araştırmacılar bu heterojenliği azaltmak ve klinik değerlendirmede tanı ve tedavi yöntemlerini iyileştirmek amacıyla belirli homojen alt tiplere ayrılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu doğrultuda belirli belirti gruplarının ortak özellikler taşıdığı ve belirli boyutlar altında sınıflandırılabilceği gösterilmiştir. OKB belirti alt tiplerini bulmak için Y-BOC-S belirti listesi ilk olarak Baer (1994) tarafından kullanılmıştır. Yapılan bu faktör analizi çalışmasıyla Baer (1994) “simetri ve biriktirme”, “bulaşma ve temizlik”, “saf obsesyonlar” olmak üzere üç faktör belirlemiştir. Ardından yapılan çalışmalarla Leckman vd. (1997) “biriktirme”yi ayırarak dört faktörlü bir model ortaya koyarken; Mataix-Cols vd. (1999) tarafından yapılan çalışmada “cinsel ve dini obsesyonlar” ile beş faktörlü bir yapı ortaya konulmuştur. Bunlar; Bulaşma, Kontrol, Simetri ve Düzen, Biriktirme, Saf Obsesyonel OKB (Pure OKB)’dir. Sonuç olarak, faktör analizi çalışmalarına bakıldığında ilişkili belirtilerin belirgin 3 ila 6 arası belirti grubu etrafında toplandığı görülmektedir (Leckman vd., 1997; Mataix-Cols vd., 1999). Boyutsal yaklaşıma göre, saldırganlık ve kontrol, kirlenme ve temizlenme, cinsel ve dini temalar, düzen ve simetri, biriktirme ve diğer türden obsesif kompulsif örüntüler olmak üzere gruplara ayrılmaktadır.

1. Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar: Bu obsesyonlar, kişilerin kendine ve çevresindeki insanlara isteyerek veya istemeyerek zarar vermesine yönelik kendiliğinden gelen rahatsız edici düşünceleri ve imgeleri içerir. Bu kişiler düşüncelerinden dolayı suçluluk, utanç ya da aşırı sorumluluk duygusu hissedebilirler. Buna karşılık olarak da sürekli zarar verip vermediğini kontrol etme, bazı aktiviteleri yapmaktan kaçınma veya zarardan kaçınmak için dua etmek ve sayı saymak gibi zihinsel ritüeller yapabilirler.

2. Cinsel ve Dini İçerikli Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar: Cinsel temalı obsesyonlar, toplumsal normlarla veya kişinin cinsel yönelimi ile uyumlu olmayan rahatsız edici, yasaklanmış düşünceleri, imgeleri ya da dürtüleri içerir. Dini obsesyonlar, kutsal değerlere saygısızlık, günah işleme korkusu ya da dini ritüellerle ilgili suçluluğa dair korkuları kapsar. Karşılık olarak, kişiler sıklıkla onay arama, dua etme, tövbe etme ve dini ritüelleri tekrar etme gibi davranışlarda bulunur. Bu kompulsiyonlar, kaygıyı yatıştırmayı ve rahatsız edici düşüncenin etkisini azaltmayı amaçlar.

3. Kirlenme Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları: Bu tür, bulaşma ile ilgili obsesif korkuların yaşandığı ve buna bağlı olarak kompulsif temizlik veya kaçınma davranışlarının sergilendiği bir türdür. Kişiler, kirlenme hissini, doğrudan bulaşıcı

maddelerle temas etmeseler bile gerçekten kirlenmiş olduklarına dair bir algı geliştirebilir ve bu durum yoğun kaygıya yol açabilir. Bu kaygıyla başa çıkmak için aşırı el yıkama, nötralize edici stratejiler kullanma veya tetikleyici durumlardan kaçınma gibi kompulsiyonlar yapabilirler (Ujjwal vd., 2024).

4. Simetri ve Düzen Obsesyonları ile Sıralama, Sayma, Düzen Kompulsiyonları:

Simetri ve düzene dair obsesyonlar, nesnelerin belli bir düzende olmasına, simetrik olmasına ve “mükemmel” ve “tam” bir şekilde konumlandırılmasına yönelik yoğun bir gereksinim duyulması ile karakterizedir. Bu obsesyonlara karşılık kompulsiyonlar, objeleri belli bir düzende sıralamak, nesnelere belirli bir sıralamada ya da tekrar tekrar dokunmak, belli sayıları saymak veya bazı davranışları doğru biçimde yapana kadar tekrarlamaktır. Bu davranışlar, genellikle hissedilen rahatsızlığı geçici olarak azaltır; ancak uzun vadede bireyin işlevselliği üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratır.

5. İstifleme Obsesyonları ve Kompulsiyonları: Bu tür, bireylerin kontrolsüz eşya edinme ve mevcut eşyaları bırakmada yaşanan güçlükle kendini gösterir. Zamanla aşırı eşya birikmesine yol açarak yaşam alanlarının dağınık ve düzensiz hale gelmesine neden olur. Bu davranışlar genellikle “ilerde bir gün lazım olabilir” ya da “atmamak daha güvenli” gibi düşüncelerle rasyonelleştirilir. Bu bozukluk, artık DSM-5’te bağımsız bir tanı kategorisi olarak yer almakta; tedaviye daha dirençli ve sıklıkla düşük içgörü düzeyine sahip bireylerden oluşan bir alt grup olarak tanımlanmaktadır.

6. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar: Bu kategori daha az yaygın ve daha az belirgin belirtileri kapsar. Örneğin, doğru sözcükleri söylemeyeceğine yönelik duyulan yoğun kaygı, bazı renklere ya da sayılara yönelik batıl inançlar veya kötü şansa dair inançlar bunlardan bazılarıdır. Bu obsesyonlara karşılık, dua etme, negatif bir düşünceyi “nötralize etmek” için pozitif bir düşünce üretmek, yemek yerken belli bir ritüeli takip etme ya da şans getiren objelere dokunma gibi kompulsiyonlar görülebilir.

Bir diğer yandan Lee ve Kwon (2003), obsesyonların iki alt gruba ayrılabilirliğini öne sürmüştür. Tanımlanabilir bir dış uyaran olmadan ortaya çıkan düşünceler "otojen obsesyonlar" olarak adlandırılır ve genellikle cinsel, dini veya saldırgan temalar içerir. Dış bir uyaran tarafından tetiklenen düşünceler ise "reaktif obsesyonlar" olarak tanımlanır ve kirlenme, şüphe, asimetri veya önemli şeyleri kaybetme korkusu gibi temalar içerir. Bu tür obsesyonlar, temizleme, kontrol etme, düzenleme ve biriktirme gibi kompulsiyonlara yol açabilir.

Yapılan araştırmalar, OKB belirtilerinin zaman içinde büyük ölçüde sabit kaldığını göstermektedir (Mataix-Cols vd., 2002; Rettew vd., 1992). Hastaların büyük çoğunluğu,

başlangıçta sahip oldukları belirtileri takip süresince de sergilemeye devam etmektedir. Bazı belirtilerde azalma veya kaybolma görülebilse de, bu değişimler genellikle aynı belirti boyutu içinde kalmaktadır. Farklı belirti boyutları arasında geçiş nadir olup, örneğin temizlik kompulsiyonları olan bir hastanın zamanla kontrol kompulsiyonlarına geçmesi beklenmemektedir (Mataix-Cols vd., 2002).

2.5. Etiyoloji

OKB ve diğer psikiyatrik bozuklukların genetik temelleri tam olarak bilinmemektedir ve çok sayıda araştırma devam etmektedir. OKB'nin kökenleri, genetik, nörolojik, bilişsel, çevresel, immünolojik, prenatal/perinatal ve epigenetik faktörlerin etkileşimiyle açıklanabilir.

OKB'nin önemli bir etiyolojik yönü genetikdir (Nestadt, 2010; s:21). Araştırmalar, OKB'nin kalıtsal yönünün güçlü bir ilişkisi olduğuna ve genetik değişkenlerin etkisine vurgu yapmaktadır. OKB'si olan bireylerin birinci derece akrabalarında bozukluğun görülme olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur (Ujjwal vd., 2024). İkiz çalışmalarında da OKB'nin genetik yatkınlık ile ilişkili olduğu, özellikle monozigotik ikizlerde bu korelasyonun daha güçlü olduğu gösterilmiştir. (Nestadt, 2010; s:21). Yine yapılan toplum temelli çalışmalar, OKB'li hastaların akrabalarında görülen artmış riskin genetik akrabalıkları ile orantılı olduğunu ve geri kalan riskin benzersiz veya ortak olmayan çevreye atfedildiğini bulmuştur (Flygare, 2023). Yapılan nörogörüntüleme çalışmaları da orbitofrontal korteks, kaudat çekirdek ve talamus arasındaki bağlantılardaki anormalliklerin, obsesif düşüncelerin ve kompulsif davranışların sürdürülmesine katkı sağladığını serotonin, dopamin ve glutamat gibi nörotransmitterlerdeki dengesizliklerin OKB belirtilerini etkilediği öne sürmektedir (Ujjwal vd., 2024).

Bir bireyin OKB geliştirme nedenlerini tam olarak anlayabilmek için genetik ve nörobiyolojik faktörlerin yanı sıra çevresel etkenleri de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. OKB gelişiminde rol oynayabilecek çevresel faktörler arasında stresli yaşam olayları (hastalık, işsizlik, taciz, istismar, evlilik veya aile içi problemler) bulunmaktadır. Bu faktörler genetik faktörlerle etkileşime girerek OKB belirtilerini kötüleştirebilir (Ujjwal vd., 2024). Bunun yanı sıra, komplikasyonlar veya madde maruziyeti, doğum komplikasyonları, hamilelik ve doğum sonrası dönemle ilişkili faktörler ile enfeksiyonların da OKB gelişimindeki rolleri incelenmektedir (Ujjwal vd., 2024; Flygare, 2023). Bilişsel model açısından bakıldığında; OKB'nin bireyin aşırı sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşünce-eylem kaynaşması, felaketleştirme gibi düşünce yanlışlıklarıyla ilişkili olduğuna

dikkat çekilmektedir (Ujjwal vd., 2024). Bu yanlış düşünce kalıpları, obsesif düşüncelerin sürekli olarak tekrar etmesine ve kompulsif davranışlarla rahatlatılmasına yol açmaktadır.

2.6. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Değerlendirilme Kullanılan Testler

2.6.1. OKB Belirti Şiddetinin Klinisyen Tarafından Derecelendirilen Ölçümleri

2.6.1.1. Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği (BY-BOCS):

Belirli obsesif-kompulsif belirti boyutlarının varlığını ve şiddetini daha fazla değerlendirmek için Boyutsal Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (BY-BOCS) geliştirilmiştir. BY-BOCS, altı obsesif-kompulsif belirti boyutuna sahiptir. Bu durum OKB belirtilerinin daha ayrıntılı bir tanımını sağlar (Rosario-Campos vd., 2006). Ölçek, 88 maddeden oluşan ve yarı yapılandırılmış görüşmeye dayalı bir ölçüm aracıdır. Ölçek, 0'dan 5'e kadar puanlanan beşli Likert tipi yanıt formatı kullanılarak, belirtilerin yoğunluğunu belirlemektedir. Kontrol listesi 6 belirti boyutunun ayrıntılı incelenmesini sağlar. Bunlar; zarar, titizlik, simetri/tam doğru algı, kirlenme, biriktirme ve diğer temaları (örneğin, batıl inançlar ve davranışlar) ele alan boyutlardır (Güler vd., 2016). Her bir obsesif-kompulsif (OK) boyutunun şiddeti, üç farklı ölçek üzerinden değerlendirilir. Bu ölçekler, belirtilerin ne sıklıkla ortaya çıktığını (0-5), bireyde ne kadar sıkıntıya yol açtığını (0-5) ve son bir hafta içinde günlük işleyişi ne ölçüde etkilediğini (0-5) belirlemeye odaklanan altı çapa noktasına sahiptir. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuş ve değerlendiriciler arasındaki uyum mükemmel düzeyde rapor edilmiştir. Yapılan çalışma, bu ölçüm aracının Türkiye'deki çocuk ve ergen örneklemelerinde OKB belirti şiddetinin değerlendirilmesi için geçerli bir araç olduğunu ortaya koymaktadır.

2.6.1.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (CY-BOCS):

CY-BOCS, çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerinin varlığını ve şiddetini değerlendirmek ve tedavi sürecini izlemek için yaygın olarak kullanılan 10 maddelik yarı yapılandırılmış bir ölçektir ve son bir hafta içindeki belirtiler beşli Likert ölçeği ile değerlendirilir. Yetişkinler için geliştirilen Y-BOCS temel alınarak geliştirilmiştir (Storch vd., 2004). Obsesyon ve kompulsiyon şiddet puanları ilgili beş maddenin toplamıyla, toplam puan ise tüm maddelerin toplamıyla elde edilir. Görüşme sırasında hem çocuk hem de ebeveynlerden alınan bilgiler doğrultusunda kapsamlı bir klinik değerlendirme yapılır. Ölçek, obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini Sıklık, Girişim, Sıkıntı, Direnç ve Kontrol olmak üzere beş farklı boyutta ele alır. Storch vd. (2004) tarafından yapılan ölçeğin psikometrik çalışmasında Obsesyon, Kompulsiyon ve Toplam Puanları için sırasıyla Cronbach $\alpha = 0,80$, $0,82$ ve $0,90$ olmak üzere iyi bir iç tutarlılık bulunmuştur (sırasıyla Cronbach $\alpha = 0,80$, $0,82$

ve 0.90). Test-tekrar test güvenilirliği ise .79 olarak iyi bulunmuştur (Storch vd., 2004). Türk örnekleme üzerinde yapılan bir araştırmada Yücelen ve arkadaşları (2006), ölçeğin iç tutarlılık katsayısını 0.77 olarak belirlemiştir. Ayrıca, değerlendiriciler arasındaki uyumun kompulsiyon alt ölçeği için 0.85, obsesyon alt ölçeği için 0.94 ve toplam puan için 0.89 olduğu tespit edilmiştir.

2.6.2. OKB Belirti Şiddetine İlişkin Öz-Bildirim Ölçümleri

2.6.2.1. Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği- Öz Bildirim Formu (YBOKÖ-Öz Bildirim Formu):

Baer (1992) tarafından geliştirilen Y-BOCS, obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini değerlendirmek üzere tasarlanmış, klinisyen tarafından derecelendirilen Y-BOCS'un kendi kendine uygulanan bir biçimdir. Ölçek, her biri 0 ila 4 arasında derecelendirilen 10 maddeden oluşmakta ve belirtilerin genel şiddetini yansıtan 0 ila 40 arasında değişen bir toplam puanla sonuçlanmaktadır. Türkçe çevirisi Türkçapar (2005) tarafından yapılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Koçoğlu ve Bahtiyar (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçek OKB belirtilerinin çeşitli boyutlarını değerlendirmekle birlikte, farklı alt ölçekler içermemektedir. Ölçek Türkçe uyarlamasında, 0.96 Cronbach alfa değeriyle mükemmel iç tutarlılık göstermiştir.

2.6.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL):

Obsesif ve kompulsif belirtilerin değerlendirilmesinde en sık kullanılan psikolojik testlerden biri olan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, obsesif kompulsif belirtilerin türünü değerlendirmek ve yaygınlığını ölçmek için oluşturulmuş doğru-yanlış olarak işaretlenebilir formdadır. Ölçeğin orijinali 30 maddeden oluşur (Hodgson ve Rachman, 1977). Hem psikiyatrik hasta grubuna hem de sağlıklı katılımcılara uygulanmaya uygundur ve yetişkinlerin yanı sıra çocuklara ve ergenlere de uygulanabilmektedir (Sánchez-Meca vd., 2011). Ölçekten alınan toplam puan 0 belirti yokluğunu, 30 puan ise en üst seviye belirti varlığını ifade etmektedir. Ölçeğin asıl sürümünde; Kontrol Etme (9 madde), Temizlik (11 madde), Yavaşlık (7 madde) ve Kuşku (7 madde) olmak üzere 4 farklı alt ölçek bulunmaktadır. Ayrıca ölçeğin bir beşinci ana bileşeni olarak ruminasyondan söz edilmekte fakat yalnızca 2 maddeden oluştuğu için ayrı bir şekilde puanlamaya dahil edilmemektedir (Hodgson ve Rachman, 1977). Bu dört alt ölçeğe ait maddelerin toplam sayısı 34 olmaktadır bunun sebebi dört maddenin iki alt ölçeğe de dahil edilmiş olmasıdır (Hodgson ve Rachman, 1977).

Ölçek yalnızca OKB hastalarında değil aynı zamanda diğer hasta popülasyonlarında (örneğin depresif hastalar) obsesif ve kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi için ve klinik olmayan popülasyonlar için bir tarama aracı olarak uygulanmıştır (Einstein ve Menzies, 2006). MOKSL'nin terapötik değişime de duyarlı bir araç olduğu ve bu nedenle OKB hastalarına yönelik psikolojik ve/veya farmakolojik tedavilerin etkinliğini değerlendiren ampirik çalışmalarda çok sık uygulandığı belirtilmektedir (Thordarson vd., 2004). MOKSL geliştirildiği günden bu yana birçok farklı dile ve kültüre uyarlanmıştır. MOKSL'nin İspanyolca'ya (Ávila-Espada, 1986; Fonseca-Pedrero vd., 2007; Guilera vd., 2005), Almanca (Müller vd., 1997), Fransızca (Hantouche ve Guelfi, 1993), Felemenkçe (Meesters, 1997), İtalyanca (Sanavio ve Vidotto, 1985), Norveççe (Støyle vd., 2000), İzlandaca (Smári vd., 1994), Türkçe (Erol ve Savaşır, 1989), İbranice (Zohar vd., 1995), Korece (Min ve Won, 1999), Çince (Chan, 1990) ve Japonca (Tadai vd., 1995) uyarlamaları mevcuttur.

Özgün çalışmada, Hodgson ve Rachman (1977) MOKSL'yi 50 OKB ve 50 nevrotik hastaya uygulamış ve Kontrol Etme, Temizlik, Yavaşlık ve Kuşku alt ölçekleri için sırasıyla .70, .80, .70 ve .70 alfa katsayıları elde etmişlerdir. Test-tekrar test güvenirliğine ilişkin olarak ise 50 OKB hastasından oluşan örneklemde .80 değeri elde etmişlerdir. Daha sonra Rachman ve Hodgson (1980) MOKSL'nin psikometrik özelliklerini 50 nevrotik hasta ve 50 klinik olmayan kişiden oluşan bir örneklem üzerinde incelemiş, benzer güvenirlik tahminleri bulmuş, ancak Yavaşlık alt ölçeğinin iyi özelliklere sahip olmadığı şüphesini doğrulamıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe çalışmasında, Hodgson ve Rachman (1977) tarafından belirtilen ruminasyon bileşenindeki eksiklikler dikkate alınarak ölçeğe Minnesota Çoklu Kişilik Ölçeğinden (MMPI) 7 ek madde eklemişlerdir (Erol ve Savaşır, 1988). Böylece ölçek 37 madde ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçek haline gelmiştir. Ölçekte yalnızca 11. Madde ters kodlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde puanlanan her doğru maddesi için 1 puan verilmektedir. Böylece ölçekten alınabilecek toplam puan en fazla 37 olmaktadır. Puanlar arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin sıklığının artar. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında; ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için %86, alt ölçekler için ise %61 ile %65 arasında; test-tekrar test güvenirliği %88 olarak bulunmuştur.

2.6.2.3. Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği (VOKE):

Orijinal MOKSL kullanılarak yıkama ve kontrol etme gibi gözlemlenebilir obsesif-kompulsif sorunları ölçmek için geliştirilen bir öz bildirim aracıdır. Obsesyon, kompulsiyon, kaçınma davranışı ve kişilik özelliğinin değerlendirilmesini sağlamak hedeflenmiştir (Thordarson vd., 2004). Ölçeğin orijinal form psikometrik özelliklerinde Croanbach alfa

değeri 0.94, test-tekrar test güvenilirliği OKB grubunda $r = 0.96$ bulunmuştur (Thordarson vd., 2004). İnözü ve Yorulmaz (2013) tarafından yapılan Türk örneklemindeki çalışmada ise alfa değeri 0.96 bulunmuştur.

2.6.2.4. Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği - Türkçe (Dimensional Obsessive Compulsive Scale) (BOKÖ-T):

OKB şiddetini boyutsal yönleriyle değerlendirmek için Abramovitz vd. (2010) tarafından geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşur. “Mikroplar ve kirlenme; zarar, yaralanma veya kötü şanstın sorumluluk; kabul edilemez takıntılı düşünceler; ve simetri, bütünlük ve kesinlik” olmak üzere 4 boyutludur. Her boyut, zaman, kaçınma, sıkıntı, bozulma ve dirençle ilgili beş maddede ölçülür ve maddeler 0-4 sıralı bir ölçekte derecelendirilir. Ölçek psikometrik özellikleri orijinal çalışmasında; Cronbach alfa değeri 0.93; test-tekrar test $r=0.55-0.66$ aralığında mükemmel iç tutarlılık göstermiştir. Şafak vd. (2018) tarafından yapılan Türkiye örneklemindeki çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.874 ve özgüne tam uyum gösteren yapıya sahip olduğu bulunmuştur.

2.6.2.5. Clark-Beck Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (CBOKÖ):

14 obsesyon, 11 kompulsiyon maddesi olmak üzere 2 boyutlu, 25 maddelik ölçek Clark vd. (2005) tarafından, obsesif ve kompulsif belirtilerin sıklığı ve şiddeti için kısa bir tarama sağlamak ve Beck Depresyon Ölçeği-II ve Beck Anksiyete Ölçeğini tamamlamak için geliştirilmiştir. Türkiye örneklemini çalışmasında iç tutarlılık; 0.91 bulunmuştur (Beşiroğlu ve ark, 2007).

2.6.2.6. Padua Ölçeği- Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR):

Padua Ölçeğini endişe maddelerinin ayrıştırılarak düzenlenmiş ve 39 maddeye düşürülmüş bu ölçek, OKB belirtilerini ve şiddetini değerlendirmek için kullanılmaktadır (Burns vd., 1996). 0-4 puan aralığında derecelendirilir ve 5 alt ölçekten oluşur. Türk örneklemindeki çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur (Yorulmaz vd., 2007).

2.6.2.7. Obsesif-Kompulsif Ölçeği-Revize Form (OKE-R):

Ölçek 5’li likert tipinde 18 madde ve 6 boyuttan oluşur. Yüksek puan yüksek belirti şiddeti anlamına gelir. Yapılan orijinal çalışmada Cronbach alfa değeri 0.88; test-tekrar test güvenilirliği 0.70 bulunmuştur (Hajcak vd., 2004). Türkçe çalışması Yorulmaz vd. (2015) yapmıştır. Cronbach alfa değeri 0.84 olarak geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

2.6.2.8. Obsesif İnançlar Anketi Kısa Formu 20 ve 9 (OİA-20, OİA-9):

Bu iki ölçek OİÖ-44’ten türetilmiştir. OİA-20; 4 boyutludur ve OKB’nin temel bileşenlerini değerlendirirken (Moulding ve ark, 2011); OİA-9 ise, OİA-20’nin daha da kısaltılmış bir

formu olarak 3 boyutludur (Gagne ve ark, 2018). Türk örnekleme çalışmasında ölçekler orjinal faktör yapısına uygundur. OİA-20 alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0.78 ile 0.80 aralığındayken, OİA-9 alt boyutlarının Cronbach alfa ile değerleri 0.70 ile 0.75 aralığındadır. (Yorulmaz ve ark, 2019).

2.7. Y-BOCS

2.7.1. Y – BOCS

Goodman ve arkadaşları (1989, 1989) tarafından geliştirilen Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS), OKB ile ilişkili belirtilerin şiddetini belirlemek ve değerlendirmek için tasarlanmış, klinisyen tarafından uygulanan bir araçtır. Ölçek iki ana bölümden oluşur: 54 maddelik belirti kontrol listesi ve 10 maddelik şiddet ölçeği. Belirti kontrol listesi, obsesyonların ve kompulsiyonların varlığını belirlemek için kullanılır ve puanlama yapılmaz. Şiddet ölçeği ise bu belirtilerin yoğunluğunu beş puanlık Likert tipi yanıt formatı kullanarak değerlendirir. Bu ölçekte 5 madde obsesyonların, 5 madde de kompulsiyonların ölçümü için kullanılır. Her madde 0 ile 4 arasında derecelendirilir ve toplam puan 0 ile 40 arasında değişir; daha yüksek puanlar daha fazla belirti şiddetini gösterir. Şiddet ölçeği, hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar için belirtilerin kişinin hayatında kapladığı zaman, günlük işleyişe müdahale, sıkıntı hissi, direnç derecesi ve belirtiler üzerinde algılanan kontrol olmak üzere beş temel boyutu ölçer.

Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği'nin (Y-BOCS) Türkçe uyarlaması Tek ve arkadaşları (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, toplam ölçek için 0.98'lik bir ICC katsayısı ile mükemmel bir iç tutarlılık göstermiştir. Obsesyon alt ölçeği (ICC= 0.97) ve kompulsiyon alt ölçeği (ICC= 0.96) yüksek değerlendiriciler arası güvenilirliği yansıtmıştır.

2.7.2. Y- BOCS – II

Y-BOCS-II, obsesif-kompulsif belirtilerin varlığını ve şiddetini değerlendiren yarı yapılandırılmış, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçüm olan Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği'nin (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado ve diğerleri, 1989) bazı sınırlılıklarının farkına varılarak belli alanlarının yenilenmesiyle geliştirilmiştir (Storch vd., 2010). Yaygın olarak kullanılan ve klinisyen tarafından uygulanan ölçek; Şiddet Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır. Belirti Kontrol Listesi'nde 54 obsesyon ve kompulsiyon, güncel (yani geçen hafta) ve geçmişteki varlıkları (yani geçmişte meydana gelmiş ancak artık sorun olmayan) açısından ikili bir şekilde derecelendirilmektedir.

Şiddet Ölçeği, onaylanan obsesyon ve kompulsiyonların aşağıdaki özelliklerini değerlendiren 10 madde içermektedir:

- *obsesyonlarla ilgili sıkıntı veya kompulsiyonları yerine getirmeme,*
- *obsesif düşünceler veya kompulsiyonlar tarafından harcanan zaman,*
- *kişinin obsesyonlar veya kompulsiyonlar üzerindeki kontrol derecesi,*
- *obsesyonlara veya kompulsiyonlara direnme çabaları ve*
- *obsesyonlar veya kompulsiyonlar nedeniyle işlevsellikte bozulma.*

Şiddet Ölçeği'nin ilk beş maddesi obsesyonun şiddetini, son 5 maddesi kompulsiyonu değerlendirmektedir. Ölçeğin 11. Maddesi içgörü düzeyini ölçmekte; yarı yapılandırılmış özelliği sebebiyle 12-13 ve 14. Maddeleri klinisyenin gözlemine dayalı sorular içermektedir. Ölçek, son bir hafta göz önünde bulundurularak maddeleri 0-5 arasında puanlanan 6'lı likert tipindedir ve 10 madde toplanarak toplam Obsesyon ve Kompulsiyon Şiddet Ölçeği puanları elde edilir. Toplam puanın artması belirti şiddetinin arttığı anlamına gelir. Ölçek, uygulama konusunda eğitimli klinisyenler tarafından uygulanır. Ölçeğin uygulanması sırasında klinisyen kendi gözlemlerine göre ek soru sorabilir ve daha detaylı değerlendirebilir. Klinisyenin uygulama sırasındaki klinik gözlemleri, kendi yargısı o maddeye verilecek derecenin belirlenmesine dahil edilir (Storch vd., 2010).

OKB belirti şiddetinin değerlendirilmesinde altın standart olarak Y-BOCS kullanılıyor olsa da bu geliştirilen ikinci sürümün fayda sağladığı birçok alan bulunmaktadır. Y-BOCS'deki eksiklikler göz önüne alınarak güncellenmiş ve yeni sürümüne Y-BOCS-II adı verilmiştir (Goodman vd., 2006). Aşağıda detaylı biçimde açıklanacak olan bu faydalı değişiklikler 4 başlık altında toplanabilir:

- Şiddet Ölçeğinde bulunan "Takıntılara Karşı Direnç" maddesi kaldırılmış ve yerine "Takıntısız Geçen Zaman Aralığı" eklenmiştir,
- Puanlama ölçeği genişletilerek ölçüm aracının değişime karşı hassasiyeti artırılmıştır,
- Kaçınma davranışları daha detaylı şekilde ele alınmıştır,
- Belirti Kontrol Listesi'nde daha detaylı olacak şekilde değişiklikler yapılmıştır.

Y-BOCS-II'de yapılan değişiklikler detaylarıyla aşağıdaki gibidir;

- 1. Şiddet Ölçeğinde bulunan "Takıntılara Karşı Direnç" maddesi kaldırılmış ve yerine "Takıntısız Geçen Zaman Aralığı" eklenmiştir;***

Y-BOCS ilk sürümünde takıntılara karşı direncin artmasının, işlevsellikte daha az bozulma ve psikiyatrik açıdan daha sağlıklı olmakla ilişkili olacağı varsayılmıştır. Fakat

araştırmalar obsesyonlara direnmenin daha fazla işlevsellikte bozulmaya sebep olduğunu ortaya koymaktadır (Purdon ve Clark, 2000). Bu sebeple OKB tedavisinde obsesif belirtilere karşı mücadele etmemek (örneğin;"sadece düşüncelerin gelmesine izin ver") veya rahatsız edici düşünceleri kasıtlı olarak ortaya çıkararak kompulsiyon yapmaya karşı koymak teşvik edilir (Abramowitz, Foa ve Franklin, 2003).

Y-BOCS’de yer alan “Takıntılara Karşı Direnç” maddesi güncellenen bu sürümde “Takıntısız Geçen Zaman Aralığı” olarak değiştirilmiştir. Böylece obsesyonların ve kompulsiyonların şiddetini karşılaştırmak amacıyla eşit sayıda maddeyi korumak ve şiddetli durumlardaki değişiklikleri daha hassas bir şekilde değerlendirmek amaçlanmıştır (Storch vd., 2010). Ek olarak Y-BOCS’deki “Takıntılara Karşı Direnç” maddesi istatistiksel açıdan Y-BOCS toplam şiddet puanı ile en düşük korelasyona sahiptir (Woody vd., 1995) ve faktör yükünün zayıf olduğu da bulunmuştur (McKay vd., 1995). Takıntılara Karşı Direnç” maddesinin Y-BOCS Şiddet Ölçeği (Woody vd., 1995) ile zayıf korelasyonu ve bu maddenin zayıf faktör yükleri göz önüne alındığında “Takıntısız (Obsesyonsuz) Geçen Zaman Aralığı” şeklinde değiştirilmesinin Y-BOCS-II faktör yapısına katkıda bulunma olasılığı daha yüksek görölmüştür (Storch vd., 2010).

Y-BOCS’de obsesyon ve kompulsiyon olmadan geçen zaman aralıklarını (yani bireyin gün içinde, ortalama olarak, obsesyon veya kompulsiyon olmadan geçirdiği süreyi) değerlendiren maddeler bulunmaktadır ancak bu maddeler ölçek puanlamasına dahil edilmemiştir. Ancak araştırmacılar, obsesyonların yarattığı zaman yükünü “Takıntısız (Obsesyonsuz) Geçen Zaman Aralığı” maddesinin daha iyi değerlendirdiğini tespit etmişlerdir (Storch vd., 2010) ve bu nedenle Y-BOCS-II’ye dahil edilmiştir.

2. Puanlama ölçeği genişletilerek ölçüm aracının değişime karşı hassasiyeti artırılmıştır:

Y- BOCS üzerine yapılan çalışmalar OKB ölçümünde hassas olduğunu gösterse de uç OKB vakalarını içeren bir deneyde; yüksek belirti şiddeti seviyelerinde belirti şiddetindeki küçük ama klinik olarak anlamlı farklılıkları ölçmek için yeterince hassas olmadığı bulunmuştur (Storch vd.,2010). Bunun yanında OKB belirtilerini uyanık oldukları tüm saatlerde yaşayanlarla zaman zaman yaşayan kişiler arasında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bu kişilerin tedavilerinde iyileşmeler olduğunda Y-BOCS’nin bu düzeydeki iyileşmeleri tam olarak tespit edemediği bulunmuştur. Bu sebeple ölçüm aracı Şiddet Ölçeği maddelerinin üst uçlarını genişletilerek daha hassas bir hale getirilmiştir. Ölçeğin likert tipi yanıt formatı formatı 5'ten (0-4) 6'ya (0-5) genişletilmiştir. Böylece toplam Y-BOCS-II'nin üst sınırı (1-10 arası maddelerin toplamı) 40 iken 50'ye çıkarılmıştır (Storch vd.,2010). Bu

durum daha şiddetli OKB vakalarında yüksek belirti şiddeti seviyelerindeki farklılıkları daha iyi ölçmeyi sağlamaktadır.

3. Kaçınma davranışları daha detaylı şekilde ele alınmıştır:

OKB'nin klinik görünümünde kaçınma davranışları büyük yer kaplamaktadır (Abramowitz, Lackey ve Wheaton, 2009). Kompulsiyonlar yerine kaçınma davranışları gözlemlenebilmektedir. Bu durumda kaçınma sebebiyle belirtilerin şiddeti olduğundan daha düşük çıkabilmektedir. Ritüel haline getirilmiş kaçınma Y-BOCS'de yeterince hassas bir şekilde değerlendirilememektedir. Y-BOCS-II'de ise belirtilerin gözden kaçırılmaması ve belirti şiddetinin doğru tahmin edilmesi amacıyla aktif kaçınma davranışlarını değerlendirmek önemlidir. Y-BOCS-II, aktif kaçınma davranışlarını kompulsiyon olarak ele almaktadır çünkü bu tür davranışlar kompulsiyonlara benzeyen eylemler içermekte veya kompulsiyonların yerine geçmektedir. Y-BOCS-II ölçeğine "kompulsiyonlar (veya kaçınma) engellenirse hissedilen sıkıntı" ve "kompulsiyonlardan kaynaklanan engel" eklenmiş ve "obsesyonlardan kaynaklanan engel" maddesinin yönergelerinde kaçınmanın işlevsellik üzerindeki etkisi vurgulanmıştır.

4. Belirti Kontrol Listesi'nde daha detaylı olacak şekilde değişiklikler yapılmıştır:

Y-BOCS yayınlanmasından bu yana OKB üzerine yapılan araştırmalarla obsesif-kompulsif belirtilerin yalnızca korkuya dayanmadığı anlaşılmıştır. Bazı danışanlar, belirli bir korkuya kapılmaksızın, sadece rahatsızlık hissi veya bir şeyi "tam doğru" hissedene kadar tamamlama zorunluluğu yaşadıklarını bildirmektedir (Coles vd., 2005; Pietrefesa ve Coles, 2008). Bu nedenle, Belirti Kontrol Listesi bu farklılıkları daha iyi değerlendirmek amacıyla güncellenmiştir. Storch vd. (2010) Klinik deneyimler ve uzmanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda Belirti Kontrol Listesi'nde çeşitli düzenlemeler yapılmıştır (Storch vd., 2010):

- Belirtileri daha güvenilir şekilde belirlemek için açıklamalar ve örnekler eklenmiş, özellikle benzer belirtileri ayırt etmekte zorlanılan noktalara açıklık getirilmiştir.
- Önceden belirlenmiş belirti kategorileri (örneğin, bulaş/kirlenme veya saldırganlık) kaldırılmıştır. Bu değişiklik, belirtileri sınırlamak yerine daha esnek bir değerlendirme yapılmasını amaçlamaktadır.

2.7.2.1. Y-BOCS – II Psikometrik Özellikleri

Y-BOCS-II-Şiddet Ölçeği'nin psikometrik özellikleri ise 130 OKB hastasından oluşan bir örneklem üzerinde analiz edilmiştir (Storch vd., 2010). Çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı, Cronbach's alfa katsayısı (Cronbach $\alpha = 0.89$) ile yüksek düzeyde iç tutarlılık göstermiştir. Obsesyon ve kompulsiyon alt ölçekleri için de iç tutarlılık değerleri sırasıyla Cronbach $\alpha = 0.86$ ve Cronbach $\alpha = 0.84$ olarak hesaplanmıştır. Test tekrar test uygulamaları

92 katılımcıya (%70.8) aynı klinisyen tarafından yapılan ilk değerlendirmeden yaklaşık bir hafta sonra ancak ilk tedavi seansından önce tekrar uygulanmıştır. Güvenirlik katsayısı (ICC = 0.85) bulunmuştur. Ölçeğin farklı uygulayıcılar arasında tutarlılığını değerlendirmek için 68 katılımcı ile gözlemciler arası güvenirlik incelenmiştir. Sonuçlar, Y-BOCS-II'nin ICC = 0.96 gibi oldukça yüksek bir korelasyon katsayısına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Doğrulayıcı faktör analizi (CFA) ile iki faktörlü model (Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar) test edilmiş, ancak modelin yetersiz uyum gösterdiği belirlenmiştir (GFI = 0.85, CFI = 0.88, RMSEA = 0.14). Alternatif bir Açımlayıcı Faktör Analizi (EFA) yapıldığında, iki faktörlü bir yapı bulunmuş, ancak "Obsesyonlardan kaynaklanan engel" maddesinin hem obsesyon hem de kompulsiyon faktörleriyle anlamlı yükleme gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum, obsesyonlardan kaynaklanan sıkıntının kompulsiyonlarla güçlü bir ilişkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Y-BOCS-II'nin OKB belirti şiddetiyle ilişkisini değerlendirmek için çeşitli ölçeklerle korelasyon analizleri yapılmıştır: Klinik Global İzlenim-Şiddet Ölçeği (CGI-S): $r = 0.87$, National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale (NIMH-GOCS): $r = 0.85$, Obsessif-Kompulsif Ölçeği- Revize (OCI-R): $r = 0.22$, Penn State Kaygı Anketi (PSWQ): $r = 0.20$, Depresyon Belirti Ölçeği- Öz Bildirim (IDS-SR): $r = 0.35$ bulunmuştur.

Sonuçlar, Y-BOCS-II'nin OKB şiddetini ölçmede güçlü bir geçerliliğe sahip olduğunu, ancak obsesif-kompulsif belirtiler ile genel kaygı ve depresyon belirtileri arasında da orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Tüm sonuçlar neticesinde; geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Y-BOCS-II'nin obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) belirtilerini değerlendirme açısından yüksek düzeyde güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (Storch vd., 2010).

Y-BOCS-II'nin farklı dillere çevrilmiş ve yaygın olarak kullanılan sürümleri, istatistiksel olarak güçlü özellikler göstermektedir. Hollanda adaptasyonu yüksek iç tutarlılık (Cronbach $\alpha = 0.84$) ve test-tekrar test güvenirliliği (ICC = 0.89) göstermiştir. Benzer bir şekilde, İtalya uyarlaması iyi iç tutarlılığa (Cronbach $\alpha = 0.83$), yeterli düzeyde test-tekrar test güvenirliliğine (ICC = 0.74) sahiptir. Portekiz adaptasyonu, yüksek iç tutarlılık (Cronbach $\alpha = 0.96$) ve test-tekrar test güvenirliliği ($r = 0.94$) gösterirken, Tayca uyarlaması mükemmel iç tutarlılık (Cronbach $\alpha = 0.94$) ve neredeyse mükemmel değerlendiriciler arası güvenirlilik (ICC = 0.99) sergilemiştir. Elde edilen bu bulgular, Y-BOCS-II'nin yüksek psikometrik özelliklere sahip olduğunu ve OKB ve ilgili durumlarda kanıta dayalı değerlendirmeler için uygun bir değerlendirme aracı olduğunu göstermiştir.

3. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışma, 2024 yılında bir psikiyatri kliniğine başvuran ve uygun örnekleme yöntemiyle seçilen, 18-65 yaş aralığında ayaktan tedavi gören Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan ve OKB tanısı olmayan normal kontrol katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcılar, 18 yaşından küçük olmaları veya psikoz, mevcut mani ve/veya madde bağımlılığı olmaları halinde çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışmada dahil etme ölçütleri 18-65 yaş aralığında olmak, Türkçe okuma ve anlama yeteneğine sahip olmak, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek; dışlama ölçütleri ise şu an veya geçmişte herhangi bir psikotik bozukluk tanısı almış olmak, şiddetli bilişsel bozukluk belirtileri göstermek (örn., demans, deliryum), mevcut mani ve/veya aktif madde kullanım bozukluğu belirtileri göstermek olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplanırken alanyazın incelenmiş ve genel bir kural olarak ölçeğin her bir maddesi için en az 10 denek kullanılmasının önerildiği görülmüştür (Sousa ve Rojjanasrirat, 2011). Sousa ve Rojjanasrirat (2011) tarafından belirtilen kurala (ölçeğin her maddesi için en az 10 denek) uygun olarak, Y-BOCS-II'nin faktör yapısını test edebilmek amacıyla hedeflenen örneklem büyüklüğünün üzerinde bir sayı ile, toplam 269 katılımcı ile veri toplanmıştır. Ayrıca, ayırt edici geçerlilik analizlerinde OKB tanılı grup ile OKB olmayan grup arasında karşılaştırmalar yapılabilmesi için, G*Power programı kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. 0.50 etki büyüklüğü, %5 hata payı ve %80 güç ölçütlerine göre korelasyon analizleri için en az 64 OKB tanılı ve 64 OKB olmayan bir örneklem yeterli bulunurken; bu çalışmada 184 OKB tanılı ve 85 OKB tanısı olmayan normal kontrol katılımcılardan veri toplanmıştır. Katılımcıların %35.7'si (n=96) erkek ve %63.6'sı (n=171) kadın; yaş ortalamaları ise 35.60 (ss = 12.53)'dir.

Y-BOCS-II ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliği için alanyazında 30 kişilik bir örneklem büyüklüğü yeterli görülmektedir (Mokkink, 2022). Bu çalışmada 106 katılımcıya test-tekrar test uygulanmıştır. OKB belirtileri haftalık seanslarla tedavi edilen hastalarda her seansta değişebileceği göz önüne alınarak, test-tekrar test aralığı 6 gün olarak belirlenmiş ve katılımcıların tedavi seanslarından önce değerlendirilmesine özen gösterilmiştir. Ayrıca ölçek klinisyen tarafından uygulanan bir ölçek olması sebebiyle, interrater (Görüşmeciler arası) uyum da değerlendirilmiştir. Bu analiz için de 53 katılımcıdan veri toplanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu, OKB tanısının netleştirilmesi için SCID-5- CV yapılandırılmış klinik görüşme formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – II (Y-BOCS-II), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnanışlar Ölçeği – 44 (OIÖ-44), Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (GAD-7) Testi ölçüm araçları kullanılmıştır.

3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan uygulamalardan önce yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Tüm katılımcılar çalışma öncesinde çalışmanın süreci hakkında detaylı bilgilendirilmiştir ve katılmayı kabul eden katılımcılardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu verilerek imzalı onay alınmıştır.

3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmanın amaçlarıyla uyumlu olacak şekilde araştırmaya alınan örneklemin sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek için araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, mesleği hakkındaki genel bilgiler bulunmaktadır.

3.2.3. SCID-5-CV (DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), DSM-5 tanılarını koymak için yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir (First, 2015). Klinik tanısal görüşmeye bir yapı uygulayarak tanısal değerlendirme sürecinin genel güvenilirliğini artırmak için tasarlanmıştır. Klinisyenlerin kullanabileceği bu psikiyatrik tanı aracı; 32 tanı kategorisini ayrıntılarıyla, 17'sini ise tarama sorularıyla içermekte ve duygudurum dönemleri, psikoz belirtileri ve eşlik eden belirtileri, psikozla giden bozukluklar, yine duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için tarama, uyum bozukluğu olmak üzere toplam 10 modülden oluşmaktadır (First vd., 2017). SCID-5-CV'nin kullanılabilmesi için bireylerin 18 yaş üzeri olup ağır bilişsel kusurunun olmaması, ajitasyon ve ağır psikotik belirtilerinin bulunmaması gerekir. SCID-5-CV'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Elbir vd. (2019) tarafından hasta örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda, SCID-5-CV ile yapılan tüm tanıların uyuşma yüzdesi %97.2 olarak bulunmuş ve kappa katsayısı ise 0.74

olarak hesaplanmıştır. Kappa katsayısı, 0.65 ile 1.00 arasında değişmektedir ve tüm konuların tanıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Elbir vd., 2019).

3.2.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – II (Y-BOCS – II) Türkçe Uyarlaması

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmak istenen Y-BOCS-II Ölçeği'nin orijinal formunu geliştiren yazarlarından Wayne K. Goodman ve Eric A. Storch ile iletişim kurulmuş ve yazılı izin alınmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması sürecine dair detaylı bilgiler tezin işlem bölümünde verilmiştir.

3.2.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Soru Listesi (MOKSL), obsesif kompulsif belirtileri saptamak ve şiddetini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Ölçeğin orijinal sürümünü 4 alt ölçekten (Kontrol etme, Temizlik, Yavaşlık ve Kuşku) oluşmaktadır ve doğru-yanlış formatındadır. Her “doğru” cevabı 1 puana denk gelmekte olup artan puanlar obsesif kompulsif belirtilerin sıklığını ve şiddetini belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu (Erol ve Savaşır, 1988) geliştirilirken var olan maddelere ek olarak, Minnesota Çoklu Kişilik Envanterinden (MMPI)'den 7 madde eklenmiştir. Son durumda, Kontrol Etme, Temizlik, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon olmak üzere beş alt ölçekten ve 37 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam iç tutarlığı 0.86 olarak belirtilmiştir.

3.2.6. Obsesif İnanışlar Ölçeği – 44 (OİÖ-44)

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2005) tarafından OKB'de ve diğer psikopatolojilerdeki düşünce içeriğinin anlaşılması amacıyla geliştirilmiştir ve hem klinik örnekleme hem de klinik olmayan örnekleme uygulanabilir. OİÖ-44, 7'li Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir (OCCWG, 2005; Boysan vd., 2010). 1 “Kesinlikle katılmıyorum” ile 7 “Tamamen katılıyorum” arasında puanlanan 44 maddede oluşur ve tersine kodlanan madde içermemektedir. Ölçeğin ilk uzun sürümü 87 maddeden ve altı boyuttan oluşuyorken OCCWG (2005) tarafından yapılan çalışmayla üç alt boyuttan oluşan 44 maddelik OİÖ-44 oluşturulmuştur. Ölçeğin 3 alt boyutu ve Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi 16 sorudan, Mükemmeliyetçilik/Kesinlik 16 sorudan ve Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme 12 sorudan oluşmaktadır (Boysan vd., 2010). Ölçekten alınan puanların artması obsesif kompulsif belirtilerle ilişkilendirilen düşünce kalıplarının arttığı

şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin 87 maddelik uzun sürümünün Türkçe çalışması Yorulmaz ve Gençöz (2008) tarafından yapılmış ve psikometrik özellikleri geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin 44 maddelik formunun Türkçe çalışması ise Boysan ve diğerleri (2010) tarafından yapılmış ve çalışmada hem klinik örneklem hem de klinik olmayan kontrol grubu örneklem kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, tüm ölçek için %95 olarak hesaplanmıştır. Sorumluluk/Tehlike Beklentisi ve Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu için %88; Aşırı Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme alt boyutu için %86 olarak bulunmuştur (Boysan vd., 2010). Test – tekrar test ölçümü 30 gün arayla yapılmış ve tüm ölçek için güvenilirlik katsayısı %79; alt boyutlar için ise %69 ile %81 arasında olduğu ve ölçek maddelerinin ayırt ediciliği 0.35'in üzerinde olarak belirtilmiştir (Boysan vd., 2010). Bulgular sonucunda, OİÖ-44 ölçeğinin Türk örnekleminde uygun psikometrik özelliklerle geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilmektedir.

3.2.7. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)

Kişilerin son iki hafta içindeki ruh sağlığını değerlendirmek, depresyon belirtilerinin incelenmesi amacıyla Spitzer vd. (1999) tarafından DSM-IV (APA, 1994) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) tanı ölçütlerine dayanarak geliştirilen bir ölçektir. Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtileri (HSA-SADS) bir diğer kullanımıyla PHQ, sekiz farklı tanının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan katılımcının kendi kendine uygulayabileceği bir ankettir (Yazıcı- Güleç vd., 2012). PHQ'nun içindeki dokuz maddeden oluşan bir depresyon modülü ise PHQ-9 olarak adlandırılmakta ve kullanılmaktadır. Ölçek, dörtlü Likert ölçeğine sahiptir ve ölçeğin her bir maddesi, majör depresif bozukluğun bir tanı ölçütünü yansıtmaktadır. "Hiçbir zaman" (sıfır puan), "Bazı günler" (bir puan), "Günlerin yarısından fazlasında" (iki puan) ve "Hemen hemen her gün" (üç puan) yanıtları bulunur. Toplam puan 0 ile 27 arasında değişmektedir. Ölçek, 0-4 arasında "depresyon yok", 5-9 arasında, "hafif depresyon", 10-14 arasında "orta derecede depresyon", 15-19 arası "kısmen şiddetli depresyon", 20-27 puan arasında "şiddetli depresyon" olarak sınıflandırılır (Kroenke vd., 2001). Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarıyla ilgili iki önemli çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan biri, 3000 hastanın dahil edildiği sekiz farklı birinci basamak sağlık hizmeti veren klinikte gerçekleştirilirken diğeri ise yedi farklı kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yine 3000 hastayı içermektedir (Spitzer vd., 1999; Spitzer vd., 2000). Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Köse ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır.

Yazici-Güleç vd. (2012) tarafından yapılan anketin tümü olan Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtileri (HSA-SADS) Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında anketin tümü için 0.92, depresyon için 0.86; test-tekrar test depresyon için 0.76 olarak bulunmuştur. Sari vd. (2016) tarafından yapılan Hasta Sağlığı Anketi- 9'un Türkçe güvenirliği çalışmasında iç tutarlılık 0.842 olarak belirtilmiştir.

3.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (GAD – 7)

Yaygın anksiyete bozukluğu için Spitzer vd. (2006) tarafından DSM-IV ölçütlerine uygun olarak geliştirilen 7 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 4'lü likert tipindedir ve tek faktörden oluşmaktadır. Kişilerin son iki hafta içinde yaşadıkları yaygın anksiyete belirtilerini ölçmek için oluşturulan ölçek 0-3 arasında (0 = Hiç, 1 = Birçok gün, 2 = Günlerin yarısından fazlasında, 3 = Hemen hemen her gün) puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 21'dir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Konkan vd. (2013) tarafından yapılan Türkçe çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .85; test-tekrar test güvenirliği ise 0.83 olarak bulunmuştur. Türk örnekleme için geçerli kesme puanı ise 8 olarak belirtilmiştir (Konkan vd., 2013). Çalışma sonucunda Türkçe formunun iyi psikometrik özelliklere sahip olarak klinik örnekleme uygulanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.3. İşlem

Geçerlik güvenirlik çalışması yapılmak istenen ölçek, öncelikle Y-BOCS-II ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması kapsamında geliştiricilerinden izinleri alınmıştır. Ardından, kör çeviri yöntemi kullanılarak dil eşdeğerliği sağlanmış; elde edilen Türkçe form, uzman görüşlerine sunularak dilsel ve kültürel uyum açısından değerlendirilmiştir. Bu aşamalar tamamlandıktan ve ölçeğin Türk kültürüne ve diline uygunluğu onaylandıktan sonra, asıl uygulamaya geçilmiştir.

Çalışmanın örnekleme, uygun örnekleme yöntemi ile seçilen gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcılar, kliniğe başvuran ve ayaktan tedavi gören obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı 184 bireyler, OKB dışındaki Eksen I tanılarına sahip bireyler ve herhangi bir ruhsal rahatsızlık tanısı bulunmayan 85 gönüllülerden (normal kontrol) oluşmaktadır.

Tüm katılımcılara, sürecin ayrıntılı bir açıklaması sunulduktan ve yazılı bir bilgilendirilmiş onam formu imzaladıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olarak

alınmıştır. Katılım için herhangi bir dış teşvik sunulmamıştır. Uygulama sürecinin detayları aşağıda anlatılmıştır. Süreç adımları aşağıda detaylandırılmıştır:

3.3.1. Y-BOCS– II Dil Eşdeğerliği Sağlama İşlemi

Ölçeğin dil eşdeğerliğini sağlamak için çeviri sürecinde Sousa ve Rojjanasrirat (2011) ‘nın belirttiği ölçütlere uygun olarak uluslararası geçerliliği olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.

- İlk aşamada, ölçek İngilizce ve Türkçeye ileri düzeyde hâkim bir psikolog ile iyi derecede İngilizce bilen bir mütercim-tercüman tarafından bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Bu iki çeviri, İngilizce ve Türkçeye ileri düzeyde hâkim bir profesör ile bir klinik psikolog tarafından karşılaştırılmış; orijinal İngilizce sürüm temel alınarak ortak bir Türkçe taslak hazırlanmıştır.
- İkinci aşamada, bu taslak form, orijinal sürümü görmemiş olan, İngilizceye hâkim iki psikolog/psikiyatri uzmanı tarafından “kör” geri çeviri yöntemi ile yeniden İngilizceye çevrilmiştir.
- Elde edilen çeviriler, araştırma ekibi tarafından orijinal ölçekle karşılaştırılarak anlam eşdeğerliği açısından değerlendirilmiştir.
- Ardından ölçeğin oluşturulan Türkçe formunun pilot çalışması yapılmıştır.
- Bu aşamaların ardından oluşturulan Türkçe formun anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla bir uzman formu hazırlanmıştır.
- Ölçeğin yeni Türkçe sürümü, her biri alanda uzman 10 kişiye (5 psikolog, 5 psikiyatr) iletilmiş ve maddelerin anlaşılabilirliğine ilişkin görüşleri alınmıştır.
- Bu görüşler doğrultusunda, kapsam geçerliliği analiz edilmiştir. Uzman görüşlerinin madde düzeyinde (I-CVI) ve ölçek düzeyinde (S-CVI) indeksleri hesaplanmıştır.

Bu çalışmada ölçeğin maddelerinin orijinal ve Türkçe çevirisinin yapılmış halleri alanda uzman 10 kişiye iletilerek uzman görüşü alınmıştır. Uzmanların ölçekte yer alan her bir maddeyi “kavramsal” ve “içerik” bakımından uygun olup olmadığını üçlü bir derecelendirmeye (1. Hiç uygun değil, madde çıkartılmalı; 2. Kısmen uygun, madde önerilen düzeltmeler yapılarak kullanılabilir; 3. Uygun, madde bu şekli ile kullanılabilir) değerlendirmeleri beklenmiştir. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda dilsel ve kültürel uyum değerlendirilmiş ve ölçeğin son Türkçe formu oluşturulmuştur. Tüm bu aşamaların sonucunda ölçek çevirisi Türk kültürüne ve Türkçeye uygunluk hususunda değerlendirmesi uygun bulunduktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

3.3.2. Y-BOCS-II Uygulama Sırasında Yapılan İşlemler

Çalışma, dahil edilme ölçütlerini karşılayan gönüllü katılımcılarla, kliniğe başvurdıklarında ya da gerektiğinde randevu alınarak yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sunulan formlar, yorgunluk (fatigue) etkisini ve ölçeklerin birbirleri üzerindeki sıralama etkilerini en aza indirmek amacıyla karışık sırayla uygulanmıştır. Tüm uygulamalar birebir ve yüz yüze yapılmıştır. Katılımcıların deneyimli bir klinik psikolog veya psikiyatrist tarafından SCID-CV OKB Modülü ve SCID Tarama Modülü uygulanarak ruhsal rahatsızlık durumları taranmış ve OKB tanılarının var olup olmadığı kesinleştirilmiştir.

Değerlendiriciler arası güvenilirliğin incelenmesi amacıyla, 53 katılımcının (%20) Y-BOCS-II uygulaması ses kaydına alınmış ve bu kayıtlar, ikinci bir bağımsız gözlemci tarafından yeniden değerlendirilmiştir. Uygulama sırasında değerlendiricilerin gerekli gördüğü durumlarda ek sorular sormasına izin verilmiştir. Y-BOCS-II, uzman kişiler tarafından katılımcıya yöneltilen sorularla sözlü olarak uygulanmıştır.

Klinisyen tarafından uygulanan ölçeklere ek olarak, katılımcılara öz-bildirim anketlerini nasıl doldurmaları gerektiği hakkında bilgi verilmiş ve bu anketler katılımcılar tarafından tamamlanmıştır. Ayrıca, test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla, Y-BOCS-II ölçeği 106 katılımcıya (%39) aynı klinisyen tarafından, ilk uygulamadan 6 gün sonra ve tedavi seansından önce yeniden uygulanmıştır. Tüm uygulamaların psikoterapi seansından önce yapılmasına dikkat edilmiştir. Bu çalışmaya katılım için herhangi bir dış teşvik sunulmamıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın uygulaması tamamlandıktan sonra, katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ve SPSS AMOS V24 programlarıyla yapılmıştır. İlk olarak, ölçeklere ilişkin betimsel istatistikler hesaplanmış; ortalama, standart sapma, minimum–maksimum değerler ile çarpıklık ve basıklık değerleri rapor edilmiştir. Normal dağılım varsayımına ilişkin olarak çarpıklık ve basıklık katsayıları göz önünde bulundurulmuştur.

Ölçeğin ölçüt bağlantılı geçerliliğini incelemek için Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (GAD-7) ile korelasyonuna bakılmıştır. Ölçüt bağlantılı geçerlilik için Pearson korelasyon analizi yapılmış; gruplar arası farklılıklar için bağımsız örneklem t-testi ve kategorik değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

kullanılmıştır. ANOVA analizlerinde anlamlı fark tespit edilen durumlarda Bonferroni post-hoc testi ile gruplar arası farklılıklar detaylandırılmıştır. Ayrıca, değerlendiriciler arası güvenirlik için İki Yönlü Karışık Etkiler Modeli'ne (Two-Way Mixed Effects Model) dayalı olarak Intraclass Correlation Coefficient (ICC) hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirliği, Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Y-BOCS-II Ölçeğinin Türkçe sürümünün iç tutarlılığı, Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Alfa değerlerinin 0.70 değeri ve üzeri olması ölçeğin yeterli iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermek üzere referans alınmıştır (Nunnally ve Bernstein, 1994). Son olarak, Y-BOCS-II'nin faktör yapısını doğrulamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. DFA, önceden belirlenmiş hipotez veya kuramın test edilmesi amacıyla kullanılan bir yöntemdir (Büyüköztürk, 2024). Çalışmamızda, ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için DFA uygulanmış ve klinik literatürde sıklıkla tartışılan, orjinal ölçeğin önerdiği iki farklı iki faktörlü yapıya odaklanılmıştır: Model 1 (Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar) ve Model 2 (Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol). Modellerin model uyumuna ilişkin CFI, GFI, AGFI, NFI, IFI, TLI, RMSEA ve SRMR gibi uyum indeksleri raporlanmıştır. Uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olup olmadığına göre modelin yapısal geçerliliği değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Araştırmaya dahil olan 269 katılımcıya ilişkin sosyodemografik bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Y-BOCS-II Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bilgiler

Değişken	Ort.	SS.
Eğitim Süresi	14.41	2.48
Yaş	35.60	12.53
	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Erkek	96	35.7
Kadın	171	63.6
Medeni Durum		
Bekar	140	52.0
Evli	95	35.3
Diğer	34	12.7
OKB Tanısı		
OKB tanısı var	184	68.4
OKB tanısı yok	85	31.6
Ek Tanı		
Ek Tanı Yok	90	33.5
Bipolar Bozukluğu	6	2.2
Depresyon	60	22.3
Panik Bozukluğu	14	5.2
Sosyal Kaygı Bozukluğu	14	5.2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	15	5.6
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	8	3.0
Diğer	11	4.1
EK Tanı		
Tanı yok	136	50.6
Tanı var	128	47.6
İlaç Kullanımı		
Yok	130	48.3
Var	126	46.8
Belirtmek istemiyor	13	4.8

Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı. Ort.: Ortalama. SS:Standart sapma

Tablo 2'de verilen sosyodemografik bilgilere göre, katılımcıların aldıkları toplam eğitim süresi ortalaması 14.41 (SS. = 2.48), yaş ortalaması ise 35.60 (SS. = 12.53) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların 96'sı (%35.7) erkek, 171'i (%63.6) kadındır. Katılımcıların 140'ı (%52.0) bekar, 95'i (%35.3) evli iken, 34 kişi (%12.7) diğer medeni durumları belirtmiştir. Eğitim durumu açısından, 18 katılımcı (%6.7) ilköğretim, 65 katılımcı (%24.2) lise ve 171 katılımcı (%63.6) üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı açısından, 85 katılımcı (%31.6) OKB tanısı taşımamakta, 184 katılımcı (%68.4) ise bir OKB tanısına sahiptir. Ek tanı dağılımına bakıldığında, 90 katılımcı (%33.5) herhangi bir ek tanısının olmadığını belirtmiştir. Diğer ek tanı kategorilerinin dağılımı ise şu şekildedir: Depresyon 60 kişi (%22.3), Yaygın Anksiyete Bozukluğu 15 kişi (%5.6), Panik Bozukluğu 14 kişi (%5.2), Sosyal Kaygı Bozukluğu 14 kişi (%5.2), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 8 kişi (%3.0), Bipolar Bozukluğu 6 kişi (%2.2) ve 11 kişi (%4.1) diğer ek tanıları belirtmiştir. İlaç kullanımı durumuna bakıldığında, 130 katılımcı (%48.3) herhangi bir ilaç kullanmadığını, 126 katılımcı (%46.8) ilaç kullandığını ifade etmiştir. 13 katılımcı (%4.8) ilaç kullanım durumunu belirtmek istememiştir.

4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler

Tablo 3'te sunulan ölçeklere ilişkin betimsel istatistiklere göre; Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS-II) için (N=245), katılımcıların puanları 0.00 ile 50.00 arasında değişmekte, ortalama 14.94 (SS: 12.45) olup, çarpıklık 0.34 ve basıklık -0.95 olarak hesaplanmıştır. Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutunda (N=248), en düşük puan 0.00, en yüksek puan 25.00'dir. Ortalama puan 7.84 (SS: 6.40) bulunmuş, çarpıklık 0.40 ve basıklık değeri -0.73 olarak hesaplanmıştır. Y-BOCS-II Kompulsiyon alt boyutu için (N=249), katılımcıların aldığı puanlar minimum 0.00 ve maksimum 25.00 arasında yer almakta, ortalama puan ise 7.21 (SS: 6.66) olarak saptanmış, çarpıklık ve basıklık sırasıyla 0.44 ve -1.04 olarak hesaplanmıştır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (GAD-7) ölçeğinde (N=260) katılımcıların puanları 0.00 ile 21.00 arasında değişmekte ortalama 9.02 (SS: 5.49), çarpıklık 0.32 ve basıklık -0.94 olarak bulunmuştur. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) için (N=255) katılımcı puanları minimum 0.00, maksimum 27.00 olarak belirlenmiş, ortalama 10.49 (SS: 6.26) ve çarpıklık ile basıklık değerleri sırasıyla 0.44 ve -0.66 olarak bulunmuştur. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına bakıldığında (N=252), minimum 0.00, maksimum 53.00 puan aralığında, ortalama 18.47 (SS: 9.48) olarak tespit edilmiş ve çarpıklık ile basıklık değerleri sırasıyla 0.11 ve -0.16 olarak hesaplanmıştır. Obsesif İnançlar

Ölçeğinde (OIÖ) ise (N=254), katılımcılar minimum 44.00, maksimum 297.00 puan aralığında değişen puanlar almışlardır. Bu ölçeğin puan ortalaması 159.52 (SS: 53.83) olarak hesaplanmış ve 0.03 çarpıklık ile -0.33 basıklık değerleri elde edilmiştir.

Tablo 3: Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler

	Minimum	Maksimum	Ort.	SS.	Çarpıklık	Basıklık
Y-BOCS-II	0.00	50.00	14.94	12.45	0.34	-0.95
Y-BOCS-II Obsesyon	0.00	25.00	7.84	6.40	0.40	-0.73
Y-BOCS-II Kompulsiyon	0.00	25.00	7.21	6.66	0.44	-1.04
GAD-7	0.00	21.00	9.02	5.49	0.32	-0.94
PHQ-9	0.00	27.00	10.49	6.26	0.44	-0.66
MOKSL	0.00	53.00	18.47	9.48	0.11	-0.16
OİÖ	44.00	297.00	159.52	53.83	0.03	-0.33

Not. Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı; GAD-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Madde; PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi – 9 Madde; MOKSLY= Maudsly Obsesif Kompulsif Soru Listesi; OİÖ= Obsesif İnançlar Ölçeği.

4.3. Y-BOCS-II Ölçeğinin Geçerliliğine İlişkin Bulgular

4.3.1. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, bir ölçme aracının maddelerinin, ölçmeyi amaçladığı davranışsal alanı veya özelliği hem kapsam hem de nitelik açısından ne denli yeterli bir şekilde temsil ettiğini belirten göstergedir (Büyüköztürk, 2024). Ölçüm aracının ölçülmek istenen maddeleri yansıtıp yansıtmadığının araştırılır. Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi sürecinde genellikle uzman görüşüne başvurulur (Büyüköztürk, 2024). Açık ve/veya kapalı uçlu sorulardan oluşan bir değerlendirme formu hazırlanır ve bu form ilgili alan uzmanlarına iletilir. Bu süreçte, test maddelerinin içeriğinin eksiksizliği, temsil gücü ve ölçülmek istenen alana uygunluğu titizlikle incelenir. Bu titiz değerlendirme sayesinde, testin hedeflediği kavramı en iyi şekilde temsil etme gücü artırılır ve yapılan ölçümlerin geçerliliği güvence altına alınır. Alanyazında, çeviri sonrası iç tutarlılığın .80 ve üzerinde olması, ayrıca madde-toplam korelasyonlarının .30'un altında olmaması gerektiği ifade edilmektedir (Sousa ve Rojjanasrirat, 2011).

Çalışmada kapsam geçerlilik düzeyini ölçmek için yapılan analizlerde, I-CVI değerleri 0.87 ile 1 arasında değerler alması uzmanların yüksek düzeyde uzlaşa bildirdiğini göstermektedir. Genel kapsam geçerliliği de .95 ile yüksektir. İçerik geçerliliği ise, I-CVI değerleri 0.90 ve 1 aralığında olmak üzere, S-CVI değeri .95'tir. Bu durum maddelerin içerik

açısından birbiriyle uyumlu olduğunu ifade etmektedir. Bulgular, ölçeğin Türkçeye uyarlanan formunun, hedeflenen düzeyde kavramsal ve içerik geçerliliğine sahip olduğunu ve kavramsal tutarlılık ve içerik geçerliliği açısından yüksek düzeyde uygunluk taşıdığını göstermektedir.

4.3.2. Ölçüt-Bağıntılı Geçerlik

Y-BOCS-II ölçeğinin yakınsak geçerliliğini test etmek amacıyla, yaygın anksiyete bozukluğu (GAD-7) düzeyi, depresyon (PHQ-9) düzeyi, obsesif-kompulsif belirtiler (MOKSL) ve obsesif inançlar (OIÖ) düzeyleri ile arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre (Tablo 4) Y-BOCS-II toplam puanı ile Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu ($r = .952, p < .01$) ve Kompulsiyon alt boyutu puanları arasında güçlü ve pozitif bir ilişki gözlenmiştir ($r = .956, p < .01$). Y-BOCS-II Obsesyon ve Y-BOCS-II Kompulsiyon alt boyutları arasındaki korelasyon da güçlü, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde tespit edilmiştir ($r = .822, p < .01$).

Y-BOCS-II toplam puan ortalamaları ile GAD-7 ($r = .527, p < .01$), PHQ-9 ($r = .492, p < .01$), MOKSL ($r = .534, p < .01$) ve OIÖ ($r = .408, p < .01$) puan ortalamaları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu ile GAD-7 ($r = .528, p < .01$), PHQ-9 ($r = .502, p < .01$), MOKSL ($r = .522, p < .01$) ve OIÖ ($r = .425, p < .01$) puan ortalamaları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Y-BOCS-II Kompulsiyon alt boyutu ile GAD-7 ($r = .474, p < .01$), PHQ-9 ($r = .434, p < .01$), MOKSL ($r = .503, p < .01$) ve OIÖ ($r = .348, p < .01$) puan ortalamaları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 4: Y-BOCS-II ve alt boyutları ile GAD-7, PHQ-9, MOKSL ve OIÖ arasındaki ilişkilere ilişkin Pearson korelasyon analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7
1. Y-BOCS-II	-						
2. Y-BOCS-II Obsesyon	.952**	-					
3. Y-BOCS-II Kompulsiyon	.956**	.822**	-				
4. GAD-7	.527**	.528**	.474**	-			
5. PHQ-9	.492**	.502**	.434**	.731**	-		
6. MOKSL	.534**	.522**	.503**	.475**	.455**	-	
7. OIÖ	.408**	.425**	.348**	.477**	.488**	.554**	-

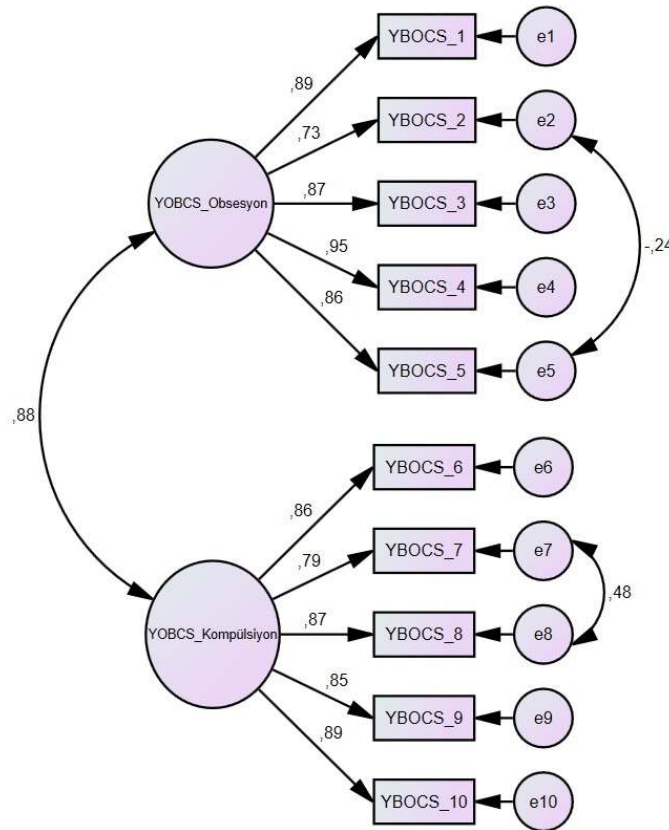
Not. Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı; GAD-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Madde; PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi – 9 Madde; MOKSLY= Maudsly Obsesif Kompulsif Soru Listesi; OIÖ= Obsesif İnançlar Ölçeği.

4.3.3. Y-BOCS-II'ye Yönelik Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS-II)'nin faktör yapısını doğrulamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Teorik beklentiler doğrultusunda iki farklı iki faktörlü yapı test edilmiştir. Analizler 245 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak, Y-BOCS-II'nin Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar faktörlerinden oluşan iki faktörlü yapısı (Model 1) test edilmiştir. Bu modelde, Y-BOCS-II ölçek maddeleri 1-5'in Obsesyonlar faktörüne ve Y-BOCS-II Maddeleri 6-10'un Kompulsiyonlar faktörüne yükleneceği tanımlanmıştır. Maddeler Y-BOCS-II 1 - Y-BOCS-II 5 Obsesyonlar, Y-BOCS-II 6 - Y-BOCS-II 10 Kompulsiyonlar faktörüne yüklenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde model uyumunu artırmak amacıyla, ölçeğin 7. ve 8. maddelere ait hata terimleri (e7-e8) ile ölçeğin 2. ve 5. maddelere ait hata terimleri (e2-e5) arasında kovaryans serbest bırakılmıştır (e7-e8: $r = .477$, e2-e5: $r = -.235$). Şekil 1'de sunulmuştur.

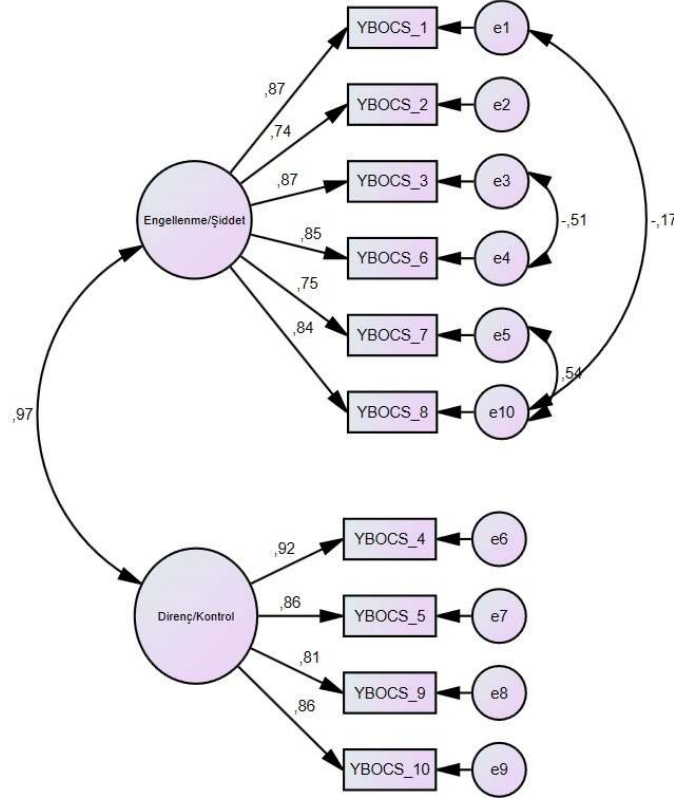
Şekil 1: Model 1 (Obsesyon - Kompulsiyon) Doğrulayıcı Faktör Analizi



Daha sonra, Y-BOCS-II'nin Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol faktörlerinden oluşan alternatif bir iki faktörlü çözüm (Model 2) test edilmiştir. Engellenme/Şiddet faktörü Y-BOCS-II 1, Y-BOCS-II 2, Y-BOCS-II 3, Y-BOCS-II 6, Y-BOCS-II 7 ve Y-BOCS-II 8

maddelerini içerirken, Direnç/Kontrol faktörü Y-BOCS-II 4, Y-BOCS-II 5, Y-BOCS-II 9 ve Y-BOCS-II 10 maddelerine yüklenmiştir. Bu modelde hata kovaryansları Madde 2 ile 3 ($r = -.51$), Madde 7 ile 10 ($r = .54$) ve Madde 4 ile 6 ($r = -.17$) arasındaki hata terimleri serbest bırakılmıştır. Şekil 2’de sunulmuştur.

Şekil 2: Model 2 (Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol) Doğrulayıcı Faktör Analizi



Test edilen modellere ilişkin uyum iyiliği istatistikleri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Model Uyum İyiliği İstatistikleri

Model	χ^2	df	p	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
Model 1	156.38	32	<.001	0.89	0.81	0.94	0.91	0.95	0.93	0.95	0.13	0.03
Model 2	251.20	31	<.001	0.82	0.68	0.90	0.86	0.91	0.87	0.91	0.17	0.05
Kabul Ölçütleri	-	-	-	$\geq .90$	$\geq .80$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\leq .08$	$\leq .08$

(Kaynak: Çokluk vd., 2021; Schermelleh-Engel vd., 2003). Y-BOCS-II = Yale-Brown Obsesif-Kompulsif

Ölçeği-İkinci Baskı. RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, SRMR:

StandardizedRootMeanSquareResidual, CFI: Comparative Fit Index, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI:

AdjustedGoodness of Fit Index, TLI: Tucker-Lewis index, IFI: Incremental Fit Index, RFI: Relative Fit

Index).

Tablo 5’te sunulan uyum iyiliği istatistikleri incelendiğinde, Model 1 için Chi-square değeri ($\chi^2 = 156.38$, $df = 32$, $p < .001$) ve Model 2 için Chi-square değeri ($\chi^2 = 251.20$, $df = 31$, $p < .001$) anlamlı olsa da diğer uyum iyiliği istatistiklerine bakıldığında, her iki model için de CFI, IFI, NFI gibi indeksler .90 ve üzeri değerler olarak kabul ölçütlerine yakın veya karşılamış görünmektedir (Çokluk vd., 2021; Tabachnick ve Fidell, 2001). Bir diğer kabul sınırları içerisinde yer alan uyum iyiliği değeri ise her iki model de SRMR olmuştur (Model 1: .03, Model 2: .05). Ancak AGFI her iki modelde de (Model 1: .81, Model 2: .68) sınırda veya altında kalmıştır. Bunun yanında her iki modelin de RMSEA değerleri (.13 ve .17) .08’lik kabul ölçütünün oldukça üzerinde yer almaktadır.

Genel olarak, uyum iyiliği endekslerinin bir kısmı kabul ölçütlerini karşılamasa da çoğunun kabul edilebilir sınırda ya da üstünde olması, test edilen iki faktörlü yapıların veriyle iyi bir uyum sağlamış olabileceğini düşündürmektedir. İki model karşılaştırıldığında, Model 1 (Obsesyonlar/Kompulsiyonlar) uyum iyiliği istatistikleri (özellikle χ^2/df ve RMSEA) açısından Model 2’ye göre biraz daha iyi bir uyum sergilemiştir.

Model 1’de, Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar faktörleri arasında yüksek düzeyde bir korelasyon bulunmuştur (standartlaştırılmış korelasyon = .88). Model 2’de ise Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol faktörleri arasında çok daha yüksek bir korelasyon saptanmıştır (standartlaştırılmış korelasyon = .97)

Maddelere ilişkin standartlaştırılmış faktör yükleri Tablo 6’de sunulmuştur.

Tablo 6: Y-BOCS-II Faktör Yükleri

Faktör Adı	Madde	Model 1 Yüğü	Model 2 Yüğü
Obsesyonlar	Y-BOCS-II 1	.890	-
	Y-BOCS-II 2	.729	-
	Y-BOCS-II 3	.871	-
	Y-BOCS-II 4	.946	-
	Y-BOCS-II 5	.861	-
Kompulsiyonlar	Y-BOCS-II 6	.859	-
	Y-BOCS-II 7	.790	-
	Y-BOCS-II 8	.869	-
	Y-BOCS-II 9	.851	-
	Y-BOCS-II 10	.892	-
Engellenme/Şiddet	Y-BOCS-II 1	-	.873
	Y-BOCS-II 2	-	.744
	Y-BOCS-II 3	-	.871
	Y-BOCS-II 6	-	.851
	Y-BOCS-II 7	-	.754
	Y-BOCS-II 8	-	.839
Direnç/Kontrol	Y-BOCS-II 4	-	.920
	Y-BOCS-II 5	-	.858
	Y-BOCS-II 9	-	.806
	Y-BOCS-II 10	-	.856

(Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeğı-İkinci Baskı).

Tablo 6 incelendiğinde, test edilen her iki modelde de tüm maddelerin kendi tanımlandıkları faktörler üzerinde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı (Bootstrap $p < .001$) yükler verdiği görülmektedir. Model 1'de, Obsesyonlar faktöründe en yüksek yük Y-BOCS-II 4 (.946) maddesine aittir. Kompulsiyonlar faktöründe ise en yüksek yük Y-BOCS-II 10

(.892) maddesinde gözlenmiştir. Model 2'de ise, Engellenme/Şiddet faktöründe en yüksek yükler Y-BOCS-II 1 (.873) ve Y-BOCS-II 3 (.871) maddelerine, Direnç/Kontrol faktöründe ise en yüksek yük Y-BOCS-II 4 (.920) maddesine aittir. Her iki modelde de tüm faktör yükleri .70'in üzerinde olup, maddelerin ilgili faktörlerini güçlü bir şekilde temsil ettiğini göstermektedir.

4.4. Y-BOCS-II Ölçeğinin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.4.1. İç Tutarlılık:

Y-BOCS-II güvenirliliği Cronbach's alfa ile hesaplanmış ve tüm ölçek için 0.96, obsesyon alt ölçeği için 0.95 ve kompulsiyon alt boyutu için ise 0.93 bulunmuştur. Sadece OKB tanısı almış 162 hasta üzerinden yapılan analizlere göre ise tüm ölçek için Cronbach's alfa 0.91, obsesyon alt ölçeği için 0.86 ve kompulsiyon alt boyutu için ise .90 bulunmuştur.

4.4.2. Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik:

Değerlendiriciler arası güvenirliliği test etmek amacıyla, toplam 53 kişiden iki değerlendirici tarafından eş zamanlı olarak elde edilen Y-BOCS-II puanları kullanılmıştır. Bu analiz için iki yönlü karışık etkiler modeli (Two-way mixed effects model) temel alınarak, değerlendiriciler arasındaki tutarlılık (consistency) temelinde tek ölçüm (single measures) Intraclass Korelasyon Katsayısı (ICC) hesaplanmıştır.

Y-BOCS-II toplam puanları için yapılan analiz sonucunda, ilk ve ikinci değerlendirici arasındaki değerlendiriciler arası güvenirlilik yüksek düzeyde bulunmuştur (ICC = .998, %95 Güven Aralığı [.994, .998], $F(52, 52) = 563.610$, $p < .001$). Ayrıca, Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu (ICC = .997, %95 Güven Aralığı [.994, .998], $F(52, 52) = 622.731$, $p < .001$) ve kompulsiyon alt boyutu (ICC = .990, %95 Güven Aralığı [.983, .994], $F(52, 52) = 207.606$, $p < .001$) puanları için yapılan analiz, yüksek düzeyde bir değerlendiriciler arası güvenirlilik olduğunu göstermiştir.

4.4.3 Test-Tekrar Test Güvenirliliği:

Veriler toplandıktan sonra 106 kişiden yeniden veriler toplanarak test-tekrar test güvenirliliği test edilmiş ve Y-BOCS-II toplam puanı için ilk ölçüm ile tekrar ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .993$, $p < 0.001$). Bunun yanında, Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu ($r = .992$, $p < 0.001$) ve Kompulsiyon alt boyutu için de benzer şekilde, ilk ölçüm ve tekrar ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .985$, $p < 0.001$). Sadece OKB tanısı almış 51 hasta üzerinden yapılan analizlere göre ise Y-BOCS-II toplam puanı için ilk ölçüm ile tekrar ölçüm arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .973$, $p < 0.001$). Bunun yanında, Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu ($r = .975$, $p < 0.001$) ve Kompulsiyon alt boyutu için de benzer şekilde, ilk ölçüm ve tekrar ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .951$, $p < 0.001$).

4.5. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini sınamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Erkek ve kadın katılımcıların ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırmalı analiz sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 7: Y-BOCS-II ve alt ölçekleri ile GAD-7, PHQ-9, MOKSL, OİÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin T-testi sonuçları

Değişken	Erkek		Kadın		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Ort.	SS.	Ort.	SS.			
Y-BOCS-II	17.40	12.06	13.77	12.49	2.17	.031	0.29
Y-BOCS-II Obsesyon	8.96	6.25	7.30	6.40	1.95	.052	0.26
Y-BOCS-II Kompulsiyon	8.67	6.54	6.49	6.61	2.47	.014	0.33
GAD-7	9.39	5.26	8.86	5.60	0.74	.458	0.10
PHQ-9	10.51	6.15	10.53	6.32	-0.03	.979	-0.00
MOKSL	19.88	9.30	17.82	9.52	1.64	.103	0.22
OİÖ	164.31	49.75	157.16	55.98	1.01	.316	0.13

(Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı; GAD-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Madde; PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi – 9 Madde; MOKSLY= Maudsly Obsesif Kompulsif Soru Listesi; OİÖ= Obsesif İnançlar Ölçeği).

Tablo 7 incelendiğinde, Y-BOCS-II toplam puan ortalamaları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(242) = 2.17$, $p = .031$, $d = 0.29$]. Erkek katılımcıların Y-BOCS-II toplam puan ortalaması (Ort. = 17.40, SS. = 12.06), kadın katılımcıların ortalamasından (Ort. = 13.77, SS. = 12.49) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer şekilde, Y-BOCS-II Kompulsiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(246) = 2.47$, $p = .014$, $d = 0.33$]. Erkek katılımcıların Y-BOCS-II Kompulsiyon alt boyutu puan ortalaması (Ort. = 8.67, SS. = 6.54), kadın katılımcıların ortalamasından (Ort. = 6.49, SS. = 6.61) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ancak analiz sonuçlarına göre Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu, GAD-7, PHQ-9, MOKSL ve OİÖ toplam puan ortalamaları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

4.6. Ölçek Puanlarının OKB Tanısı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının OKB tanısı olup olmama durumuna göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini sınamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. OKB tanısı olan ve OKB tanısı olmayan katılımcıların ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırmalı analiz sonuçları Tablo 6'de sunulmuştur.

Tablo 8: Y-BOCS-II ve alt ölçekleri ile GAD-7, PHQ-9, MOKSL, OİÖ puan ortalamalarının OKB Tanısı olan ve olmayana göre T-testi ile karşılaştırılması

Değişken	OKB Tanısı Yok (N= 85)		OKB Tanısı Var (N=184)		t	p	d
	Ort.	SS.	Ort.	SS.			
Y-BOCS-II	3.83	8.39	20.64	10.14	-13.80	<.001	-1.75
Y-BOCS-II Obsesyon	2.00	4.16	10.78	5.19	-14.40	<.001	-1.80
Y-BOCS-II Kompulsiyon	1.81	4.64	9.96	5.79	-12.01	<.001	-1.50
GAD-7	6.48	4.62	10.24	5.46	-5.78	<.001	-0.72
PHQ-9	7.99	6.18	11.72	5.93	-4.59	<.001	-0.62
MOKSL	11.27	7.91	21.95	8.13	-9.95	<.001	-1.32
OİÖ	133.35	53.09	172.45	49.45	-5.65	<.001	-0.77

(Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı; GAD-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Madde; PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi – 9 Madde; MOKSLY= Maudsly Obsesif Kompulsif Soru Listesi; OİÖ= Obsesif İnançlar Ölçeği).

Tablo 8 incelendiğinde, Y-BOCS-II toplam puan ortalamaları arasında OKB tanısı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(195.09) = -13.80$, $p < .001$, $d = -1.75$]. OKB tanısı olan katılımcıların Y-BOCS-II toplam puan ortalaması (Ort. = 20.64, SS. = 10.14), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 3.83, SS. = 8.39) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer şekilde, Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(199.55) = -14.40$, $p < .001$, $d = -1.80$]. OKB tanısı olan katılımcıların Y-BOCS-II Obsesyon alt boyutu puan ortalaması (Ort. = 10.78, SS. = 5.19), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 2.00, SS. = 4.16) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Y-BOCS-II

Kompulsiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(202.36) = -12.01, p < .001, d = -1.50$]. OKB tanısı olan katılımcıların Y-BOCS-II Kompulsiyon alt boyutu puan ortalaması (Ort. = 9.96, SS. = 5.79), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 1.81, SS. = 4.64) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

GAD-7 toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(190.65) = -5.78, p < .001, d = -0.72$]. OKB tanısı olan katılımcıların GAD-7 toplam puan ortalaması (Ort. = 10.24, SS. = 5.46), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 6.48, SS. = 4.62) anlamlı düzeyde daha yüksektir. PHQ-9 toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(159.28) = -4.59, p < .001, d = -0.62$]. OKB tanısı olan katılımcıların PHQ-9 toplam puan ortalaması (Ort. = 11.72, SS. = 5.93), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 7.99, SS. = 6.18) anlamlı düzeyde daha yüksektir. MOKSL toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(164.07) = -9.95, p < .001, d = -1.32$]. OKB tanısı olan katılımcıların MOKSL toplam puan ortalaması (Ort. = 21.95, SS. = 8.13), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 11.27, SS. = 7.91) anlamlı düzeyde daha yüksektir. OİÖ toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(155.39) = -5.65, p < .001, d = -0.77$]. OKB tanısı olan katılımcıların OİÖ toplam puan ortalaması (Ort. = 172.45, SS. = 49.45), OKB tanısı olmayan katılımcıların ortalamasından (Ort. = 133.35, SS. = 53.09) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Storch vd. (2010) tarafından Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS)'den revize edilerek geliştirilen Y-BOCS-II'nin Türkçeye uyarlanması, psikometrik özelliklerinin, geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi ve bu ölçme aracını ruh sağlığı alanyazınına kazandırmak amaçlamıştır. Bulgular, ölçeğin hem geçerlik hem de güvenilirlik açısından güçlü psikometrik özellikler göstererek; yüksek iç tutarlılık sunduğunu ve faktör yapısının özgün ölçekle uyumlu olduğunu göstermiştir. Bu bölümde, mevcut alanyazın ışığında, Y-BOCS-II'nin farklı dillerdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının sonuçları ile çalışmamızda elde edilen veriler doğrultusunda ayrıntılı olarak tartışılacaktır. Ayrıca, çalışmanın katkıları değerlendirilerek gelecekteki araştırmalar için önerilere de yer verilecektir.

5.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçüm aracının, kavramsal olarak ölçmeyi amaçladığı şeyi/yapıyı ne ölçüde doğru şekilde ölçtüğünü gösteren kanıtlardır (Field, 2009). Geçerlik değerlendirmesinde kapsam (content) geçerliği, ölçüt bağıntılı (criterion-related) geçerlik ve yapı (construct) geçerliği en yaygın kullanılan teknikler arasında yer almaktadır (Büyüköztürk, 2024). Bu doğrultuda, bu bölümde Y-BOCS-II Türkçe'nin psikometrik özellikleri farklı geçerlik türleri bağlamında detaylı biçimde incelenmiştir. Elde edilen bulgular, Y-BOCS-II Türkçe'nin, obsesif-kompulsif belirti şiddetini geçerli bir şekilde ölçebilen klinik açıdan anlamlı bir araç olduğunu desteklemektedir. Bu bölümde, elde edilen sonuçlar alan yazındaki önceki çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmış; bulguların klinik uygulamalar ve gelecek araştırmalar açısından taşıdığı önem ele alınmıştır.

5.2.1. Ölçüt - Bağıntılı Geçerlik

Y-BOCS-II'nin ölçüt bağıntılı geçerliğini değerlendirmek amacıyla, ölçekten elde edilen toplam puanların ve alt boyut puanlarının Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (PHQ-9 – 7), Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnanışlar Ölçeği – 44 (OIÖ-44) öz bildirim ölçekleriyle korelasyonları incelenmiştir. Ölçeğin toplam puanı; GAD-7, PHQ-9, MOKSL ve OIÖ ölçekleri ile anlamlı ve pozitif korelasyonlar göstermiştir (r aralığı .408 ile .534 arasında). Cohen (1988) sınıflamasına göre bu korelasyonlar orta ile yüksek düzeyde kabul

edilmekte olup, bu durum ölçekteki yapıların psikometrik olarak beklenen güvenilirliği ve geçerliliğini desteklemektedir. Özellikle OKB'nin anksiyete ve depresif bozukluklar gibi eş tanı psikopatolojilerle sıkça birlikte görüldüğünü öne süren klinik gözlemler ve teorik modellerle tutarlılık göstermektedir (Peris vd., 2017; Ruscio vd., 2010; Abramowitz ve Deacon, 2006). Elde edilen bulgular, alanyazındaki çeşitli kültürel bağlamlarda yürütülmüş çalışmalarla da desteklenmektedir. Örneğin, ölçeğin orijinal çalışması olan Storch ve arkadaşları (2010), Y-BOCS-II ile endişe ve depresif belirtiler arasında anlamlı ilişkiler bildirmiştir. İspanyol örnekleminde yürütülen çalışmada, Y-BOCS-II depresyon ve anksiyete düzeyleriyle orta düzeyde ilişkili bulunmuştur (Storch vd., 2025). Benzer şekilde, Portekiz'de yürütülen bir çalışmada Y-BOCS-II ile Beck Depresyon Envanteri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Wu vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada ise Y-BOCS-II ile DASS depresyon alt ölçeği arasında orta düzeyde korelasyon bildirilmiştir. Çince çalışmada ise; depresyon, anksiyete ve stres düzeyleriyle de anlamlı ve pozitif ilişkiler ortaya konmuştur (Zhang vd., 2019). Bu bulgular, Y-BOCS-II'nin obsesif-kompulsif belirtiler ile depresyon ve anksiyete gibi yaygın psikiyatrik belirtiler arasında algılanan ilişkiyi tutarlı biçimde yansıttığını göstermektedir. Bu durum, Y-BOCS-II'nin hem geçerli bir ölçüm aracı olarak güvenilirliğini desteklemektedir.

Çalışmada OİÖ-44 puanları ile Y-BOCS-II puanları arasında orta düzeydeki korelasyon dikkat çekmektedir. Bu bulgu, obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile bireylerin kendi öz bildirimlerine dayalı semptom değerlendirmeleri arasında tutarlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu ilişkinin orta düzeyde olması ise alanyazınla tutarlılık göstermektedir. Farklı kültürel bağlamlarda yürütülen çalışmalara bakıldığında, İspanyol örnekleminde yürütülen bir çalışmada Obsessive-Compulsive Inventory-4 (OCI-4) kullanılmış ve Y-BOCS-II ile arasında .50 düzeyi ile güçlü bir korelasyon bulunmuştur (Storch vd., 2025). Öte yandan, orijinal çalışmada Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) ile bireylerin kendi bildirdikleri OKB belirtileri arasında daha düşük düzeyde korelasyonlar elde edilmiştir (Storch vd., 2010). Bu farkların, kullanılan ölçeklerin ölçtüğü yapılarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu durum, OKB belirtilerini değerlendirmede kullanılan araçların yapısal farklılıklarının korelasyon sonuçlarını etkilediğine işaret etmektedir. Hem OCI-R hem de benzer ölçekler, OKB belirtilerinin şiddetinden çok, bu belirtilerin sıklığını ve beraberinde getirdiği sıkıntı düzeyini yansıtmaya eğilimindedir (Deacon ve Abramowitz, 2005). Bu durum, korelasyon katsayılarının görece olarak düşük olmasını açıklayabilir. Bununla birlikte, alanyazında OKB'ye yönelik psikometrik ölçümlerde sınırlı

ayırt edici geçerliliğin yaygın bir bulgu olduğu belirtilmektedir (Deacon ve Abramowitz, 2005; McKay vd., 1998; Storch vd., 2007). Elde edilen bulgular da bu genel eğilimle örtüşmektedir.

Ayrıca, Y-BOCS-II Türkçe formunun obsesyon ve kompulsiyon alt boyutları arasında çok güçlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuş, bu da ölçeğin iki faktörlü yapısının sağlamlığını desteklemiştir. Bu alt boyutların diğer psikopatoloji ölçekleri ile de anlamlı düzeyde ilişki göstermesi, onların kendi başlarına geçerli ve klinik açıdan anlamlı yapılar olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla hem toplam puan hem de alt boyutlar düzeyinde elde edilen bulgular, ölçeğin teorik yapıyla uyumlu olduğunu ve klinik pratikte kullanılabilirliğini desteklemektedir.

5.2.2. Y-BOCS-II Türkçe'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yapı geçerliliği, bir testin hedeflediği soyut kavram olan faktörü başarılı şekilde ölçebilmesini ifade eder (Büyüköztürk, 2024). Yapı geçerliğini incelemek için faktör analizi yaygın kullanılmaktadır. Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki türdür. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), önceden belirlenmiş hipotez veya kuramın / yapının test edilmesi amacıyla kullanılan bir yöntemdir (Büyüköztürk, 2024). Çalışmamızda ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için DFA kullanılmıştır. DFA için ölçeğin klinik alanyazında da belirtilen sıkça tartışılan iki farklı iki-faktörlü yapısı (Model 1: Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar; Model 2: Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol) test edilmiştir. İlk model OKB psikopatolojisinin doğası olarak ayrımı yapılmış olan obsesyon-kompulsiyon faktörleridir. Bu modelde maddeler 1–5 obsesyonlar, maddeler 6–10 ise kompulsiyonlar faktörüne yüklenmiştir. İkinci model, Y-BOCS'nin çalışmalarında faktör yapısındaki sonuçlara ve OKB literatüründeki gelişmelere göre düzenlenmiştir. Bu modelde 1-3-6-8 maddeleri birinci faktöre; 4-5-9-10 maddeleri ikinci faktöre yüklenmektedir (Storch vd., 2010).

DFA bulguları, ölçeğin obsesyon ve kompulsiyon şiddetini temsil eden iki faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymakta; bu durum, farklı dillerdeki çalışmalarıyla (Storch vd., 2010; Castro-Rodrigues vd., 2018; Zhang vd., 2019) örtüşmektedir. Model 1'in genel olarak kabul edilebilir düzeyde bir uyum sağladığı görülmektedir.

Model 1'in uyum indekslerine bakıldığında büyük ölçüde alanyazında belirtilen kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığı görülmektedir. GFI, AGFI, NFI, RFI, IFI, TLI ve CFI değerleri, kabul ölçütü olan .90 ve üzeri eşiklere oldukça yakın ya da bu eşiklerin üzerindedir (Çokluk vd., 2021; Schermelleh-Engel vd., 2003). Özellikle CFI ve IFI

değerleri modelin veriye mükemmel düzeyde uyum sağladığını göstermektedir (Schermelleh-Engel vd., 2003). GFI değeri alanyazında önerilen .90 (Çokluk vd., 2021) sınırının az da olsa altında kalsa da bu farkın minimal düzeyde olması nedeniyle modelin genel uyumuna dair olumsuz bir gösterge olarak yorumlanmamaktadır. Tüm değerler dikkate alındığında, saplantı ve zorlantı faktörlerine dayalı modelin (Model 1) iyi bir uyum gösterdiği söylenebilmektedir.

Sonuçlar ele alındığında; Model 1, daha yüksek uyum indeksleriyle orijinal ölçek yapısına daha uygun bulunmuştur. Diğer yandan, Model 2 hem bizim çalışmamızda hem de Storch ve arkadaşları (2025) çalışmasında daha zayıf uyum göstermiştir. Çalışmamızda Model 2 için hesaplanan uyum indeksleri modelin sınırlı ancak kısmen kabul edilebilir bir uyum sunduğunu göstermektedir.

Her iki modelde de AGFI değerleri sınırda veya sınırın altında kalmış; RMSEA değerleri ise .08'lik kabul düzeyinin (Schermelleh-Engel vd., 2003) üzerinde bulunmuştur. RMSEA değerinin yüksek çıkması çeşitli nedenlere bağlanabilir. RMSEA modelin serbestlik derecesine oldukça duyarlı bir uyum indeksidir ve küçük ya da katı tanımlanmış modellerde, gerçek uyumsuzluk olmaksızın yüksek çıkabilir (Byrne, 2001). Çalışmada Y-BOCS-II'nin Türkçeye uyarlanmış bir sürümü kullanılmış olduğundan, kültürel adaptasyonlarda orijinal modelle tam uyum sağlamak beklenmemektedir. Bununla birlikte RMSEA değerinin yüksekliği ile ölçeğin diğer dillerdeki çalışmalarında da karşılaşılmaktadır (bkz. Tablo 10) (Storch vd., 2010; Hiranyatheeb vd., 2014; Melli vd., 2015; Zhang vd., 2019; Storch vd., 2025; Novrianto vd., 2025). Bu durum RMSEA'nın kültürel uyarlama sürecinden değil, ölçeğin kendi yapısal değişkenlerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Tablo 10. Y-BOCS-II farklı dillerdeki çalışmaları RMSEA sonuçları

Çalışma	Dil	Model Türü	RMSEA
<i>Türkçe Y-BOCS-II (2025)</i>	Türkçe	Model 1	.13
<i>Storch vd. (2010)</i>	İngilizce	Model 1	.14
		Model 2	.17
<i>Hiranyatheeb vd. (2014)</i>	Tayca	Model 1	.17
<i>Melli vd. (2015)</i>	İtalyanca	Model 1	.19
		Model 2	.17
<i>Zhang vd. (2019)</i>	Mandarin Çince	Model 1	.19
		Model 2	.26
<i>Storch vd. (2025)</i>	İspanyolca	Model 1	.14
		Model 2	.14
<i>Novrianto vd. (2025)</i>	Endonezce	Model 1	.11
		Model 2	.15

(Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation)

Alanyazında RMSEA'nın tek başına değerlendirilmesi yerine, CFI ve SRMR gibi diğer uyum iyiliği indeksleriyle birlikte yorumlanması önerilmektedir (Çokluk vd., 2021). Bu çalışmada elde edilen diğer uyum indekslerinin güçlü değerler göstermesi, RMSEA'nın sınırlılıklarına rağmen modelin genel olarak yeterli uyum gösterdiğine işaret etmektedir. Yapılan çalışmada RMSEA değerinin farklı dillerdeki birçok çalışmaya oranla daha iyi çıkması ise ölçeğin başarılı bir kültürel adaptasyon sürecinin başarılı biçimde tamamlandığı ve faktör yapısının bu örnekleme uygun olduğunu düşündürmektedir.

Y-BOCS-II'nin farklı dil ve kültürlerdeki geçerlik çalışmalarına bakıldığında, çalışmamızın bulguları ölçeğin orijinal çalışması (Storch vd., 2010) ile Tayland (Hiranyatheeb vd., 2014), Portekiz (Castro-Rodrigues vd., 2018) ve İspanyolca uygulamalarıyla (Storch vd., 2025) paralellik göstermekte ve iki faktörlü yapıyı desteklemektedir. Buna karşın, İtalyanca (Melli vd., 2015) ve Endonezce (Novrianto vd., 2025) sürümünde farklı boyutlara sahip alternatif bir faktör yapısının ortaya konduğu görülmektedir. Bu çalışma ayrıca, orijinal yazarlar tarafından önerilen Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar alt ölçeklerine dayalı iki faktörlü yapıyı desteklemektedir. Bu bulgular, orijinal iki faktörlü modelin hem kültürler arası örneklemlerde hem de Türkçe sürümünde daha tutarlı biçimde desteklendiğini ve Y-BOCS-II'nin ölçü yapısının evrensel düzeyde geçerli olduğunu düşündürmektedir.

5.2.3. Y-BOCS-II Türkçe'nin Madde Düzeyinde Faktör Yükleri

Bu çalışmada Y-BOCS-II'nin faktör yapısını değerlendirmek amacıyla ölçeğin orijinal çalışmasında önerildiği üzere iki farklı modeli test edilmiştir. İlk modelde (Model 1), ölçek maddeleri klasik yapı olan "Obsesyonlar" (Madde 1–5) ve "Kompulsiyonlar" (Madde 6–10) faktörlerine göre gruplanmıştır. Model 2, obsesyon ve kompulsiyonların direnç ve kontrol boyutlarına odaklanarak, OKB belirtilerinin farklı yönlerini ölçmeyi amaçlar ve Storch vd. (2010) tarafından önerilmiştir. İkinci modelde (Model 2) önerilen alternatif yapıyla maddeler "Engellenme/Şiddet" (Madde 1–3, 6–8) ile "Direnç/Kontrol" (Madde 4, 5, 9, 10) başlıkları altında değerlendirilmiştir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, her iki modelde de tüm maddeler, ilgili faktörlerine gerekli olan .70'in (Büyüköztürk, 2024) üzerinde yüklenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmada özellikle Model 1'de, Y-BOCS-II 4 "*obsesif düşüncelerle ilgili sıkıntı*" maddesinin yüksek faktör yüküyle yüklendiği görülmektedir. Alanyazında yapılan çalışmalarda Y-BOCS'ta yer alan 'Takıntılara Karşı Direnç' maddesi (madde 4), Y-BOCS toplam şiddet puanı ile en düşük korelasyona sahip maddelerden biri olarak bulunmuş ve çıkarılması önerilmiştir (Woody vd., 1995). Y-BOCS-II ise OKB literatüründeki gelişmeleri ve Y-BOCS üzerine yapılan çalışmaları dikkate alarak revize edilmiştir (Goodman vd., 2006). Çalışmada elde edilen bulgulara bakıldığında, Y-BOCS-II'nin hem obsesif hem de kompulsif semptomları yapısal olarak daha tutarlı şekilde ölçtüğü, faktör yapısının daha belirgin olduğu ve maddelerin psikometrik açıdan daha güçlü olduğu görülmektedir. Özellikle Model 1'de obsesif faktör altında yer alan 4. maddenin yüksek yük değeri, bu maddenin obsesif belirtileri değerlendirmede önemli bir gösterge olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, Y-BOCS-II'nin özgün yapısının ve literatürdeki eleştiriler doğrultusunda yapılan revizyonların ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliğini artırdığını göstermektedir. Sonuçlar, Y-BOCS-II'nin OKB semptomlarının değerlendirilmesinde özgün ve geçerli bir araç olduğunu desteklemektedir.

Diğer yandan Model 2 kapsamında ise "Direnç/Kontrol" faktörü altında Y-BOCS-II 4 "*Obsesif düşüncelerle ilgili sıkıntı*" maddesinin yüksek bir faktör yüküne sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgu da bireyin obsesif içerikte yaşadığı duygusal rahatsızlıkla çok güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, Storch ve arkadaşları (2010) tarafından önerilen model 2 yapısının geçerliliğini de destekler niteliktedir.

Bulgular farklı dillerde ve kültürel örneklemelerde elde edilen faktör yapılarıyla uyumludur (Melli vd., 2015; Wu vd., 2016; Storch vd., 2025). Özellikle obsesyonların kişide oluşturduğu sıkıntıyı (madde 4) ve kompulsiyonların bireyin işlevselliği üzerindeki etkisini

(madde 10) ölçen maddeler farklı çalışmalarda da yüksek faktör yükleri almıştır. Bu bulgu, OKB belirtilerinin ne kadar yoğun yaşandığını ve kişinin yaşamını ne ölçüde etkilediğini evrensel biçimde yansıttığını düşündürmektedir. Ayrıca maddelerin faktör yüklerinin tutarlı bir şekilde öne çıkması, ölçeğin klinik açıdan kritik olan bu boyutları doğru bir şekilde yakaladığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, elde edilen bu sonuçlar hem Y-BOCS-II'nin yapı geçerliliğini desteklemekte hem de ölçeğin farklı kültürel ortamlarda güvenilir ve geçerli biçimde kullanılabileceğine yönelik önemli bir kanıt sunmaktadır. Bu durum, kültürler arası karşılaştırmalı araştırmalarda Y-BOCS-II'nin değerli bir araç olma potansiyelini güçlendirmektedir.

5.2. Güvenilirlik

Güvenirlik, bir ölçüm aracının aynı bireylerden benzer koşullarda alınan ölçümler sonucunda istikrarlı ve tekrarlanabilir sonuçlar üretme derecesini ifade eder (Koo ve Li, 2016). Bu kavram, ölçümler arasındaki uyumu ve tesadüfi hataların en aza indirgenmesini amaçlar. Ölçme sürecinde elde edilen puanların tutarlı olması, ölçüm aracının değerlendirdiği yapıyı güvenilir biçimde yansıtması açısından önemlidir (Field, 2009).

5.2.1. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, bir ölçüm aracındaki maddelerin aynı kavramı veya aynı yapıyı ölçme derecesini yansıtır. Çok maddeli ölçeklerde, iç tutarlılığın değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri Cronbach alfa katsayısıdır (Büyüköztürk, 2024). Cronbach alfa değerinin 0.70 ve üzerinde olması, ölçeğin yeterli düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu gösterir (Nunnally ve Bernstein, 1994). Güvenirlik katsayı değeri +1'e yaklaştıkça, yüksek güvenilirlik olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, 2024). Bu çalışmada, Y-BOCS-II Türkçe ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach Alfa güvenilirlik analizi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, Türkçe Y-BOCS-II'nin oldukça yüksek Cronbach Alfa değerleriyle (toplam 0.96; obsesyon 0.95; kompulsiyon 0.93) güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu yüksek tutarlılık, hem ölçeğin toplam puanı için hem de obsesyon ve kompulsiyon alt boyutları için geçerlidir. Sadece OKB tanısı alan bireylerden oluşan örnekleme yapılan analizde de benzer şekilde yüksek düzeyde iç tutarlılık gözlemlenmiştir (toplam 0.91; obsesyon 0.86, kompulsiyon 0.90). Bu yüksek alfa değerleri, ölçeğin hem genel hem de alt boyut düzeyinde güvenilir bir yapı sunduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2024). Bu durum, ölçekteki maddelerin aynı yapıyı ölçmek üzere birbiriyle uyumlu çalıştığını ve bireylerin yanıtlarının genel olarak tutarlı olduğunu göstermektedir.

Elde edilen bu yüksek iç tutarlılık bulguları, ölçeğin orijinal geliştiricileri ve farklı kültürel uyarlama çalışmalarında bildirilen güvenilirlik katsayılarıyla büyük ölçüde uyumludur. Örneğin; Storch vd. (2010) tarafından yapılan orijinal çalışma ile Wu vd. (2016) tarafından DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı almış 61 hasta ile yürütülen çalışmada bildirilen değerlerle karşılaştırıldığında daha yüksek bir iç tutarlılık bildirmektedir. Bu yüksek iç tutarlılık, daha büyük örneklem, standart ölçüm koşulları ve başarılı kültürel uyarlamalardan kaynaklanabilir. Türkçe Y-BOCS-II'nin iç tutarlılığı, diğer kültürel uyarlamalarla (örneğin; Storch vd., 2025; Melli vd., 2015; Zhang vd., 2019) karşılaştırıldığında da daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9'e bakınız). Bu durum, daha büyük örneklem ve başarılı kültürel uyarlamalardan kaynaklanabilir. Elde edilen bulgular, Türkçe formun psikometrik açıdan güçlü ve kültürler arası tutarlılığı yüksek bir yapı sunduğunu göstermektedir.

Tablo 9: Y-BOCS-II farklı dillerdeki çalışmaları iç tutarlılık sonuçları

Dil / Ülke	Kaynak	Toplam α
<i>Türkçe</i>	Bu çalışma	0.96
<i>İspanyolca</i>	Storch vd., 2025	0.92
<i>İtalyanca</i>	Melli vd., 2015	0.89
<i>Mandarin Çincesi</i>	Zhang vd., 2019	0.90
<i>Tayland</i>	Hiranyatheeb vd., 2014	0.94
<i>Hollanda</i>	Alić vd., 2022	0.84
<i>Endonezya</i>	Novrianto vd., 2025	$\omega = 0.94$

Not. Y-BOCS-II= Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği-İkinci Baskı.

5.2.2. Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik:

Değerlendiriciler arası güvenilirlik, özellikle klinik ve psikometrik ölçümlerde, birden fazla değerlendiricinin aynı olguyu ne derece tutarlı biçimde değerlendirdiğini gösteren temel bir göstergedir (Koo ve Li, 2016). Bu kapsamda en sık kullanılan yöntemlerden biri hem korelasyon hem de ölçüm uyuşmasını dikkate alan sınıf içi korelasyon katsayısıdır (ICC). Koo ve Li'ye (2016) göre .90 üzeri değerler mükemmel güvenilirlik olarak kabul edilmektedir.

Bu çalışmada, Türkçe Y-BOCS-II'nin değerlendiriciler arası güvenilirliği, farklı değerlendiricilerin tutarlılığını ölçen sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirilmiştir. Bulgular, hem toplam puan hem de obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarında ölçeğin mükemmel düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymuştur.

Bu yüksek ICC değerleri (.998), ölçeğin farklı klinisyenler tarafından tutarlı bir şekilde uygulanabileceğini ve OKB tanısında güvenilir sonuçlar ürettiğini gösterir (Koo ve Li; 2016). Bu durum, ölçeğin yapılandırılmış formatı ve değerlendiricilerin eğitimli olmasıyla ilişkili olabilir.

Elde edilen bu ICC değerleri, önceki kültürel uyarlama çalışmalarındaki bulgularla da büyük ölçüde örtüşmektedir. Alan yazındaki diğer çalışmalarda da Y-BOCS-II'nin farklı versiyonları için benzer şekilde yüksek değerlendiriciler arası güvenilirlik değerleri ve mükemmel uyum rapor edilmiştir (Storch vd., 2010; Wu vd., 2016; Melli vd., 2015; Castro-Rodrigues vd., 2018; Alić vd., 2022; Novrianto vd., 2025; Storch vd., 2025). Bu karşılaştırma, Türkçe Y-BOCS-II'nin farklı dillerdeki çalışmalarla uyumlu ve oldukça güvenilir bir araç olduğunu doğrular niteliktedir.

5.2.3. Test-Tekrar Test Güvenirliği:

Bir ölçüm aracının güvenilirliği değerlendirilirken dikkate alınan ölçütlerden birisi de o aracın zaman içinde aynı bireyler üzerinde benzer sonuçlar verip vermediğini belirlemektir (Büyüköztürk, 2024). Bu bağlamda kullanılan Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçüm aracının zaman içinde tutarlılığını değerlendiren bir tekniktir ve aynı bireylerden farklı zamanlarda elde edilen puanlar arasındaki korelasyonla hesaplanır (Büyüköztürk, 2024; Field, 2009).

Bu çalışmada Y-BOCS-II'nin test-tekrar test güvenilirliği, 6 gün aralıkla bir sonraki tedavi seansından önce tekrarlanan uygulamalarla incelenmiştir. Ölçeğin Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Toplam puan, obsesyon ve kompulsiyon alt boyutları için elde edilen korelasyon katsayıları sırasıyla 0.993, 0.992 ve 0.985 olarak bulunmuş; bu değerler hem genel örnekleimde hem de yalnızca OKB tanısı almış bireylerde yüksek düzeyde tutarlılığı göstermektedir. Alanyazında test-tekrar test güvenilirliği için kabul edilen minimum korelasyon katsayısı 0.70 iken, özellikle psikolojik ölçümlerde 0.80 ve üzeri değerler daha sağlam güvenilirlik olarak değerlendirilir (Büyüköztürk, 2024). Elde edilen bu bulgular, Y-BOCS-II ölçeğinin ölçüm kararlılığının yüksek olduğunu ve güvenilir bir şekilde kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, sonuçlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.01$).

Alanyazınla karşılaştırıldığında, bu çalışmadaki korelasyon değerlerinin önceki çalışmalara yakın veya çoğundan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir (Storch vd., 2010; Wu vd., 2016; Melli vd., 2015; Castro-Rodrigues vd., 2018; Zhang vd., 2019; Alić vd., 2022; Novrianto vd., 2025).

Klinik pratikte ve araştırmalarda, belirti şiddetindeki değişimi doğru bir şekilde takip edebilmek için yüksek test-tekrar test güvenirliğine sahip ölçüm araçları kritik öneme sahiptir. Y-BOCS-II'nin bu çalışmada gösterdiği yüksek tutarlılık, tedavi etkinliği çalışmalarında ve boylamsal araştırmalarda kullanımını önemli ölçüde güçlendirmektedir.

5.3. Sosyodemografik Değişkenler ve Y-BOCS-II

Bu çalışmada erkek katılımcıların Y-BOCS-II toplam ve kompulsiyon puanlarının kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu grlmştr. Bu bulgu, OKB'nin erkeklerde daha erken yaşta başladığını ve kronik seyretme eğiliminde olduğunu ortaya koyan alanyazınla tutarlıdır (Cervin, 2023; Jenike, 2024; Ruscio vd., 2010).

Stein vd. (2019) tarafından bildirilen bulgulara göre, belirtilerin şiddetli olması, dini, cinsel ya da biriktirme obsesyonlarının varlığı, düşük içgörü, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, değişime direnç, tedaviye uyumsuzluk, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi gibi faktörler kötü tedavi yanıtı ile ilişkilidir. Aynı çalışmada erkek cinsiyetin, eğitim düzeyinin ve hatta ilaç kullanımının da bu risk faktörlerinden biri olarak tanımlanması, çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir. Bu durum, tanı ve tedavi süreçlerinde bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiğine işaret etmektedir.

5.4. OKB Tanılı ve Tanısız Bireyler Arasındaki Farklar

Bu çalışmanın bulguları, OKB tanısı alan bireylerin obsesif ve kompulsif belirti düzeylerinin, tanı almamış bireylere kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Y-BOCS-II puanı OKB tanısı alanlarda belirgin şekilde daha yüksektir. Bu durum, alanyazınla uyumlu biçimde tanılı bireylerde belirti şiddetinin çok daha yoğun olduğunu ortaya koymuştur.

Y-BOCS-II'nin alt boyutları olan obsesyon ve kompulsiyon puanları da OKB tanısı olan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, OKB'nin hem zihinsel müdahaleler (obsesyon) hem de davranışsal tepkiler (kompulsiyon) bakımından çift yönlü bir psikopatolojik yapı sunduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte, anksiyete (GAD-7) ve depresyon (PHQ-9) düzeylerinde de OKB tanılı bireylerin daha yüksek puanlara sahip olduğu grlmştr.

OKB tanısı taşıyan bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin de daha yüksek olduğu grlmştr. Bu durum, alanyazınla tutarlı biçimde komorbiditeyi ve OKB'nin kişilerin psikolojik işlevselliği üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, OİÖ bulguları bu bireylerde obsesif inançların –zellikle aşırı sorumluluk algısı,

mükemmeliyetçilik ve düşünce-eylem kaynaşması gibi bilişsel çarpıtmaların– daha yoğun yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, OKB’nin bilişsel modele dayalı açıklamalarıyla da tutarlıdır. Elde edilen bulgular, OKB’nin yalnızca kompulsif belirtilerle değil, bireyin genel psikolojik işlevselliğiyle de yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Elde edilen bulgular, uluslararası alanda yürütülen benzer çalışmalarla da örtüşmektedir. Örneğin, Portekiz örnekleminde yapılan bir çalışmada (Castro-Rodrigues vd., 2018), Y-BOCS-II’nin yalnızca OKB tanılı bireyleri sağlıklı bireylerden değil, aynı zamanda diğer psikiyatrik tanı gruplarından da ayırt edebildiği bildirilmiştir. Bu durum, ölçeğin tanı koyma süreçlerinde destekleyici bir işlev görebileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, OKB tanılı bireylerin yalnızca daha yoğun obsesif ve kompulsif belirtiler değil; aynı zamanda daha belirgin duygusal ve bilişsel sorunlar da yaşadığı görülmektedir. Bu bulgular, tanı ve tedavi süreçlerinin planlanması açısından önemli ipuçları sunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) semptom şiddetinin değerlendirilmesinde uzun yıllardır “altın standart” olarak kabul edilen Y-BOCS’un güncellenmiş sürümü olan Y-BOCS-II’nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özelliklerini inceleyerek, OKB semptom şiddetini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç sunmayı amaçlamıştır. Türkiye’deki klinik ve akademik çalışmalarda kullanılabilecek, kültürel açıdan uyumlu ve psikometrik olarak güvenilir bir değerlendirme aracı kazandırmak hedeflenmiştir. Yürütülen kapsamlı geçerlik ve güvenilirlik analizleri, Y-BOCS-II Türkçe sürümünün hem psikometrik açıdan güvenilir hem de yapı geçerliği açısından güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuçlar, uluslararası literatürde yer alan çalışmaları destekleyici nitelikte sonuçlar sunmaktadır. Bu özellikleriyle çalışma hem klinik değerlendirme süreçlerine katkı sunmakta hem de yerli ölçme araçlarının çeşitlendirilmesi açısından önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

Çalışmanın örneklemini 2024 yılında bir psikiyatri kliniğine başvuran ve uygun örnekleme yöntemiyle seçilen, 18–65 yaş aralığındaki gönüllü bireylerden oluşmuştur. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik süreci, Sousa ve Rojjanasrirat’ın (2011) kültürlerarası ölçme aracı uyarlama ilkeleri doğrultusunda yürütülmüş; çeviri, uyarlama ve psikometrik değerlendirme aşamaları sistematik biçimde uygulanmıştır. Ölçeğin geçerlik değerlendirmeleri kapsam geçerliği, ölçüt-bağıntılı geçerlik ve yapı geçerliği analizleri; güvenilirliği ise iç tutarlılık katsayıları ve test-tekrar test yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Ölçeğin uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerliği sağlanmıştır. Kapsam geçerliği açısından yapılan analizlerde ölçeğin içerik açısından geçerli ve kavramsal olarak tutarlı olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kültürel uyarlama süreci, çeviri–geri çeviri yöntemiyle Sousa ve Rojjanasrirat’ın (2011) kültürlerarası ölçme aracı uyarlama ilkeleri doğrultusunda dikkatle yürütülmüştür. Bu titiz süreç, ölçeğin kavramsal uygunluğunun ve kültürel geçerliliğinin başarıyla sağlandığını göstermektedir.

Türkçe Y-BOCS-II’nin GAD-7, PHQ-9, MOKSL ve OİÖ ile orta-yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir. OKB’nin anksiyete ve depresyon gibi eşlik eden psikopatolojik belirtilerle ilişkili olduğunu, Y-BOCS-II’nin bu belirtileri geçerli biçimde yansıtmaya gücüne sahip olduğunu, dolayısıyla yakınsak geçerliliğinin güçlü olduğunu göstermektedir.

Y-BOCS-II obsesyon ve kompulsiyon alt boyutları arasındaki yüksek ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, obsesyonlar ile kompulsiyonların farklı ama bağlantılı yapılar olduğunu ortaya koyarak ölçeğin kuramsal bütünlüğünü desteklemiştir. Doğrulamalı faktör analizi, klasik iki faktörlü yapının (obsesyon-kompulsiyon) Türk örnekleminde de geçerli olduğunu ortaya koymuştur. CFI, IFI ve NFI gibi indekslerde yüksek uyum değerleri elde edilirken, RMSEA değeri kabul sınırlarının üzerinde bulunmuştur. RMSEA değerinin yüksekliği ölçeğin orijinal ve farklı dillere çevrilmiş çalışmalarıyla tutarlı görülmektedir. Bu durum ölçeğin kendi yapısı kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. DFA kapsamında test edilen alternatif Model 2 (Engellenme/Şiddet ve Direnç/Kontrol), teorik olarak tutarlı olmakla birlikte, yüksek faktör korelasyonu ve sınırlı uyum indeksleri nedeniyle klasik iki faktörlü yapıya kıyasla daha zayıf bir yapı sunmuştur.

Ölçeğin güvenirlik analizleri doğrultusunda, hem ölçüm kararlılığı hem de psikometrik sağlamlığı açısından oldukça güçlü bir yapı sunduğu ortaya koymuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenirliği yüksek bulunmuştur. Değerlendiriciler arası tutarlılığın yüksek bulunması, farklı klinisyenlerce yapılan değerlendirmelerde dahi güvenilir sonuçlar elde edilebileceğini göstermektedir. Sadece OKB tanısı almış bireyler üzerinde yapılan ayrı analizlerde de ölçeğin yüksek düzeyde güvenirliğini koruduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular, ölçeğin klinik popülasyonlarda da tutarlı ve güvenilir ölçümler sağlayabildiğini göstermektedir. Ayrıca test-tekrar test güvenirliği kapsamında, ölçeğin 6 gün arayla yapılan iki uygulaması arasında yüksek bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu bulgu, Türkçe Y-BOCS-II'nin kısa süreli aralıklarda yapılan uygulamalarda ölçüm kararlılığını koruduğunu ve zaman içinde güvenilir sonuçlar verdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada, OKB tanısı almış bireylerin Y-BOCS-II toplam ve alt boyut puanlarının tanı almamış bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Etki büyüklüğünün oldukça yüksek olması (Cohen, 1988) bu farkın yalnızca istatistiksel değil, aynı zamanda klinik olarak da anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, eğitim düzeyi azaldıkça obsesif-kompulsif belirti şiddetinin arttığı belirlenmiştir. Erkek katılımcıların kadınlara göre daha yüksek puanlar alması da anlamlı bulunmuş; ancak bu fark, daha sınırlı bir etki büyüklüğü ile ifade edilmiştir.

Psikometrik değerlendirme sonuçları, belirti düzeylerinin bazı demografik ve klinik değişkenlere göre değişebileceğini ve Y-BOCS-II'nin bu farklılıkları yansıtmaya kapasitesine sahip olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanan bu yeni sürümü (Y-BOCS-II), obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini değerlendirmede geçerli

ve güvenilir bir ölçme aracı sunmaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, Türkçe Y-BOCS-II'nin hem klinik hem de araştırma bağlamında güvenle kullanılabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde OKB'ye yönelik psikometrik açıdan güçlü ölçme araçlarının gerekliliği önünde bulundurulduğunda, bu ölçeğin ilgili literatüre ve klinik uygulamalara önemli katkılar sağlayacağı ve gelecekte yapılacak çalışmalara sağlam bir temel oluşturacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular Y-BOCS-II Türkçe formunun psikometrik açıdan güçlü bir araç olduğunu ortaya koysa da bazı sınırlılıklar dikkate alınmalıdır:

- Araştırmanın örneklemini yalnızca 18 yaş üstü ve ayaktan tedavi gören erişkin bireylerle sınırlıdır. Bu durum, sonuçların çocuk, ergen, yaşlı ya da yatılı hastalar gibi farklı gruplara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.
- Y-BOCS-II'nin tedavinin aşamaları arasındaki değişiklikleri ölçmedeki duyarlılığı henüz test edilmemiştir.

Gelecek çalışmalar, çocuk, ergen ve yaşlı bireylerde de Y-BOCS-II'nin geçerlik ve güvenilirliğini test ederek ölçeğin yaşa bağlı psikometrik tutarlılığını değerlendirmelidir. Farklı sosyo-kültürel, coğrafi ve demografik gruplarda yapılacak uygulamalar, ölçeğin kültürlerarası geçerliliğini ortaya koymada önemli katkılar sağlayacaktır. Gelecek araştırmalarda, özellikle Y-BOCS-II ile klasik Y-BOCS'un doğrudan karşılaştırıldığı araştırmalar iki ölçeğin klinik uygulamadaki farklarının ve benzerliklerinin incelenmesi, uzun yıllardır kullanılan Y-BOCS ölçeğinden yeni sürüme geçiş ve uygulama sürecinde yarar sağlayabilir.

Sonuç olarak, Türkçe Y-BOCS-II; hem bilimsel araştırmalarda hem de klinik değerlendirmelerde kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak literatüre kazandırılmıştır. Gelecek çalışmalarda kültürel etkenlerin ve örneklem farklılıklarının bu modele etkisini daha ayrıntılı şekilde inceleyen çalışmalar ve kültürler arası karşılaştırmalı yapısal geçerlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2021). The OCI-4: An ultra-brief screening scale for obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 78, 102354
- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 394–398.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221–235.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36, 55–63.
- Adam, Y., Meinlschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 339–349. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0337-5>
- Alić, M., de Leeuw, A., Selier, J., van Megen, H., & Visser, H. (2022). Responsiveness and other psychometric properties of the Y-BOCS Severity Scale (Y-BOCS-II) in a Dutch clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2760>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- APA Dictionary. (2018). *American Psychological Association*. <https://dictionary.apa.org>
- Avila-Espada, A. (1986). A. Ávila (1986) Una contribución a la Evaluación de las Obsesiones y Compulsiones: Revisión del Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI) y del Cuestionario obsesivo-compulsivo del Maudsley (MOCQ). *PSIQUIS*, 7(86), 66–74.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.

- Benito, K., & Storch, E. A. (2011). Assessment of obsessive-compulsive disorder: Review and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 287–298. <https://doi.org/10.1586/ern.10.195>
- Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 283–295. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90052-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90052-7)
- Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A., & Aydın, A. (2010). Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 216–222. <https://doi.org/10.4274/npa.5454>
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International journal of testing*, 1(1), 55-86.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (19. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Büyüköztürk, Ş. (2024). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum* (31. bs.). Pegem Akademi Yayıncılık.
- Castro-Rodrigues, P., Camacho, M., Almeida, S., Marinho, M., Soares, C., Barahona-Corrêa, J. B., & Oliveira-Maia, A. J. (2018). Criterion Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition for Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *Frontiers in psychiatry*, 9, 431. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00431>
- Cervin, M. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. *The Psychiatric Clinics of North America*, 46(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.006>
- Chan, D. W. (1990). The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: A psychometric investigation on Chinese normal subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 28(5), 413–420.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2021). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları* (6. Baskı). Ankara: Pegem akademi.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2006). Magical thinking in obsessive-compulsive disorder, panic disorder and the general community. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 351–357.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 102–108.

- Elbir, M., Alp Topbaş, Ö., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., Özdel, O., Ateşçi, F., & Aydemir, Ö. (2019). DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1), 51–56.
- Erol, N., & Savaşır, I. (1989). The Turkish version of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. In *2nd Regional Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. Amsterdam, The Netherlands.
- Erol, N., & Savaşır, I. (1988). Maudsley obsesif-kompulsif soru listesinin Türkiye uyarlaması. In *XXIV Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı* (pp. 107–114). Ankara: GATA Basımevi.
- Farris, S. G., McLean, C. P., Van Meter, P. E., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(7), e21639.
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13185>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: Introducing statistical method*.
- First, M. B. (2015). *The encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1–6). Columbia University Department of Psychiatry and New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2017). *SCID-5-CV: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders: Clinician Version*. Raffaello Cortina Editore.
- Flygare, O. (2023). *Improving access and outcomes in the treatment of obsessive-compulsive disorder* [Doctoral thesis, Karolinska Institutet]. Karolinska Institutet Open Archive.
- Fornaro, M., Gabrielli, F., Albano, C., Fornaro, S., Rizzato, S., Mattei, C., Solano, P., Vinciguerra, V., & Fornaro, P. (2009). Obsessive-compulsive disorder and related disorders: A comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*, 8, Article 13. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-13>
- Fonseca-Pedrero, E., Paíno-Piñeiro, M., & Lemos-Giráldez, S. (2007). La diversidad psicopedagógica en el aula: Evaluación de problemas emocionales y comportamentales. *Aula Abierta*, 36, 39–48.
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J., & Leonard, H. (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(2), 104–111. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9094-0>
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., ... & Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder:

- findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(7), 471-477.
- Guilera Ferré, G., Gómez Benito, J., Tomás Sábado, J., & Carreras Archs, V. (2005). Fiabilidad y validez de la versión española del Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 85–98.
- Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M., & Sünbül, E. A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the patient health questionnaire–somatic, anxiety, and depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 623–629. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.002>
- Goodman, W. K., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011.
- Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., Price, L. H., & Storch, E. A. (2006). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (2nd ed.). Unpublished Manuscript, Department of Psychiatry, University of Florida, US.
- Hantouche, E. G., & Guelfi, J. D. (1993). Auto-évaluation du trouble obsessionnel-compulsif: Adaptation et validation de deux outils psychométriques en version française. *L'Encéphale*, 19, 241–248.
- Hiranyatheeb, T., Saipanish, R., Lotrakul, M., Prasertchai, R., Ketkaew, W., Jullagate, S.,... & Kusalaruk, P. (2015). Reliability and validity of the Thai self-report version of the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2817–2824.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 389-395.
- Ivarsson, T., Melin, K., & Wallin, L. (2007). Categorical and dimensional aspects of comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 20–31. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0626-z>
- Jenike, M. A. (2004). Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *The New England Journal of Medicine*, 350(3), 259–265. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp031002>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Koçoğlu, F. ve Bahtiyar, B. (2021). Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Türkçe Öz Bildirim Formu: Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(3), 229-243.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163.

- Köse, S., Mandıracıoğlu, A., Erol, A., Sayar, K., & Aydemir, Ö. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon taraması: PHQ-9 Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 314–322.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11–29. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00101-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00101-2)
- Lewin, A. B., Piacentini, J., Nadai, A. S., Jones, A. M., Peris, T. S., Geffken, G. R., ... Storch, E. A. (2014). Defining clinical severity in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychological Assessment*, 26(2), 679–684. <https://doi.org/10.1037/a0035174>
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez-Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, A. I., Gómez-Conesa, A., & Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Assessment*, 22(5), 619–628. <https://doi.org/10.1177/1073191114551954>
- Marras, A., Fineberg, N., & Pallanti, S. (2016). Obsessive compulsive and related disorders: Comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 324–333. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000110>
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1409–1416.
- Meesters, Y. (1997). Twee dwang-vragenlijsten bij OCD-patiënten: de MOCI en de IDB. *Gedragstherapie*, 30, 103–112.
- Melli, G., Avallone, E., Moulding, R., Pinto, A., Micheli, E., & Carraresi, C. (2015). Validation of the Italian version of the Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale–Second Edition (Y-BOCS-II) in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 86–92.
- Min, B. B., & Won, H. T. (1999). Reliability and validity of the Korean translations of Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and Padua Inventory. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 18(1), 163–182.
- Mokkink, L. B., de Vet, H. C. W., Diemeer, S., & Eekhout, I. (2022). Sample size recommendations for studies on reliability and measurement error: An online application based on simulation studies. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 22, 1–25.
- Müller, N., Putz, A., Kathmann, N., Lehle, R., Günther, W., & Straube, A. (1997). Characteristics of obsessive-compulsive symptoms in Tourette syndrome, obsessive-compulsive disorder, and Parkinson disease. *Psychiatry Research*, 70, 105–114.

- Nestadt, G. (2010). Obsessive-compulsive disorder: Towards a diagnosis by etiology. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder* (pp. 20–xx). Wiley-Blackwell.
- Norberg, M. M., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1516–1522.
- Novrianto, R., Ticoalu, C. L., Suyasa, P. T. Y. S., Hartanto, S., Goodman, W. K., Storch, E. A., & Jaya, E. S. (2025). *Psychometric evaluation of the Indonesian Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale—Second Edition*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 46, 100965. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100965>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. *Psychometric theory* 3rd ed., New York (1994).
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527–1542.
- Özcan, T., Erkan, K., & Karadere, M. (2013). Brown Assessment of Beliefs Scale: A study of reliability and validity. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 2(2), 60–66. <http://jcbpr.org/index.php/pub/article/view/48>
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J., & Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.002>
- Piacentini, J., Peris, T. S., Bergman, R. L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). Functional impairment in childhood OCD: Development and psychometric properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(4), 645–653. <https://doi.org/10.1080/15374410701662790>
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2000). White bears and other elusive intrusions: Assessing the relevance of thought suppression for obsessional phenomena. *Behavior Modification*, 24, 425–453.
- Rapp, A. M., Bergman, R. L., Piacentini, J., & McGuire, J. F. (2016). Evidence-based assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Central Nervous System Disease*, 8, 13–29. <https://doi.org/10.4137/JCNSD.S38359>
- Rettew, D. C., Swedo, S. E., Leonard, H. L., Lenane, M. C., & Rapoport, J. L. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1050–1056.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R. A., Woody, S. R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., & Leckman, J. F. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An instrument for assessing obsessive-compulsive symptom

- dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11(5), 495–504. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001798>
- Rowa, K., Scott, A., Storch, E. A., Goodman, W. K., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2025). Psychometric properties of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale, second edition, self-report (Y-BOCS-II-SR). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 44, 100932. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2024.100932>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Sanavio, E., & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 659–662.
- Sánchez-Meca, J., López-Pina, J. A., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Rosa-Alcázar, A. I., & Gómez-Conesa, A. (2011). The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory: A reliability generalization meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 473–493.
- Sari, Y. E., Kokoglu, B., Balcioglu, H., Bilge, U., Colak, E., & Unluoglu, I. (2016). Turkish reliability of the Patient Health Questionnaire-9. *Biomedical Research (India)*, 27(S460), S460–S462.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74.
- Smári, J., Bjarnason, B. A., Porleifsson, K., Sturludóttir, S., & Hafsteinsdóttir, P. (1994). Étude psychométrique de la Liste des Pensées Obsédantes en version islandaise. Poster presented at the 22nd Conference of the French Association of Cognitive-Behaviour Therapy, Paris, France.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 79-86.
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Storch, E. A., Cheng, J. S., Higham, M., Muñoz, J. S., Cruz, V. Z., Berrones, D., ... & Orellana, J. L. P. (2025). Psychometric properties of the Spanish Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale–Second Edition. *Psychiatry research*, 348, 116456.

- Storch, E. A., et al. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale– Brown Obsessive-Compulsive Scale–Second Edition. *Psychological Assessment*, 22(2), 223–232.
- Storch, E. A., Lack, C. W., Merlo, L. J., Geffken, G. R., Jacob, M. L., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.03.001>
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., & Goodman, W. K. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 583–592. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816774f0>
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., ... Goodman, W. K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129(1), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.06.009>
- Storch, E. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., Larson, M. J., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale–Brown obsessive-compulsive scale—second edition. *Psychological assessment*, 22(2), 223.
- Støylen, I. J., Larsen, S., & Kvale, G. (2000). The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and OCD in a Norwegian nonclinical sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(4), 283–286.
- Tadai, T., Nakamura, M., Okazaki, S., & Nakajima, T. (1995). The prevalence of obsessive-compulsive disorder in Japan: A study of students using the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and DSM-III-R. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49(1), 39–41. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1995.tb01699.x>
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31, 1083–1100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1289–1314.
- Torres, A. R., et al. (2006). Obsessive–compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978–1985.
- Ujjwal, P., Sanjita, D., & Kumar, F. N. (2024). A Comprehensive Review on Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. *Pharmacophore*, 15(2), 54–62. <https://doi.org/10.51847/7Qc5Z7dkCo>
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale–Brown obsessive-compulsive scale. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 597–605.

- Yorulmaz, O., & Gençöz, T. (2008). OKB semptomlarında yorumlama ve kontrol süreçlerini değerlendiren İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsesif İnanışlar Anketi ve Düşünceleri Kontrol Anketi'nin psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(21), 1–13.
- Yorulmaz, O., Inozu, M., Clark, D. A., & Radomsky, A. S. (2015). Psychometric properties of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a Turkish analogue sample. *Psychological Reports*, 117(3), 781–793. <https://doi.org/10.2466/08.PR0.117c25z4>
- Zhang, C. C., Gong, H., Zhang, Y., Jin, H., Yang, Y., Li, B., ... & Storch, E. A. (2019). Development and psychometric evaluation of the Mandarin Chinese version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale–Second Edition. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41, 494–498. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0224>
- Zohar, A. H., LaBuda, M., & Moschel-Ravid, O. (1995). Obsessive-compulsive behaviors and cognitive functioning: A study of compulsivity, frame shifting and type A activity patterns in a normal population. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 8(3), 163–167.

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam ve Sosyodemografik Form

Bilgilendirilmiş Onam ve Sosyodemografik Form

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Kln. Psk. Selin Tutku Tabur tarafından doktora tezi kapsamında Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği 2'nin (Y-BOCS – II) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasının yapılmasıdır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsmınızı yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.
- Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Araştırmacının		
Adı, Soyadı	:	Selin Tutku Tabur
Adres	:	
Cep Tel	:	

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcının		
Adı, Soyadı	:	
İmza	:	
Tarih	:	

- Bu kutucuğu işaretleyerek aşağıdaki metni kabul etmiş sayılırsınız:

“Başvuruda sunulan bilgilerin doğru olduğunu, “Yale – Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği 2'nin (Y-BOCS – II) Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği ” isimli araştırma/proje süresince araştırma etik ilkelerine uyacağımızı, araştırma ekibinin araştırma hakkında bilgilendirileceğini, araştırmanın uygulanması sırasında beklenmeyen bir durum ve/veya olay olduğunda Etik Kurulu haberdar edeceğimizi, araştırma durdurulduğunda bunu yazılı olarak Kurula bildireceğimizi taahhüt ederiz.”

1. **Cinsiyet:** Erkek ☐ Kadın ☐
2. **Doğum Tarihi:** __/__/__
3. **Adres ve telefon numarası:**
4. **Medeni Durum:** Bekar ☐ Evli ☐ Birlikte yaşıyor ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐
5. **Eğer çocuğunuz varsa çocuk sayısı:** _____
6. **Son bitirilen okul:** İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Terkse kaçınıcı sınıf _____
7. **Meslek:**
8. **Ortalama aylık geliriniz:**
9. **Anne:** Sağ ☐ Yaş: _____ Eğitim: _____ Meslek: _____
Ölü ☐ Öldüğünde kaç yaşındaydınız: _____
10. **Baba:** Sağ ☐ Yaş: _____ Eğitim: _____ Meslek: _____
Ölü ☐ Öldüğünde kaç yaşındaydınız: _____
11. **Anne baba boşanması ayrılığı var mı?** Hayır ☐ Evet ☐
Evetse siz kaç yaşında iken ayrıldılar? _____
12. **Kaç kardeşiniz?** _____ Kız kardeş sayısı _____ Erkek kardeş sayısı _____
Siz baştan itibaren kaçınıcı çocuksunuz? _____
13. **Yetiştirilmenizle dinin önemli bir yeri var mıydı?** Hayır ☐ Evet ☐
Evetse ne bakımdan önemliydi? _____
14. **Ailenizin içinde yaşadığınız toplumdan farklı bir dinsel ya da etnik özelliği var mıydı?**
Hayır ☐ Evet ☐
15. **Çocukluk döneminizde (0-12 yaş) ailenizde ciddi bir hastalık geçiren oldu mu?** Hayır ☐
Evet ☐
Olduysa neydi ve kimdi? _____
16. **Çocukluk döneminde aile içinde şiddete maruz kaldınız mı veya dayak atıldı mı?**
Hayır ☐ Evet ☐
Evetse ne sıklıkta? _____
17. **Çocukluk döneminde/ ilkokulda öğretmen veya arkadaş şiddetine (dayak, tehdit, kötü muamele) maruz kaldınız mı?** Hayır ☐ Evet ☐
Evetse neydi: _____
Ne sıklıkta? _____
18. **Ailenizde herhangi bir ruhsal hastalığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı?**
Hayır ☐ Evet ☐ Evetse kim ve rahatsızlığı neydi: _____
19. **Ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi gördünüz mü?** Hayır ☐ Evet ☐
Evetse neydi: _____
20. **Herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?** Hayır ☐ Evet ☐
21. **Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?** Hayır ☐ Evet ☐ Evetse kaç kez? _____

Ek 2: Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9)

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)				
Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı ☐	Oldukça zorluk yarattı ☐	Çok zorluk yarattı ☐	Aşırı derecede zorluk yarattı ☐
--	--	--	---

Pfizer Inc.in sağladığı eğitim ödeneği ile Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. İzinsiz kopyalanabilir, tercüme edilebilir, teşhir edilebilir ve dağıtılabılır. 5 Hafif 10 Orta, 15-Orta-şiddetli, 20 Şiddetli

Ek 3: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (GAD-7)

GAD-7				
Geçen 2 hafta süresince, aşağıdaki sorunlardan ne sıklıkla rahatsız oldunuz?	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)				
1. Kendini sinirli, kaygılı veya çok gergin hissetme	0	1	2	3
2. Kaygılarını durduramama veya kontrol edememe	0	1	2	3
3. Farklı şeylerden çok fazla endişelenme	0	1	2	3
4. Gevşemede güçlük çekme	0	1	2	3
5. Sakince oturamayacak kadar kendini huzursuz hissetme	0	1	2	3
6. Kolayca kızma ve asabîleşme	0	1	2	3
7. Sanki çok kötü bir şey olacaktı gibi bir korku duyma	0	1	2	3
(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)				

Pfizer Inc.in sağladığı eğitim ödeneği ile Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. İzinsiz kopyalanabilir, tercüme edilebilir, teşhir edilebilir ve dağıtılabilir.
5 Hafif, 10 orta, 15 Şiddetli

Ek 4: Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ-44)

Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ-44)

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için sizin *düşüncenizi en iyi tanımlayan* rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur. Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken *çoğu zaman* nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz. Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

	(1)	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne de katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Soruları puanlarken ölçekteki orta noktayı (4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumlarınıza göre genellikle ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.							
1. Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm.						1	2 3 4 5 6 7
2. Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır.						1	2 3 4 5 6 7
3. Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır.						1	2 3 4 5 6 7
4. Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
5. Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
6. Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
7. Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
8. Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum.						1	2 3 4 5 6 7
9. Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım.						1	2 3 4 5 6 7
10. Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
11. Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir.						1	2 3 4 5 6 7
12. Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7
13. Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7
14. Kararlarımdan emin olmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
15. Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir.						1	2 3 4 5 6 7
17. Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
18. Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
19. Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
20. Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.						1	2 3 4 5 6 7
21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7
22. Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır						1	2 3 4 5 6 7
23. Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım						1	2 3 4 5 6 7
24. Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.						1	2 3 4 5 6 7
25. Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
26. Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir						1	2 3 4 5 6 7
27. Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahtır						1	2 3 4 5 6 7
28. Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.						1	2 3 4 5 6 7
29. Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım						1	2 3 4 5 6 7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
32. İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir						1	2 3 4 5 6 7
33. Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.						1	2 3 4 5 6 7
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılıyorum						1	2 3 4 5 6 7
35. İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir						1	2 3 4 5 6 7
36. Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.						1	2 3 4 5 6 7
37. Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde çalışmam gerekir						1	2 3 4 5 6 7
38. Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir						1	2 3 4 5 6 7
39. Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür						1	2 3 4 5 6 7
40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler						1	2 3 4 5 6 7
41. Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.						1	2 3 4 5 6 7
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir.						1	2 3 4 5 6 7
43. Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.						1	2 3 4 5 6 7
44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.						1	2 3 4 5 6 7

Ek 5: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Moudsly

İsminiz :

Aşağıda yazılmış olan cümlelerden sizde bulunanları “EVET”, bulunmayanları “HAYIR” biçiminde işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce cümleyi dikkatle okuyunuz ve her maddeyi işaretleyin. Kararsız kaldığınız durumlarda “EVET” yanıtını tercih edin.

	Evet	Hayır
1. Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2. Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.		
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6. Normalden fazla bir şekilde doğalgazı, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7. Değişmez kurallarım vardır.		
8. Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9. Kazayla birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.		
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11. Çocukken annem de babam da beni fazla zorlardı.		
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13. Çok fazla sabun kullanırım.		
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19. Pis tuvaletlere giremem.		
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22. Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.		
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.		
25. Alıştığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.		
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34. Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edininirim.		
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

Ek 6: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – II

© Goodman, Rasmussen, Price, & Storch, 2006

Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği - II

Y-BOCS-II Toplam

TOPLAM
1 den 10

HASTANIN ADI _____
HASTANIN KİMLİĞİ _____

TARİH _____
DEĞERLENDİRİCİ _____

	Hiç	Az	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Aşırı
1. OBSESYONLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN	0	<1 saat	1-3 saat	3-8 saat	8-12 saat	12 saat

	Kesintisiz belirti yok	Uzun	Orta	Kısa	Çok Kısa	Hiç
2. OBSESYONLARSIZ GEÇEN ZAMAN ARALIĞI	0	>8 saat	3-8 saat	1-3 saat	dakika <1 saat	süreklili

	Tam kontrol	Çok kontrol	Orta düzeyde kontrol	Biraz kontrol	Az kontrol	Hiç kontrol yok
3. OBSESYONLAR ÜZERİNDEKİ KONTROL	0	1	2	3	4	5

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Aşırı
4. OBSESYONLARIN OLUŞTURDUĞU SIKINTI	0	Hafif derecede rahatsız edici ama idare edilebilir	rahatsız edici ama idare edilebilir	idare etmekte biraz zorluk & çok rahatsız edici	idare etmek çok güç & çok rahatsız edici	ezici

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Aşırı
5. OBSESYONLARDAN KAYNAKLANAN ENGELLENME*	0	belli belirsiz	kesinlikle etkiliyor ama idare edilebilir	bir veya daha fazla alanda	bütün alanlarda önemli düzeyde önemli düzeyde	iş görmez hale getiren

Takıntılar Ara toplamı (1-5 maddeler arası)

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Aşırı
6. KOMPÜLSİYONLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN*	0	<1 saat	1-3 saat	3-8 saat	8-12 saat	12 saat-süreklili

	Her zaman direnmiyor veya direnmeye ihtiyacı yok	Çoğu zaman direnmiyor	Orta düzeyde direnme çabası	Direnmek için biraz çaba	Çoğu zaman teslim oluyor	Her zaman teslim oluyor
7. KOMPÜLSİYONLARA DİRENÇ	0	1	2	3	4	5

	Tam kontrol	Çok kontrol	Orta düzeyde kontrol	Biraz kontrol	Az kontrol	Hiç kontrol yok
8. KOMPÜLSİYONLAR ÜZERİNDEKİ KONTROL	0	1	2	3	4	5

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Aşırı
9. KOMPÜLSİYONLAR ENGELLENİRSE YAŞANAN SIKINTI*	0	hafif derecede sıkıntı	Rahatsız edici ama idare edilebilir	bazı alanlarda belirgin sıkıntı düzeyi	hepsinde belirgin sıkıntı düzeyi	ezici ertelenirse anksiyete yaratıcı

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Aşırı
10. KOMPÜLSİYONLARDAN KAYNAKLANAN ENGELLENME*	0	belli belirsiz	kesinlikle etkiliyor ama idare edilebilir	bir veya daha fazla alanda önemli düzeyde	bütün alanlarda önemli düzeyde	iş görmez hale getiren

* Kaçınmanın aracı rolü düşünülmemeli

Zorlantılar ara toplamı (6-10 maddeler arası)

	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Yok
11. İÇGÖRÜ	0	bazı geçmeyen şüpheler	birçok gerçek dışı korku	aşırı değer verilmiş düşünceler	sanrılı

12:

13:

14:

Türkçe Çeviri: Selin Tutku Tabur, Mehmet Hakan Türkçapar

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Selin Tutku TABUR
Uyruğu : T.C.

EĞİTİM

Derece	Adı	Bitirme Yılı
Üniversite :	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji	2018
Yüksek Lisans :	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji (Tezli)	2020
Doktora :	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji	2025

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görevi
2021 – Halen :	Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar, Psikiyatri Kliniği	Klinik Psikolog/ Bilimsel Asistan
2024 – Halen :	Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research	Yayın Kurulu Üyesi
2019 – 2021:	Esse Psikoloji Danışmanlık Merkezi	Psikolog & Koordinatör
2019 Şubat- Aralık:	Gaziantep Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Gönüllü Psikolog

UZMANLIK ALANI

- Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT)
- MCT (Metacognitive Training) Psikoz, Depresyon ve Beden Odaklı Tekrarlayan Davranışlar
- Ergen ve Yetişkin Psikoterapisi
- Psikolojik değerlendirme ve test uygulamaları (CAS, MMPI)

YABANCI DİLLER

- İngilizce

BELİRTMEK İSTEĞİNİZ DİĞER ÖZELLİKLER

- 2024 – Academy of Cognitive and Behavioral Therapies – (A-CBT)Aaron T. Beck Öğrenci Başarı Ödülü ve Bursu
- 2025 – Beck Institute Student and Early Career Professional Scholarship Competition bursu
- Akademik kitap editörlüğü ve çeviri deneyimi
- Açık erişimli psikoeğitim materyalleri ve podcast içerikleri üretimi
- Çocuk kitabı yazarı

YAYINLAR

Makaleler:

- Tabur, S. T., Akın, E., & Turkçapar, M. H. (2024). Personality traits, preoperational thinking, and mental health. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 24(1), 117–134. <https://doi.org/10.24193/jebp.2024.1.7>
- Tabur, S. T., & Turkçapar, M. H. (2024). Türkiye’de Obsesif-Kompulsif Bozukluğun değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 13(3):341–352. DOI: 10.14744/JCBPR.2024.39481
- Tabur, S. T., & Türkçapar, M. H. (2023). Üçüncü dalga BDT yöntemi olarak Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Psikoterapisinin (CBASP) çeşitli psikopatolojilerde kullanımı ve etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 13(1), 104–110.
- Tabur, S. T., Suna, E., & Türkçapar, M. H. (2023). TSSB’de bilişsel davranışçı terapi: Bir vaka sunumu. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 12(1), 87–94. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.144110>
- Yücel, D., & Tabur, S. T. (2023). Tek hikâyeye dayalı uygulamaların olası tehlikeleri ve tek hikâyeye bağımlılığı önlemek için teknikler. *Psikoloji Araştırmaları*, 1(2), 31–36.
- Tabur, S. T., & Türkçapar, M. H. (2023). Bilişsel davranışçı aile terapisinin gelişimi ve güncel durumu. *KAİDE Dergisi (ASBU Uluslararası Aile Araştırmaları Dergisi)*, 1(1), 1–13.
- Öğütlü, H., Kaşak, M., & Tabur, S. T. (2022). Mitochondrial dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder. *The Eurasian Journal of Medicine*, 54(1), 187-195.
- Kitapcıoğlu, S., & Tabur, S. T. (2024). Türkiye’de aile terapisi uygulamalarının kültürel bağlamda uyarlanması. *Psikoloji Araştırmaları*, 1(2), 31–36.

Kitap / Kitap Bölümleri:

- Türkçapar, M. H., & Tabur, S. T. (2024). Obezitede bilişsel davranışçı terapi. *Türk Bilimler Akademisi Yayınları*. (Baskıda)
- Türkçapar, M. H., & Tabur, S. T. (2023). Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi. *Travma ve Psikoterapiler* içinde. Nobel Yayıncılık.
- Tabur, S. T., & Türkçapar, M. H. (2022). Psikotik bozukluklarda metakognitif eğitim. *Psikoterapiler ve Psikososyal Uygulamalar* içinde (1. baskı, ss. 109-120). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Türkçapar, M. H., & Tabur, S. T. (2021). Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Psikoterapisi (CBASP). *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Yeni Gelişmeler* içinde (ss. 343-382). Nobel Yayıncılık.
- Tabur, S. T., Öğütlü, H., & Türkçapar, M. H. (2024). “Pugna ve Anoreksiya Nervoza” – Bir Yeme Bozukluğu Farkındalık Hikâyesi. Igloo Yayıncılık.

Tez:

- Tabur, S. T. (2020). Bilişsel gelişim düzeyi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki. [Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi].

Sözlü Bildiri & Posterler & Sempozyum:

- Tabur, S. T., & Turkçapar, H. (2024, September). Online CBT Therapy for Agoraphobia: A Case Study. [Poster presentation]. In the 54nd European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT 2024), held in Belgrad, Serbia. (accepted submission)
- Efe, C., Tabur, S. T., & Türkçapar, H. (2024, September). Core beliefs or schemas: Which is more compatible with the cognitive structure? [Open Paper presentation]. In the 54nd European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT 2024), held in Belgrad, Serbia. (accepted submission)
- Tabur, S. T., Akin, E., Yildirim, S., Aykut, E., & Hergül, E. B. (2024, September). The relationship between childhood maltreatment, preoperational thinking, and psychopathology. [Symposium presentation]. In the 54nd European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT 2024), held in Belgrad, Serbia. (accepted submission)
- Goktas, S., Gülerer, Ö., Tabur, S. & Turan, E. (2024, October). Case Report: A Rare Case Of Obsessive And Compulsive Disorder. [Poster presentation]. In the 4th Cognitive Behavioural Psychotherapies Congress 2024, held in Ankara, Türkiye. (accepted submission)
- Tabur, S. T., Uslu, G., Saçak, B., Ataseven, S., Yolartıran, S. & Türkçapar, H. (2024, October). Relationship between Beliefs and Mental Health in Individuals with Obsessive-Compulsive and Anxiety Disorders. [Open Paper presentation]. In the 4th Cognitive Behavioural Psychotherapies Congress 2024, held in Ankara, Türkiye. (accepted submission)
- Tabur, S. T., Topcuoglu, T., Mızrak, Z. B., & Türkçapar, H. (2024, October). Examining the beliefs of individuals diagnosed with OCD and those with both OCD and OCPD. [Open Paper presentation]. In the 4th Cognitive Behavioural Psychotherapies Congress 2024, held in Ankara, Türkiye. (accepted submission)
- Tabur, S. T., Totan, E., Emeksiz, V., Özdemir, M., & Türkçapar, H. (2023, October). Relationship between Childhood Trauma and Preoperational Thinking. [Open Paper presentation]. In the 59th National Congress of Psychiatry, held in Ankara, Türkiye.
- Tabur, S. T., Totan, E., Emeksiz, V., Özdemir, M., & Türkçapar, H. (2023, October). Personality Beliefs and Preoperational Thinking. [Open Paper presentation]. In the 53rd European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT 2023), held in Antalya, Türkiye.
- Tabur, S. T., Türkçapar, M. H., & Ozdel, K. (2023, June). Does Pre-operational thinking predict Borderline personality features? In the 10th World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, held in Seoul, South Korea.
- Tabur, S. T., & Türkçapar, M. H. (2022, September). Cognitive Developmental Level and Psychopathological Symptoms. [Poster presentation]. In the 52nd European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT 2022), held in Barcelona, Spain.
- Türkçapar, M. H., & Tabur, S. T. (2022, September). The Relationship Between Cognitive Developmental Level and the Psychopathology. [Symposium presentation]. In the 52nd European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT 2022), held in Barcelona, Spain.