



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN YAŞAM KALİTESİ VE  
TEDAVİ UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

Hüseyin Mesut MERCAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

GAZİANTEP  
2017

**T.C.**  
**GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ**  
**DAMGALANMANIN YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİ UYUMU ÜZERİNE**  
**ETKİSİ**

**Hüseyin Mesut MERCAN**

Tez Savunma Tarihi: 14.03.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Doç. Dr. Ahmet ÜNAL**  
**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ**  
**Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**Doç. Dr. Ahmet ÜNAL**

**Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ**

**Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN**

**İmzası**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

14/03/2017

Hüseyin Mesut MERCAN



## TEŐEKKÜR

Tez çalıőmamı tamamlamamı sağlayan danıőman hocam Sayın Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ahmet ÜNAL nezdinde eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma,

Tezimin hazırlanma sürecinde istatistiksel konulardaki yardımları gibi, yardıma ihtiyaç duyduğum zamanlarda yanımda olan kıymetli dostum Ahmet KAYIRAN'a,

Bana her zaman ilgi ve destek gösteren, hayatımdaki en büyük Őükür sebebim, her daim dualarını hissettiğim sevgili aileme,

Sonsuz teőekkür ederim.

Hüseyin Mesut MERCAN

# İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR ve SİMGELER.....	v
ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	5
2.1.1. Tanım ve klinik özellikler.....	5
2.1.2. Tanı.....	8
2.1.3. Epidemiyoloji.....	9
2.1.4. Etiyoloji.....	10
2.1.4.1. Biyolojik etkenler.....	11
2.1.4.2. Psikososyal etkenler.....	12
2.1.5. Komorbidite.....	13
2.1.6. Ayırıcı tanı.....	14
2.1.7. Tedavi.....	14
2.1.7.1. Farmakoterapi.....	14
2.1.7.2. Psikoterapi.....	15
2.1.7.3. Elektrokonvulzif tedavi.....	15
2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	16
2.3. Yaşam Kalitesi.....	18
2.3.1. Yaşam kalitesi ve obsesif kompulsif bozukluk.....	19
2.3.2. Yaşam kalitesi ve içselleştirilmiş damgalanma.....	21
2.4. Tedavi Uyumu.....	21
2.4.1. Tedavi rejimi.....	22
2.4.2. İlaça bağlı etkiler ve ilaç yan etkileri.....	22
2.4.3. Hastalığa bağlı etkenler ve bireysel etkenler.....	22
2.4.4. Tedaviye yönelik bilgi eksikliği.....	23
2.4.5. Sosyal çevreye ve aileye ilişkin etmenler.....	23
2.4.6. Tedavi ekibi ile ilgili etkenler.....	24
2.4.7. Ekonomik güçlükler, hastane şartları ve sisteme yönelik sorunlar.....	24

2.4.8. Diğer faktörler.....	24
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırma Tipi.....	25
3.2. Araştırma Yeri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	25
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5.1. Sosyodemografik veri formu.....	26
3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	26
3.5.3. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS).....	26
3.5.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR).....	27
3.5.5. Morisky Uyum Ölçeği .....	27
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	28
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>37</b>
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>46</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>52</b>
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu.....	52
EK-2 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	55
EK-3 Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS).....	57
EK-4 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR).....	58
EK-5 Morisky Uyum Ölçeği .....	60
EK-6 Etik Kurul Onayı.....	61
EK-7 Özgeçmiş.....	63

## KISALTMALAR ve SİMGELER

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
APA	: American Psychiatric Association
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: International Classification of Disease
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
5-HIAA	: 5 Hidroksiİndol Asetik Asit
EKT	: Elektro konvulsif Tedavi
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
İUB	: İki Uçlu Bozukluk
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
Y-BOCS	: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version
MUÖ	: Morisky Uyum Ölçeği

## ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1. RHİDÖ puanı düşük olanları oluşturan sosyodemografik verilerin ilişki ağacı.....	31
Şekil 2. RHİDÖ puanı yüksek olanları oluşturan sosyodemografik verilerin ilişki ağacı.....	32
Şekil 3. RHİDÖ puanı orta olanları oluşturan sosyodemografik verilerin ilişki ağacı.....	32
Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları.....	29
Tablo 2. RHİDÖ Toplam puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi.....	31
Tablo 3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Obsesyon Puan Tanımlamaları.....	33
Tablo 4. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Kompulsiyon Puan Tanımlamaları.....	33
Tablo 5. RHİDÖ Alt Ölçekleri Analizi.....	34
Tablo 6. RHİDÖ ve MUÖ puan tanımlamaları.....	35



## ÖZET

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİ UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Hüseyin Mesut MERCAN

Yüksek Lisans Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez danışmanı: Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

Mart 2017, 63 sayfa

İçselleştirilmiş damgalanma, toplumdaki kişilerin hasta hakkındaki olumsuz kalıp yargılarının hasta tarafından benimsenmesi ve bunun neticesinde değersizlik, yetersizlik gibi olumsuz duygu ve düşüncelerle kendisini toplumdan geri çekmesidir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), bireyin mesleki ve sosyal işlevselliği üzerinde olumsuz etkileri olan, obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize, kronik seyirli ruhsal bir hastalıktır. Bu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın, yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın örneklemini, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi veya Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvurmuş 55 OKB hastasından oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQL-BREF) ve Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ) uygulanmıştır. Adli öyküsü olanların RHİDÖ puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,002$ ). İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile obsesyon düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile kompulsiyon düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,000$ ). İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yaşam kalitesi arasında yüksek düzeyde ters yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,000$ ). İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0,061$ ). Sonuç olarak, OKB hastalarının yaşam kalitesi çalışmalarında içselleştirilmiş damgalanma etkisi dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, İçselleştirilmiş damgalanma, Yaşam kalitesi, Tedavi uyumu

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA ON THE COMPLIANCE TO TREATMENT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Hüseyin Mesut MERCAN

Masters of Science Thesis, Psychiatry Department

Supervisor: Prof Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

March 2017, 63 pages

Internalized Stigma is the devaluation, insignificance, secrecy and withdrawal triggered by applying negative stereotypes to oneself. Obsessive compulsive disorder (OCD) which has serious negative impact on social and occupational functioning of a person is a disease characterized by chronic course, obsessions and/or compulsions. The aim of this study was to describe the effect of internalized stigma on the compliance to treatment and quality of life in patients with OCD. Study sample is consisted of 55 patients diagnosed with OCD, who applied to Kahramanmaraş Sutcu Imam University, Faculty of Medicine, Psychiatry Clinic and Gaziantep University, Faculty of Medicine, Psychiatry Clinic. Sociodemographic data form, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Internalized Stigma of Mental Illness Scale (IMIS), World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHOQOL-BREFTR) and Medication Adherence Scale (MAS) were applied to the patient group. The person who had a criminal history had higher IMIS level than others ( $p=0,000$ ). There is a significant relation between internalized stigma level and obsession level and between internalized stigma and compulsion level ( $p=0,000$ ). There is a significant relation, in a negative way, between internalized stigma and quality of life ( $p=0,000$ ). There is not a significant relation between internalized stigma and compliance to treatment ( $p=0,061$ ). In conclusion, quality of life studies in patient with OCD should consider the effects of internalized stigmatization.

**Key Words:** Obsessive compulsive disorder, Internalized stigma, Quality of life, Compliance to treatment

## 1. GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), temel özelliği obsesyonel düşünceler ve kompulsif eylemler olan ruhsal bir bozukluktur (1). Fobiler, madde kullanım bozuklukları ve majör depresyonun ardından dördüncü sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak saptanan OKB, kişinin sosyal ilişkilerini, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemekle birlikte bu rahatsızlık, sadece hasta üzerinde değil aynı zamanda, birlikte yaşadığı aile bireyleri üzerinde de olumsuz etkiye neden olmaktadır (2).

Bir bireyin veya topluluğun, bedensel yetersizlik, ruhsal bozukluk, ırk, madde kötüye kullanımı gibi etkenlere bağlı olarak değersiz ya da yetersiz olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanan damgalanma, bireylerin benlik saygısındaki zedelenmeyle birlikte sosyal ilişkilerine ciddi oranda olumsuz etki etmektedir. Damgalanmaya maruz kalan ruhsal bozukluğu olan bireyler, hastalıkları ve kendileri hakkında konuşmaktan uzak dururlar. Yeni arkadaş edinmede ve arkadaşlığı devam ettirmede güçlük yaşarlar. Ekonomik kazanç güçleşir. Bu etkenler, hastalığın kabul edilmesinde isteksiz olunmasına, bu kişilerin tedaviye başvurularında ve tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açmaktadır (3,4,5). Bu durumun en önemli sebebi, toplumdaki olumsuz kalıp yargıların hasta tarafından benimsenmesi ve yetersizlik, utanma hissiyle kendisini sosyal yaşamdan uzak tutması olarak tanımlanan içselleştirilmiş damgalanmadır. Yani kişinin öz benliğini damgalamasıdır. Bu tanım, ayrımcılığa maruz kalma ya da dışlanma eğiliminden bağımsız olarak ruhsal bozukluk tanısı veya etiketi alma ile birlikte görülmektedir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki damgalamayla birlikte artış gösterse de en önemli etken hastanın kendisidir (6,7).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanıma göre yaşam kalitesi; 'standartları, hedefleri, beklentilerine ilişkin bireylerin yaşadıkları çevrenin kültür ve değer yargıları çerçevesinde kendi durumlarını değerlendirme biçimidir'. Görüldüğü üzere yaşam kalitesi ve sağlık kavramları iç içe, birbirini açıklayan kavramlardır. Dolayısıyla hastalıkların ve bu hastalıklardan biri olan OKB'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortadadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verdiği bilgilere göre de OKB, işlevselliğe olumsuz etki eden ruhsal ve bedensel hastalıklar arasında onuncu, 15-44 yaş aralığındaki kadınlarda ise beşinci sırada bulunmaktadır (8).

Uyum, kişinin davranışlarını değişen duruma göre değiştirebilmesi olarak tanımlanır. Tüm tedavilerde başarının ana unsurudur. Bu açıdan tedaviye uyum, hastanın sağlıkla alakalı tavsiyeleri kabullenmesi ve bunlara uygun davranmasıdır. Sağlığın gelişmesine engel olan sorunları düşündüğümüzde tedaviye uyum karşımızda önemli bir sorun olarak durmaktadır. Tedaviye uyumu etkileyen bir çok faktör vardır. Bunlardan biri de hastaların damgalanmayı kendileri için içselleştirmeleridir (9,10). Bu çalışmada OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

#### **2.1.1. Tanım ve klinik özellikler**

OKB temel belirtileri obsesyon ve kompulsiyonlar olan, kişiye belirgin şekilde sıkıntı veren kronik bir ruhsal bozukluktur (1).

Obsesyon, bireyin isteği olmaksızın ısrarlı ve zorlayıcı şekilde zihninde yer eden, birey tarafından akıl dışı olarak görülen, kaygıya sebep olan ve tekrarlayıcı özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Obsesyonlar kişinin benliğine yabancı olup denetiminde değildir. Kişi, obsesyonları zihninin bir ürünü olarak görüp bastırmaya veya önem vermemeye çalışır (2).

Kompulsiyonlar ise bireyin, obsesyonlara cevap olarak veya belli kurallara göre gerçekleştirme zorunluluğunu hissettiği, tekrarlayıcı ve belli bir amacı gözeten törensel davranışlar ya da bilişsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, obsesyonla oluşan kaygıyı azaltmak, endişe oluşturan bir durumu engellemek amacıyla gerçekleştirilir. Haz alma ya da doyum sağlama amacı yoktur. Hastalar, sebebini bilmeden kurallarını kendilerinin oluşturdukları eylemleri yapmaktan kendilerini alamazlar. Fakat bu eylemler, engellenmek istenenle tam olarak ilişkili değildir veya abartılıdır (1).

Genel anlamada obsesyonlar, kaygı düzeyinde artışa neden olurken, kompulsiyonlar ise kaygıyı azaltmaktadır. Buna rağmen, kişinin obsesyonlara karşı direnmesi ve kompulsif eylemleri yerine getirmemeleri durumunda kaygı düzeyi artmaktadır. Hasta, obsesyonların ve kompulsiyonların mantık dışı olduğunun farkında olsa ve engellemek için güçlü bir arzu duysa dahi, bunlar üzerinde denetim sağlamada güçlük yaşar. Böylece obsesyon ve kompulsiyonlar bireyin günlük yaşamında, mesleki ve sosyal yaşamında ciddi aksamalara neden olabilmektedir (11,12). Ayrıca OKB tanısı koyabilmek için obsesyon ve kompulsiyonların insan ilişkilerini bozacak ve üretkenliğini azaltacak kadar şiddetli olması gerekir (12). Obsesyonlar ve kompulsiyonlar genelde birlikte görülmektedir. Tek başına kompulsiyonlara pek

rastlanmazken, dikkatli bir şekilde değerlendirildiğinde bu hastaların bir kısmında zihinsel kompulsiyonlar görülebilmektedir (13).

Sıklık sırasına göre obsesyonlar; bulaşma, kuşku, somatik, simetri, saldırganlık, cinsel ve dinsel şeklinde sıralanırken kompulsiyonlar ise kontrol etme, temizleme, sayma, sorma, anlatma ve dua etme, simetri/düzen ve istifleme şeklinde sıralanır (2). Dinsel ve temizlik gibi obsesyonlarının sıklığı kültüre bağlı olarak farklılaşmaktadır (14).

Yaygın görülen obsesyonlardan olan kirlilik/bulaşma obsesyonunda kişi, pis olarak değerlendirilen noktalardan enfeksiyon, üre, meni gibi kişinin kirli olarak nitelendirdiği maddelerin bulaşabileceği endişesi taşır. Nesnelere veya kişilerle olan en ufak bir temasta bile kendilerine geçebileceği endişesini taşır. Bu kişiler el sıkışma, para, kapı tokmağı gibi pek çok şeyi kirlenme kaynağı olarak görmekte, bulaşmayı engel olmak amacıyla eşyalara temas etmekten, insanlara yakın olmaktan kaçınabilirler. Bulaşma-kirlilik obsesyonuna bağlı olarak temizleme kompulsiyonu gelişir. Sık sık ve uzun süre el yıkama ve banyo yapma, tuvalette uzun süre kalma, yıkanmış çamaşır ve bulaşığı tekrar yıkama, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme şeklinde kompulsiyonlar görülebilir (2,11,12).

Şüphe obsesyonu, bir eylemin yerine getirildiğinden emin olamama olarak tanımlanmaktadır. Genellikle kontrol etme-denetleme kompulsiyonları ile birlikte. Hastalar kapı, çeşme, elektrik, tüp vb nesnelere kapatıp kapatmadığından emin olamaz ve sıklıkla kontrol etme ihtiyacı hissederler. Obsesyonları, genelde tehlikeli bir duruma da işaret eder ve güvenliği sağlamak için kontrol etme kompulsiyonu geliştirirler (2,11,12).

Saldırganlık obsesyonunda hastalar, kendisine ya da başkalarına yönelik, zarar verebileceği, saldıracabileceği veya öldüreceği şeklinde takıntılar içerisindedir. Bu obsesyon genellikle ev hanımı olan annelerde, çocuklarına zarar verme obsesyonu şeklinde görülmektedir. Zarar vermek üzere kullanabileceğini düşündüğü bıçak, makas gibi kesici ve delici nesnelere eline almamaya ve ilgili kişilerle yalnız kalmamaya çalışmak gibi kaçınma davranışlarıyla birlikte görülmektedir (2,12).

Simetri ve düzen obsesyonlarına sahip hastalar nesnelere ve olayların tam olarak olması gereken ve mükemmel şekilde olması gerektiği düşüncesini benimserler. Bu tür obsesyonlar neticesinde eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma ile simetri ve düzen kompulsiyonları ortaya çıkmaktadır. Bu durum hastanın hayatında yavaşlamaya neden olup ev ve iş yaşamında gecikmelere yol açar (2).

Cinsel obsesyonlar, oldukça utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen eşcinsellik veya ensest ilişkilerle ilgili düşünceler ve imgeleri içeren obsesyonlardır. Bu obsesyonlar çok rahatsız edici, hakkında konuşulmak istenmeyen, kişinin kendisinde bulunmasından dolayı çok fazla rahatsızlık duyabileceği, ahlaki değerlerine zıt olarak algılanan obsesyonlardır. Genellikle kontrol veya yıkanma kompulsiyonları ile birlikte görülmektedir (2,12).

Dini obsesyonlar, dini ve ahlaki değerlere küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile ilgilidir. Bu obsesyonlar abdestinin ya da namazının bozulduğu, namazda yanlış bir şey söylendiği, gusül abdestinin tam olarak alınmadığı, ibadetlerinde eksiklik olduğu, Tanrı'nın varlığını inkar etme gibi düşüncelerle görülmekte ve genellikle yineleme, yıkanma gibi kompulsiyonlar eşlik etmektedir. Yıkanma kompulsiyonu, dinin temizliğe yaptığı vurguyla ilgilidir. Batı toplumlarından farklı olarak ülkemizde daha sık görülür (2,12).

Somatik obsesyonlar, ciddi bir hastalığa yakalanma düşüncesiyle ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla kontrol etme, güvence arama davranışları ile birlikte görülür. Genellikle güncel hastalıklarla ilgili somatik uğraşlar mevcuttur ve diğer obsesyonların eşlik etmediği durumlarda hipokondriazisten ayrımı güçtür (2).

İstifçilik(biriktirme) gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği bir durumdur. Klinik tabloya egemen olması nadirdir, eğer tabloya hakim olursa daha fazla yeti yitimi olduğu ve tedaviye cevabının düşük olduğu bilinmektedir (2).

Zihinsel kompulsiyonlar tekrarlayıcı şekilde dua etme, sayı sayma, plaka okuma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçlerdir. DSM IV-TR alan çalışmasında zihinsel

kompulsiyonların el yıkama ve kontrol etmeden sonra üçüncü sıklıktaki kompulsiyonu olduğu bildirilmiştir (2,12).

### **2.1.2. Tanı**

Günümüzde OKB tanısı koymada Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan International Classification of Disease (ICD-10) sınıflaması kullanılmaktadır. Duruma özgü özelliklere vurgu yapan birkaç istisna dışında her iki sınıflandırma sistemi OKB'yi benzer şekilde tanımlamaktadır.

#### **DSM-V OKB Tanı Kriterleri:**

‘A. Obsesyonlar ve /veya kompulsiyonlar vardır:

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

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

(2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine aldırılmaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

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

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

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. Günde bir saatten fazla zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.



C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn, yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntulular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluğunda olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/ sanrısız inanışlar: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır' (30).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

OKB'ye 1980'li yıllara değin pek rastlanmasa da hastalıkla ilgili tanısal sınıflamanın yapılması sonrası yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hastalığın görülme sıklığında artış izlenmektedir (13). Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre OKB, fobiler, madde kötüye kullanımı ve majör depresyondan sonra dördüncü sık görülen ruhsal hastalık

olarak saptanmıştır. Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1980-1988 yılları arasında yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında OKB'nin bir yıllık yaygınlığı %1.6, yaşam boyu yaygınlığı ise %2.5 bulunmuştur (2,11).

Ömür boyu yaygınlığı ülkelere göre farklılaşmaktadır. En düşük oranlar Tayvan (%0.5-%0.9) ve Hindistan'da (%0.6) görülmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa ülkelerinde bu oranın %2.6 ve %3.2, Mısır'da ise %2.3 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ömür boyu yaygınlık oranının %2.5-%6.2, 12 aylık yaygınlık oranının %0.5-%5.6 olduğu belirlenmiştir (15,16).

Erol ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, kadınlarda daha sık görüldüğü belirlenmiş olsa da her iki cinsiyet arasında fark bulunmadığını gösteren araştırmalar da vardır (17). Eğrilmez ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre OKB hastalarının birinci derecede akrabalarında görülen ömür boyu yaygınlık oranı %20'dir (18). Rasmussen ve Eisen'e göre OKB, erkeklerde  $19.5 \pm 9.2$  kadınlarda ise  $22 \pm 9.8$  yaşlarında ortaya çıkmaktadır (19). Evlilik durumunu değerlendiren bir çalışmada hastaların %43'ünün hiç evlilik yapmadığı, %52'sinin evlenmiş olup %5'inin eşinden ayrılmış olduğu bulunmuştur (20). Çilli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastalık bekarlarda daha sık görülürken, dul ve boşanmış olanlarda ve ayrı yaşayanlarda ise dört kat arttığı saptanmıştır (21).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

OKB'nin başlangıç ve oluşumuyla ilgili bilgiler kesinleşmiş olmamakla birlikte psikiyatrideki belli ekollere göre farklı bilgiler mevcuttur. OKB'nin tek tip veya homojen bir bozukluk olmaktan ziyade çeşitli faktörlerden etkilenen heterojen bir tablo olduğu kabul görmektedir (15). OKB'nin başlangıç ve oluşumundaki etkenleri genel olarak biyolojik etkenler ve psikososyal etkenler olarak ikiye ayırabiliriz.

##### **2.1.4.1. Biyolojik etkenler**

###### **Genetik**

Genetik etkenlerin OKB oluşumuna etkisiyle ilgili ikiz çalışmaları ve OKB hastalarının birinci derece yakınlarının araştırılmasından kaynaklanan kanıtlar çoğalmaktadır. OKB'li hastalarda yapılan ikiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta

ikizlerine göre yüksek konkordans oranı görülmüştür (%63–%87). Ancak, bu birlikteliğin yüzde yüze ulaşmadığını görülmektedir. Bu nedenle OKB oluşumunda genetik geçişin önemli bir rol oynadığı, ancak çevresel etkenlerin de önemli olduğu sonucuna varılabilir. OKB’li kişilerin, birinci derecede yakınlarında OKB görülme oranı (%10.3-%11.7), kontrol grubunun birinci derecede yakınlarında OKB gözlenme oranından (%1.9-%2.7) daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulgular, genetik faktörlerin etkinliğinin yüksek olduğunu gösterse de tek başına genetik faktörlerin etkili olduğu söylenemez. Ebeveynlerini taklit eden çocuklar OKB belirtilerini öğrenmiş olabilirler (15,22).

### **Nörotransmitterler**

OKB tedavisinde denenen birçok ilaç içinde, sadece güçlü serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili oluşu, bozukluğun patofizyolojisinde serotonin dizgesinin rolü olduğunu düşündürmüştür. Bu varsayımı test etmek için üç alanda çalışmalar yapılmıştır. Birinci alan, kan elemanları gibi periferik dokulardaki serotonin düzeylerinin incelenmesidir. İkinci alan, beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin metaboliti 5 hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin incelenmesidir. Üçüncü alan ise serotonerjik yanıtın incelenmesi çalışmalarıdır. Daha önce de belirtildiği gibi, serotonin geri alım inhibitörleri OKB semptomlarında bir düzelme sağlamaktadır. Ancak olayın sadece geri alım inhibisyonu ile açıklanması mümkün değildir. Çünkü bu etki ilacın verilmesinden sonraki dakikalarda oluşurken, antiobsesyonel etkinin ortaya çıkması haftalar alır. Bu durumda söz konusu ilaçların etkisi ya serotonin üzerindeki akut etkileriyle ilgili olmayan başka bir mekanizmaya ya da kronik şekilde engellenen serotonin geri alımının presinaptik veya postsinaptik düzeylerde oluşturduğu uzun süreli etkiye bağlı olmalıdır (15).

### **Beyin görüntüleme çalışmaları**

OKB’li hastalar üzerinde yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, hastalıkta orbitofrontal limbik bazal gangliyon talamik halkadaki anormalliklerin önemli olduğunu vurgularken, nörofarmakolojik çalışmalar serotonerjik sistemdeki işlev bozukluğuna işaret etmektedir (15).

## **Nöropsikolojik bulgular**

OKB'li hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda, sözel olmayan bellek, görsel-uzamsal yetiler, yürütücü işlevler gibi alanlarda nöropsikolojik kanıtlar bulunmuştur. Özellikle frontostriatal sistemlerdeki bir işlev bozukluğunun OKB'yi oluşturduğu ifade edilmiştir (22).

### **2.1.4.2. Psikososyal etkenler**

#### **Psikodinamik etkenler**

OKB ile alakalı psikanalitik açıklamalar, psikanaliz akımının öncüsü Sigmund Freud tarafından geliştirilmiştir. Freud, diğer nevrotik bozukluklar için yapmış olduğu açıklamayı OKB'ye de genellemiştir. Bu teoriye göre OKB'de merkezî rol ego üzerindedir. Ego gerileme (regresyon) ile kişinin saplanmış olduğu nesne ya da doyum şekline geri dönmektedir. Bu hastalar, öidipus dönemden kaynaklanan çatışma durumlarında, ego kontrolündeki azalmayla birlikte anal döneme ait istek ve ihtiyaçlara geri dönmektedirler. Süperegonun ego üzerindeki denetiminin artmasıyla bireyler, kendilerini bazı görevleri yerine getirmek veya düşünmek zorunda hissederler. Bu görevlerin yerine getirilmemesi durumunda ego kendini büyük bir tehdit ile altında hisseder. Bu tehdit ise kaygıyı oluşturan başlıca etkendir (23).

Psikanalitik teoriye göre, dürtülerle baş etmede yalıtma, yap-boz ve karşıt tepki oluşturmada oluşan üç ana savunma mekanizması etkili olmaktadır. Yalıtma ile dürtünün duygusal bileşiminden ayrılması, yap-boz ile kompulsif eylemin bir ikincisi yoluyla iptal edilmesi ile kaygıya neden olan obsesif düşüncelerden kurtulması söz konusu olur (24). Karşıt tepki oluşturma ile dürtülerin tehdidi altındaki ego dürtüsel içeriğin tersi yönünde bir tutum geliştirir. Böylece kaygıyı artıran içerik bilinçdışında tutulurken, dürtüsel içeriğin zıttı bilinç düzeyinde yer alır. Bilinçdışında kirlilik dürtüsü yer alırken bilinç alanında bireyin temiz olmaya yönelmesiyle kirlenme obsesyonları ve temizlenmeye yönelik kompulsif davranışlar ortaya çıkabilmektedir (25).

#### **Bilişsel davranışçı etkenler**

OKB'nin bilişsel açıklamasına göre, istenmeyen düşünceler genel popülasyonun büyük bir kısmı için olağan yaşantılar olup OKB'li kişiler bu yaşantıları farklı yorumlamaktadır. Sağlıklı bireyler bu takıntıları görmezden gelebilirken, OKB'si olan

bireyler bunlara daha fazla anlam yüklemektedirler. Altta yatan bazı inançlar, OKB'si olan bireylerin zorlantılı yaşantılara olan tepkisinde belirleyici olmaktadır. Bu inançlar, bireyin kendi benliğine veya diğer kişilere zarar vermekten sorumlu olduğu ve buna engel olmak için bir şeyler yapması gerekliliği gibi abartılı düşüncelerle tanımlanmaktadır. Kaygıya neden olan bu düşünceler, kompulsiyon, bastırma ve kaçınma gibi çabalarla azaltılmaya çalışılmaktadır. OKB'nin obsesyonlar ve kompulsiyonlardan oluşan iki temel bileşeni genel olarak bilişsel ve davranışsal ögeler olarak ifade edilebilir (26).

### **2.1.5. Komorbidite**

Epidemiyolojik alan çalışmalarından alınan verilere göre OKB'si bulunan hastaların üçte ikisi ek bir ruhsal hastalık tanısı almaktadır. Bu bozukluklar görülme sıklığına göre özgül fobi (%48.3), yaygın anksiyete bozukluğu (%33.3), panik bozukluk (%28.3), sosyal fobi (%26.7), agorafobi (%10) ve travma sonrası stres bozukluğudur (%5). Epidemiyolojik alan çalışmalarına göre OKB'nin majör depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme sıklığı yüksektir. OKB'li bireylerde majör depresyonun birliktelik oranı %12.4 ile %60.3 arasındayken, OKB ve anksiyete bozukluklarının birliktelik oranının %24.5 ile %69.6 arasında olduğu görülmektedir (16,27).

OKB'de şizofreni özelliklerinin görülmesi veya kronik şizofreni hastalarında obsesif ve kompulsif belirtilerin birlikteliği klinik gözlemlerde sık karşılaşılan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda OKB ve şizofreni birlikteliğinin %15-%30 arasında olduğu görülmektedir (16).

OKB ve kişilik bozukluklarının birlikte görülme sıklığının %52 ile %83 arasında olduğu bildirilmektedir. OKB ile Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) arasındaki ilişki tartışılmaya devam etmekle birlikte bu iki bozukluğun birbirinden farklı etiyolojik kökenleri olduğu kanısı gittikçe etkisini artırmaktadır. OKB ve kişilik bozuklukları birlikte sık görülse de OKB'ye özgü bir kişilik bozukluğu bulunmamaktadır (16,27,28).

### **2.1.6. Ayırıcı tanı**

OKB ve şizofrenin birlikteliği sık karşılaşılan bir durumdur. Ayrıca gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş olan ve obsesyonu hezeyan düzeyine ulaşan OKB hastalarında psikotik belirtilerin varlığı hezeyanlı bozukluk ek tanısıyla gösterilebilir. Bununla birlikte OKB ve şizofreni, anlamsız basmakalıp davranışlar, sanrısız düşünceler ve içgörü düzeyi ile birbirinden ayrılır.

Yaygın anksiyete bozukluğunda anksiyetelerin kaynağı genellikle OKB'den farklıdır. OKB'de kaygı genellikle bulaşma, kuşku, somatik, simetri gibi etkenlerden kaynaklanırken, yaygın anksiyete bozukluğunun kaynağı daha çok aile, sosyal çevre, ekonomi gibi günlük yaşam olaylarıyla ilgilidir. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğunda kompulsif ritüellere rastlanmaz.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda düzenlilik, mükemmeliyetçilik ve denetim altında tutma isteği gibi belirtilerle kendini göstermektedir ve bu belirtiler OKB belirtilerinin varlığı kadar belli değildir. Ek olarak obsesif kompulsif kişilik bozukluğu belirtilerinin genç erişkinlik yaşlarında başlamış olması gereklidir (16).

### **2.1.7. Tedavi**

OKB tedavisinde farmakolojik tedaviler kadar psikoterapilerde başarıyla kullanılmaktadır. Her iki tedavi yönteminin birlikte kullanımının daha etkili olduğu bilinmekle birlikte hastanın bireysel özelliklerine göre bu tedavilerden birine öncelik verilebilmektedir (15).

#### **2.1.7.1. Farmakoterapi**

OKB tedavisinde, serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etkinliğine dair araştırmalar gittikçe artmaktadır. OKB tedavisinde SSRI'ların birinci basamak ilaç olarak kullanılmasındaki en önemli etken trisiklik ilaçlardan daha iyi tolere edilmesidir. SSRI'lar, OKB tedavisinde çoğunlukla depresyon tedavisinde tavsiye edilen dozajdan daha fazla kullanılırlar. Bu tedavilerin istenilen etkiyi oluşturmaması durumunda bir nöroleptik veya lityum ile güçlendirme tedavisi planlanabilir. Monoaminooksidaz inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepam OKB tedavisinde etkili olabilecek diğer ilaçlardır (16).

### **2.1.7.2. Psikoterapi**

OKB tedavi edilmediğinde belirti şiddetinde değişiklikler görülmekle birlikte genellikle kronik bir seyri vardır. Bilişsel davranışçı terapi, OKB tedavisinde en sık uygulanan ve gittikçe yaygınlaşan psikoterapi yaklaşımlarından biridir (26). Bilişsel davranışçı terapinin iki unsurundan biri olan bilişsel ögesinde obsesif düşüncelere sebep olan bilişsel çarpıtmalar değiştirilirken davranışsal boyutta yüzleştirme ve tepkiye engel olma gibi yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Psikoterapi seansları sırasında veya ev ödevleri şeklinde yapılan uygulamalarla hastalar kaygıya ya da kaçınmaya neden olan durumlara kademeli şekilde maruz bırakılmaktadır. Hasta, kaygıya neden olan uyarana karşı karşıya kaldığında kaygı şiddeti giderek artmaktadır. Belli bir süre kaygıya neden olan uyarana maruz kaldığında ise kaygı düzeyi gittikçe azalmaktadır. Teknikler uygulanmaya başlamadan önce hastaya uygulama esnasında kaygı düzeyinin artacağı ve zamanla bu kaygının azalacağı hakkında bilgiler verilmelidir. Hastalar kaygı veren uyarana gerçek yaşam koşullarında (in vivo) ya da hayalleme (in vitro) aracılığıyla yüzleştirilebilir. Bununla birlikte gerçek yaşam koşullarında yapılan yüzleştirmenin daha etkili olduğu bilinmektedir. Yüzleştirme terapilerinin hızı değerlendirildiğinde, hızlı yapılan yüzleştirme tedavilerinden daha çabuk sonuç alınsa da uzun süreli yapılan yüzleştirme seansları kısa süreli yüzleştirme seanslarından daha etkili olmaktadır. Bilişsel-davranışçı terapilerde hastanın kaygılarıyla ilgili notlar alınması gerekmektedir. Bu alınan notlar obsesyon ve kompulsiyonların türü, süresi, sıklığı ilgili bilgilerin terapist ve hasta tarafından somut bir şekilde görülmesine yardımcı olur. Ayrıca bu notlar aracılığıyla yapılan psikometrik ölçümler ile terapi öncesi ve sonrası bilgiler kıyaslanarak tedavinin gidişi hakkında değerlendirme yapılabilir. Bilişsel terapi oturumları sırasında veya verilen ödevlerle obsesyonların ortaya çıkmasında etkili olan olumsuz otomatik düşünceler saptanır ve çeşitli yöntemlerle bu yanlış inanışların doğru olup olmadıkları değerlendirilir (29).

### **2.1.7.3. Elektrokonzülf tedavi**

SSRI ve bilişsel davranışçı terapi teknikleri uygulamalarından yanıt alınamayan hastalarda elektrokonzülsif tedavi (EKT) uygulanabilir. Anestezili EKT gınaşırı olmak üzere toplam 6-8 seans uygulanabilir. OKB'li hastalarda EKT'ye yanıt oranı %50-%60 arasında değişmektedir (30).

## 2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanmayı doğru bir şekilde değerlendirebilmek için öncelikle damgalamanın ne olduğuna bakmak gerekir. Bu alanda çok sayıda çalışma yapmış olan Corrigan ve arkadaşları damgalamayı; bir bireyin veya topluluğun, ruhsal bozukluk, ırk, madde kötüye kullanımı veya bedensel engellilik gibi özelliklerine bakılarak kusurlu ya da değersiz olarak değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır (3).

Üzerinde korkutucu bir etiket bulunan hastalıkları düşündüğümüzde AIDS, Kanser, tüberküloz, epilepsi gibi hastalıklar ilk akla gelenleridir. Bu hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan kişiler bile bu hastalıklar hakkında ciddi ve olumsuz ön yargılarla yaşamaktadır. Ruhsal hastalıklar ise bu tür ön yargılardan en çok nasibini alan hastalıklardandır (31). Ruhsal bozukluklara ilişkin damgalamanın araştırıldığı çok sayıdaki çalışmada halkın, ruhsal hastalığı olan kişilere karşı olumsuz tutum takındığını, bu kişilerle yakınlık kurmaktan kaçındığı görülmüştür. Ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli ya da saldırgan kişiler olarak algılanması bu kaçınmanın en önemli nedenlerinden biridir (32). Damgalama sebebiyle ruhsal hastalığı olan kişiler kendileri ve hastalıkları hakkında konuşmamayı tercih ederler. Çoğunlukla yalnız, toplumdan soyutlanmış ve yanlış anlaşılmiş olarak hayatlarını sürdürürler. Aile ilişkilerinde, gündelik sosyal yaşamında veya mesleki ilişkilerinde eşit katılımın gerektiği durumları reddederler (5).

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin damgalanması, bu bireylerin tedaviye başvurmalarını ve tedaviye uyumlarını olumsuz etkilemekte ve dolayısıyla onların sosyal yaşamlarında ciddi sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Hastanın öz saygısı azalır, iş bulmak güçleşir, arkadaş edinme ve arkadaşlığı devam ettirme zorlaşır, aile ilişkileri olumsuz etkilenir. Bu durumlar hastanın yanı sıra hasta yakınlarını da olumsuz etkiler. Tüm bunlar hastalığın kabul edilmesinde isteksizlik oluşturur ve tedavinin engellenmesine neden olur (5,33).

Damgalama eğiliminin toplumun bazı kesimlerinde daha yoğun olduğu görülmektedir. Damgalama tutumları üzerinde sosyo-ekonomik düzeyin etkilerine bakıldığında, üst sosyo-ekonomik düzeyden bireylerin ruhsal bozukluklarla alakalı daha fazla bilgili



oldukları ve ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı yaklaşımlarının daha hoşgörülü olduğu görülmüştür (33). Kırsal kesimde yaşayanların ve toplumun büyük kısmının ruhsal bozukluk ve ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı olumsuz kanaat ve tutuma sahip oldukları görülmektedir (34). Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı bu tutumların yanı sıra toplumun ruhsal hastalıklar ve bu hastalıkların tedavileriyle alakalı bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olmadığı görülmektedir (32). Sosyodemografik değişkenler, hastalık türü ve belirtileri, hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel yakınlık seviyesi, hastanın bireysel özellikleri gibi etkenler de ruhsal bozukluğu olanlar kişilere karşı tutumların belirlenmesinde etkili olduğu görülmektedir (35).

Damgalanma ile alakalı ilk çalışmalarda, damgalanmaya maruz kalan bireylerin damgalanmayla ilgili öznel duygu ve düşünceleri yeteri kadar çalışılmamış olup diğer kişilerin bazı sınıflara dair damgalamaları üzerinde daha fazla durulmuştur (33). 1980'li yıllarda eşcinsel örneklemler üzerinde yapılan çalışmalarla damgalanan kişilerin damgalanmayla ilgili öznel deneyimleri araştırılmaya başlanmıştır (36). Corrigan ve arkadaşlarının tanımlamasına göre içselleştirilmiş damgalanma; toplumdaki kişilerin hasta hakkındaki olumsuz kalıp yargılarının hasta tarafından benimsenmesi ve bunun neticesinde değersizlik, yetersizlik gibi olumsuz duygu ve düşüncelerle kendisini toplumdan geri çekmesidir (6). İçselleştirilmiş damgalanma, damgalanma algısı kavramıyla aynı anlama gelmemektedir. Damgalanma algısı, bireyin başka kişiler tarafından damgalandığını fark etmesiyken, içselleştirilmiş damgalanma bireyin kendisini damgalamasıdır. En önemli etken kişinin kendisidir. Hastanın sosyal çevresinin damgalamaya ilişkin tutumuyla artış yada azalma görülebilmektedir (7).

Yapılan çalışmalarda, içselleştirilmiş damgalanmanın hastanın işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bir araştırmada içselleştirilmiş damgalanması olan kişilerin, işlevsellik düzeyinin daha düşük, depresif dönem sayılarının daha fazla, iyilik dönemlerinin daha kısa sürdüğü görülmüştür. Mevsimsel gidiş görülen ve hızlı döngülü hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın daha yaygın olduğu görülmüştür (37). Ruhsal bozukluk türü de içselleştirilmiş damgalanma üzerinde etkili olmaktadır (38). Şizofreni hastalarının damgalanmadan en çok etkilenen hastalar arasında olduğu görülmüştür (39). İki uçlu bozukluk hastalarına bakıldığında işlevsellik azaldıkça içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı bildirilmiştir (38).

Ruhsal bozukluklara ilişkin damgalamanın, tedavi için başvuruyu ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkilediği düşünüldüğünde, içselleştirilmiş damgalanma, tedavi sürecinde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur (32,33). Çünkü içselleştirilmiş damgalanma, hastaların çözüm arayışında, sağlık çalışanıyla ilişkisi ve tedaviye uyumunda oldukça belirleyicidir (32). Bu doğrultuda; hasta merkezli yaklaşımın hedef alındığı psikoeğitimin yanı sıra muhtarlar din adamları, sağlık çalışanları ve öğretmenler gibi toplumu etkileyen ve eğitim verebilecek konumdaki kişilerin damgalama ile mücadelede etkin katılımlarının sağlanması, hasta yakınlarının psikoeğitime dahil edilmesi, damgalayıcı yan etkilerin daha az görülmesini sağlayacak olan atipik antipsikotik ilaçların reçete edilmesi, Ruh Sağlığı Yasası'nın kapsamının genişletilmesi, hasta ve yakınlarının daha kolay ulaşabileceği toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaşması, damgalayıcı ifadeler yerine ruhsal hastalıkların tıbbi adının kullanılması, tutumların ölçülmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili görüş birliğinin sağlanarak ruhsal hastalıklara dair tutumların ölçülmesi tavsiye edilmiştir (31,39).

### **2.3. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesinin çok sayıda tanımına rastlamak mümkündür. Dalkey ve Rourke yaşam kalitesi kavramını bireyin kendisini iyi hissetmesi, hayattan aldığı doyum ve mutluluğu şeklinde ele almıştır (40). Havighurst'un tanımına göre yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamı ile ilgili öznel değerlendirmelerini kapsayan iç faktörlerin yanı sıra sosyal etkinlikler ve iletişim gibi ölçülebilir eylemleri kapsayan dışsal faktörleri ifade eder (41). Shin ve Johnson'a göre yaşam kalitesi; kişinin ihtiyaçlarını karşılaması, aktivitelerde yer alması, kişisel gelişim imkanlarından faydalanması, maddi açıdan yeterli kaynakları olmasıdır (42). Andrews ve Whitney'e göre yaşam kalitesi, kişinin toplumsal ilişkilerden doyum almasıdır (43). Mutluluk duygusunu değerlendiren ve çeşitli doyum alanlarını belirleme amacıyla yapılan bir çalışmaya baktığımızda sağlık, medeni durum, aile yaşamı, ulusal politika, arkadaşlık, barınma, meslek, toplum, inanç/din, sanatsal ya da sportif faaliyetler ve ekonomi gibi unsurların yaşam kalitesinin belirleyicileri oldukları görülmektedir (44).

Yapılan diğer tanımlarda göz önünde bulundurularak yaşam kalitesi, kişinin önemli ihtiyaçlarının, sosyal beklentilerinin karşılık bulması ve içinde bulunduğu toplumun

sağlamış olduğu imkanlardan faydalanması şeklinde tanımlanabilir. Sağlık kavramının geniş tanımına baktığımızda, yalnızca bir hastalık ya da engelin bulunmaması değil, bununla birlikte bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik ve huzur içinde bulunması olarak ifade edilmektedir. Bu şekilde değerlendirildiğinde sağlık, yaşam kalitesi kavramını kapsamaktadır (45). Yaşam kalitesi kavramı iki farklı boyuttan oluşur. Kişinin kendi yaşamından doyum sağlaması, kendini iyi hissetmesi gibi ifadeler bu kavramın öznel boyutunu belirler. Diğer yandan özgür yaşayabilme, sosyal iletişim, üretkenlik gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının nesnel boyutunu ifade etmektedir (7).

DSM-IV tanı sisteminde bozukluk kavramını tanımlanırken hekim tarafından bireyin ruhsal yada bedensel işlevselliğinin olumsuz etkilendiği kanısına varılması gerektiği vurgulanmıştır (1). Hastalık ise; hastanın bedensel veya ruhsal bir rahatsızlığının olumsuz etkilerine yönelik öznel farkındalığı olarak ifade edilmektedir. Özetle, hastalıkta öznel, bozuklukta ise nesnel değerlendirme esas alınır. Bu bağlamda yaşam kalitesi kavramı da bireyin kendi durumunu algılayış şekli olarak ifade edilmiştir. Yaşam kalitesi kavramı patoloji ve patolojiye bağlı olarak işlevselliğin olumsuz etkilenmesi ile alakalı olmasının yanı sıra daha genel ve işlevsellikten bağımsız olabilmektedir. Hastalığın birey yaşamı üzerindeki çeşitli etkilerinin öznel bir şekilde ifade edilmesine olanak sağlayan yaşam kalitesini değerlendirme araçları ile birlikte, hastalığın neden ve sonuçları değerlendirilebilmekte ve hastanın hastalığın etkileri hakkındaki öznel değerlendirmelerini anlayabilme imkanı sağlanabilmektedir. Bu yüzden, yaşam kalitesi tedavi planlamasında göz ardı edilmemesi önemli bir unsur olarak görülmelidir (7).

### **2.3.1. Yaşam kalitesi ve obsesif kompulsif bozukluk**

Bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarıyla OKB, bireyin birçok alandaki işlevselliğinin olumsuz etkilendiği bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakıldığında işlevsellik üzerindeki olumsuz etkisi açısından OKB, bedensel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu, 15-44 yaş aralığındaki kadınlarda beşinci sırada bulunmaktadır (8).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yaşam kalitesinin klinik etkenlerini araştıran bir çalışmada obsesyonların ve depresyon düzeyinin yaşam kalitesinin belirleyicisi

olduğu, fakat kompulsiyonların yaşam kalitesine etki etmediği görülmüştür (46). Yapılan bir başka araştırmada da hastalık düzeyinin bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (47).

OKB'si olan hastalarda en çok ruhsal sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında etkilenmeler tanımlanmıştır. Fiziksel sağlık açısından etkilenmenin olduğuna dair çalışmaların bulanmasına karşın, fiziksel sağlık alanıyla ilgili herhangi bir farkın bulunmadığı araştırmalarda mevcuttur (48,49). Olumlu ya da olumsuz duygular, zgven, bilişsel beceriler ve beden algısı gibi kavramlarla alakalı bireyin öznel değerlendirmeleri yaşam kalitesinde ruhsal alanı ifade eder. Bireyin bağımsızlık düzeyi algısı ise ocuk bakma, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işleri ve sosyal faaliyetleri başkalarının yardımı olmaksızın sürdürebilmesini ifade etmektedir. Aynı zamanda bağımsızlık algısının OKB hastalarının sağlık yardımı arama davranışına etki eden bir unsur olduğu görülmüştür (48). OKB hastalarıyla birlikte yaşayan aile fertlerinin %87'sinde törensel ritüellerin çok rahatsız edici bir duruma dönüştüğü görülmüştür. Hastaların belirtilerine göre ailelerin ev düzenlerinde değişiklikler olmaktadır. Evli olan OKB hastalarının yarısından fazlasında obsesyon ve kompulsiyonlardan dolayı uyum sorunları yaşanmaktadır. Aile içi çatışmalar, duygusal doyumsuzluk, cinsel problemler, sosyal faaliyetlerin kısıtlanması gibi sorunlarla birlikte hastanın yanı sıra aile fertlerinin de ruhsal ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca obsesyonların olumsuz etkisi daha çok hasta tarafından algılanırken, kompulsiyonlar hem hasta hem de yakınlarını olumsuz etkilemektedir (48). Hasta yakınları için tahammül edilmesi gittikçe zorlaşan törensel davranışlar sebebiyle OKB hastaları çoğu zaman baskıya maruz kalırlar. Hastalık şiddeti arttıkça hasta üzerindeki sosyal baskı artmaktadır (47). Birçok yazar tarafından şaşırtıcı bulunsa da, iki çalışmada OKB'de yaşam kalitesinin şizofreniye göre daha bozuk olduğu ileri sürülmüş; bir çalışmada ise OKB ile şizofreni arasında fark bulunmamıştır (48).

Hastalık süresi, hasta üzerindeki sosyal baskı, işlevsellik düzeyi, maddi olanaklar ve sosyal faaliyetlere katılım becerisi gibi etkenlerin yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir (48).

### **2.3.2. Yaşam kalitesi ve içselleştirilmiş damgalanma**

Literatürde damgalamanın yaşam kalitesine olan etkisine dair ilişki kuran araştırmalar mevcutken (35) bu iki değişken arasında ilişki kurmayan araştırmalarda mevcuttur (37). Özellikle kronik ruhsal hastalıkların tedavisini olumsuz etkileyen damgalanma algısı yaşam kalitesinin bozulmasında etkili olur. Bu anlamda içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi planlamasında dikkate alınması gereken önemli bir unsur olduğu göz ardı edilmemelidir (37).

### **2.4. Tedavi Uyumu**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre uyum, 'tedavi gören, diyet yapan ya da yaşam biçiminde değişiklikler yapan bir kişinin bir sağlık çalışanının kabul görmüş tavsiyelerine uyma düzeyidir (3). Tedaviye uyum ise hekimin tüm tavsiyelerine hastanın davranış boyutunda uyum sağlaması olarak ifade edilebilir. Bu terim sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedaviye karışan bütün diğer faktörlere uyumu da içine alır: Tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına düzenli gelme, tedavi planını tamamlama, ilaçları önerilen şekilde kullanmayı içeren bir konudur. Tedavi uyumu hastanın sağlık davranışı ile tavsiye edilen tıbbi davranışın denklik ölçüsü olarak da tanımlanır (9).

Tedaviye uyum hem prognozu etkileyen hem de tedavi maliyetini düşüren bir faktör olarak kabul edilmekte, tedaviye uyumsuzluk ise özellikle süregelen hastalıklarda tedavinin başarısını olumsuz etkileyen bir sorun olarak görülmektedir. Tedaviye uyum özellikle psikiyatrik hastalarda ilaç tedavisi için çok önemli bir konudur. İlaçlar tavsiye edildiği doğrultuda alınmadığı takdirde olumlu klinik sonuçlar alınmaz ve hastalık belirtileri ve atak sayısı, hastanede yatış sayısı, intihar oranı ve hastalık maliyeti artar. Dolayısıyla ilaç uyumsuzluğu psikiyatri hastalarında olumsuz klinik sonuçların en önemli risk faktörüdür (50,51,52).

Uzun süreli ilaç tedavisi için bildirilen ortalama uyumsuzluk oranı %41'dir (53). Ruhsal hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk oranı %20-%50 olarak bildirilirken bu oran psikotik hastalıklarda %70-%80'e kadar yükselmektedir. Yapılan araştırmalarda uyumsuzluk nedenleri, doz ve zamanlarını açıklamak için hekimlerin yetersizliği (%92), ilaç yararına

inanmama (%76), ilaç almayı unutma (%36), sedasyon (%30) ve ilaç maliyeti (%22) şeklinde sıralamışlardır (50,51,52).

İlaç uyumu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda ise uyumsuzluk nedenleri olarak depresif hastalarda, bilgi eksikliği, ilaç yan etkileri gösterilirken, psikotik hastalarda ise ilacın etkisine inanmama, ilaç yan etkileri, hastaneye getirecek kişilerin olmaması ve hastanın aileyle sorun çıkarması olarak bildirilmiştir (50).

Yapılan bazı çalışmalarda hastaların ilaç uyumunu etkileyen çeşitli faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler:

#### **2.4.1 Tedavi rejimi**

Zor tedavi rejimleri, günde birçok kere ilaç almak gibi tedavi planındaki karışıklık ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlardan birisidir. İlaçların çok sayıda olması uyumu azaltabilir, hastalar tedavi rejimini yönetmede zorlanabilirler ve uyumsuzluk riski artar (50,51,54,55,56).

#### **2.4.2. İlaça bağlı etkiler ve ilaç yan etkileri**

Faydalı etkinin yavaş yavaş veya geç başlaması, ilaç kesilmesi ile ortaya çıkan negatif etkilerin gecikmesi, ilaca ilişkin daha önceki olumsuz deneyimler, ilaç bağımlılığı korkusu, uzun bir süre ilaç kullanma gerekçesinin profilaksi olduğunu anlamakta zorlanma gibi faktörler ilaca bağlı uyumu etkileyen faktörlerdir. Erken dönemde başlayan ve rahatsızlık hissine yol açan ilaç yan etkileri ve ilaçların tedavi edici etkilerinin geç ortaya çıkması uyumu etkileyen faktörlerdendir (50,54,55,56,57).

#### **2.4.3. Hastalığa bağlı etkenler ve bireysel etkenler**

Hastanın hastalığa dair içgörüsünün yeterli düzeyde olmamasına bağlı olarak ilaç kullanımına ilişkin hastanın yaşadığı kuruntu ve korkular, ilaç uyumunu etkilemektedir (54,55,56). İçgörü ve tedaviye katılımın yetersiz olması genellikle hastalıkların kötü sonuçlanmasına neden olmaktadır (57).

İlaç uyumunu etkileyen bireysel etkenler: ilaç almak için bir neden görmeme, hasta olduğuna inanmama, ilaçların kendilerine zarar verdiğine inanma, ilaçların günlük yaşamlarında rahatlamadan çok sınırlama getirdiğine inanma sayılabilir. Aynı zamanda bazı hastalar “uzun bir süre ilaç kullandıktan sonra tedavi olduğunu düşünerek”, bazıları “her şey yolunda gittiği için”, bazıları “başkalarının kendisinin psikiyatri hastası olduğunu anlayacağı”, bazıları ise “beyninde bir sorun olmadığı” düşüncesi gibi nedenlerle ilaç kullanmayı bırakabilir veya reddedebilir. Hastaların bağımsız olma ve kendi kendilerini kontrol etme arzularından kaynaklanan davranışlarının ilaç uyumunda öneminin büyük olduğu tespit edilmiştir (9).

Beşiroğlu ve arkadaşlarının OKB hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada, hastalığın belirti türünün Sağlık Yardımı Arama Davranışı (SYAD)’nı etkilediği görülmüştür. Saldırganlık ve dini obsesyonları daha fazla olan OKB hastalarında Sağlık Yardımı Arama Davranışının daha fazla olduğu bulunmuştur (47).

#### **2.4.4. Tedaviye yönelik bilgi eksikliği**

Hasta ve yakınlarının hastalık veya tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmemiş olmaları veya tedaviyi yanlış yorumlama, ilaçların yararı olmayacağı inancı ve tedavi olmayı istememeleri uyumu etkilemektedir (50,54,55,56).

#### **2.4.5. Sosyal çevreye ve aileye ilişkin etmenler**

Morisky ve DiMatteo tedavi uyumunun farklı boyutlarıyla incelenmesi gereken bir davranış olduğunu bildirmişlerdir. Bu boyutlardan biri de sosyal destektir. Aile, arkadaş ve eş desteğinin hastaların işbirliğini etkilediği görülmüştür (57,58).

Sosyal ve çevresel desteğin yeterli olmaması, hasta ve yakınlarının ruhsal hastalığa ve ilaç tedavisine ilişkin tutumları, ilaç kullanımından kaynaklı olduğu düşünülen zorluklar, hastanın içinde bulunduğu kültürel yapı gibi unsurlar uyumsuzluk riskini artırır (9,55,56).

Hasta ilaç almanın problemleri çözmeyeceğine inanılan bir çevrede yaşıyor ise uyumsuzluk riski yüksektir. Sosyal çevrenin ilaç tedavisine olan tutumlarının olumlu olmasının hastanın tedavi uyumuna katkı sağladığı söylenebilir (57).

#### **2.4.6. Tedavi ekibi ile ilgili etkenler**

Hasta ve hekim ilişkisinde problemler, tedaviye birden fazla hekimin dahil olması, hasta ve hekim arasındaki işbirliğinin bozulması, tedavi ekibi ile iletişim sorunları uyumu etkileyen faktörlerdir. İlaçların erken bırakılma nedenlerini araştıran bir çalışmada ilaç tedavisine ve tedavi eden hekime güvenmenin, profilaktik lityum tedavisine devam ve uyumu artırdığı belirtilmiştir (9,54).

#### **2.4.7. Ekonomik güçlükler, hastane şartları ve sisteme yönelik sorunlar**

Hastalık ve hastalık dışı unsurlar bir bütün halinde SYAD üzerinde etkili olsa da tek başına bir etken ön plana çıkabilmekte ve tedavi uyumuna etki edebilmektedir. Hastanın herhangi bir sosyal güvencesinin olmaması diğer faktörlerin önüne geçebilir (47). Sistemle ilgili etkenler arasında hastaneye zorla yatırılmış olma, taburculuk sonrası hizmet yetersizliği de yer almaktadır. Hastaların ekonomik durumu, bölgenin ve hastanenin şartları da uyumu etkileyen faktörlerdendir (50,55,56).

#### **2.4.8. Diğer faktörler**

Uyumla ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi veya sosyoekonomik durumla ilgili veriler, madde kullanımı ve psikiyatrik ek tanılar da tedaviye uyumu olumsuz etkileyen unsurlar olarak gösterilmiştir (9,57).

İlaç uyumsuzluğunun hastalık belirtilerinin tekrarlaması, hastaneye yeniden yatışı ve yatışa bağlı sağlık maliyetini, intiharları arttırmak gibi önemli sonuçları vardır. Bunlarla birlikte hastanın yaşantısında sorunlar ortaya çıkmakta ve hastanın yaşam kalitesi azalmaktadır (9).

İçselleştirilmiş damgalanmayla ilgili literatür taramalarında OKB ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olup yapmış olduğumuz çalışma OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, OKB tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın hastaların yaşam kalitesi üzerinde fark yaratıp yaratmadığını araştırmak ve içselleştirilmiş damgalanmanın OKB hastalarının tedaviye uyumu üzerinde fark yaratıp yaratmadığını araştırmaktır.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Tipi:**

Bu çalışma kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırma Yeri:**

Bu çalışma Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kahramanmaraş Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Çalışmaya Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi veya Kahramanmaraş Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuran, 18-65 yaşları arasında, DSM-V ölçütlerine göre OKB tanısı almış hastalar dahil edilmiştir.

Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalar, ağır derecede tıbbi bozukluk (Wilson hastalığı vb.), ağır derecede nörolojik hastalıkları olanlar (epilepsi, parkinson hastalığı vb.), ağır düzeyde zeka geriliği olan hastalar, soruları cevaplayamayacak derecede kooperasyon bozukluğu olan hastalar örneklem dışında tutulmuştur.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Kahramanmaraş Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ile işbirliği içerisinde çalışılmıştır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran OKB tanısı alan hastalar tarafımıza yönlendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile uygulayıcı gözetiminde araştırma ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlara onam formu açıklama yapıldıktan sonra imzalatılmıştır. Hastalara sosyodemografik veri formu, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR), Morisky İlaç Uyum Ölçeği uygulanmıştır.

### **3.5 Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formunda katılımcıların doğum yeri, doğum yılı, cinsiyet, yasal medeni durumu, iş durumu, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, gelir düzeyi, şu an yaşanan yer ve hastalıkla ilgili değişkenler gibi katılımcının sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

#### **3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)**

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Ritsher ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Ersoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 29 maddeden oluşan RHİDÖ, Ruhsal hastalığı olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren bir ölçektir. “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt ölçekleri ile hastaların içsel damgalanma yaşantıları farklı boyutlarıyla değerlendirmektedir (69). RHİDÖ maddeleri “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü Likert tipi ölçek ile cevaplanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeği maddelerinde ters puanlama yapılmaktadır (33).

#### **3.5.3. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS)**

Goodman ve arkadaşlarının geliştirdiği Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği, Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçeye çevrilmiş olup Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Y-BOCS’da obsesyonlar ve kompulsiyonlara yönelik 74 sorudan oluşan belirti kontrol listesi bulunmaktadır. Bu liste, semptomların detaylı bir taranması ve belirtilerin şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur. Klinisyen tarafından belirti şiddetleri değerlendirirken belirti türü ya da sayısından ziyade her bir belirtilerin hastanın ne kadar zamanını aldığı, gündelik yaşamını ne düzeyde etkilediği, hastayı ne kadar rahatsız ettiği, bunların hasta tarafından ne kadar kontrol altına alınabildiği değerlendirilir. Ölçeğin puanlamasında obsesyonlar ve kompulsiyonların her biri 5 madde ile değerlendirilir ve bu maddelerin puanlaması 4 puan üzerinden yapılır. Obsesyonlar ve kompulsiyonlardan elde edilen alt puanların toplamından en fazla 40

puan elde edilir. YBOCS'tan alınan puanlar sınıflandırılırken 0 ile 7 puan arası subklinik, 8 ile 15 puan arası hafif, 16 ile 23 puan arası orta, 24 ile 31 puan arası şiddetli şeklinde sınıflandırılır (22,60,61).

#### **3.5.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin öznel değerlendirmesinin yapılması amacıyla geliştirilen ölçek 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve birçok çalışmada kullanılmıştır. Türkçe versiyonu 27 sorudan ve 5 alandan oluşmaktadır. Bu 5 alan bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevre ve ulusal çevre alanlarıdır. Bedensel alanda, günlük işleri sürdürebilme, tedaviye bağlı olma, hareketlilik düzeyi, uyku düzeni; ruhsal alanda, olumlu veya olumsuz duygular, özsaygı, beden imgesi, kişisel inançlar ve odaklanma gücü; sosyal ilişkiler alanında, diğer bireylerle iletişim, sosyal destek ve cinsellik; çevre boyutunda, yaşam koşulları, güvenlik, ekonomik olanaklar, sosyal faaliyetler, fiziki çevre ve ulaşım; bedensel alanda, ağrı, bedensel güç, uyku, hareketlilik, günlük aktiviteler, ilaçlara bağlı yaşama, işte çalışma kapasitesi değerlendirilmektedir (62,59).

Sorulara verilen cevaplar 5 şıklıdır. 4–20 puan arasında değişen alan puanları, o alana dâhil olan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile bulunur. Alınan puan yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır (63).

#### **3.5.5. Morisky Uyum Ölçeği**

D.E. Morisky tarafından geliştirilmiş, Morisky ve arkadaşları tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır (64). İlaç uyumunu ölçen ve hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçek ile unutkanlık, dikkatsizlik, iyileşmiş olma hissi, olumsuz bir olay yaşama gibi ilacı bırakmayı etkilediği düşünülen unsurlar değerlendirilmektedir. Evet ya da hayır şeklinde yanıtlanan kapalı uçlu dört sorudan oluşmaktadır. Soruların tamamı 'hayır' şeklinde cevaplanmışsa ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soru 'evet' şeklinde cevaplanmışsa ilaç uyumu orta, üç veya dört soru 'evet' şeklinde cevaplanmışsa ilaç uyumu düşük olarak sınıflandırılır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

bipolar bozuklukta tedavi uyumunu ölçmek amacıyla Bahar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (45,64).

### 3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.00 paket programı ile yapılmıştır. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ölçeğinden alınan toplam puanların kategorisel ayrımı k-means kümeleme analizi ile yapılmıştır. RHİDÖ ile hastalardan alınan toplam puanlar 3 kümeye ayrılarak toplam puanlar düşük, orta ve yüksek şeklinde sınıflandırıldı. Wilcoxon Mann Whitney ve Fisher 's Exact Testleriyle ve ilişki ağacıyla içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendi. RHİDÖ sınıfları ile obsesyon ve kompulsiyon düzeyleri arasındaki ilişki Tek yönlü varyans analizi ve ANOVA testleriyle ile incelendi. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi, obsesyon ve kompulsiyon düzeyleri ve yaşam kalitesi değişkenleri arasındaki ilişki Pearson's korelasyon analiziyle değerlendirildi. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Ki kare testi ile yapıldı.

Korelasyon ilişkilerinin değerlendirilmesi aşağıdaki ölçütlere göre yapılmıştır.

r	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek (22).

## 4. BULGULAR

Çalışmamıza 55 OKB hastası dahil olmuştur.

Katılımcılardan alınan sosyo-demografik verilere bakıldığında hastaların 34'ü (%62) kadın, 21'i (%38) erkektir; 38'i (%69) orta yaşlı, 9'u (%16) genç, 8'i (%15) yaşlıdır; 17'si (%35) ilköğretim, 16'sı (%29) lise, 17'si (%31) yüksekokul veya üniversite mezunu olup 3'ü (%5) okuma yazma bilmemektedir; 26'sı (%47) eşi ve çocuklarıyla, 17'si (%31) ebeveynleriyle, 8'i (%15) diğer kişilerle, 4'ü (%7) yalnız yaşamaktadır. Hastaların 28'i (%51) evli, 23'ü (%42) bekar, 3'ü (%5) boşanmış, 1'i (%2) duldur; 28'inin çocuğu yokken 27'si (%49) çocuk sahibidir. Gelir düzeyine bakıldığında hastaların 19'u (%35) 850tl ile 2000tl arasında, 15'i (%27) 2000tl ile 3500tl arasında, 13'ü (%24) 850tl altında, 6'sı (%11) 3500tl üzerinde aylık gelir elde etmektedir. Hastaların 40'ı (%73) işsiz, 15'i (%27) çalışan; 43'ü (%78) şehir merkezinde, 8'i (%15) ilçe veya kasabada, 4'ü (%7) köyde yaşamaktadır; 44'ü (%80) askerlik yapmamış, 11'i (%20) askerlik yapmıştır.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

	N	%		N	%
<b>YAŞ</b>			<b>EĞİTİM DÜZEYİ</b>		
Genç	9	16%	Okuma Yazma Yok	3	5%
Orta	38	69%	İlköğretim	19	35%
Yaşlı	8	15%	Lise	16	29%
<b>CİNSİYET</b>			YüksekOkul/Üni	17	31%
Erkek	21	38%	<b>BİRLİKTE YAŞADIĞI İNSANLAR</b>		
Kadın	34	62%	Anne ve Baba	17	31%
<b>YASAL MEDENİ DURUM</b>			Diğer	8	15%
Bekar	23	42%	Eş ve Çocuklar	26	47%
Boşanmış	3	5%	Yalnız	4	7%
Dul	1	2%	<b>GELİR DÜZEYİ</b>		
Evli	28	51%	<850	13	24%
<b>ÇOCUK DURUMU</b>			>3500	6	11%
Var	27	49%	2000-3500	15	27%
Yok	28	51%	850-2000	19	35%
<b>İŞ DURUMU</b>			850-2001	2	4%
Çalışıyor	15	27%	<b>YAŞADIĞI YER</b>		
Çalışmıyor	40	73%	İlçe Kasaba	8	15%
<b>ASKERLİK DURUMU</b>			köy	4	7%
Yapmadı	44	80%	Şehir	43	78%
Yaptı	11	20%	<b>YATAKLI TEDAVİ</b>		
<b>YILDA TEDAVİ BAŞVURU SAYISI</b>			Evlet	19	35%
1-2	10	18%	Hayır	36	65%
3-4	17	31%	<b>İNTİHAR GİRİŞİMİ</b>		
5 ve üzeri	28	51%	Evlet	15	27%
<b>SOSYAL GÜVENCE</b>			Hayır	40	73%
Var	50	91%	<b>ADLI ÖYKÜ</b>		
Yok	5	9%	Evlet	4	7%
<b>ALKOL SİGARA</b>			Hayır	51	93%
Evlet	15	27%	<b>AİLEDE PSİKYATRİK HASTALIK</b>		
Hayır	40	73%	Evlet	24	44%
<b>EKT</b>			Hayır	31	56%
Evlet	7	13%	<b>EK PSİKYATRİK HASTALIK</b>		
Hayır	48	87%	Evlet	20	36%
<b>EK TIBBİ HASTALIK</b>			Hayır	35	64%
Evlet	23	42%			
Hayır	32	58%			

Sağlıkla ilgili demografik verilerin dağılımına baktığımızda, katılımcıların 28'i (%51) son bir yılda 5 veya daha fazla, 17'si (%31) 3 veya 4 defa, 10'u (%18) 1 veya 2 defa tedaviye başvurmuştur. Hastaların 36'sı (%65) yataklı tedavi almamış, 19'u (%35) yataklı tedavi almıştır; 48'i (%87) EKT almamış, 7'si (%13)'ünün EKT almıştır. Hastaların 40'ı (%73) intihar girişiminde bulunmazken, 15'i (%27) intihar girişiminde bulunmuştur; 50'sinin (%91) sosyal güvencesi varken 5'inin (%9) sosyal güvencesi yoktur. Hastaların 51'inin (%93) adli öyküsü yokken 4'ünün (%7) adli öyküsü vardır; 31 'inin (%56) herhangi bir aile üyesi psikiyatrik tanı almazken, 24'ünün (%44) ailesinde bir yakının psikiyatrik tanı almıştır. Hastaların 40'ı (%73) alkol veya sigara kullanmazken, 15'i (%27) alkol veya sigara kullanmaktadır; 35'i (%64) OKB dışında ek bir tanı almamış, 20'si (%36) OKB dışında ek bir psikiyatrik tanı almıştır; 32'sinin (%58) ek bir tıbbi hastalığı yokken 23'ünün (%42) ek bir tıbbi rahatsızlığı olduğu belirlenmiştir.

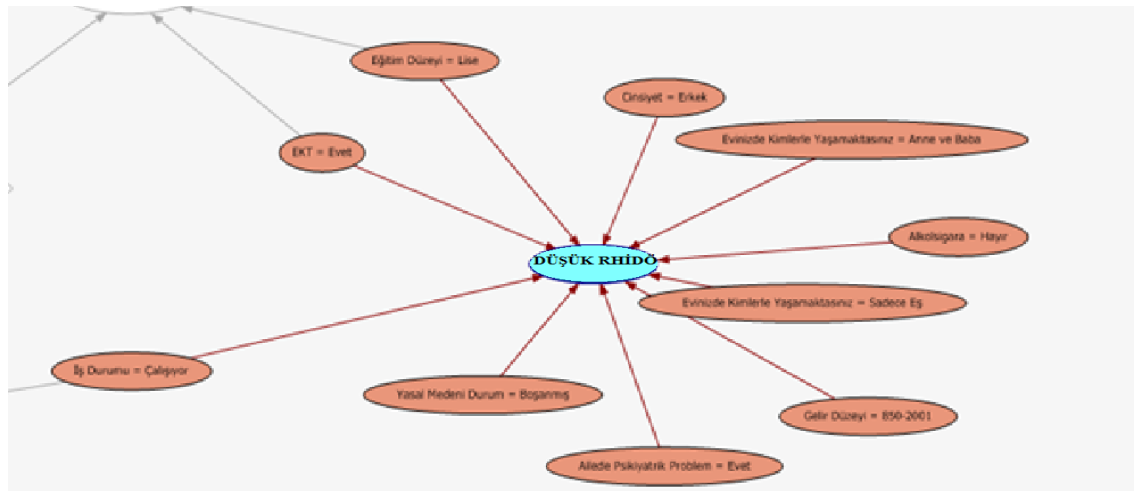
Ankete katılanların 18'i (%32.7) düşük, 19'u (%34.5) orta, 18'i (%32.7) yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeyindedir. İçselleştirilmiş damgalanması yüksek olan grubun RHİDÖ puan ortalaması  $68.22 \pm 7.38$ , içselleştirilmiş damgalanması orta düzeyde olan grubun RHİDÖ puan ortalaması  $46.00 \pm 5.51$ , içselleştirilmiş damgalanması düşük olan grubun RHİDÖ puan ortalaması  $34.56 \pm 7.50$  olarak bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan gruptan alınan en yüksek RHİDÖ puanı 83, en düşük RHİDÖ puanı 59; orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanması olan gruptan alınan en yüksek RHİDÖ puanı 55, en düşük RHİDÖ puanı 37; düşük düzeyde içselleştirilmiş damgalanması olan gruptan alınan en yüksek RHİDÖ puanı 34, en düşük RHİDÖ puanı ise 11 puandır.

RHİDÖ toplam puanları ile sosyo-demografik veriler arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 2), adli öyküsü olanların RHİDÖ puanlarının yüksek olduğu görülmektedir ( $P=0,002$ ). İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, iş durumu, yataklı tedavi alma, intihar girişimi ve ailede bir başkasında psikiyatrik hastalık bulunması arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 2. RHİDÖ Toplam puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi

		N	Sıra Ort.	Top.Sıra Değer.	P
Yaş	Genç	9	26,94		0,909
	Orta	38	28,62		
	Yaşlı	8	26,25		
Cinsiyet	Kadın	34	29,63	1007,5	0,336
	Erkek	21	25,36	532,5	
Medeni Durum	Evli	28	29,71		0,882
	Bekar	23	26,15		
	Boşanmış	3	27		
	Dul	1	25,5		
Çocuk Durumu	Var	27	29,94	808,5	0,377
	Yok	28	26,13	731,5	
İş Durumu	Çalışmıyor	40	29,21	1168,5	0,359
	Çalışan	15	24,77	371,5	
Yataklı Tedavi	Evet	19	32,13	610,5	0,165
	Hayır	36	25,82	929,5	
İntihar	Var	40	26,13	4045	0,156
	Yok	15	33	495	
Adli Öykü	Var	4	49,38	197,5	0,002105
	Yok	51	26,32	1342,5	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	24	27,13	651	0,721
	Yok	31	28,68	889	

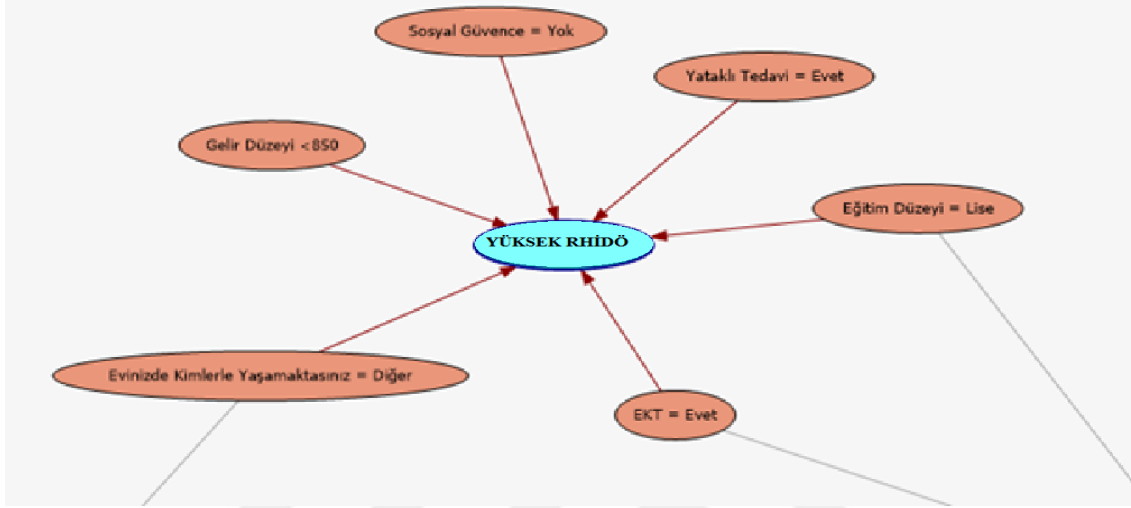
Şekil 1. RHİDÖ puanı düşük olanları oluşturan sosyodemografik verilerin ilişki ağacı



RHİDÖ puanı düşük olan katılımcıların sosyodemografik verilerine ilişki ağacı aracılığıyla bakıldığında her biri tek başına içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle anlamlı ilişki kurmasa da hastaların EKT almış olmaları, cinsiyetin erkek olması, anne babayla yaşıyor olma, evde yalnızca eşle yaşıyor olma, gelir düzeyinin 850 ile 2000 tl arasında

olması, alkol veya sigara kullanmıyor olma, 1. Derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olması, boşanmış olma, çalışıyor olmanın RHİDÖ puanının düşük olmasındaki belirleyiciler olduğu görülmektedir.

Şekil 2. RHİDÖ puanı yüksek olanları oluşturan sosyodemografik verilerin ilişki ağacı



RHİDÖ puanı yüksek olan katılımcıların sosyodemografik verileri ilişki ağacı aracılığıyla değerlendirildiğinde her biri tek başına içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle anlamlı ilişki kurmasa da gelir düzeyinin 850 tl altında olmasının, sosyal güvence olmamasının, yataklı tedavi görmüş olmanın, eğitim düzeyinin lise olmasının, ailesi dışındaki kişilerle yaşama ve EKT almış olmanın RHİDÖ puanının yüksek olmasındaki belirleyiciler olduğu görülmektedir.

Şekil 3. RHİDÖ puanı orta olanları oluşturan sosyodemografik verilerin ilişki ağacı





RHİDÖ puanı orta düzey olan katılımcıların sosyodemografik verileri değerlendirildiğinde, her biri tek başına içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle anlamlı ilişki kurmasa da EKT almamanın, alkol veya sigara kullanmanın, gelir düzeyinin 2000 ile 3500 tl arası olmasının, gelir düzeyinin 3500 tl üzerinde olmasının, yataklı tedavi almamanın, sosyal güvencesi olmasının, yüksekokul mezunu olmanın, okuma yazma bilmemenin, evde aile ile yaşamanın, evde yalnız yaşamanın, kadın olmanın, intihar girişiminde bulunmanın RHİDÖ puanının orta düzey olmasındaki belirleyiciler olduğu görülmektedir.

Tablo 3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Obsesyon Puan Tanımlamaları

	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	En Düşük	En Yüksek
Yüksek	18	14,78	3,606	,850	6	19
Orta	19	13,16	4,717	1,082	0	20
Düşük	18	7,11	4,324	1,019	0	17
Total	55	11,71	5,322	,718	0	20

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve obsesyon arasındaki anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalama puanı yüksek olan grupların obsesif düşüncelerinin daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

Tablo 4. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Kompulsiyon Puan Tanımlamaları

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	En Düşük	En Yüksek
Yüksek	18	12,22	5,857	1,380	0	18
Orta	19	12,47	5,521	1,267	0	19
Düşük	18	4,83	5,339	1,258	0	18
Total	55	9,89	6,528	,880	0	19

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve kompulsiyon arasındaki anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalama puanı yüksek olan grupların kompulsif davranışlarının daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ).

Tablo 5. RHİDÖ Alt Ölçekleri Analizi

		RHİDÖ TOP	YABANCILAŞMA	KALIP YARGI.ONAY.	ALGILANAN AYRIM.	SOS.GERİ ÇEKİLME	DAMGA.KARŞI DİRENÇ
RHİDÖ	Pearson Correlation	1	,879	,933	,842	,934	-,622
	P		,000	,000	,000	,000	,000
	N	55	55	55	55	55	55
OBSESİYON	Pearson Correlation	1	,525	,547	,630	,613	-,461
	P		,000	,000	,000	,000	,000
	N	55	55	55	55	55	55
KOMPLUS	Pearson Correlation	1	,395	,383	,623	,425	-,424
	P		,003	,004	,000	,001	,001
	N	55	55	55	55	55	55
YAŞAM KALİTESİ	Pearson Correlation	1	-,739	-,751	-,689	-,695	,459
	P		,000	,000	,000	,000	,000
	N	55	55	55	55	55	55

İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin alt grupları ile RHİDÖ toplam puanı, obsesyon, kompulsiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Tablo 5). RHİDÖ ile testin alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde testin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ( $P=0,000$ ).

İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği ile en düşük ilişki kuran alt ölçeğin damgalamaya karşı direnç alt ölçeği olduğu bulunmuştur. Testin ters puanlanan maddelerini içeren damgalamaya karşı direnç alt test puanının yükseldikçe içselleştirilmiş damgalama puanının azaldığı bulunmuştur ( $r=-0,622$ ,  $p=0,000$ ). İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği ile en yüksek ilişki ise sosyal geri çekilme alt testinde ortaya çıkmıştır ( $r=0,934$ ,  $p=0,000$ ).

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile obsesyon puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, kalıp yargıların onaylanması, yabancılaşma ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçeklerinin, obsesyon düzeyi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Obsesyon düzeyi ile en yüksek ilişkinin algılanan ayrımcılık alt ölçeğinde olduğu görülürken ( $r=0,630$ ,  $p=0,000$ ), obsesyon düzeyi ile en düşük ilişki damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinde belirlenmiştir ( $r=-0,461$ ,  $p=0,000$ ).

Kompulsiyon düzeyi ile RHİDÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeklerinin, kompulsiyon düzeyi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Algılanan ayrımcılık alt ölçeği obsesyon düzeyiyle olduğu gibi kompulsiyon düzeyiyle de en yüksek ilişkinin olduğu alt ölçek grubudur

( $r=0,623$ ,  $p=0,000$ ). Kompulsiyon düzeyi ile en düşük ilişki kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinde görülmüştür ( $r=0,383$ ,  $p<0.004$ ).

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki yüksek düzeyde ters yönlü bir korelasyon vardır ( $r = -0,792$ ,  $p = 0,00$ ). Bu sonuca göre, içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olanların yaşam kalitesi düşüktür. Aynı şekilde yaşam kalitesi düşük olanların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksektir.

Yaşam Kalitesi ile RHİDÖ alt ölçek grupları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaşam kalitesiyle ilişkinin en yüksek olduğu alt ölçek grubu kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğidir ( $r=-0.751$ ,  $p=0.000$ ). Yaşam kalitesiyle ilişkinin en düşük olduğu alt ölçek grubu ise damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğidir ( $r=-0.459$ ,  $p=0.000$ ).

Yaşam kalitesinin alt ölçekleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında ters yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır ( $p=0.000$ ). İçselleştirilmiş damgalanmadan en çok etkilenen alt ölçekler ilişki düzeyine göre yüksekten düşüğe ruhsal alan ( $r=-0.734$ ,  $p=0.000$ ), bedensel alan ( $r=-0.725$ ,  $p=0.000$ ), çevre alanı ( $r=-0,640$ ,  $p=0.000$ ) ve sosyal ilişkiler alanıdır ( $r=-0.553$ ,  $p=0.000$ ).

OKB hastalarında yaşam kalitesi ve gelir düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p=0.562$ ).

Tablo 6. RHİDÖ ve MUÖ puan tanımlamaları

	İlaç uyumu	N	Puan ortalamaları
İRDHÖ TOP	Düşük	22	32,07
	Orta	20	21,25
	Yüksek	13	31,50
	Total	55	

Çalışmamıza katılan hastaların ilaç uyumu düşük, orta ve yüksek olarak kategorize edilmiştir. Araştırmamıza katılan OKB hastalarından 22'sinin ilaç uyumunun düşük düzeyde, 20'sinin ilaç uyumunun orta düzeyde, 13'ünün ilaç uyumunun yüksek düzeydedir.

OKB hastalarında tedavi uyumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.061$ ).

Tedavi uyumu ile RHİDÖ alt ölçeklerden herhangi biri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).



## 5. TARTIŞMA

OKB hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışma, ulaşılabildiğimiz kadarıyla OKB'li hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın incelendiği ilk çalışma olmakla birlikte OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve tedavi uyumu gibi konuların da birlikte değerlendirildiği ilk çalışmadır. Bu konularda farklı yöntem ve araçlar kullanılarak her bir konuyu ayrı ayrı ele alan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Sosyodemografik verilerin içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkisine bakıldığında, yapmış olduğumuz çalışmada adli öyküsü olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Adli öykü ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, bir suça karışma, karakolluk yada mahkemelik olma gibi durumların toplum içerisindeki damgalayıcı yönü göz önünde bulundurulduğunda adli öyküsü olan kişilerin bu damgalanmayı içselleştirmeleri daha mümkün görünmektedir. Diğer yandan 55 katılımcıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada adli öyküsü olan kişilerin sayısı dört kişiyle sınırlı kalmıştır ve örneklemimizin %7'sini oluşturmaktadır. Adli öyküsü olan OKB hastalarının içselleştirilmiş damgalanması üzerine daha genel ifadeler kullanabilmek için bu sayının daha fazla olması gerektiği düşünülebilir. Yaptığımız çalışmada adli öykü dışındaki sosyodemografik veriler ile içselleştirilmiş damgalanma arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların sosyodemografik verilerine ilişki ağacı aracılığıyla bakıldığında her biri tek başına içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle anlamlı ilişki kurmasa da EKT almış olma, cinsiyetin erkek olması, anne babayla yaşıyor olma, evde yalnızca eşle yaşıyor olma, gelir düzeyinin 850 ile 2000 tl arasında olması, alkol veya sigara kullanmıyor olma, 1. Derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olması, boşanmış olma ve çalışıyor olmanın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin düşük olmasındaki belirleyiciler olduğu görülürken gelir düzeyinin 850 tl altında olması, sosyal güvence olmaması, yataklı tedavi görmüş olma, eğitim düzeyinin lise olması, ailesi dışındaki

kişilerle yaşama ve EKT almış olmanın içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olmasındaki belirleyiciler olduğu görülmektedir. Çeşitli psikiyatrik tanı almış hastaların yer aldığı RHİDÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışmasında erkekler ile kadınlar arasında ve gelir düzeyi yüksek olan grup ile gelir düzeyi orta ve düşük olan grup arasında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi açısından anlamlı düzeyde bir fark bulunmuş olsa da (33) OKB hastalarıyla yapmış olduğumuz çalışmada gelir düzeyi ve cinsiyet gibi sosyodemografik verilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçmede kullandığımız RHİDÖ'nin Ersoy ve ark. tarafından yapılan Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında (33) alt ölçeklerin iç güvenirlik katsayısı açısından beş alt ölçek arasında en düşük değer ( $r=0.63$ ) damgalanmaya karşı direnç ölçeğine aittir. Bizim çalışmamızda da damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin benzer bir oranla ( $r=0.622$ ) testin toplam puanıyla en düşük ilişkisi olan alt ölçek grubu olduğu görüldü. Diğer alt ölçeklerin sıralamasının ise farklı olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada RHİDÖ alt ölçeklerin toplam puanla ilişkisi büyükten küçüğe sosyal geri çekilme, kalıp yargıların onaylanması, yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç şeklinde sıralanmaktadır.

Çalışmamızda obsesyon puanları ve kompulsiyon puanlarının içselleştirilmiş damgalanma puanları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hastalık şiddeti arttıkça içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı bulunmuştur. RHİDÖ'nin alt ölçeklerinden algılanan ayrımcılık, hem obsesyon hem de kompulsiyonla en yüksek ilişkisi olan alt ölçek grubu olarak belirlenmiştir. Literatürde, OKB düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiye bakıldığında bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Sosyodemografik veriler ile içselleştirilmiş damgalanma arasında genel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken obsesyon ve kompulsiyon düzeyinin içselleştirilmiş damgalanmayla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, OKB hastalarının damgalanmayı içselleştirmelerindeki belirleyici unsurun sosyodemografik verilerden ziyade obsesyon ve kompulsiyon düzeylerinin olduğu düşünülebilir. Yani sosyoekonomik düzeyi her ne olursa olsun hastalık düzeyi, içselleştirilmiş damgalanmayı yordayan bir durumdur.

Çalışmamız içselleştirilmiş damgalanmanın çevresel etkenlerden bağımsız olduğunu göstermektedir.

OKB tanısı almış hastaların yaşam kalitesi hakkında yapılan araştırmalarda yaşam kalitesi ile OKB düzeyi arasında ters yönlü ilişki olduğu görülmektedir (65,66). Bu çalışmalarda OKB hastalarının yaşam kaliteleri sağlıklı kişilerle karşılaştırılırken bizim araştırmamızdan farklı olarak içselleştirilmiş damgalanmanın etkisi araştırılmamıştır. Üstündağ ve arkadaşlarının iki uçlu bozukluk hastaları üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir (37). Bizim çalışmamızda da içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani içselleştirilmiş damgalanma yükseldikçe OKB hastalarının yaşam kalitesinde düşüş görülmektedir.

Literatürde OKB hastalarıyla yapılan yaşam kalitesi çalışmalarına bakıldığında yaşam kalitesi alt ölçeklerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu sınırlı sayıdaki çalışmalarda OKB hastalarında yaşam kalitesi alt alanlarından ruhsal alan, sosyal alan ve bazı çalışmalarda da bedensel alanın sağlıklı kişilerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir (48). Mevcut çalışma neticesinde içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesinin tüm alanlarıyla ters yönlü anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu belirlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmadan en çok etkilenen yaşam kalitesi alanları ilişki düzeyine göre yüksekten düşüğe ruhsal alan, bedensel alan, çevre alanı ve sosyal ilişkiler alanlarıdır.

OKB hastalarının %92'sinde özgüven azalması, %73'ünde ailevi ilişkilerinin bozulması, %66'sında kariyer isteğinin azalması, %62'sinde arkadaş edinme ya da ilişkiyi sürdürme güçlüğü, %58'inde akademik başarıda düşme, %47'sinde mesleki sorunlar, %40'ında işe devamlılıkta güçlük yaşama gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (48). İçselleştirilmiş damgalanmayla ilişkili görünen bu sorunlar beklendiği gibi en çok ruhsal alanı etkilemektedir.

OKB'nin ruhsal bir hastalık olmasına rağmen sağlıklı kişilerle OKB'li hastaların karşılaştırıldığı çalışmalarda bedensel alanın etkilenmesiyle alakalı ortaya çıkan farklı sonuçların OKB'ye eşlik eden bedensel alana etki eden hastalıklarla ilişkili olduğu

düşünülmektedir (48). Yapmış olduğumuz çalışmada içselleştirilmiş damgalanmayla bedensel alan arasında yüksek düzeyde ilişkili olması benzer bir sebebe bağlı olabilir. Çalışmamız, içselleştirilmiş damgalanma yükseldikçe bedensel yaşam kalitesinin düştüğünü ortaya koymaktadır.

OKB ile ilgili yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin alt alanlarından çevresel alan ile OKB belirtileri arasında ilişki bulan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın çevresel alanla da negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirdiğimiz WHOQL-BREF ölçeğinin Türkçe formunda sosyal baskı ile ilgili madde de yer almaktadır. Sosyal baskı ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisine bağlı olarak çevresel alan ve içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki ortaya çıkmış olabileceği düşünülebilir. OKB hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların yaşam kalitesi ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (2). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bir şekilde, yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceği düşünülen gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Ancak çevresel yaşam kalitesindeki düşüşün hastalığa atfedilmesi durumunda içselleştirilmiş damgalanmanın yükselmesi söz konusu olabilir.

Yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan sağlıklı kişilere göre OKB hastalarında daha düşüktür. Bu durum hastalık belirtilerin hastanın sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemesiyle ortaya ilişkilidir (48). Araştırmamız sonucunda içselleştirilmiş damgalanmanın artmasıyla sosyal alanın olumsuz etkilendiği görülmektedir. Yaşam kalitesinin diğer alanlarıyla kıyaslandığında sosyal alan içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkisi en düşük alan olmakla birlikte bedensel, ruhsal ve çevresel alanlar gibi içselleştirilmiş damgalanmayla ters yönlü anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Yaşam kalitesiyle RHİDÖ alt testleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde RHİDÖ'nin bütün alt testleriyle yaşam kalitesi arasında ters yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki söz konusuysen damgalanmaya karşı direnç dışındaki alt ölçeklerin yaşam kalitesi ile yüksek düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesi toplam puanıyla ilişkisi en yüksek olan alt ölçek ise



kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğidir. Üstündağ ve ark. İUB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirdiği bir araştırmada içselleştirilmiş damgalanmayla yaşam kalitesi arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki bulmuş ve içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinden damgalanmaya karşı direnç ölçeği ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Üstündağ ve arkadaşlarının İUB hastalarıyla yapmış olduğu bu çalışmasıyla OKB hastalarıyla yapmış olduğumuz çalışma bu yönlerden uyumlu görünmektedir. Her iki çalışmada da damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği en düşük etki düzeyine sahiptir. Damgalanmaya karşı direncin işlevsellik üzerinde olumlu ya da olumsuz etkisinin yüksek olmaması ile bu durum açıklanabilir (37). Diğer yandan İUB hastalarında yaşam kalitesiyle en yüksek ilişkisi olan içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeği yabancılaşma iken, OKB hastalarında yaşam kalitesiyle en yüksek ilişkisi olan içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeği kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğidir.

Mevcut çalışmada OKB hastalarında tedavi uyumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki incelenmiş ve bulgular sonucunda OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile tedaviye uyum arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Daha önce belirtildiği gibi OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın etkilerine dair bir araştırmaya literatürde ulaşılamadı. Diğer yandan OKB hastalarında içgörü eksikliğinin tedaviyi olumsuz etkilediğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (67). İçgörü ve içselleştirilmiş damgalanma birbirinden farklı kavramlar olsa da aralarındaki ilişkiyi düşündüğümüzde içselleştirilmiş damgalanmanın OKB hastalarında tedavi uyumunu olumsuz etkileyeceğini beklemekteydik. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi uyumu arasında bir ilişki bulunamamış olması araştırma hipotezimizi doğrulamamıştır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan hastaların ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvurma oranının daha düşük olacağını düşündüğümüzde araştırma örneklemimizin ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran OKB hastalarından oluşmasının, hipotezimizin doğrulanmamış olmasına etki etmiş olduğu düşünülebilir. Diğer yandan Dikeç ve ark.'nın şizofreni hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde tedavi uyumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında herhangi bir ilişki bulunamazken şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyi ile tedavi uyumu arasında ters yönde ilişki bulan çalışmalarda mevcuttur (68). Çalışma sonuçları arasındaki farklılığın araştırma deseni

veya kültür farklılığından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda ortaya çıkan farklı bulguların OKB hastaları içinde geçerli olabileceği düşünüldüğünde OKB hastalarındaki içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumuna etkisine dair yeni araştırmaların farklı araştırma desenleri veya farklı kültürel ortamlarda değerlendirilmesi durumunda bu konuda farklı bakış açıları oluşabileceği öngörülebilir.

Dikeç ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi uyumu arasında bir ilişki bulunmamış olsa da içselleştirilmiş damgalanmanın alt alanı olan yabancılaşma ile tedavi uyumu arasında ters yönde bir ilişki olduğu, tedavi uyumu düşük olan hastaların içinde buldukları sosyal çevreyle aralarına belli bir mesafe koyma isteklerine bağlı olarak toplumdan uzaklaştıkları ve bu durumun tedaviye uyuma olumsuz etki ettiği belirlenmiştir (68). Buradan yola çıkarak çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma alt ölçekleri ile tedavi uyumu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir ve bu değerlendirme sonucunda tedavi uyumu ile içselleştirilmiş damgalanmanın herhangi bir alt ölçeği arasında bir ilişki bulunamamıştır. Şizofreni hastalarında görülen yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki OKB hastalarında ortaya çıkmamıştır.

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Elde edilen bulgular hastaların beyanına bağlı öznel verilere dayanmaktadır. Özellikle sağlıkla ilgili demografik veriler nesnel verilerden farklı olabilmektedir. Örneklem sayısı hedeflenen örneklem sayısından daha azdır. Ayrıca örneklemimiz ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, toplumdaki tüm OKB hastaları için genel yargılarda bulunmayı güçleştirmektedir. Özellikle tedavi uyumu konusunun hastaneye başvurmeyen hastalarla birlikte değerlendirilmesi daha geçerli sonuçların ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Çalışmamız, OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın etkisinin araştırıldığı ilk çalışmadır. Çevresel etkenlerden bağımsız olarak hastalık şiddetinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyini etkilemesi veya içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü ilişkinin bulunmuş olması gibi çalışma sonucunda elde edilen yeni

bulguların, OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi konularına yeni bir bakış açısı kazandırmış olması araştırmamızın güçlü yönleridir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma verileri doğrultusunda ortaya çıkan sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Adli öykü dışında hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum vb. sosyodemografik özellikleri ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
2. OKB'si olan hastalarda hastalık şiddeti arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyi artmaktadır.
3. OKB'si olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
4. İçselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesinin tüm alanlarıyla yüksek düzeyde ters yönlü bir ilişki içerisinde oluşu belirlenmiştir. Ruhsal alan, içselleştirilmiş damgalanmayla en çok ilişkili olduğu bulunan yaşam kalitesi alanıdır.
5. RHİDÖ'nün bütün alt testleriyle yaşam kalitesi arasında ters yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki söz konusuken damgalanmaya karşı direnç dışındaki alt ölçeklerin yaşam kalitesi ile yüksek düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir.
6. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile tedaviye uyum arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırma verileri doğrultusunda ortaya çıkan öneriler şu şekilde sıralanabilir:

1. Farklı sosyokültürel özelliklerin yer aldığı daha fazla OKB hastasının yer aldığı çalışmalar sosyodemografik veri ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki hakkında daha aydınlatıcı değerlendirmelerin yapılmasını sağlayacaktır.
2. Sağlık hizmetlerindeki temel amacın hastaların yaşam kalitesini yükseltmek olduğunu düşündüğümüzde OKB hastalarının yaşam kalitesiyle ters yönlü ilişkili bulduğumuz içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi başarısını artırma adına hekimler, hasta ve yakınları tarafından göz önünde bulundurulması, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ters yönlü ilişkiyi minimize edecek psikososyal çalışmaların yapılması gerekir.
3. Ulaşabildiğimiz kadarıyla OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma etkisinin araştırıldığı ilk çalışma olan bu çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile

tedavi uyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmaya dair farklı araştırma desenleri ve farklı kültürel ortamlarda yapılan araştırma sayılarının artması içselleştirilmiş damgalamayla ilişkili ortaya çıkan olumsuz durumların daha da netleşmesini sağlayacak ve bu olumsuz durumların ortadan kaldırılması adına yapılacak çalışmalara zemin hazırlayacaktır.



## 7. KAYNAKÇA

1. DSM-IV-TR, Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001.
2. Çiçek E. Obsesif kompulsif bozukluklu hasta yakınlarında aile yükü, yaşam kalitesi ve psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi. 2011, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi, 79 sayfa, Konya, (Prof. Dr. Rahim Kucur).
3. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull.* 2001; 27:219-25.
4. Kuş-Saillard E. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2010;21:14-24.
5. Arslantaş H, Gültekin KB, Söylemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010;11:11-7.
6. Corrigan, PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive And Behavioral Practice.* 1999; 5(2), 201-222.
7. Doğanavşargil Ö. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. 2009, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 72 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Reyhan Uçku).
8. World Health Organization. The “newly defined” burden of mental problems. WHO. Geneva, 1999.
9. Aksoy, A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. 2013, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 97 sayfa, Sivas, (Doç. Dr. Meral Kelleci).
10. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – Journal of Psychiatric Nursing.* 2015;6(1):40–46.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: p.206-210.
12. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
13. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen Ve Yetişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Asimetrik Paralel, 2006.

14. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomoloji. Psikofarkoloji Bülteni. 1999;9:142-7.
15. Kandaz YE. OKB tanısı almış psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları sıklığı. 2009, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 114 sayfa, Kocaeli, (Doç. Dr. Ufuk Sezgin).
16. Bayar R, Yavuz M. Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. Sempozyum Dizini. 2008;62 p.185 – 192
17. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti., 1998.
18. Eğilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Seber G. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomolojik özellikler. 3P Dergisi. 1995; 1:9-14.
19. Rasmussen SA, Essien JL. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1992; 51 Suppl:10-14.
20. Rasmussen SA, Eisen, JL. Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity, and coexistence. The psychobiology of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1991;13-43.
21. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Compr Psychiatry. 2004;45:367-74.
22. Şenöz G. 8. Sınıf öğrencisi olup obsesif kompulsif bozukluk teşhisi almış olan çocuklarda sınav kaygısı bozukluğu oranının sıklığının değerlendirilmesi. 2015, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 121 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Kerem Doksat).
23. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi No:98.1974 p.246-353.
24. Aksoy U,M. Obsesif kompulsif ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması. 2006, Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, 81 sayfa, İstanbul.
25. Gabbard GO. Anxiety Disorders Dynamic Aspects to Axis I Disorders Psychoanalytic Psychiatry in Clinical Practice. Third Edition American Psychiatric Press. 2000, p.233-267.

26. Yurtsever SS, Sütçü ST. Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi: Sistemik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016;8:39-60.
27. Karamustafalıoğlu O, Ceylan YC, Bakım B, Toker SG, Bozkurt S, Göksan B, Ögütçen Ö, Akpınar A. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2009;4(3).
28. Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. (Eds.) *Obsessive-Compulsive Disorder*. John Willey and Sons; 1980.
29. Bayraktar, E. Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1997;1:25-32.
30. DSM-V, Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013.
31. Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*. 2003;Ek 1:3-8.
32. Taşkın EO, Gürlek-Yüksel E, Deveci A, Özmen E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2009;10:100-108.
33. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk psikiyatri dergisi*. 2007;18(2):163-171.
34. Taşkın TO, Şen SF, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: Sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Psychiatry in Türkiye*. 2006;8:11-17.
35. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:215-23.
36. Malyon AK. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *J homosex*. 1981;7:59-69.
37. Üstündağ MF, Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(4).
38. Çam O, Çuhadar D. Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;2:230-46.
39. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistemik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;4(2):91-101.



40. Dalkey N, D. Rourke; The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors, in The Quality of Life Concept, 1973, Washington, DC, Environmental Protection Agency.
41. Havighurst, R.J; (1963) Successful Aging in: Process of Aging: Social and Psychological Perspectives, R.H. Williams, C. Tibbitts & W. Donolue (Eds.), New York: Atherton, p. 419-425.
42. Shin DC, Johnson DM. Avowed flappiness as an Overall Assessment of the Quality of Life. Social Indicators Research, Volume 5, Numbers 1-4, 1978: pp.475-492.
43. Andrews F, Whitney S. SocialIndicators of Well-being: Americans' Perception of Life Quality. New York: Plenum, 1976.
44. Şeker M. İstanbul'da Yaşam Kalitesi Araştırması. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2010.
45. Bahar G, Savaş H.A, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi uyum ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014; 15:141-149.
46. Korkmaz İŞ. Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların bilişsel işlevlerindeki olası bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisi. 2012, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi, 79 sayfa, Samsun, (Prof. Dr. Ali Cezmi Arık).
47. Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17(3):213-222.
48. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8:5-13.
49. Bahçe Z, Böke Ö, Şahin AR, Arık AC, Güz H, Sarısoy G, Baykal S. Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve işlevsellik. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008; 9:117-124.
50. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:69-75.
51. Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;½:100-106.

52. Riley W, Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, Safren S, Lewis-Fernandez, R, Weiden P, Ogedegbe G. Adherence to psychiatric treatments, CML – Psychiatry. 2009;20/4:89–96.
53. Karaytuğ MO. Bipolar bozukluk tanılı hastaların kontrol ve tedavi uyumunun değerlendirilmesi. 2015, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 64 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz).
54. Sofuoğlu S, Turan, T. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;½:100–106.
55. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. (). Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunlar,. Düşünen Adam. 2003:16/4;211–218.
56. Çakır F, İlnem C, Yener F. (). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23:50–59.
57. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Bahar A. İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Journal of Mood Disorders. 2015;5(3):95-103.
58. Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of selfreported medication nonadherence: Final response. Journal of Clinical Epidemiology. 2011;64:262-3.
59. The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998; 46:1569-1585.
60. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The yale-brown obsessive compulsive scale, I: Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:1006-11.
61. Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M. (1993) Yale-Brown Obsesyon-Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa: Savaş Ofset, p:86.
62. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment, [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf), Erişim tarihi: 10 Mayıs 2016.
63. Eser YS, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Brief. 3P Dergisi 1999;7(Ek.2):5-13.

64. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67-74.
65. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:662-668.
66. Coluccia A, Fagiolini A, Ferretti F, Pozza A, Costoloni G, Bolognesi S, Goracci A. Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. 2016;22:41-52.
67. Bulut S, Fıstıkçı N, Topçuoğlu V. İçgörüsü az olan obsesif-kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(2):126-141.
68. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;5(3):143-148.
69. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121:31-49.

## 8. EKLER

### EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

#### Sosyodemografik veri formu

Hastanın Adı Soyadı:

Hastane protokol no:

Tedavi gördüğü kurum:

a)Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A. D.

b)Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A. D.

Doğum Tarihi ve Yeri:.....

Cinsiyet

a)erkek b)kadın

Yasal Medeni Durumu

a) evli

b) bekar

c) boşanmış

d) eşinden ayrı yaşıyor

e) dul

Çocuğu var mı:

a) Evet.....

b) hayır

İş Durumu:

-İşsiz

-Çalışıyor (Mesleği:.....)

Askerlik Durumu:

Evet

Hayır (Neden.....)

Eğitim düzeyiniz?

a)İlköğretim

b)Lise

c) yüksek okul veya üniversite

d) diğer..

Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

a) yalnız

b) sadece eşinizle

c) eş ve çocuklar

d) anne ve baba

e)diğer.....

Gelir düzeyiniz nedir ?

- a) 850 ₺' nin altında
- b) 850 ile 2000 ₺ arasında
- c) 2000-3500 ₺ arası
- d) 3500 ₺ ve üzeri

Şu an yaşadığınız yer?

- a) köy
- b) ilçe-kasaba
- c) şehir
- d) diğer.....belirtiniz

İlk Ruhsal Hastalığınızın Başlangıç Tarihi:

Ruhsal hastalığınız nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kaldınız mı?

- a) evet
- b) hayır

Ruhsal Hastalığınız nedeniyle hastaneye yatış var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

Hiç intihar girişimi var mı?

- a) Evet  
kaç defa...  
ne şekilde..
- b) Hayır

Adli Öykü Var mı?

- Evet
- Hayır

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

- Hayır
- Evet tanıyı belirtiniz.....

Ek bir psikiyatrik hastalığı var mı?

- a) evet ise lütfen belirtiniz.....
- b) hayır

Ek bir Tıbbi hastalığı var mı?

- a) evet ise lütfen belirtiniz.....
- b) hayır

EKT tedavisi almış mı?

- Evet
- Hayır

Alkol-sigara kullanımı var mı?

Evet .....

hayır

bir yılda tedaviye başvuru sayısı

1-2

3-4

5 ve üzeri

Sosyal Güvencesi

Var

Yok

Ruhsal Hastalığa Bağlı Kendisine ve başkalarına zarar verme Öyküsü var mı?

Evet.....

Hayır

Daha önceden kullandığı psikiyatrik İlaçlar .....

Geçmişte kullanılan ilaca bağlı yan etki görüldü mü?

Evet.....

Hayır

Halen kullanmakta olduğu ilaç var mı?

Evet.....

Hayır

Kullanılan ilaca bağlı yan etkiler var mı?

evet.....

hayır

## EK-2 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma leği(RHİDÖ)

### Ek 2

### İRHDÖ

Bu testte sık sık geçen ‘‘ruhsal hastalık’’ terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- ‘‘Kesinlikle aynı fikirde değilim’’ diyorsanız (1) rakamını ;  
‘‘Aynı fikirde değilim’’ diyorsanız (2) rakamını ;  
‘‘Aynı fikirdeyim’’ diyorsanız (3) rakamını ;  
‘‘Kesinlikle aynı fikirdeyim’’ diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne lde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kamıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim ‘‘garip’’ görünmeme ya da davranmamaya neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim ‘‘normal’’ yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim

---

15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığım olduğunu anlayabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlarım olamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecili bir insan yaptı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: \_\_\_\_\_ Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) \_\_\_\_\_  
PROFÖRÖL : \_\_\_\_\_ TARİH: \_\_\_\_\_  
HEKİM: \_\_\_\_\_

	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4		
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4		
<b>İb. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM</b>							
(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)							
	Sempton yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kisa 3	Kısa 4		
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4		
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4		
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	0 Sürekli direnme	1 Yeterli kontrol	2 Orta kontrol	3 Az kontrol	4 Tam teslimiyet kontrol yok		
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4		
OBSESYON ALITOPAMI (madde 1-5 toplamı) _____							
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4		
<b>İb. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM</b>							
(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)							
	Sempton yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kisa 4		
7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4		
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4		
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	0 Sürekli direnme	1 Yeterli kontrol	2 Orta kontrol	3 Az kontrol	4 Tam teslimiyet kontrol yok		
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4		
KOMPULSİYON ALITOPAMI (madde 1-5 toplamı) _____							
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4		
12. KAÇINMA	0	1	2	3	4		
13. KARARSIZLIK	0	1	2	3	4		
14. PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4		
15. YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4		
16. PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4		
17. GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4	5	6
18. GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4	5	6
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3			

## EK-4 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yitirebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve habere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? .....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? .....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

## EK-5 Morisky Uyum Ölçeği

İki Uçlu Bozukluk sorununuz için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (İki uçlu bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 17.12.2013 /447	Tarih: 17.12.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet <input type="checkbox"/> * Hayır <input checked="" type="checkbox"/>

**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Belgin</i>
Prof. Dr. Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>V. Davutoğlu</i>
Prof. Dr. Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Sivaslı</i>
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Keskin</i>
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>I. Seçkiner</i>
Doç. Dr. Mesut ÖZKAYA	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>M. Özkaya</i>
Doç. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Y. Zer</i>
Doç. Dr. Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Cengiz</i>
Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>K. Üstün</i>
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Kul</i>
Üzm. Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep II Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C. Orhan</i>
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Çelik</i>
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ. MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	Hx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Güngördü</i>

\*: Toplantıda Bulunma

Elderi teslim aldım Dr. Mesut MELCER

### **EK-7 Özgeçmiş**

1988 yılında Fransa’da doğdu. İlk ve orta öğrenimin ardından girmiş olduğu Mersin Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünü 2011 yılında bitirdi. 2011 yılı Ağustos ayında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’ne Psikolog olarak atandı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapmaya devam etmektedir.

