



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
SOSYAL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mehmet Cihad AKTAŞ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Gaziantep  
2016





T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
SOSYAL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mehmet Cihad AKTAŞ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Gaziantep  
2016

T.C.  
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

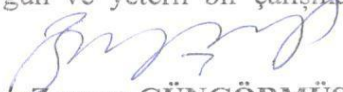
**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
SOSYAL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**MEHMET CİHAD AKTAŞ**

Tez Savunma Tarihi:15/07/2016  
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. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**  
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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

  
**Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR**  
Tez Danışmanı

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

**Tez Jürisi**

**Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ**  
**Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR**  
**Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ**

**İmza**


## 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 olmadığını beyan ederim.

15 Temmuz 2016

Mehmet Cihad AKTAŞ

## TEŞEKKÜR

Başta; çalıŐmamın her aŐamasında sabır ve anlayıŐla yanımda olan, disiplinine hayran kaldıŐım, engin bilgi ve tecrübesiyle beni her an destekleyen danışman hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR olmak üzere,

Akademik hayata ilk adımı kendisinin yönlendirmesiyle attıŐım, tanıdıŐım günden beri desteğini bir an eksik etmeyen ve her zaman Őükran borçlu olacağım, kiŐiliĐi, çalıŐkanlıĐı ve azmiyle her zaman örneğ alacağım değerli hocam Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye,

Desteğini bir an bile esirgemeyen sevgili aileme,

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri A.B.D başkanı sayın Doç. Dr. Osman ÖZDEMİR ve ekibine,

Sonsuz teŐekkürler...

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	ii
<b>KISALTMALAR</b> .....	iv
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	v
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	6
2.1.1. Tanım .....	6
2.1.2. Tanı kriterleri .....	6
2.1.2.1. Tarihsel gelişim .....	6
2.1.2.2. DSM-V tanı kriterleri .....	7
2.1.2.3. ICD-10 tanı kriterleri.....	9
2.1.3. Epidemiyoloji.....	10
2.1.4. Etiyoloji.....	11
2.1.4.1. Psiko-sosyal kuramlar .....	11
2.1.4.2. Nörobiyolojik yaklaşımlar.....	12
2.1.5. Klinik özellikleri .....	13
2.1.6. Prognoz.....	15
2.2. Yaşam Kalitesi.....	15
2.3. Sosyal Uyum.....	16
2.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ve Sosyal Uyum.....	17
2.4.1. OKB’de yaşam kalitesi.....	17
2.4.2. OKB’de sosyal uyum.....	18
2.5. Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü .....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yer.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	23
3.4. Veri Toplama Araçları .....	24
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu .....	24
3.4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) .....	24

3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (World Health Organization Quality Of Life Bref Form Turkish Version WHOQOL-BREF-TR) .....	25
3.4.4. Yale–Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Y-BOKÖ)..	26
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
3.6. Araştırmanın Etik Yönü .....	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	27
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>28</b>
4.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	28
4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	29
4.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerinin Dağılımı .....	30
4.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları .....	32
4.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki.....	33
4.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SUKDÖ, Y-BOKÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	35
4.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	38
4.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve SUKDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	40
4.9. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hasta Yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki.....	45
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>46</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>55</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>58</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>69</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>81</b>



## KISALTMALAR

- DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3.baskı)
- DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition-Revised (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- Yenilenmiş 3.baskı)
- DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition, Text Revised (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Gözden Geçirilmiş 4.baskı)
- DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5.baskı)
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- ECA : Epidemiological Catchment Area (Epidemiyolojik Alan Çalışması)
- ICD-10 : International Classification of Disease- Tenth Edition (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10. Baskı)
- OCD : Obsessive Compulsive Disorder
- OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- SUKDÖ : Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (Social Adaptation Self-Evaluation Scale = SASS)
- SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
- SSRI : Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
- WHO : World Health Organization
- WHOQOL-BREF-TR: World Health Organization Quality of Life Bref Form -Turkish Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu)
- Y-BOKÖ : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)
- Y-BOKÖ-OBS : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği, Obsesyon Şiddeti
- Y-BOKÖ-KOMP: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği, Kompulsiyon Şiddeti

## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	29
Tablo 2: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 3: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 5: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 6: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SUKDÖ ve Y-BOKÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	36
Tablo 7: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	38
Tablo 8: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	43
Tablo 9: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hasta Yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki.....	44

## ÖZET

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA SOSYAL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Cihad AKTAŞ

Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Temmuz 2016, 81 sayfa

Çalışma Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarında sosyal uyum ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama işlemi Ocak 2015-Ağustos 2015 tarihleri arasında bir hastanenin psikiyatri polikliniklerine başvuran ve OKB tanısı alan 114 hasta ile yapılmıştır. Veriler Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Y-BOKÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya katılanların %57.9'u bayandır. Hastalarda en fazla kirlilik ve bulaşma obsesyonu (%55.3) ve temizleme kompulsiyonu (%62.3) olduğu saptanmıştır. Hastaların SUKDÖ puan ortalaması  $32.48 \pm 11.84$ , Y-BOKÖ toplam puan ortalaması  $21.21 \pm 10.53$ , WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin alt boyutları puan ortalamaları; bedensel alan  $12.00 \pm 3.52$ , ruhsal alan  $11.87 \pm 3.78$ , sosyal alan  $10.59 \pm 4.41$ , çevre alanı  $12.06 \pm 2.92$  olarak bulunmuştur. SUKDÖ ile WHOQOL-BREF-TR'nin tüm alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Y-BOKÖ toplam puanları ile SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Çalışmamıza göre hastaların sosyal uyum ve yaşam kalitelerinin beklenenden az olduğu, sosyal uyumun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hastalık şiddeti ile bireylerin yaşam kalitesi ve sosyal uyumunun negatif yönde ilişkili oldukları saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Uyum, Yaşam Kalitesi.

## ABSTRACT

### EVALUATION OF SOCIAL ADJUSTMENT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Mehmet Cihad AKTAŞ

Master's Thesis, Psychiatry Nursing Master Program

Supervisor: Ass. Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR

July 2016, 81 pages

The descriptive study was carried to evaluate social adjustment and quality of life in patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). The study's data collection process was carried out on 114 patients with OCD during January 2015-August 2015 which admitted to psychiatric polyclinic of a hospital. Data of patients was collected by using Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), the World Health Organization Quality of Life Measurement Instrument Short Form, Turkish Version (WHOQOL-BREF TR) and Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). %57.9 of participants were female. It was found that the most frequent obsession was contamination obsession (%55.3) and cleaning compulsion (%62.3). SASS mean score was  $32.48 \pm 11.84$ , Y-BOCS total mean score  $21.21 \pm 10.53$ , WHOQOL-BREF-TR scale sub dimensions mean score at physical domain  $12.00 \pm 3.52$ , psychological domain  $11.87 \pm 3.78$ , social domain  $10.59 \pm 4.41$ , environmental domain  $12.06 \pm 2.92$ . It was found that there was a positive relationship between SASS and all domain of WHOQOL-BREF-TR ( $p < 0.05$ ). There was a negative relationship between Y-BOCS scores with SASS and all domain of WHOQOL-BREF TR ( $p < 0.05$ ). According to the study social adjustment and quality of life in patients was lower than expected, the social adjustment was associated with the quality of life. Obsessive compulsive symptom severity was associated negatively with quality of life and social adjustment ( $p < 0.05$ ).

**Key Words:** Nursing, Obsessive Compulsive Disorder, Social Adjustment, Quality of Life.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## Problemin Tanımı

Obsesyonlar benliği rahatsız eder nitelikte, bireyin kendi zihninin ürünü olan yineleyici ve istem dışı düşüncelerdir. Kompulsiyonlar ise bu düşüncelerin oluşturduğu rahatsızlığı gidermek için yapılan tekrarlayıcı davranışlardır. Bu davranışlar zorlanti olarak ifade edilmektedir (1).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve/veya kompulsiyonların tabloya hakim olduğu, bireyin mesleki, sosyal, akademik ve aile işlevselliğinin olumsuz etkilendiği, süregelen seyir gösteren ve yeti yitimine sebep olan bir bozukluktur (2, 3, 4). OKB'nin hayat boyu prevalansının %1.9-%3.3 arasında olduğu (5); 6 aylık yaygınlığının ise %1-2 olduğu saptanmıştır. Yatarak tedavi alan psikiyatrik hastalara bakıldığında OKB sıklığının %0.1 ile %4 arasında değiştiği görülmektedir (1). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda yıllık OKB yaygınlığı bayanlarda %0.6, baylarda %0.2, nüfusun tümünde %0.5 olarak saptanmıştır (6). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyolojiyi konu alan diğer çalışmalarda da OKB yaygınlık oranlarının %2.2 ile %5.9 arasında değiştiği belirlenmiştir (7, 8, 9, 10, 11, 12). Genel olarak bir obsesyon veya kompulsiyonun yaşam boyu prevalansı % 13 kadardır (5).

Uzun yıllar "sağlıklılığın" değerlendirilmesinde, sağlığın ölçümünde niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu kavramlar organ düzeyinde bir sorunun olduğunu ve kişinin kendisiyle sınırlı bir durumu tanımlamaktadır (13). Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklılığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirilmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (2). Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmıştır (14, 15). OKB'de yaşam

kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda hastalık seyri boyunca yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir (2, 3, 4, 16).

Uyum kişinin kendisi ve çevresiyle iyi ilişkiler kurması, bu durumun sürdürülebilirliğini sağlaması şeklinde tanımlanabilir. Uyum süreci doğumla başlayıp ölümle biten bir süreçtir. Uyumun temel ölçütlerinden birisi, kişinin kendisini iyi hissedebilmesidir. Jenson (1998) uyumun yapısal boyutunu beş unsura ayırmakta ve bunları aidiyet/izolasyon, içerme/dışlanma, katılım/pasiflik, kabul görme/reddedilme ve meşruiyet/gayri yasallık olarak sıralamaktadır (17, 18, 19). Sosyal uyum ise; kişinin toplumda belli bir statüye sahip olması ve değer kazanması gereksinimleriyle ilgilidir (20, 21, 22). Sosyal uyum Barrabee (1955) tarafından, kişinin kendinden beklenen rollerini sosyal normlara uygun şekilde karşılaması olarak tanımlanmıştır (23). Chan ve ark (2006)'a göre sosyal uyum bireyler arasındaki etkileşimlerle ilgili bir durumdur (17). Sosyal işlevselliği değerlendirirken; verimlilik, sosyal ilişkiler, zihinsel kapasite, duygusal durum ve refah faktörlerini dikkate almak gerekmektedir. Yaşam kalitesi günlük aktivite performansı ile ilişkili iken sosyal uyum, yukarıda belirtilen faktörlerin etkisiyle ilişkilidir. OKB tanısı alan hastalar sıklıkla hastalık şiddeti ile ilişkili olarak düşük sosyal uyum göstermektedirler (24). Obsesyonların etkisi daha çok kişinin kendisi tarafından hissedilirken, kompulsyonların etkisi hem kişi tarafından hem de yakınları ve çevresi tarafından hissedilmektedir. Hastalığın artan süresi ile kişinin belirtilerine bağlı olarak üzerinde artan bir sosyal baskı hissetmesi, işlevselliğinin giderek düşmesi ile maddi kaynaklarının ya da üretkenliğinin azalması ve boş zamanlarını değerlendirme yeteneğinin giderek azalması gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (2). Sosyal uyumun, OKB'nin semptom şiddetinin büyüklüğüyle ilişkili olduğu ve tedavi kaynaklı değişikliklerin ölçülmesi için hassas bir araç olduğu belirtilmektedir (25, 26, 27, 28). Ayrıca sosyal uyumun, aile bireyleri tarafından daha fazla baskıyla karşılanan OKB hastalarında daha da bozulduğu gözlemlenmiştir (29, 30). Hastalık başlangıç yaşının, OKB'nin spesifik semptomlarının boyutlarının ve ek psikiyatrik hastalıkların OKB hastalarındaki sosyal uyum üzerine etkisiyle ilgili çok az şey bilinmektedir (24). OKB'nin kişinin yaşamında hem bireysel hem de sosyal alanda bir çok olumsuz etki yarattığı, obsesif kompulsif belirti şiddetinin sosyal alan yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (2, 31).

Sosyal işlev yetersizliği hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, aile içindeki rollerinde, sosyal rollerinde, boş zaman ve mesleki rollerinde sorunlara sebep olmaktadır. Hastanın sosyal işlevsellik derecesinin belirlenmesinin, hastaya uygulanacak tedavinin planlanmasında ve hastanın sosyal uyumunun arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir (32, 33). Hastalık ve tedavi ile ilgili tüm etkenler psikososyal uyumu etkilemektedir. Hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir (34). Psikososyal bakımda hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmek, uyumsuzlukları önlemek, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttırmaktır (35, 36). Hastanın hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması, hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır (37).

Bu çalışmanın; hastalık ve tedavi nedeniyle sosyal yaşama uyumda sorun yaşayan hastaların belirlenerek gerekli müdahalelerin yapılmasını ve dolayısıyla hastanın yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olacağı, hastaların sosyal hayata devam etmesinin önündeki engellerden biri olan sosyal uyum düzeylerinin belirlenmesi yoluyla, uyum sorunu yaşayan hastalara yönelik uygun rehabilitasyon etkinliklerinin düzenlenmesine katkıda bulunacağı, hastaların sosyal uyum düzeylerinin iyileştirilmesine katkısıyla toplumsal yarar sağlayacağı, bu anlamda çözüm yollarının araştırılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada OKB hastalarında sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

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

#### **2.1.1. Tanım**

İlk kez Esquirol tarafından 1838 yılında psikiyatri literatüründe tanımlanan obsesyon ve kompulsiyonlar 19. yüzyıl sonuna dek depresyon belirtisi olarak görülmüştür. Klasik klinik tablonun tanımlanması ise 1917 yılında Freud tarafından yapılmıştır (5).

Obsesyonlar birey tarafından mantıksız görüldüğü halde, istenmeden gelen ve yineleyici nitelikte olan düşünceler olarak tanımlanmıştır. Kompulsiyonlar ise obsesyonların yarattığı olumsuz duyguyu gidermek için bireyin bu düşüncelere yanıt olarak verdiği davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Birey obsesyon ve kompulsiyonları aşırı ve anlamsız bulur. OKB obsesyon ve/veya kompulsiyonların yoğun seyrettiği ve tabloya hakim olduğu bir ruhsal bozukluktur (5, 38, 39). OKB hem belirtileri hemde etiyojisi nedeniyle bir kısır döngü şeklinde seyreder. Bu döngü kontrolünü kaybetme ve tekrar kazanma çabası üzerine kuruludur (40). Obsesyon ve kompulsiyonlarla günlük yaşantıda sıkça karşılaşmaktadır. Kapıların sık kontrol edilmesi, yatarken gaz vanalarının kontrol edilmesi gibi durumlar sıkça yaşanan şeylerdir. Tanı konabilmesi için bu tür belirtilerin insan ilişkilerini bozacak ve üretkenliği azaltacak kadar ağır olması gerekir. Anksiyete OKB'de önemli yer tutmakla birlikte, seyir, tedavisi ve nedenlerinin diğer anksiyete bozukluklarından önemli ölçüde ayrılması nedeni ile Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- beşinci baskıda (DSM-V) ayrı bir kategoride ele alınmıştır (5).

#### **2.1.2. Tanı Kriterleri**

##### **2.1.2.1. Tarihsel gelişim**

OKB, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, üçüncü baskı (DSM-III) ile girmiştir (41). Sonrasında Mental



Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, yenilenmiş üçüncü baskıda (DSM-III-R) “en az bir saat süren ve günlük yaşamı kesintiye uğratan obsesyonlar ya da kompulsiyonlar veya her ikisinin birlikte bulunması” şeklinde tanımlanmıştır (42). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- gözden geçirilmiş dördüncü baskıda (DSM-IV-TR) anksiyete bozukluklarından biri olarak kabul edilen OKB, gerek semptom profili gerekse etiyojisi ve tedavisi yönünden anksiyete bozukluklarından önemli ölçüde ayrılması nedeniyle DSM-V’te obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar olarak farklı kategorize edilmiştir. DSM-IV’ten ayrıldığı önemli noktalardan biri, DSM-IV tanılama sisteminde başka yerde sınıflandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları içinde yer alan saç ve cilt yolma, beden şekil bozukluğu hastalığının, toplama kompulsiyonlarıyla belirli OKB’nin, OKB’den farklı klinik özellikler sergilemesi nedeniyle bu grup içine alınması olmuştur (5, 43, 44).

Aşağıda Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar DSM-V sınıflandırılması verilmiştir.

- 1- Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)
- 2- Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu)
- 3- Biriktiricilik Bozukluğu
- 4- Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu)
- 5- Deri Yolma Bozukluğu
- 6- Madde veya İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk
- 7- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk
- 8- Tanımlanmış Diğer Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk
- 9- Tanımlanmamış Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk (43).

#### **2.1.2.2. DSM-V OKB tanı kriterleri:**

DSM-V’te ise aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

A. Obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir.

2. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, takıntısına (obsesyona) bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korku yaratan olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler etkisizleştirilmesi ya da korunması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

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

- B. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. Günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç veya tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. Yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı ilgilenme; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; Trikotillomanide olduğu gibi saç çekme üzerinde durma; 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 bozukluklarında olduğu gibi maddeler ya da kumar oynamak üzerinde düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetim ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler;

yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşümsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanırsal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğunun inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü olan: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanırsal inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (43).

### **2.1.2.3. ICD-10 tanı kriterleri**

DSÖ'nün yayınladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, onuncu baskıda (ICD-10) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar sınıflandırmasında OKB; "Nevrotik, strese bağlı ve somatoform bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmakta ve F-42 kodu ile yer almaktadır (45). ICD-10'a göre OKB tanısı alınabilmesi için belirtilerin en az iki hafta olacak şekilde, sıkıntı verici ve günlük yaşantısını olumsuz etkileyecek durumda olması gerekmektedir. ICD-10 tanı sistemine göre, obsesyonel belirtilerin özellikleri aşağıda sıralanmıştır.

1. Kişilerin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanır. Bu düşünce veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Kişinin artık karşı koyamadığı başka düşünce ve hareketler de bulunabilir.
2. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır.
3. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

OKB'nin ICD-10'da başlıca beş tipi:

- a. F42.0: Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip,
- b. F42.1: Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip,
- c. F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu tip,

- d. F42.8: Başka obsesif ve kompulsif bozukluklar,
- e. F42.9: OKB, belirlenmemiş (45).

### 2.1.3. Epidemiyoloji

Önceleri OKB'nin sık görülmeyen bir hastalık olduğuna inanılırdı. Eski epidemiyolojik araştırmalara bakıldığında OKB'nin yaygınlık oranının %0.5 olduğu saptanmıştır. Ancak Epidemiyolojik Alan Çalışması'na (Epidemiologic Catchment Area- ECA) göre OKB'nin hayat boyu prevalansının %1.9-%3.3 arasında olduğu (5); 6 aylık yaygınlığının ise %1-2 olduğu saptanmıştır. Yatarak tedavi alan psikiyatrik hastalara bakıldığında OKB sıklığının %0.1 ile %4 arasında değiştiği görülmektedir. Epidemiyolojik araştırma verileri arasındaki farklılıklar çeşitli nedenlere dayanmaktadır. Hastaların bir kısmı kendilerinde olan yakınmaları gizlemekte, diğer bir grubu belirti ve bulguları kişilik özelliği olarak kabul etmekte; başka bir deyimle bunun bir hastalık değil yaradılış olduğuna inanmaktadırlar. Hastaların bir kısmı da psikiyatri dışı disiplinlere başvurmaktadır. Temizleme kompulsiyonları olan hastaların sık el yıkamalarından dolayı gelişebilen dermatit sebebiyle dermatologlara gitmesi buna örnek olarak verilebilir. Bu yüzden psikiyatri kliniklerine başvurular gerçek OKB oranlarını yansıtmamakta ve gerçekte olduğundan daha az görünmektedir (1). Obsesif-kompulsif belirtilerin, tanı ölçütlerini tam karşılamasa da, eşik altı düzeyde birçok insanın hayatını önemli ölçüde etkilediği düşünülmektedir (46).

OKB'nin 20'li yaşlarda başladığı, OKB'li erişkin hastaların %30-50'sinde başlangıcın çocuklukta olduğu, üçte ikisinde ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığı bildirilmektedir. Bozukluk kırk yaşından sonra nadiren başlar. Hastalığın ileri yaşta başladığı hastalarda olası organik etkenlerin dışlanması gerekir. Çocukluk döneminde gelişen OKB'da hastaların 3/4'ünü erkek çocuklar oluşturmaktadır. Halbuki OKB, erişkinlerde erkek ve kadınlarda aynı sıklıkta görülmektedir. Hastaların sıklıkla ailenin ilk veya tek çocuğu olduğu bildirilmektedir (1, 46).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda yıllık OKB yaygınlığı kadınlarda %0.6, erkeklerde %0.2, nüfusun tümünde %0.5 olarak saptanmıştır (6). Binbay ve ark (2013)'nin Türkiye'de psikiyatrik epidemiyolojiyi konu alan çalışmasında OKB yaygınlık oranlarını Sivas'ta %3.2, Konya'da %3, Adana'da %4.2, Şanlıurfa'da %2.2

ve Van'da %5.9 olarak vermiştir (7, 8, 9, 10, 11, 12). Genel olarak bir obsesyon veya kompulsiyonun yaşam boyu prevalansı % 13 kadardır (5).

Hastalığın erkeklerde, kadınlara göre daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (47, 48). Erken başlangıcın OKB'de ayırt edici bir özellik olduğu (49) ve ergenlik öncesi başlayanlarda genetiğin rolünün daha fazla olduğu belirtilmektedir (5).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

##### **2.1.4.1. Psiko-sosyal kuramlar**

**A. Psikoanalitik yaklaşım:** Psikanalitik bakış açısına göre 'gerileme' (regression) OKB oluşumunda kilit rol oynamaktadır. Gerileme, kişinin saplanmış olduğu dönem ya da duruma geri dönmesidir (46). Freud (1895) obsesyonların agresif veya cinsel dürtülerden kaynaklandığını söylemiştir (50). Psikoanalitik kurama göre çözülmemiş ödipal çatışmalardan kaynaklanan anksiyete, OKB'nin etyolojisinde önemli rol oynamaktadır (1). Buna göre OKB bilinç dışı çatışmalardan kaynaklanmaktadır. Kurama göre anal dönem, obsesif tarzdaki kontrol ihtiyaçlarının temellerinin atılmasından dolayı önemlidir. Bu dönemdeki yaşantılar çocuğun dürtülerini düzenlemek ve ego mekanizmalarını kazandırmak yerine onun dürtüleri baskılamasına sebep olabilmektedir (40). OKB'si olan hastalarda anksiyete ile baş etmek üzere yalıtma, yap-boz, karşıt tepki kurma ve yer değiştirme gibi savunma mekanizmaları ile nötralize etme çabaları görülmektedir (5, 46).

**B. Davranışçı-bilişsel yaklaşım:** Bilişsel kuramlar, obsesif kompulsif belirtilerin sebebinin erken yaşta edinilen inançlarla ilişkili olduğunu ileri sürer. Bu kurama göre, belirtilerin altında bir takım zorlayıcı bilişler yer almaktadır. Bu zorlayıcı bilişler obsesyonların anksiyete yaratmasına sebep olmaktadır (40). Bu kurama göre obsesyonlar koşullanmış uyaranlar olmakla birlikte kaygı oluştururlar. Kişi kendisinde kaygı oluşturan obsesyonel düşünceleri kompulsif davranışlarla azaltmaya çalışır. Kompulsiyonların obsesyonların giderilmesinde işe yaradığı görüldükçe kompulsiyon sıklığı artmaktadır (1). Anksiyetenin azalması negatif pekiştireç olarak işlev görür (5).

**C. Çevresel Faktörler:** DSM-IV-TR'den farklı olarak, DSM-5'te madde/ilaç kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar başlığı altında obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar yer almaktadır. Buda madde kullanımının sebep olduğu OKB'nin olduğunu göstermektedir (51).

#### **2.1.4.2. Nörobiyolojik yaklaşımlar**

**A. Genetik:** OKB'nin kalıtsal bir temeli vardır. Hastaların birinci dereceden akrabaları arasında OKB görülme oranı daha fazladır. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde OKB konkordansı (eş hastalanma oranları) (%63-87), çift yumurta ikizlerine (%32-47) göre daha yüksektir (1, 5).

**B. Nörolojik bozukluklarla ilişkisi ve beyin görüntüleme araştırmaları:** OKB'si olan hastalarda yürütücü işlevler başta olmak üzere hafıza, dikkat ve görsel işlevlerde sorunlar saptanmıştır. OKB hastalarının singulat korteks, frontal lob, talamus, bazal ganglion bölgelerinde anormallikler belirlenmiştir. OKB hastalarında en çok tekrarlanan anormalliklerin ise görsel bellek ve yürütücü işlevlerde görülen fonksiyon bozukluğu olduğu belirlenmiştir (46, 52, 53). Çocukluk döneminde talamusun rolü önemli gibi görülmektedir. Huntington hastalığı ve diğer bazı bazal gangliyon hastalıklarında OKB belirtilerinin görülmesi subkortikal bağlantıların önemini göstermektedir. Cerrahi olarak frontal-subkortikal devrelerin kesintiye uğraması ile OKB belirtilerinde yatışma olmaktadır. Kompulsif davranışlar sağ talamustaki kan akımı ile ters orantılıdır. Hastalık süresi ise superior frontal alanlar ve sağ talamus kan akımı ile doğru orantılıdır. Bir kısım bilim insanı OKB'de hipotalamik bozuklukların önemi üzerinde durmaktadırlar (5).

**C. Nörokimyasal araştırmalar:** OKB'de serotonerjik disfonksiyon vardır. Klomipramin ve Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörlerinin (SSRI) OKB üzerinde olumlu etki yapması bu tezi doğrulamaktadır. OKB'de dopaminerjik bir fazlalıktan söz edilmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda yapılan gözlemler OKB'de glutamatın rolünü kuvvetle düşündürmektedir (5, 46, 54).

### 2.1.5. Klinik özellikleri

**Genel görünüm:** Aşırı düzenli, titiz ve aşırı kontrollü görünümüdürler. Çok fazla yıkama veya temizlemeye bağlı olarak ellerde kontakt dermatitle karşılaşılabilir (55).

**Konuşma ve ilişki kurma:** Konuşmaları aşırı düzeyde kontrollü ve düzgündür. Sözcük seçiminde çok titiz davranırlar. İlişkilerinde sıkıcı olacak düzeyde saygılı ve kuralcıdırlar (55).

**Duygulanım:** Obsesyon ve kompulsiyonlar hastayı son derece tedirgin eder. Obsesyonların kendilerinde anksiyete yarattığını tariflerler, oluşan anksiyeteyi yatıştırmak için kompulsif davranışlar sergilenir. Kompulsif davranışların sıklığıyla anksiyete tekrar artarak bir kısır döngü içine girer (55).

**Bilişsel yetiler:** Genelde zeki ve hafızaları güçlü olmakla birlikte algı ve yönelimde bozukluk pek görülmez. Çok süregelenmiş ağır türlerde bazen algı bozukluğu izlenimi edilebilir (55).

**Düşünce süreci ve içeriği:** Düşünce düzgün, eksiksiz ve ayrıntıcı bir akış gösterir. Düşünce içeriğine obsesyonlar hakimdir ve kişiye mantıksız gelmekle birlikte kişi bunları düşünmekten kendini alıkoyamaz (55).

**İçgörü:** OKB hastaları saplantılarının farkındadır ve saçma bulur. Ancak klasik tanıma aykırı olarak bazı hastalarda saplantıların saçma bulunmadığı durumlar olabilmektedir. Bu durumlar içgörünün eksik olduğu OKB olarak adlandırılır (55).

**Davranışlar:** Kompulsiyonlar genel olarak obsesyonların yarattığı anksiyeteyi gidermek için yapılır. Kişi sürekli yaptığı hareketlerin saçma olduğunun farkındadır ancak içinden gelen obsesif bir düşünceyle bunları yapmaktan alıkoyamaz. Obsesyon ve kompulsiyonların artmasıyla ağır bir bunlatı süreci başlar ve kişide çoğu zaman belirgin bir çökkünlük görülebilir (55).

**Bedensel ve fizyolojik belirtiler:** OKB hastalarında bunaltıya özgü fizyolojik belirtiler görülebilir. Örneğin ileri derecede el yıkayanların ellerinde deterjan izleri veya yaralar görülebilir (55).

OKB hastalarında en çok kirlenme, simetri-düzen, sayı sayma, din, cinsellik ve kontrol ile ilgili obsesyonlar görülmektedir (50). Sık görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme, yıkama, sayı sayma, simetri-düzen ve biriktirme kompulsiyonlarıdır (1). En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. şeylerin bulaşabileceği endişesi

yaşanır. Bu tür obsesyonları olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilir; bu yüzden etrafa dokunma ve insanlara yakınlık kurmaktan kaçınırlar. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonların en sık karşılaşılan şeklidir. Bunun dışında evi sık yıkama, sık duş alma şeklinde de görülebilmektedirler. Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Kuşku obsesyonu olan birey, bir şeyi yapıp yapmadığından emin olamaz. Oluşan kuşkuyu nötralize etmek için bu düşünceleri genellikle kontrol kompulsiyonları takip eder. Ütünün yada kapı kilidinin defalarca kontrol edilmesi kontrol kompulsiyonlarına örnek olarak verilebilir. Simetri ve düzen obsesyonları, eşyaların simetrik olması veya olayların belli bir düzen içinde olmasıyla ilgili obsesyonlar olarak tanımlanabilir. Bu düşüncelere eşyaları veya olayları bir düzen içinde tutmaya çalışma sonucu simetri-düzen kompulsiyonlarıyla yanıt verilir. Kendine veya başkalarına bir şekilde zarar vereceği düşüncesinin sürekli olmasıyla saldırganlık obsesyonları belirmektedir. Bu düşüncelere sahip kişiler yanlarında delici kesici aletleri bulundurmaktan, insanlarla yalnız kalmaktan çekinirler. Kişinin utanç verici yada kabul edilmez olarak kabul ettiği cinsel objelerle ilişkili sürekli düşünceleri cinsel obsesyon olarak tanımlanabilir. Eşcinsel olduğunu düşünme ya da yakınlarından birine yönelik cinsel düşünce bu obsesyonlara örnek olarak verilebilir. Günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaların yer aldığı dinsel obsesyonlar, ülkemizde batı toplumlarından farklı olarak sık görülen bir obsesyon tipidir. Bir diğer obsesyon türü kişinin bedeninin zarar görmesiyle ilgili düşünceleridir. Bu tür obsesyonlar genelde kanser, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklara vb. yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder (46). Saldırganlık, cinsel ve dinle ilgili obsesyonlar hastalarda suçluluk duygusu ve majör depresyon gelişmesine sebep olabilmektedir (1). Zihinsel kompulsiyonlar kişinin belirli kelimeleri sürekli tekrar etme, sayı sayma, plaka okuma gibi tekrarlayıcı ve törensel tarzda hareketleri sürekli yapmasıdır. Bu düşünce ve davranışlar kişinin gündelik hayatta işlevselliğini önemli derecede etkilemekte ve yavaşlamasına sebebiyet vermektedir. Tekrarlayıcı-törensel kompulsiyonlara sahip kişilerin sıradan bir işi yapması uzun saatler sürebilmektedir (46). Maddi veya manevi değeri olmayan eşyaları biriktirmeyle karakterize davranışlar olan biriktirme kompulsiyonları DSM-V'e kadar OKB başlığı altında değerlendirilmekteydi. DSM-V'te biriktirme bozukluğu başlığı altında ayrı bir kategoride değerlendirilmiştir (43).



### 2.1.6. Prognoz

OKB genellikle yavaş ve sinsi bir başlangıç gösterir. Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Bazı hastalarda dönemsel (epizodik) alevlenmeler görülebilir (55). OKB süregelen ve değişken özellikte olan bir bozukluktur. Hastaların %20-%30'unda önemli ölçüde, %40-50'sinde orta derede düzelme (artma-azalma) gözlemlenmiştir. Hastaların %20-40'ında ise semptomlar genelde kötüye (kronik) gitmektedir.

- Kompulsiyonlara karşı koyamama,
- Erken başlangıç,
- Bizar kompulsiyonlar,
- Aşırı değerlenmiş düşüncelerin olması,
- Kişilik bozukluğunun varlığı,
- Hastaneye yatış gereksinimi,
- Eşlik eden majör depresyon,
- Hezeyanların eşlik etmesi kötü prognozu gösterirken,
- İyi sosyal ve mesleki düzen,
- Başlatıcı bir olayın varlığı ve epizodik belirtiler iyi prognostik faktörlerdir (56).

### 2.2. Yaşam Kalitesi

Transplantasyon tıbbının tartışıldığı "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı makalesiyle tıpta "Yaşam Kalitesi" terimini ilk defa 1964'te JR Elkinton kullanmıştır (57). Tıpta yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı, teknik ilerlemelerden çok, insani yaklaşımlarla bağlantılıdır (58). Uzun yıllar "sağlıklılığın" değerlendirilmesinde, sağlığın ölçümünde niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu kavramlar organ düzeyinde bir sorunun olduğunu ve kişinin kendisiyle sınırlı bir durumu tanımlamaktadır (13). Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklılığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirilmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (2).

DSÖ'ye göre sağlık "sadece bir hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik hali"dir. Tam bir huzur ve iyilik içinde olma vurgusu yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmıştır (14, 15). Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin bedensel sağlık durumu, uyum yetisi, ruhsal durumu, toplumsal ilişkileri ve ekonomik durumudur (59). Calman (1984) yaşam kalitesini belirli bir zamanda kişinin umutları veya beklentileri ile kişinin deneyimleri arasındaki fark olarak tanımlamıştır (60). Ayrıca yaşam kalitesi kişinin, kendi hayatına anlam duygusu katan hedeflerle ilgili planları olarak tanımlanmaktadır (61, 62). Psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesi araştırmaları ilk olarak konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde olmuştur. Bu çalışmalarını daha sonra duygudurum bozuklukları, şizofreni, geriatri ve çocuk psikiyatrisi ile ilgili yaşam kalitesi çalışmalarını izlemiştir (32, 63).

### **2.3. Sosyal Uyum**

Bireylerin ait oldukları toplumun ya da toplumun alt gruplarının değerlerini, davranışlarını ve bilgilerini kazanma süreci sosyalleşme olarak ifade edilmektedir. Sosyalleşme, belirli bir yaşta, cinsiyette ve sosyal yapıda olan bireyin davranışları ile toplumun beklediği davranışlar arasındaki ilişkiyi içermektedir (64).

Uyum kişinin kendisi ve çevresiyle iyi ilişkiler kurması, bu durumun sürdürülebilirliğini sağlaması şeklinde tanımlanabilir. Uyum süreci doğumla başlayıp ölümle biten bir süreçtir. Uyumun temel ölçütlerinden birisi, kişinin kendisini iyi hissedebilmesidir. Sosyal uyum ise; kişinin toplumda belli bir statüye sahip olması ve değer kazanması gereksinimleriyle ilgilidir (20, 21, 22). Sosyal uyum Barrabee (1955) tarafından, kişinin kendinden beklenen rollerini sosyal normlara uygun şekilde karşılaması olarak tanımlanmıştır (23). Chan ve ark (2006)'a göre sosyal uyum bireyler arasındaki etkileşimlerle ilgili bir durumdur. Jenson (1998) uyumun yapısal boyutunu beş unsura ayırmakta ve bunları aidiyet/izolasyon, içirme/dışlanma, katılım/pasiflik, kabul görme/reddedilme ve meşruiyet/gayri yasallık olarak sıralamaktadır (17, 18, 19).

Sosyal işlevsellik geniş anlamıyla çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanabilir (33, 65, 66). Sosyal işlevsellik, bireyin işi, ev hayatı, sosyal hayatı ve yapmaktan zevk duyduğu işlerdeki işlevsellik düzeyiyle ilgilidir. Bununla birlikte eş, ebeveyn, arkadaş ve iş arkadaşı rollerindeki yeterlilik ve doyumu da kapsamaktadır (67, 68). Bireyin çevresine karşı ödevlerini ve sorumluluklarını yerine getirememesi, ailesinin de sosyal işlevsellik düzeyini olumsuz etkilemektedir (69). Ailevi ilişkileri iyi olan, çevresi tarafından sevilen, davranışları toplum içinde kabul gören, neyi nerde yapacaklarını bilen ve sosyal anlamda becerileri yüksek olan bireyler sosyal uyumu iyi olan bireyler olarak tanımlanmaktadır (70). Bireyin uyumunu etkileyen bir çok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden, kişinin yetiştiği aile ortamı, ebeveyn-çocuk ilişkileri ve ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları önem arz etmektedir (20).

Çalışmalar sosyal işlevselliğin eğitim, meslek sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli çevresel etmenlerden de etkilenebildiğini göstermiştir (71, 72). Arabacı ve ark (2015) yaptığı çalışmada; ruhsal hastalık tanısı, yaşanan yerleşim birimi, algılanan gelir durumu, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olma, çalışma durumları gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin sosyal işlevselliği etkilediğini belirtmektedir (73). Sosyal işlev yetersizliği hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, aile içindeki rollerinde, sosyal rollerinde, boş zaman ve mesleki rollerinde sorunlara sebep olmaktadır. Hastanın sosyal işlevsellik derecesinin belirlenmesi, hastaya uygulanacak tedavinin planlanmasında ve hastanın sosyal uyumunun artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması için faydalıdır (32, 33).

## **2.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ve Sosyal Uyum**

### **2.4.1. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi**

OKB'de bireylerin mesleki, akademik, aile ve sosyal işlevselliği negatif yönde etkilenmekte ve yeti yitimi meydana gelmektedir. OKB'li hastalarda toplumsal ve mesleki işlev bozukluğunun hastalık süresince arttığı ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (2, 3, 4, 16). DSÖ'ye göre OKB, fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında işlevselliğin olumsuz etkilendiği onuncu hastalıktır. Bu sıralama 15-44 yaş arasındaki kadınlarda beşinci sıraya kadar düşmektedir (74). Bundan

dolayı özellikle son yıllarda OKB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki daha fazla incelenmektedir. OKB’de yaşam kalitesini araştıran çalışmalarda en fazla etkilenen alanlar psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve bağımsızlık düzeyi olarak bulunmuştur (3, 75, 76).

Ruhsal alandaki yaşam kalitesi olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesi hakkında kişinin öznel yorumunu yansıtmaktadır. Kişinin bağımsızlık düzeyi algısı ise çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işlerini, sosyal etkinliklerini başkasının yardımı olmadan yürütebilme becerisini ve yaşamı sürdürme konusunda tıbbi tedaviye ne kadar gereksinim duyabileceğini yansıtmaktadır (14). Kişinin bağımsızlık düzeyi algısının OKB için sağlık yardımı arama davranışını yordayan bir etken olduğu belirtilmektedir (75, 77). Obsesif düşünceler, anksiyete uyandıran, kişinin sahip olmaktan utandığı, kişiliğine aykırı olarak algılandığı düşüncelerdir. Bu düşünceler kişinin kendisini günahkar veya küçük düşmüş olarak algılamasına neden olur. Bu olumsuz duygular, azalmış benlik saygısı ve azalmış bilişsel yetiler, kişinin ruhsal alanda yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (2).

OKB’lu hastalarda; işlevsellik, bedensel ve ruhsal alan yaşam kalitesinin obsesyon ve kompulsyonların şiddetiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (31). OKB, şizofreni, depresyon, eroin bağımlılığı gibi ruhsal bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesinin SF-36 ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB tanılı hastaların şizofreni hastalarıyla birlikte en düşük yaşam kalitesi puanları aldığı belirlenmiştir (3). Diğer bir çalışmaya göre OKB hastalarının bedensel alan yaşam kalitesi skorları sağlıklı kişilere yakinken, sosyal ve ruhsal alanda sağlıklı bireylere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (76).

#### **2.4.2. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyal uyum**

Uyum bozukluğu; tanımlanabilen stres ya da stresörlere psikolojik tepki olarak tanımlanmıştır (78). Sosyal işlevsellik kavramı, gerekli günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği ve sergilenen bu tür aktivitelerin yeterliliğinin yanısıra, bireylerin sosyal çevre ile etkileşimlerine ve davranışlarını etkileyen çok yönlü faktörlerle ilişkisine dayanır. Sosyal fonksiyonların değerlendirilmesinde; rutin, üretkenlik, sosyal ilişkiler, entelektüel kapasite, duygusal istikrar/ değişmezlik ve huzur

faktörleri ele alınmalıdır. Yaşam kalitesi günlük yaşam aktivitelerinin performansı ile ilgiliyken sosyal işlevsellik ya da sosyal uyum; belirtilen faktörlerle ilişkilidir (24, 79).

Ruhsal hastalıklarda kişisel bakım, günlük faaliyetler, aile içi ilişkiler ve toplumsal ilişki alanlarında bireylerin işlevsellik düzeyi düşer (80). OKB hastalarının işlevsellikleri her alanda bozulmaktadır (50). OKB, sıklıkla büyük bir sosyal ve mesleki işlev bozukluğunun eşlik ettiği, kişinin günlük, aile ve sosyal işlevleriyle ilgili aktivitelerinin önemli ölçüde etkilendiği ve kronik seyir gösteren bir bozukluktur (24, 38, 81, 82, 83). OKB semptomlarının sosyal ilişkilerle bağlantılı olduğu bildirilmiştir (24, 79). Aile ilişkileri, obsesif kompulsif semptomlardan en çok etkilenen boyuttur (81, 84, 85). Bu yüzden, sosyal uyumu değerlendirmek OKB ile ilgili sıkıntıları/rahatsızlıkları değerlendiren en uygun yöntemlerden biri olabilir. Sosyal uyum ile ilgili bulgular ilave bir tedavi amacı sunabilir. Buna ek olarak, sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi, obsesif kompulsif semptomların sosyal ilişkiler, profesyonel ilerleme ve akademik performansa olan etkisine dair bilgiler sunmaktadır (24, 86). OKB sürekli tekrarlayıcı ve törensel davranışlardan dolayı ev içindeki atmosferi bozabilmekte ve aile üyeleri hastalığın belirtilerinden veya semptom şiddetinden olumsuz etkilenebilmektedir. Bu da aile üyelerinin zamanla bir tahammülsüzlük ve bıkkınlık yaşamalarına sebebiyet verebilmektedir (50). Törensel davranışların aile üyelerinin %87'si için katlanılması zor bir hale geldiği belirlenmiştir (87). Ailelerin üçte birinden fazlasında rutin ev düzeninde hastaların belirtilerine uygun değişiklikler olmaktadır. Evli olan hastaların yarısından fazlasında obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili uyum sorunları ve duygusal açıdan tatminsizlik belirlenmiştir. Genellikle ailenin katlanması zor ve bezginleştirici olarak kabul ettiği bu duruma ailenin direnmesi halinde, hastalarda öfke patlamaları, anksiyetede artma ya da depresif belirtiler olabilir. Hastaların üçte ikisinde cinsel yaşamlarında da sorunlar yaşanmaktadır. Bu hastaların cinsel yaşamlarındaki sorunların kaynağı obsesif kompulsif belirtiler olabilir. Aile içindeki iletişim sorunları, duygusal katılımın olmaması, cinsel yaşantıdaki sorunlar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi daha bir çok sorun hem bireyin, hem de ailenin ruhsal durumunu ve sosyal işlevselliğini etkileyebilmektedir. Bu durum, kişinin hastalığı arttıkça üzerindeki sosyal baskının arttığını hissetmesine sebep olmaktadır (88, 89, 90, 91).

Obsesyonların etkisi daha çok kişinin kendisi tarafından hissedilirken, kompulsiyonların etkisi hem kişi tarafından hem de yakınları ve çevresi tarafından hissedilmektedir. Hastalığın artan süresi ile kişinin belirtilerine bağlı olarak üzerinde artan bir sosyal baskı hissetmesi, işlevselliğinin giderek düşmesi ile maddi kaynaklarının ya da üretkenliğinin azalması ve boş zamanlarını değerlendirme yeteneğinin giderek azalması gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesinin düşebileceği düşünülmektedir (2).

Sosyal uyumun, OKB' nin semptom şiddetinin büyüklüğüyle ilişkili olduğu ve tedavi kaynaklı değişikliklerin ölçülmesi için hassas bir araç olduğu belirtilmektedir (25, 26, 27, 28). Ayrıca sosyal uyumun, aile bireyleri tarafından daha fazla baskıyla karşılanan OKB hastalarında daha da bozulduğu gözlemlenmiştir (29, 30). Hastalık başlangıç yaşının, OKB'nin spesifik semptomlarının boyutlarının ve ek psikiyatrik hastalıkların OKB hastalarındaki sosyal uyum üzerine etkisiyle ilgili çok az şey bilinmektedir (24). OKB'nin kişinin yaşamında hem bireysel hem de sosyal alanda bir çok olumsuz etki yarattığı, obsesif kompulsif belirti şiddetinin sosyal alan yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (2, 31). Az sayıda çalışmada ele alınmasına rağmen bireysel ve ailevi fonksiyonların tedavi sonucuna etkisi görüldüğü saptanmıştır. Çoğu çalışma özellikle sosyal fonksiyonu değerlendirmeden yaşam kalitesini ele almıştır (82, 92, 93, 94).

Hastalık ve tedavi ile ilgili tüm etkenler psikososyal uyumu etkilemektedir. Hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların hastalığa uyumu ise, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, sosyokültürel özelliklerine, psikososyal stresörlere, hastalıkla ilgili olumsuz duygulara, baş etme yöntemlerine, geçmiş deneyimlere, yaşam tarzına, kalımsal özelliklere, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybının türüne ve tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilir (34).

## **2.5. Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Süreğen ruhsal sorunu olan bireylerin toplum içerisinde ve bağımsız olarak en az destekle toplumsal, mesleki, eğitimsel ve ailevi rollerini sürdürebilmeleri için gerekli becerilerle donatılması ve yeterli toplumsal desteklerin sağlanması psikiyatrik rehabilitasyonun temel amacıdır. Hastalara sadece tedavi hizmetlerinin sunulması ve

bunların da ilaç tedavisiyle sınırlı kalması iyileşmenin önemli derecede gerçekleşmesi için genellikle yeterli olmamaktadır. Özellikle süregenleşme eğilimi olan hastalıklarda tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri biyo-psiko-sosyal yaklaşım çerçevesinde iç içe ve birlikte yürütülerek ruhsal hastalıkların bozucu ve yetiyitimine yol açan etkisi azaltılabilir. Böylece birey, aile ve çevresi tedaviye sahip çıkarak iyileşmenin diğer boyutlarında rol almış olacaklardır. Ağır bir ruhsal hastalık yaşayan bu bireylerin hastalıklarının farkına varmalarını sağlamak birincil hedeflerdendir (80). Bu nedenle ideal tedavi akut hastalık belirtilerinin yatıştırılmasından çok, kişinin sosyalleşmesini sağlayan, işlevselliğin yeniden kazandırılmasını ve benlik saygısını, kendine güvenini artıran, güçlü baş etmesini kazanmasını sağlayacak şekilde olmalıdır (32, 95, 96, 97). Bu anlamda hemşire; bütüncül yaklaşımı, zengin deneyimi sayesinde hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp, karşılayabilecek donanımdadır. Hastayla kurulan terapötik ilişki, hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını, hem de o hastaya en iyi yaklaşım şeklinin seçilmesini sağlar (98). Hemşireler, ekip içinde hasta ile en uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, kliniklerde ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir. Hastanın içinde yaşadığı kişilerarası ortamın terapötik ya da nonterapötik oluşu neredeyse tamamen hemşirelerin becerilerine ve ilgili olmasına bağlıdır (99, 100). Tedavi edici ortamın sağlanması ve sürdürülmesi psikiyatri hemşireliği aktivitelerinin ve bakımın temel parçalarından biridir (99). Çağdaş psikiyatri hemşireliği uygulamasının bilgi ve uzmanlık gerektiren üç alanı tedavi edici ortamın yönetimi, bakım aktivitelerinin sürdürülmesi, bakımın bütünlüğü ve eşgüdümün sağlanması olarak tanımlanmaktadır (32, 99, 101).

Ülkemizde de psikiyatri hizmetleri ağırlıklı olarak hastanelerde yürütüldüğünden, hemşirelerinde çalışma alanının daha çok psikiyatri klinikleri olduğu görülmektedir (99). Hasta hemşire ilişkisi hastanede geçen süre ile sınırlıdır, bu sınırlı süre hasta ihtiyaçları merkezinde çalışılarak, hastanın yararlanmasını amaç edinilerek kullanılmalıdır. Hemşire bu aşamada hastanın; destek alma - bağıllık - anlaşılma gibi duygusal gereksinimlerini, kaygı - öfke gibi olumsuz duyguları açıklamasına, bireyin sağlığı ile ilgili gerçekçi değerlendirmeler yapması ve gerçekçi amaçlar geliştirmesine, bireyin iletişim sorunlarının ve sağlığının gelişimini engelleyen olumsuz davranış örüntülerinin tanınarak başetmeye yönelik davranışlar geliştirmesine yardım etmelidir

(102). Hemşireler hastaların sosyal işlevselliğini düşüren dinamikleri tespit edip bunları çözmek için hasta ve hasta ailesiyle işbirliği içinde olmalıdır.

OKB hastaları obsesyonların yarattığı anksiyete ile baş etmede yetersizlik yaşamaktadır. Bu anlamda hemşireler hastaların aksiyetelerini değerlendirmeli ve hastalara anksiyeteleri ile baş etme teknikleri öğretmeli, mevcut baş etme stratejilerini belirlemeli, hastanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmeli, hastanın kendi davranışlarını değerlendirmesi için bireyi desteklemeli, hastayı anlayabilmeleri için hasta ailesini bilgilendirmeli, ailenin zayıf yönlerini analiz ederek çözüm yolları sunmalı, uygun olmayan davranışları daha uygun davranışlarla değiştirmesi için hastaya yardımcı olmalıdır. Hasta ve hasta yakınının bilgi birikiminin artırılması ve hastanın hastalığını kabul etmesini sağlayan eğitim programlarının düzenlenmesi önem arz etmektedir (78, 103, 104)

Hastanın hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması, hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır (37). Psikososyal bakımda hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmek, uyumsuzlukları önlemek, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttırmaktır (35, 36).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma OKB hastalarında sosyal uyum ve en çok etkilenen yaşam kalitesi alanlarını ve bu durumların semptom şiddetinden nasıl etkilendiğini, birbirleri ile ilişkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yer**

Araştırma Aralık 2014-Temmuz 2016 tarihleri arasında yapılmış olup, araştırmanın veri toplama işlemi Ocak 2015-Ağustos 2015 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniklerinde yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde kliniğe başvuran OKB hastaları araştırmanın evrenini, araştırmaya katılmayı kabul eden 114 hasta araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Örneklemen belirlenmesinde güç analizi yapılmıştır. Buna yönelik olarak pilot çalışma yapılmış ve hastalarda Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) beklenen güven aralığı belirlenerek güven aralığının tahmin edilmesi gerekli minimum örnek genişliği  $\alpha=0.05$ , testin gücü  $(1-\beta)$  0.80 iken örneklem sayısı 84 olarak belirlenmiştir.

Hasta grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde ayaktan tedavi alan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 18-65 yaş grubu arasında, DSM-IV veya DSM-V tanı kriterlerine göre yalnızca OKB tanısı almış, en az ilkokul mezunu olan ve anket sorularını cevaplamayı engelleyebilecek görme, işitme ya da zihinsel engeli olmayan hastalar değerlendirilmeye alınmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veriler, hastalarla yüzyüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş yazılı onam (Ek-7) alındıktan sonra, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), sosyal uyum düzeylerini belirlemek için Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Ek-2), yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) (Ek-3) ve obsesyon ve kompulsiyon şiddetini belirlemek için Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Y-BOKÖ) (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır. Anketler hastalarla yüzyüze görüşülerek uygulanmış olup anketlerin cevaplanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili bilgilerini elde etmek amacıyla, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma ve eğitim durumu, aile öyküsünde ruhsal bozukluk olma durumları, suicid girişimi veya düşüncelerini, obsesyon ve kompulsiyon türlerini belirlemeye yönelik 15 sorudan oluşan form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

#### **3.4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)**

Bosc ve ark (1997) tarafından geliştirilip, Akkaya ve ark (2008) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, 21 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği gibi özelliklerini sorgulamaktadır. Ölçeği dolduranlar motivasyonlarının ve davranışlarının, kendilik algılarının, günlük yaşamlarında sahip oldukları farklı rollere ilgilerinin ve aldıkları tatminin değerlendirilebilmesi amacıyla birbirlerini tamamlayan sorulara yanıt vermektedirler. 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her bir kişi toplam 0-3 aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri orijinalinde 0.74, Türkçe

geçerlilik güvenilirlik analizinde tüm grup için 0.90 olarak elde edilmiştir (68, 105). Bizim çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri 0.90 olarak elde edilmiştir.

### **3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (World Health Organization Quality Of Life Bref Form- Turkish Version WHOQOLBREF-TR)**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): WHOQOL-BREF-TR, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkılarıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilip (106) ve Eser ve ark (1999) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan bir değerlendirme aracıdır (107). Yüz sorudan oluşan daha geniş bir değerlendirme aracı (WHOQOL-100) içinden seçilen 26 soruyu ve dört alanı kapsamaktadır. Bu dört alan bedensel (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. sorular), ruhsal (5, 6, 7, 11, 19, 26. sorular), sosyal ilişkiler (20, 21, 22. sorular) ve çevre (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. sorular) alanlarıdır (108). Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında çevre alan skoru Çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır (109). Ölçek beşli likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Kişinin, hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel etkinlik, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Fiziksel alanda günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Dört alana ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında veya 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir (14, 108). Puanlar arttıkça yaşam kalitesinin arttığı değerlendirilmektedir. Bu çalışma da puanlama 4-20 arası

hesaplanmış olup ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri 0.87 olarak elde edilmiştir.

#### **3.4.4. Yale – Brown Obsesyon - Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Y-BOKÖ)**

OKB belirtilerinin şiddetini değerlendirmek üzere Goodman ve ark (1989) tarafından geliştirilen, Karamustafaloğlu ve ark. (1993) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ve değerlendirmeci tarafından puanlanan bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşan bu ölçekte, ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmeye alınmakta; 1-5. maddelerin toplamı Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, obsesyon şiddeti (Y-BOKÖ-OBS), 6-10. maddelerin toplamı Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, kompulsiyon şiddeti (Y-BOKÖ-KOMP), 1-10. maddelerin toplamı obsesyon-kompulsiyon (Y-BOKÖ) puanlarını vermektedir. Ölçekte her soru için puanlandırma 0-4 arasında değerlendirilir. Y-BOKÖ-OBS ve Y-BOKÖ-KOMP 0-20 arası puanlar alabilmekte, Y-BOKÖ ise 0-40 arasında puanlamayla değerlendirilmektedir (110, 111). Ölçekten elde edilen toplam puanların karşılıkları ise; 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli şeklinde kabul edilmektedir (112). Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri orijinalinde 0.98, Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizinde 0.81 olarak elde edilmiştir (110, 111). Bu çalışma ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri 0.94 olarak elde edilmiştir.

#### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS) 23.0 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma, hastaların tanıtıcı özellikleri ile ölçeğin puan ortalamalarının karşılaştırmasında t- testi, Kruskal-Wallis testi, Varyans Analizi yapılmıştır. İleri analizlerde Tukey testi ile Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği puanları ve Sosyal Uyum Ölçeği puanları ile Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.  $P < 0.05$  düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek-5), Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlüğü'nden (Ek-6) ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezinden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılacak bireylerin haklarının korunması için, araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara; araştırmanın yapılma amacı, süresi, nelerin uygulanacağı, nasıl uygulanacağı açıklanarak, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilmiştir. Çalışmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Çalışmanın yalnızca ayaktan tedavi alan hastalarla yapılması, sosyal işlevselliğin önemli derecede bozulduğu yatan hastaların çalışmaya alınmaması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışma sadece bu hastalara genellenebilir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

OKB hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı tablo 1’de görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların en küçüğü 18, en büyüğü 63 yaşında ve genel yaş ortalaması  $31.43 \pm 9.71$ ’dir. Hastaların %57.9’unu bayanlar %42.1’ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışmamıza katılanların %64.9’u herhangi bir işte çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %35.1’i üniversite, %30.7’si lise, %14’ü ortaokul, %20’si ilkokul mezunu olduğunu, %68.4’ü büyük şehirde, %28.1’i ilçede, %3.5’i de köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %50’si ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğunu, %30.7’si iyi düzeyde olduğunu, %19.3’ü de kötü düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	X±SS	Min- Max
Yaş (yıl)	31.43±9.71	18- 63
	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	48	42.1
Kadın	66	57.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	58	50.9
Bekar	52	45.6
Boşanmış	4	3.5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	40	35.1
Hayır	74	64.9
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul	23	20.2
Ortaokul	16	14.0
Lise	35	30.7
Üniversite	40	35.1
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Köy	4	3.5
İlçe	32	28.1
İl	78	68.4
<b>Ekonomik Durumu</b>		
Kötü	22	19.3
Orta	57	50.0
İyi	35	30.7

## 4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Hastaların hastalığa ilişkin bulguları tablo 2’de görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen 114 hastanın verileri incelendiğinde; hastalığın başlangıç yaşı ortalamasının  $20.95 \pm 7.87$  olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların %71.9’u ilaçlarını düzenli kullandığını, %75.4’ü kontrollerine düzenli geldiğini belirtmişlerdir. Hastaların %36’sı geçmişte en az bir kez psikiyatri servisinde yatış öyküsüne sahiptir. Çalışmamıza katılanların %41.2’si ailesinde OKB veya başka bir ruhsal bozukluk öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılanların hastalık başlangıcından bu yana %40.4’ünün arada tama yakın iyileşme gösterdiği (epizodik), %32.5’inin sürekli gidiş gösterdiği (artma-azalma), %27.2’sinin ilerleyici-kötü gidiş (kronik) gösterdiği saptanmıştır. Hastaların %10.5’i hastalık süresi boyunca intihar girişiminde bulduklarını, %31.6’sı bu süreç içinde intihar düşüncelerinin olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	X±SS	Min- Max
<b>Hastalığın Başlangıç Yaşı</b>	20.95±7.87	9- 45
	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>İlaçlarını Düzenli Kullanma</b>		
Evet	82	71.9
Hayır	32	28.1
<b>Kontrollerine düzenli gelme</b>		
Evet	86	75.4
Hayır	28	24.6
<b>Psikiyatri servisine yatış öyküsü</b>		
Var	41	36.0
Yok	73	64.0
<b>Ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluk durumu/öyküsü</b>		
Var	47	41.2
Yok	67	58.8
<b>Hastalığın gidişi ve seyri</b>		
Artma-azalma (sürekli gidiş gösterenler)	37	32.5
Arada tama yakın iyileşme gösterenler (epizodik)	46	40.4
İlerleyici- kötü gidişli (kronik)	31	27.2
<b>Hastalık seyri boyunca intihar düşüncesi/ girişimi varlığı</b>		
Düşünce var	36	31.6
Düşünce yok	66	57.9
İntihar girişimi var	12	10.5

### **4.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerinin Dağılımı**

Hastalar tarafından dile getirilen obsesyon ve/veya kompulsiyon türüne ilişkin bulguların dağılımı tablo 3'te verilmektedir. Çalışmaya katılanların %55.3'ünde kirlilik ve bulaşma obsesyonu, %48.2'sinde temizleme yıkama obsesyonu, %42'sinde dini obsesyon, %23.7'sinde cinsel obsesyon, %20.2'sinde simetri-düzen obsesyonu, %17.5'inde tekrarlayıcı-törensel obsesyonlar, %9.6'sında saldırganlık obsesyonu, %8.8'inde somatik obsesyon, %2.6'sında biriktirme-saklama obsesyonu, %27.2'sinde diğer obsesyon türleri görüldüğü saptanmıştır. Hastaların %62.3'ünde yıkama temizleme kompulsiyonu,%27.2'sinde kontrol kompulsiyonu, %21.9'unda tekrarlayıcı törensel kompulsiyonlar, %13.2'sinde sıralama kompulsiyonu, %11.4'ünde sayma kompulsiyonu, %3.5'inde biriktirme-toplama kompulsiyonu, %48.2'sinde de diğer kompulsiyon türleri görüldüğü saptanmıştır (Tablo 3).



**Tablo 3:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerinin Dağılımı

<b>Obsesyon türü*</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Kirlilik ve bulaşma obsesyonu</b>		
Yok	51	44.7
Var	63	55.3
<b>Saldırganlık obsesyonu</b>		
Yok	103	90.4
Var	11	9.6
<b>Simetri- düzen obsesyonu</b>		
Yok	91	79.8
Var	23	20.2
<b>Dini obsesyon</b>		
Yok	66	57.9
Var	48	42.1
<b>Cinsel obsesyon</b>		
Yok	87	76.3
Var	27	23.7
<b>Biriktirme-saklama obsesyonu</b>		
Yok	111	97.4
Var	3	2.6
<b>Somatik obsesyonlar</b>		
Yok	104	91.2
Var	10	8.8
<b>Temizleme-yıkama obsesyonu</b>		
Yok	59	51.8
Var	55	48.2
<b>Tekrarlayıcı törensel davranışlar</b>		
Yok	94	82.5
Var	20	17.5
<b>Diğer obsesyonlar</b>		
Yok	83	72.8
Var	31	27.2
<b>Kompulsiyon türü**</b>		
<b>Yıkama temizleme kompulsiyonu</b>		
Yok	43	37.7
Var	71	62.3
<b>Kontrol kompulsiyonu</b>		
Yok	83	72.8
Var	31	27.2
<b>Sıralama düzenleme kompulsiyonu</b>		
Yok	99	86.8
Var	15	13.2
<b>Sayma kompulsiyonu</b>		
Yok	101	88.6
Var	13	11.4
<b>Tekrarlayıcı törensel davranışlar</b>		
Yok	89	78.1
Var	25	21.9
<b>Biriktirme-toplama kompulsiyonları</b>		
Yok	110	96.5
Var	4	3.5
<b>Diğer kompulsiyonlar</b>		
Yok	59	51.8
Var	55	48.2

\* Hastalar birden fazla obsesyon türü işaretlemişlerdir.

\*\*Hastalar birden fazla kompulsiyon türü işaretlemişlerdir.

#### 4.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları

Çalışmaya katılan hastaların SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları tablo 4'te görülmektedir. Hastaların sosyal uyum düzeylerinin değerlendirildiği SUKDÖ puan ortalaması  $32.48 \pm 11.84$  olarak bulunmuştur. Obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin ölçüldüğü Y-BOKÖ'ye göre obsesyon puan ortalaması (Y-BOKÖ-OBS)  $11.14 \pm 5.65$ , kompulsiyon puan ortalaması (Y-BOKÖ-KOMP)  $10.07 \pm 5.31$ , Y-BOKÖ toplam puan ortalaması  $21.21 \pm 10.53$  olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesinin ölçüldüğü WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin alt boyutlarından olan bedensel alan alt ölçeği puan ortalaması  $12.00 \pm 3.52$ , ruhsal alan alt ölçeğinin puan ortalaması  $11.87 \pm 3.78$ , sosyal alan alt ölçeğinin puan ortalaması  $10.59 \pm 4.41$ , çevre alanı alt ölçeği puan ortalaması  $12.06 \pm 2.92$  olarak bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 4:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları

Ölçekler		X±SS	Alınan Min- Max Değerler	Alnabilecek Min-Max Değerler
SUKDÖ		$32.48 \pm 11.84$	9.00-55.00	0-60
Y-BOKÖ	Y-BOKÖ-OBS	$11.14 \pm 5.65$	0-20	0-20
	Y-BOKÖ-KOMP	$10.07 \pm 5.31$	0-20	0-20
	Y-BOKÖ-TOPLAM	$21.21 \pm 10.53$	0-40	0-40
WHOQOL-BREF-TR	BEDENSEL ALAN	$12.00 \pm 3.52$	4.00-20.00	4.00-20.00
	RUHSAL ALAN	$11.87 \pm 3.78$	4.00-19.33	4.00-20.00
	SOSYAL ALAN	$10.59 \pm 4.41$	4.00-18.67	4.00-20.00
	ÇEVRE ALANI	$12.06 \pm 2.92$	5.33-18.22	4.00-20.00

#### **4.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki**

OKB hastalarında SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR puan ortalamaları arasındaki ilişki tablo 5’de verilmektedir.

SUKDÖ ile WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

SUKDÖ ile Y-BOKÖ-OBS, Y-BOKÖ-KOMP ve Y-BOKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Y-BOKÖ-OBS ile WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Y-BOKÖ-KOMP ile WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Y-BOKÖ toplam ile WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 5:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER		r	SUKDÖ	WHOQOL-BREF-TR			
				BEDENSEL ALAN	RUHSAL ALAN	SOSYAL ALAN	ÇEVRESEL ALAN
SUKDÖ		r	1**	.620**	.757**	.701**	.802**
Y-BOKÖ	Y-BOKÖ OBS	r	-.416**	-.734**	-.699**	-.376**	-.232*
	Y-BOKÖ KOMP	r	-.333**	-.650**	-.565**	-.297**	-.195*
	Y-BOKÖ TOPLAM	r	-.391**	-.722**	-.660**	-.351**	-.223*

\* p<0.05

\*\*p<0.01

#### **4.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SUKDÖ, Y-BOKÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

OKB'si olan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre SUKDÖ ve Y-BOKÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları tablo 6' da görülmektedir.

Hastaların cinsiyete göre SUKDÖ ve Y-BOKÖ puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların medeni durumlarına göre SUKDÖ ve Y-BOKÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre SUKDÖ puan ortalaması incelendiğinde, bir işte çalışanların puan ortalaması  $36.90\pm 11.41$  iken, çalışmayanların puan ortalaması  $30.09\pm 11.44$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Hastaların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre Y-BOKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların obsesyon puan ortalaması  $9.67\pm 5.72$  iken, çalışmayanların  $11.94\pm 5.48$ , bir işte çalışanların kompulsiyon puan ortalaması  $8.25\pm 4.88$  iken, çalışmayanların  $11.05\pm 5.31$ , bir işte çalışanların Y-BOKÖ toplam puan ortalamaları  $17.92\pm 10.38$  iken, çalışmayanların  $23.00\pm 10.25$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında obsesyon ve /veya kompulsiyon şiddeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre SUKDÖ puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre Y-BOKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, obsesyon puanı ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre Y-BOKÖ kompulsiyon puanı ortalamasının, ilkokul mezunlarında  $11.21\pm 4.88$ , ortaokul mezunlarında  $11.12\pm 5.53$ , lise mezunlarında  $11.34\pm 5.32$ , üniversite mezunlarında  $7.87\pm 4.92$  olduğu, toplam Y-BOKÖ puan ortalamasının ise, ilkokul mezunlarında  $24.26\pm 9.84$ , ortaokul mezunlarında  $22.00\pm 11.09$ , lise mezunlarında  $23.20\pm 10.24$ , üniversite mezunlarında  $17.42\pm 10.20$  olduğu, gruplar arasında kompulsiyon şiddeti ve toplam Y-BOKÖ puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde farklılığın üniversite mezunu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşadıkları yerlere göre; SUKDÖ, Y-BOKÖ-OBS, Y-BOKÖ-KOMP ve toplam Y-BOKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ekonomik durumlarına göre SUKDÖ puan ortalaması incelendiğinde, ekonomik durumu düşük olanların  $21.40\pm 9.04$ , ekonomik durumu orta olanların  $32.56\pm 11.08$ , ekonomik durumu iyi olanların  $39.31\pm 9.25$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında SUKDÖ puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların ekonomik durumlarına göre Y-BOKÖ-OBS, Y-BOKÖ-KOMP ve Y-BOKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SUKDÖ ve Y-BOKÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ölçekler			
	SUKDÖ X±SS	Y-BOKÖ		
		Y-BOKÖ-OBS X±SS	Y-BOKÖ-KOMP X±SS	Y-BOKÖ-TOP X±SS
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek (48)	33.89±10.55	11.22±5.63	9.47±5.21	20.70±10.56
Kadın (66)	31.45±12.68	11.09±5.70	10.50±5.39	21.59±10.57
	t= 1.119 p= 0.265	t= 0.128 p= 0.898	t= -1.012 p= 0.314	t= -.440 p= 0.661
<b>Medeni Durum</b>				
Evli (58)	32.29±11.90	10.74±5.96	10.18±5.40	20.93±10.85
Bekar (52)	33.21±11.85	11.46±5.43	9.98±5.46	21.44±10.61
Boşanmış (4)	25.75±11.44	13.00±3.91	9.50±1.00	22.50±4.79
	KW=1.561 p= 0.458	KW=0.935 p= 0.627	KW=0.026 p= 0.987	KW=0.182 p= 0.0913
<b>Çalışma Durumu</b>				
Evet (40)	36.90±11.41	9.67±5.72	8.25±4.88	17.92±10.38
Hayır (74)	30.09±11.44	11.94±5.48	11.05±5.31	23.00±10.25
	t= 3.032 p= 0.003	t= -2.078 p= 0.040	t= -2.766 p= 0.007	t= -2.511 p= 0.013
<b>*Eğitim durumu</b>				
İlkokul (23)	26.91±11.08	13.04±5.57	11.21±4.88	24.26±9.84
Ortaokul (16)	35.62±9.38	10.87±5.97	11.12±5.53	22.00±11.09
Lise (35)	32.25±11.64	11.85±5.28	11.34±5.32	23.20±10.24
Üniversite (40)	34.62±12.56	9.55±5.62	7.87±4.92	17.42±10.20
	F=2.619 p=0.054	F=2.192 p=0.093	F=3.767 p=0.013	F=2.956 p=0.036
<b>Yaşadığı Yer</b>				
Köy (4)	30.75±18.46	11.00±7.02	10.25±6.44	21.25±13.40
İlçe (32)	30.28±11.63	11.81±5.81	11.43±5.09	23.25±10.48
İl (78)	33.47±11.61	10.88±5.57	9.50±5.32	20.38±10.44
	KW=1.285 p=0.526	KW=0.661 p=0.719	KW=3.111 p=0.211	KW=1.735 p=0.420
<b>*Ekonomik Durumu</b>				
Kötü (22)	21.40±9.04	12.31±4.87	11.63±4.32	23.95±8.51
Orta (57)	32.56±11.08	11.59±5.54	10.50±5.27	22.10±10.59
İyi (35)	39.31±9.25	9.68±6.11	8.37±5.62	18.05±11.08
	F=20.870 p=0.0001	F=1.850 p=0.162	F=3.042 p=0.052	F=2.590 p=0.080

\*Tukey testi kullanılmıştır.

#### **4.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

OKB'si olan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları tablo 7'de görülmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına ve yaşadıkları yerlere göre WHOQOL-BREF-TR bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan alt ölçekleri puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların bedensel alan alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $13.37\pm 3.27$  iken, çalışmayanların puan ortalaması  $11.26\pm 3.45$ 'tir. Bir işte çalışanların ruhsal alan alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $13.36\pm 3.26$  iken, çalışmayanların puan ortalaması  $11.06\pm 3.82$ , bir işte çalışanların çevresel alan alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $13.20\pm 2.97$  iken, çalışmayanların puan ortalaması  $11.45\pm 2.73$  olarak bulunmuş olup, bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan alt ölçekleri puan ortalamalarının herhangi bir işte çalışan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastaların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre WHOQOL-BREF-TR sosyal alan alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ekonomik durumlarına göre WHOQOL-BREF-TR'nin alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan alt ölçeği puan ortalamalarının ekonomik durumu iyi olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



**Tablo 7:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ölçekler			
	WHOQOL-BREF-TR			
	Bedensel alan X±SS	Ruhsal alan X±SS	Sosyal alan X±SS	Çevre alanı X±SS
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek (48)	11.85±3.44	11.97±3.56	10.52±4.61	12.65±2.88
Kadın (66)	12.11±3.60	11.79±3.96	10.46±4.30	11.64±2.90
	t= -0.380 p= 0.705	t= 0.241 p= 0.810	t= -0.141 p= 0.888	t= 1.832 p= 0.070
<b>Medeni Durum</b>				
Evli (58)	12.16±3.61	12.20±3.88	10.75±4.31	12.22±3.10
Bekar (52)	11.81±3.50	11.56±3.77	10.69±4.59	11.95±2.74
Boşanmış (4)	12.14±3.27	11.00±2.58	7.00±2.27	11.22±3.23
	KW=0.398 p= 0.819	KW=618 p= 0.734	KW=2.453 p= 0.293	KW=0.446 p= 0.800
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet (40)	13.37±3.27	13.36±3.26	11.30±4.42	13.20±2.97
Hayır (74)	11.26±3.45	11.06±3.82	10.21±4.39	11.45±2.73
	t= 3.159 p= 0.002	t=3.224 p=0.002	t= 1.253 p= 0.213	t= 3.162 p= 0.002
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul (23)	11.50±3.91	10.89±4.05	9.10±3.74	11.36±3.26
Ortaokul (16)	11.92±3.40	12.58±3.70	11.83±4.15	12.38±2.12
Lise (35)	11.68±3.312	11.31±3.52	10.36±4.60	12.22±2.88
Üniversite (40)	12.60±3.57	12.63±3.81	11.16±4.60	12.20±3.08
	F=0.624 p=0.601	F=1.505 p=0.217	F=1.573 p=0.200	F=0.566 p=0.639
<b>Yaşadığı Yer</b>				
Köy (4)	11.42±3.09	12.33±4.40	7.66±5.59	11.88±3.43
İlçe (32)	11.51±3.73	11.37±4.04	10.20±3.82	11.65±2.95
İl (78)	12.23±3.48	12.05±3.68	10.90±4.57	12.24±2.91
	KW=0.894 p=0.639	KW=0.861 p=0.650	KW=2.813 p=0.245	KW=0.708 p=0.702
<b>*Ekonomik Durumu</b>				
Kötü (22)	9.79±2.21	9.39±2.85	7.69±3.10	9.89±2.19
Orta (57)	12.06±3.73	11.43±3.67	10.64±4.64	11.78±2.95
İyi (35)	13.30±3.22	14.13±3.30	12.34±3.84	13.89±2.12
	F=7.486 p=0.001	F=13.894 p=0.0001	F=8.455 p=0.0001	F=16.773 p=0.0001

\*Tukey testi kullanılmıştır.

#### **4.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve SUKDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

OKB olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçek ve SUKDÖ toplam puan ortalamaları Tablo 8’de görülmektedir.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanım durumuna göre SUKDÖ puan ortalaması incelendiğinde; ilaçlarını düzenli kullananların SUKDÖ puan ortalaması  $35.06 \pm 11.47$ , ilaçlarını düzenli kullanmayanların ise  $25.87 \pm 10.23$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında farklılık anlamlı düzeydedir ( $p < 0.05$ ).

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanım durumuna göre; WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde; ilaçlarını düzenli kullananların bedensel alan puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülse de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Ruhsal alan puan ortalaması ilaçlarını düzenli kullananlarda  $12.52 \pm 4.01$ , ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda  $10.20 \pm 2.49$ , sosyal alan puan ortalaması ilaçlarını düzenli kullananlarda  $11.52 \pm 4.36$ , ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda  $8.20 \pm 3.64$ , çevresel alan puan ortalaması ilaçlarını düzenli kullananlarda  $12.76 \pm 2.82$ , ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda  $10.27 \pm 2.54$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Hastaların kontrollerine düzenli gelme durumuna göre SUKDÖ puan ortalaması, kontrollerine düzenli gelenlerde  $35.08 \pm 11.09$ , kontrollerine düzenli gelmeyenlerde  $24.50 \pm 10.57$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna varılmıştır ( $p < 0.05$ ).

Hastaların kontrollerine düzenli gelme durumuna göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde; kontrollerine düzenli gelenlerin bedensel alan puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülse de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Ruhsal alan puan ortalaması kontrollerine düzenli gelenlerde  $12.41 \pm 4.01$ , kontrollerine düzenli gelmeyenlerde  $10.21 \pm 2.37$ , sosyal alan puan ortalaması kontrollerine düzenli gelenlerde  $11.37 \pm 4.35$ ,

kontrollerine düzenli gelmeyenlerde  $8.19 \pm 3.76$ , çevresel alan puan ortalaması kontrollerine düzenli gelenlerde  $12.68 \pm 2.69$ , kontrollerine düzenli gelmeyenlerde  $10.15 \pm 2.83$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında ruhsal alan, çevresel alan ve sosyal alan puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

Hastaların psikiyatri servisine yatış öyküsüne göre SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Hastaların aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olup olmaması durumuna göre SUKDÖ puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Hastaların aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olup olmaması durumuna göre WHOQOL-BREF-TR sosyal alan ve çevresel alan alt ölçekleri puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Hastaların aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olup olmaması durumuna göre WHOQOL-BREF-TR bedensel alan alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde, aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olanlarda  $11.13 \pm 3.41$ , aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olmayanlarda  $12.61 \pm 3.50$  olarak bulunmuş ve bedensel alandaki yaşam kalitesi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Ruhsal alan alt ölçeği puan ortalaması aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olanların  $10.85 \pm 3.36$ , aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk olmayanların  $12.58 \pm 3.92$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Hastaların, hastalık gidişi ve seyrine göre SUKDÖ puan ortalaması sürekli gidiş gösterenlerde (artma-azalma)  $29.48 \pm 12.06$ , arada tama yakın iyileşme gösterenlerde (epizodik)  $39.54 \pm 9.15$ , ilerleyici-kötü gidişli olanlarda  $25.58 \pm 9.55$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında SUKDÖ puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak farklılık anlamlı düzeydedir ( $p < 0.05$ ).

Hastaların, hastalık gidiş ve seyrine göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde; bedensel alan puan ortalaması sürekli gidiş gösterenlerde (artma-azalma)  $12.35 \pm 3.15$ , arada tama yakın iyileşme gösterenlerde (epizodik)  $13.50 \pm 3.27$ , ilerleyici-kötü gidişli olanlarda  $9.36 \pm 2.83$  olarak bulunmuştur. Ruhsal alan puan ortalaması sürekli gidiş gösterenlerde (artma-azalma)  $11.51 \pm 3.64$ , arada tama yakın iyileşme gösterenlerde (epizodik)  $13.95 \pm 3.33$ , ilerleyici-kötü gidişli olanlarda  $9.20 \pm 2.70$ , sosyal alan puan ortalaması sürekli gidiş gösterenlerde (artma-azalma)  $9.54 \pm 4.53$ , arada tama yakın iyileşme gösterenlerde (epizodik)  $12.81 \pm 3.85$ , ilerleyici-kötü gidişli olanlarda  $8.55 \pm 3.65$ , çevresel alan puan ortalaması sürekli gidiş gösterenlerde (artma-azalma)  $11.51 \pm 3.35$ , arada tama yakın iyileşme gösterenlerde (epizodik)  $13.30 \pm 2.19$ , ilerleyici-kötü gidişli olanlarda  $10.88 \pm 2.72$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında WHOQOL-BREF-TR alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

Çalışmaya katılanların hastalık boyunca intihar düşüncesi veya girişimi olma durumuna göre SUKDÖ puan ortalaması hastalık boyunca intihar düşüncesi olanlarda  $27.69 \pm 11.40$ , hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanlarda  $35.18 \pm 11.21$ , hastalık boyunca intihar girişimi olanlarda ise  $32.00 \pm 12.86$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında SUKDÖ puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz testlerinde bu farklılığın hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların hastalık boyunca intihar düşüncesi veya girişimi olma durumuna göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde; bedensel alan alt ölçeği puan ortalaması hastalık boyunca intihar düşüncesi olanlarda  $10.77 \pm 2.92$ , hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanlarda  $12.83 \pm 3.69$ , hastalık boyunca intihar girişimi olanlarda ise  $11.09 \pm 3.14$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ( $p < 0.05$ ), yapılan ileri analiz testlerinde bu farklılığın hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ruhsal alan alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde hastalık boyunca intihar düşüncesi olanlarda  $10.14 \pm 3.10$ , hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanlarda  $13.09 \pm 3.69$ , hastalık boyunca intihar girişimi olanlarda ise  $10.33 \pm 3.86$ , sosyal alan puan ortalaması, hastalık boyunca intihar düşüncesi olanlarda  $9.03 \pm 4.14$ , hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanlarda  $11.41 \pm 4.43$ , hastalık boyunca intihar girişimi olanlarda

ise  $10.77 \pm 4.19$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında ruhsal alan ve sosyal alan alt ölçeği puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Çalışmaya katılanların hastalık boyunca intihar düşüncesi veya girişimi olma durumuna göre WHOQOL-BREF-TR çevresel alan alt ölçeği puan ortalaması, hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanlarda, hastalık boyunca intihar düşüncesi olanlar ve hastalık boyunca intihar girişimi olanlara göre daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).



**Tablo 8:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	SUKDÖ X±SS	WHOQOL-BREF-TR			
		Bedensel alan X±SS	Ruhsal alan X±SS	Sosyal alan X±SS	Çevre alanı X±SS
<b>İlaçlarını düzenli kullanma</b>					
Evet (82)	35.06±11.47	12.21±3.79	12.52±4.01	11.52±4.36	12.76±2.77
Hayır (32)	25.87±10.23	11.36±2.69	10.20±2.49	8.20±3.64	10.27±2.54
	t=3.955 p=0.0001	t=1.183 p=0.240	t=3.695 p=0.0001	t=3.814 p=0.0001	t=4.392 p=0.0001
<b>Kontrollerine düzenli gelme</b>					
Evet (86)	35.08±11.09	12.20±3.83	12.41±4.01	11.37±4.35	12.68±2.69
Hayır (28)	24.50±10.57	11.38±2.29	10.21±2.37	8.19±3.76	10.15±2.83
	t= 4.432 p= 0.0001	t= 1.365 p=0.176	t= 3.520 p=0.001	t= 3.475 p= 0.001	t= 4.260 p= 0.0001
<b>Psikiyatri servisine yatış öyküsü</b>					
Var (41)	31.51±10.87	11.34±3.19	11.04±3.98	10.47±4.35	11.71±2.86
Yok (73).	33.02±12.39	12.37±3.67	12.33±3.61	10.66±4.48	12.26±2.96
	t= -0.654 p= 0.515	t= -1.505 p= 0.135	t= -1.771 p= 0.079	t= -0.225 p= 0.822	t= -0.957 p= 0.341
<b>Ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluk durumu/öyküsü</b>					
Var (47)	30.70±11.43	11.13±3.41	10.85±3.36	10.32±3.99	12.15±2.84
Yok (67)	33.73±12.05	12.61±3.50	12.58±3.92	10.78±4.71	12.00±3.00
	t= -1.349 p= 0.180	t= -2.240 p= 0.027	t= -2.461 p= 0.015	t= -0.545 p= 0.587	t= 0.281 p= 0.779
<b>*Hastalığın gidişi ve seyri</b>					
Artma-azalma (sürekli gidiş gösterenler) (37)	29.48±12.06	12.35±3.15	11.51±3.64	9.54±4.53	11.51±3.35
Arada tama yakın iyileşme gösterenler (epizodik) (46)	39.54±9.15	13.50±3.27	13.95±3.33	12.81±3.85	13.30±2.19
İlerleyici- kötü gidişli (31)	25.58±9.55	9.36±2.83	9.20±2.70	8.55±3.65	10.88±2.72
	F=19.380 p=0.0001	F=16.613 p= 0.0001	F= 19.719 p= 0.0001	F=12.093 p=0.0001	F= 8.255 p=0.0001
<b>* Hastalık seyri boyunca intihar düşüncesi/ girişimi varlığı</b>					
Düşünce var (36)	27.69±11.40	10.77±2.92	10.14±3.10	9.03±4.14	11.25±2.90
Düşünce yok (66)	35.18±11.21	12.83±3.69	13.09±3.69	11.41±4.43	12.60±2.93
İntihar girişimi var (12)	32.00±12.86	11.09±3.14	10.33±3.86	10.77±4.19	11.51±2.51
	KW=8.863 p=0.012	KW= 8.653 p= 0.013	KW=14.606 p= 0.001	KW= 7.463 p= 0.024	KW= 4.978 p= 0.083

\*Tukey testi kullanılmıştır.

#### 4.9. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hasta Yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki

OKB olan hastalarda hastalığın başlangıç yaşı, hasta yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri arasındaki ilişki tablo 9’da verilmektedir.

Hastalığın yaşı ve hastalığın başlangıç yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ, Y-BOKÖ-OBS, Y-BOKÖ-KOMP ve WHOQOL-BREF-TR’nin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 9:** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hasta Yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER		SUKDÖ	Y-BOKÖ			WHOQOL-BREF-TR			
			Y-BOKÖ OBS	Y-BOKÖ KOMP	Y-BOKÖ TOP	BEDENSEL ALAN	RUHSAL ALAN	SOSYAL ALAN	ÇEVRE ALANI
Hasta Yaşı	r	.009	.010	.087	.049	.002	.092	.041	.130
	p	.923	.916	.355	.601	.981	.328	.666	.167
Hastalık Başlangıç Yaşı	r	.007	-.066	-.029	-.050	.045	.156	.019	.103
	p	.944	.488	.757	.597	.635	.097	.843	.276

## 5. TARTIŞMA

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi**

Çalışmamıza katılan hastaların genel yaş ortalaması  $31.43 \pm 9.71$ 'dir. Daha önce yapılan çalışmalarda da yakın yaş ortalamaları tespit edilmiştir (31, 89, 113).

Araştırmaya katılan hastaların %57.9'unu bayanlar %42.1'ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışmamıza yakın sonuçlar veren araştırmalar olmakla birlikte, literatürde erişkin hastalarda OKB sıklığının her iki cinsiyette eşit olduğu bildirilmiştir (1, 4, 5, 114, 115).

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi**

OKB'nin sık olarak 20'li yaşlarda başladığı belirtilmiştir (77, 113, 116). Çalışmamıza katılanlarda hastalığın başlangıç yaşı ortalamasının  $20.95 \pm 7.87$  olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılanların %71.9'u ilaçlarını düzenli kullandığını, %75.4'ü kontrollerine düzenli geldiğini belirtmişlerdir. Bu sonuç OKB hastalarının tedaviye uyumunun iyi olduğunu göstermektedir.

OKB süreğen gidiş gösteren ve kişilerin işlevselliğini etkileyen bir bozukluktur (55, 117, 118). Çalışmamızda hastaların yaklaşık olarak %60'ı hastalığı süreğen halde yaşarken, hastaların %40'ında arada tama yakın iyileşme olduğu saptanmıştır.

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerine İlişkin Özelliklerin İncelenmesi**

Çalışmamıza katılan hastalar bir ve daha fazla obsesyon veya kompulsiyon türü işaretlemişlerdir. Çalışmaya katılanlarda en sık görülen obsesyon türlerine bakıldığında sırasıyla, kirlilik ve bulaşma obsesyonu (%55.3), temizleme yıkama obsesyonu (%48.2),



dini obsesyon (%42), cinsel obsesyon (%23.7), simetri-düzen obsesyonu (%20.2), tekrarlayıcı-törenselle obsesyonlar (%17.5), saldırganlık obsesyonu (%9.6), somatik obsesyon (%8.8) görüldüğü saptanmıştır. Hastalarda en sık görülen kompulsiyon türleri ise sırasıyla; yıkama temizleme kompulsiyonu (%62.3), kontrol kompulsiyonu (%27.2), tekrarlayıcı törenselle kompulsiyonlar (%21.9), sıralama kompulsiyonu (%13.2), sayma kompulsiyonu (%11.4) olarak tespit edilmiştir.

Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde en sık görülen obsesyon ve kompulsiyon türlerinin, Rosa ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında simetri-düzen, kirlenme-bulaşma, Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kirlenme obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu, Akpınar'ın (2007) çalışmasında, kirlenme obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu olarak belirlenmiştir, Şahin ve Böke (2007) OKB'de en sık görülen obsesyonların kirlenme obsesyonları olduğunu belirtmektedirler (2, 24, 39, 119). Çalışmamız literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

SUKDÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, kişinin sosyal uyumunun normal düzeyde olduğunu kabul etmek için en az 35 puan alması gerektiği, ölçekten alınabilecek minimum puanın 0, maksimum puanın ise 60 olduğu bildirilmiştir (68).

OKB hastalarında işlevsellik belirgin düzeyde bozulmaktadır (115). Çalışmamızda sosyal uyum düzeyinin değerlendirildiği SUKDÖ puan ortalaması  $32.48 \pm 11.84$  olarak bulunmuştur. Elde edilen veriler ışığında OKB hastalarının sosyal uyum düzeylerinin normalden düşük olduğu söylenebilir. Bunun hem hastaların obsesyon ve kompulsiyonlara harcadıkları süreyle hem de obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin kişinin sosyal ilişkilerine olan olumsuz etkisiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların sosyal uyumlarını arttırmak için kişisel etkileşim alanlarını genişletecek müdahalelerin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Rosa ve ark (2012) çalışmasında da OKB hastalarında sosyal uyumun beklenenden az olduğu tespit edilmiştir (24).

Obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin ölçüldüğü Y-BOKÖ'ye göre toplam Y-BOKÖ puan ortalaması  $21.21 \pm 10.53$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek minimum puan

0, maksimum puan 40'tır (111). Ölçek değerlendirmesinde puan karşılıkları; 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli olarak kabul edilmektedir (112). Bu değerlendirme göz önüne alındığında çalışmamıza katılanların orta düzeyde obsesyon ve/veya kompulsiyon şiddeti yaşadıkları tespit edilmiştir. Tedavi uyumları iyi olan bir hasta grubu olduğundan semptom şiddetinin orta düzeyde olduğu düşünülmektedir. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde; semptom şiddeti açısından çalışmamızla paralellik gösteren araştırmaların mevcut olduğu görülmekle birlikte (4, 120), semptom şiddeti daha yüksek olan çalışmalara da rastlanılmıştır (84, 89, 121, 122). Aradaki farklılıkların çalışmamıza yalnızca OKB tanısı almış hastaların dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesinin ölçüldüğü WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin alt boyutlarından olan bedensel alan alt ölçeği puan ortalaması  $12.00 \pm 3.52$ , ruhsal alan alt ölçeğinin puan ortalaması  $11.87 \pm 3.78$ , sosyal alan alt ölçeğinin puan ortalaması  $10.59 \pm 4.41$ , çevre alanı alt ölçeği puan ortalaması  $12.06 \pm 2.92$  olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçeğin alabileceği minimum puan 4, maksimum puan ise 20'dir. Daha önce yapılan çalışmalarda da en fazla etkilenen yaşam kalitesi alanlarının sosyal ve ruhsal alan oldukları saptanmıştır (2, 3, 76, 89, 123, 124). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında da OKB hastalarında en fazla sosyal ve ruhsal yaşam kalitesi alanları etkilenmektedir. Bu anlamda çalışmamız yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

OKB hastaların işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine derin bir etkiye sahiptir (125). Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde sosyal uyum ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sosyal uyum, kişinin işine ilgisini, boş zamanlarını değerlendirme niteliğini, aile içinde ve sosyal çevresiyle olan kişiler arası iletişimini, sosyal hayata katılımını, toplumsal kurallara uyumunu, anlaşılabilirlik duygusunu, beden imajını ve ekonomik yeterlilik algısını değerlendirir. Yaşam kalitesi bireylerin kendilik olgusunu algılayış biçimi olarak tanımlanabilir. Bireyin kendini fiziksel olarak güçlü ve yeterli hissetmesi, psikolojik olarak iyi durumda olması, çevresi ve ailesiyle olan iletişiminin olumlu düzeyde olması, çevresel etmenlerden duyulan memnuniyet yaşam kalitesini etkileyen

etmenlerdir. İnsan biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlıktır, bu nedenle kişinin sosyal uyumunun iyi olması, kişiler arası ilişkilerinin tatmin edici düzeyde olması onun bütün olarak yaşam kalitesini de etkilemektedir. Rosa ve ark (2012) düşük sosyal işlevselliğin zayıf yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (24). Yapılan çalışmalar da yaşam kalitesiyle işlev bozukluğu arasında negatif bir ilişkinin olduğunu, sosyal işlevselliğin yüksek olmasının yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (122, 126).

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Y-BOKÖ Puan Ortalamaları ile SUKDÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çalışmamızın sonuçlarına göre semptom şiddetinin yüksek olmasının düşük sosyal uyumla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Obsesif kompulsif semptomların şiddeti sosyal işlevselliği önemli ölçüde etkilemektedir (82). Sosyal ilişkiler OKB’de hastalığın olumsuz etkilerinin önemli derecede hissedildiği bir alandır. Aile ilişkilerinin OKB semptomlarından en çok etkilenen boyut olduğu bildirilmektedir (77, 81, 84, 85). OKB’li hastalar yakınları için katlanılması zor, bıktırıcı hale gelebilen törensel davranışları nedeniyle sıklıkla baskıya maruz kalmaktadırlar (77, 87).

OKB hastalarında özellikle sosyal işlevsellik düzeyi etkilenmektedir (120, 127, 128). Konuyla ilgili yapılan uluslararası çalışmalarda yüksek obsesyon ve kompulsiyonun düşük sosyal uyum ve işlevsellikle ilişkili olduğu belirtilmiştir (24, 122, 126). Bystritsky (2001) OKB hastalarını sosyal işlevsellik düzeyi açısından şizofreni hastalarıyla karşılaştırdığı çalışmasında, her iki hasta grubunda hemen hemen aynı düzeyde sosyal işlev bozukluğu görüldüğünü ve bu hastalarda sosyal ilişkiler, boş zaman ve mesleki işlevsellik alanlarının düşük olduğunu bildirmektedir (129).

Aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanamaması, cinsel yaşamda zorluklar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın, hem de aile bireylerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir (2, 90). DSM-5’te OKB’nin tanı kriterlerinden biri hastanın kompulsif davranışlarının gün içinde en az bir saat sürmesidir. Gerek hastanın zamanının çoğunu kompulsif davranışlarına ayırmasının, gerek bulaş obsesyonları nedeniyle temiz olmadığını düşündüğü

ortamlardan uzak durma çabasının, hastaların çevre ile olan etkileşimini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Y-BOKÖ ile WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

OKB; tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalık şiddeti ile kişinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi doğrudan ilişkilidir (76).

Çalışmamıza göre sosyal alan yaşam kalitesi, obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile negatif yönde ilişkilidir. Sosyal alan yaşam kalitesi bireyin kişiler arası ilişkilerini, cinsel aktivitelerini ve sosyal desteğini değerlendirir (108). Obsesyonların zihni meşgul eden ve anksiyete yaratan özelliklerinden dolayı bireylerin hem kişiler arası ilişkileri hem de cinsel aktivitelerinin etkilendiği söylenebilir. Çalışmamıza göre en sık görülen obsesyon türü bulaşma kirlilik obsesyonudur. Bireylerin kirlenebileceği ya da istenmeyen şeylerin bulaşması endişesiyle diğer insanlarla temas kurmakta, dolayısıyla iletişime geçmekte çekingen davranabildikleri, yine aynı düşüncelerle cinsel aktivite yaşamaktan çekinebildikleri düşünülmektedir. Berksun (2003) OKB hastalarının yakınlarının çoğunlukla kompulsif davranışlardan dolayı zamanla bıkkınlık yaşayabildiklerini belirtmiştir (50). Bu durumun hastanın sosyal desteklerini zayıflattığı böylece sosyal alan yaşam kalitesinin obsesyon ve kompulsiyon şiddetinden olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza göre bedensel alan yaşam kalitesi ile obsesyon ve kompulsiyon şiddeti arasında ters orantılı bir ilişki saptanmıştır. Bedensel alan yaşam kalitesi kişinin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme becerisini, iş ile ilgili işlevselliğini, bedensel hareketliliğini, medikal tedaviye ihtiyacını değerlendirir (108). Hastalar vakitlerinin büyük çoğunluğunu kompulsif davranışlara ayırmaktadırlar. Birey obsesyonlara teslim olmasından dolayı kompulsif davranışlarda aşırılık gösterebilmekte bunun da kişinin hem zihnen hem de bedenen kendini yorgun hissetmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızın sonucunda ruhsal alan yaşam kalitesinin, obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ruhsal alan yaşam kalitesi, kişinin olumlu ve olumsuz duygulanımını, beden imajı ve görünümünü, dini ve kişisel inançlarını, düşünme, öğrenme ve konsantrasyonunu değerlendirir (108). Obsesyonlar mantık dışı olduğu kişi tarafından bilindiği halde karşı konulamayan inatçı düşünceler olduğundan bu düşüncelerin artması beraberinde bireyin anksiyetesinin artmasına sebep olmakta, artan endişe ve huzursuzluk duygusunun bireylerin ruhsal olarak kendilerini iyi algılamasına engel olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler ışığında düşük çevresel alan yaşam kalitesinin, yüksek obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Çevresel alan yaşam kalitesi, kişinin yakınlarından gördüğü baskıyı, maddi kaynakların yeterliliğini, bireyin bağımsızlığını, güvenliğini, yaşadığı evin şartlarını, gerekli olan bilgilere ulaşabilme becerisini, boş zamanını değerlendirme niteliğini, gürültü, trafik, kirlilik gibi çevresel etmenleri ve ulaşım memnuniyetini değerlendirir (107, 108). OKB hastaları sıklıkla kompulsif davranışlardan dolayı çevreleri tarafından baskıyla karşılaşmaktadır. Hastaların ellerini yıkayıp yıkamadığı, elektrik düğmesini kapatıp kapatmadığı gibi endişeleri hakkında tekrar tekrar aile üyelerince onaylanma istekleri olabilir. Aşırı temizlik, sıralama-düzenleme obsesyonları hem kendisinin, hem de aile üyelerinin gündelik yaşamının kısıtlanmasına neden olabilir, ya da biriktirme kompulsiyonları sonucunda toplanan gereksiz eşyalarla sıkıcı bir ev ortamı oluşabilir (2, 77, 88).

OKB' de yaşam kalitesini araştıran bazı çalışmalarda en fazla ruhsal alan, sosyal ilişkiler ve bağımsızlık düzeyi alanlarının etkilendiği (3, 76, 116), bazı çalışmalarda ise obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinin sosyal alan yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (2, 31).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; yaşam kalitesinin bazı çalışmalarda yalnızca obsesyon şiddetinden etkilendiği (122, 124) bazı çalışmalarda da hem obsesyon hem kompulsiyon şiddetinden etkilendiği belirtilmektedir (84, 113, 120, 126). Çalışmamız sonucunda obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin yaşam kalitesinin her alanını etkilediği saptanmıştır.

## **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SUKDÖ, Y-BOKÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Akın ve Durna (2006) çalışmalarında eğitim düzeyi daha iyi olan bireylerin psikososyal uyumlarının daha olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (130). Çalışmamızda anlamlı olmamakla birlikte ilkökul mezunu olan hastaların daha üst eğitim düzeyindekilere göre sosyal uyumlarının daha kötü, obsesyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde üniversite mezunu olan hastaların kompulsiyon şiddeti düzeylerinin ve genel obsesyon-kompulsiyon şiddetlerinin anlamlı olarak daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

OKB kişilerin mesleki ve sosyal işlevselliğini etkileyen bir bozukluktur (24, 126). Çalışmamızda herhangi bir işte çalışan bireylerin çalışmayanlara göre sosyal uyumlarının daha yüksek, obsesyon ve/veya kompulsiyon şiddetinin ise anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın verilerine göre ekonomik durumu iyi olanların sosyal uyum düzeylerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Algılanan gelir durumunun sosyal işlevselliği etkilediği belirtilmektedir (73). Akın ve Durna (2006) çalışmalarında gelir düzeyi daha iyi olan bireylerin aile çevresi yönünden psikososyal uyumlarının daha olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (130). Çalışan ve ekonomik durumu iyi olan hastaların sosyal uyumlarının daha iyi olduğu ve obsesyon ve/veya kompulsiyon şiddetinin daha düşük olduğu görülmüştür.

## **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Araştırmamıza göre bir işte çalışan hastaların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Herhangi bir işte çalışmanın; kişinin kendisinden beklenen rolleri yerine getirme noktasında olumlu düşünmesini, kişilerarası ilişkilerini, kendine güven, mesleki işlevsellik ve maddi kaynaklarını arttırarak kişinin yaşam kalitesine olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ekonomik durumu iyi olan OKB hastalarında yaşam kalitesinin tüm alanlarının puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik

durumun kişinin içinde yaşadığı koşulları her alanda etkilediği ve kişinin yaşam standartlarını belirlediği böylece bireylerin yaşam kalitesine etki ettiği düşünülmektedir. Algılanan ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimini ve yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir (131). Nitekim Beşiroğlu (2008) hastaların yaşam kalitelerini yorumlama biçiminin olumsuz ekonomik koşullardan belirgin olarak etkilenebileceğini belirtmiştir (89).

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Alt Ölçek ve SUKDÖ Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Randevulara uyumsuzluk, yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmakla birlikte aynı zamanda ilaç tedavisine uyumsuzlukla da yakın ilişkilidir. Tedaviye uyum hastalık seyrini ve her anlamda işlevselliği etkilemektedir (132). Çalışmamıza göre düzenli ilaç kullananların ve kontrollerine düzenli devam edenlerin sosyal uyum skorları ve ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre düzenli ilaç kullanımı ve kontrollere düzenli gelmenin tedavinin etkinliğini artırdığı, böylelikle OKB hastalarında hastalık semptomlarını azaltarak hastaların hem sosyal uyum düzeylerini hem de yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Sosyal uyumun kötü olmasının kötü prognoz belirleyicisi olduğu belirtilmektedir (133). Çalışmaya göre dönem dönem tama yakın iyileşme gösterenlerin, sürekli gidiş gösterenlere göre, her iki grubun da kronik seyir gösterenlere göre hem sosyal uyumlarının hem de her alanda yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma verilerine dayanarak kötü prognoz hastaların yaşam kalitelerini ve sosyal uyumlarını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Hastalık süresi boyunca intihar düşüncesi olmayan hastaların sosyal uyum skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar bireyin kendini sorunlar karşısında yalnız ve çaresiz hissettiği durumlarda ortaya çıkan bir düşüncedir. İntihar düşüncesi olmayanların destek sistemlerini daha etkin kullandıkları, çevreleriyle daha sağlıklı ilişkiler sürdürdükleri ve bu durumun sosyal uyum düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayanların intihar düşüncesi veya girişimi olanlara göre ruhsal alan, bedensel alan ve sosyal alanda yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi kişinin kendi yaşantısını iyi ya da kötü algılamasına yönelik subjektif bir değerlendirmedir. Kişinin hayata bağlılığı ve bakış açısının yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir.

### **Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hasta Yaşı ile SUKDÖ, Y-BOKÖ ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Araştırmamıza göre hastalığın başlangıç yaşı ve hasta yaşının, OKB hastalarında obsesyon ve/veya kompulsiyon şiddeti, sosyal uyum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi anlamlı düzeyde değildir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmaya 114 hasta katılmış olup, hastaların %57.9'unu bayanların oluşturduğu, genel yaş ortalamasının  $31.43 \pm 9.71$  olduğu, çalışmamıza katılanların %64.9'unun herhangi bir işte çalışmadıkları, %35.1'inin üniversite mezunu olduğu, %68.4'ünün büyük şehirde yaşadıkları, %50'sinin ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların; hastalığının başlangıç yaşı ortalamasının  $20.95 \pm 7.87$  olduğu, %71.9'unun ilaçlarını düzenli kullandığı, %75.4'ünün kontrollerine düzenli geldiği, %36'sının öyküsünde en az bir kez psikiyatri servisine yatış olduğu, %41.2'sinin aile öyküsünde bir ruhsal bozukluğunun olduğu, hastaların hastalık başlangıcından bu yana %40.4'ünün epizodik seyir gösterdiği, %10.5'inde hastalık süresi boyunca intihar girişimi olduğu, %31.6'sında bu süreç içinde intihar düşüncelerinin olduğu tespit edilmiştir. Hastalarda en sık görülen obsesyon türünün %55.3 ile kirlilik ve bulaşma obsesyonu, en sık görülen kompulsiyon türünün ise %62.3 ile yıkama temizleme kompulsiyonu olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; SUKDÖ puan ortalaması  $32.48 \pm 11.84$ , Y-BOKÖ-OBS puan ortalaması  $11.14 \pm 5.65$ , Y-BOKÖ-KOMP puan ortalaması  $10.07 \pm 5.31$ , Y-BOKÖ toplam puan ortalaması  $21.21 \pm 10.53$ , WHOQOL-BREF-TR'nin bedensel alan alt ölçeği puan ortalaması  $12.00 \pm 3.52$ , ruhsal alan alt ölçeğinin puan ortalaması  $11.87 \pm 3.78$ , sosyal alan alt ölçeğinin puan ortalaması  $10.59 \pm 4.41$ , çevre alanı alt ölçeği puan ortalaması  $12.06 \pm 2.92$  olarak bulunmuştur.

Araştırmaya göre; bir işte çalışanların SUKDÖ puan ortalamasının çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ), çalışanların obsesyon ve/veya kompulsiyon puanlarının çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ( $p < 0.05$ ), üniversite mezunlarının daha alt eğitim düzeyinde olanlara göre toplam obsesyon ve kompulsiyon puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu ( $p < 0.05$ ), ekonomik durumu iyi olan

hastaların SUKDÖ puan ortalamasının, ekonomik durumu orta ve kötü olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bu araştırmaya göre; bir işte çalışan ve ekonomik durumu iyi olan hastaların yaşam kalitesi puanları çalışmayan ve ekonomik durumu iyi olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmaya katılanlarda; ilaçlarını düzenli kullanan ve kontrollerine düzenli gelen hastaların SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan alt ölçekleri puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tama yakın iyileşme gösteren hastaların SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR'nin alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastalık boyunca intihar düşüncesi olmayan hastaların SUKDÖ ile WHOQOL-BREF-TR'nin bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan alt ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

SUKDÖ ile WHOQOL-BREF-TR'nin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan alt ölçekleri arasında pozitif yönde; Y-BOKÖ-OBS, Y-BOKÖ-KOMP ve Y-BOKÖ toplam puanları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Y-BOKÖ-OBS, Y-BOKÖ-KOMP ve Y-BOKÖ toplam ile WHOQOL-BREF-TR'nin tüm alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

## 6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İlaçlarını düzenli kullanma ve kontrollere düzenli gelmenin OKB hastalarında sosyal uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğinden, hastaların tedavi uyumunu artırmaya yönelik uygulamaların planlanması ve bu uygulamalara hasta yakınlarının dahil edilmesi,
- Bu hastalarda intihar düşüncesi olanların sosyal uyum ve yaşam kalitesi olumsuz etkilendiğinden, intihar düşüncesine yol açan sorunlarla baş etmeye yönelik bireye özgü yaklaşımların sağlanması,
- Sosyal uyum azaldıkça bireylerin yaşam kalitesi azaldığından, OKB hastalarında tedavi programlarının içerisinde sosyal uyumu ve işlevselliği artırmaya yönelik terapötik yaklaşımlara ve psikososyal rehabilitasyon programlarına yer verilmesi önerilmektedir.
- Hemşirelik bakım verici, eğitici, rehabilite edici ve danışmanlık veren bir meslek grubudur. Bu rolleri sayesinde hemşirelerin tedavi sürecine aktif olarak katılmaları, hastalarla sürekli iletişim halinde olmaları münasebetiyle hemşirelerin organizatörlüğünde etkileşim grupları kurularak hastaların sosyal etkileşim alanlarının genişletilmesi, hastanın semptom profiline göre bakım planlarının uygulanması, terapötik rolleriyle hemşirelerin uygun terapötik ortamın oluşmasına katkı sağlaması,
- Yaşam kalitesi ve sosyal uyumu artırmaya yönelik müdahalelerin planlanması ve bunların sonuçlarını değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması,
- Yapılacak çalışmalara hemşirelerin katılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- 1- Bayraktar E. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1997; 1: 25-32.
- 2- 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.
- 3- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2001; 16: 239-245.
- 4- Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in ocd: differential impact of obsessions and compulsions and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48: 72-79.
- 5- Yüksel N. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar, Ruhsal Bozukluklar, 4. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2014:s.229-239.
- 6- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Zeynep Ş. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, 1. baskı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 1998.
- 7- Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, Çam B, Deveci A, Kadir Gültekin B, Şar V, Taycan O, Ulaş H. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013; 24: 1-18.
- 8- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 2004; 45 (5): 367-374.
- 9- Kirmizioglu Y, Dogan O, Kugu N ve ark. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009; 24: 1026-1033.
- 10- Selvi Y, Akbaba AT, Beşiroğlu L ve ark. Van il merkezi lise son sınıf öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010; 13: 5-13.
- 11- Simsek Z, Ak D, Altindag A ve ark. Prevalence and predictors of mental disorders among women in sanliurfa, southeastern turkey. *J Public Health (Oxf)*. 2008; 30: 487-93.

- 12- Yoldascan E, Ozenli Y, Kutlu O ve ark. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in turkish university students and assessment of as sociated factors. BMC Psychiatry. 2009; 9: 40.
- 13- Suser M. Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap. Psychol Med. 1990; 20: 471-473.
- 14- World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. WHO, 1997, WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.
- 15- Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. Eur Psychiatry 1997; 12 (suppl.3): 263-266.
- 16- Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. British Medical Journal. 2006; 333: 424-9.
- 17- Chan J, To HP, Chan E. Reconsidering social cohesion: developing a definition and analytical framework for empirical research. Social Indicators Research. 2006; 75 (2): 273- 302.
- 18- Jenson J. Mapping Social Cohesion: The State of Canadian Research, CPRN Discussion Paper F (03), 1998:s15-28.
- 19- Ongan NT. Sosyal Uyum-Sosyal Sermaye Eksenli Kalkınma Yaklaşımının Sınıfsal Sonuçlarına İlişkin Bir Değerlendirme. Calisma ve Toplum. 2013; 36 (1): 211-228.
- 20- Köksal A. Müzik eğitimi alma, cinsiyet ve sınıf düzeyi değişkenlerine göre ergenlerin empatik becerilerinin ve uyum düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2000; 18: 99- 107.
- 21- Koca Ş. Müzik eğitimi alan ve almayan lise öğrencilerinin sosyal uyum düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Ünivesitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 29: 49-63.
- 22- Rogers CR. "Empatik olmak, değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir". f. akkoyun (çev.). A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1983; 16 (1): 103-124.
- 23- Barrabee P, Barrabee EL.; Finesinger JE. A normative social adjustment scale. American Journal of Psychiatry. 1955; 112 (4): 252-259.
- 24- Rosa AC, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Fontenelle LF, De Mathis AS, Rosario C, Miguel CE, Shavitt RG. Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychiatric Research. 2012; 46: 1286-1292.

- 25- Khanna S, Rajendra PN, Channabasavanna SM. Social adjustment in obsessive compulsive disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*. 1988; 34: 118-122.
- 26- Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 180: 461-464.
- 27- Stewart S, Yen C, Stack D, Jenike M. Outcome predictors for severe obsessive compulsive patients in intensive residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40: 511-519.
- 28- Stewart SE, Stack DE, Tsilker S, Alosso J, Stephansky M, Hezel DM, et al. Long-term outcome following intensive residential treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2009; 43: 1118- 1123.
- 29- Tolin D, Frost R, Steketee G, Fitch K. Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46: 334-344.
- 30- Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67: 658-665.
- 31- 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.
- 32- Akpınar Ş. Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerine etkisi. 2008, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 128 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Meral KELLEÇİ).
- 33- Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1999; 25 (1): 173-182.
- 34- Nehir S, Çam O. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26: 73-84.
- 35- Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26 (1) : 87-97
- 36- Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1 (1): 57-72

- 37- Erşan EE; Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2013; 16: 214-224.
- 38- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000'den çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. İkinci Baskı. Ankara, 2005: 660-71.
- 39- Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E, Güleç C (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007;s: 343-52.
- 40- Erguvan Eryılmaz T. Tosun A. Obsesif kompulsif bozuklukta kontrol ihtiyacı. Anadolu University Journal of Social Sciences. 2013; 13 (1): 121-130.
- 41- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı (DSM-III). Çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1980.
- 42- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R). Çeviren Köroğlu E. HekimlerYayın Birliği, Ankara, 1989: 144-45.
- 43- Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013: 129-139.
- 44- Bulut SD, Özdel K, Kısa C. Belirtiden Bozukluğa İstifleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015; 7(3): 319-332.
- 45- Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması. çev. Öztürk O, Uluğ B. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1992.
- 46- Kulaksızoğlu I, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O (Editörler), Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009:s.82-86
- 47- Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among the turkish patients with obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry. 2004; 45: 362-366.
- 48- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry. 1999; 14: 434-441.

- 49- Rosario-Compos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P. Adults with early onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 1899-903.
- 50- Berksun O. Obsesif kompulsif bozukluk. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2003; 7: 38-46.
- 51- Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015; 7 (4): 448-460.
- 52- Öznur T, Erdem M, Akarsu S. Obsesif kompulsif bozuklukta nöropsikolojik defisitlerin beyin bölgeleri ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5 (3): 343-354.
- 53- Trivedi JK, Dhyani M, Goel D, Sharma S, Singh AP, Sinha PK. Neurocognitive dysfunction in patients with obsessive compulsive disorder. *Afr J Psychiatry*. 2008; 11: 204-209.
- 54- Hollander E, Fay M, Cohen B, ve ark. Serotonergic and noradrenergic sensitivity in obsessive compulsive disorder: behavioral findings. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45: 1015-1023.
- 55- Öztürk O, Uluşahin A. Saplantı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara,2015:s364-379.
- 56- Bayar R, Mesut Y. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 2008; 62: 185-192.
- 57- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of dsm-iii-r psychiatric disorders in the united states: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 52: 8-19.
- 58- Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. *Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam Dergisi*. 2003; 16 (1): 18-23.
- 59- Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*. 2003; 6 (Ek:1): 9-14.
- 60- Calman, KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 1984; 10 (3): 124-127.
- 61- Arkar H, Sarı Ö, Fidaner H. Relationships between quality of life, perceived social support, social network, and loneliness in a turkish sample. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2004; 42 (1): 20-27.
- 62- O'boyle CA. Assessment of quality of life in surgery. *British Journal of Surgery*. 1992; 79 (5): 395-398.



- 63- Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*. 2006; 5 (3): 139-145.
- 64- Aydın E. Üniversite öğrencilerinin boş zamanlarını değerlendirmeleri ile sosyal uyum ve iletişim becerileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. 2012, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, beşiroğlu2008 sayfa, Trabzon, (Yrd.Doç. Dr. Mustafa BAŞ).
- 65- Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The social functioning scale. the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 157: 853-859.
- 66- Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatry Scand*. 2007; 116: 403-418.
- 67- Kasper S. From symptoms to social functioning: differential effects of antidepressant therapy. *Int Clin Psychopharmacol*. 1999; 14 (11): 27-31.
- 68- Akkaya C, Sarandöl A, Esen Danacı A, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kırılı S. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19 (3): 292-299.
- 69- Coyne JC, Kessler RC, Tal M ve ark. Living with a depressed person. *J Consult Clin Psychol*. 1987; 55 (3): 347-52.
- 70- Şirin A. Turan R. Alkol Bağımlılarının Benlik Bilinçleri İle Sosyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2007; 26 (26): 133-154.
- 71- McDonald J, Badger TA. Social function of persons with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2002; 40 (6): 42-50.
- 72- Erol A, Keleş ÜE., Tunç AE., Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009; 20 (4), 313-321.
- 73- Arabacı Baysan L, Başoğul C, Büyükbayram A. Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Journal of Psychiatry*. 2015; 16 (2): 113-121.
- 74- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 1998; 46: 1569-1585.
- 75- Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2004; 45: 99-108.

- 76- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1996; 153: 783-788.
- 77- 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: 213-222.
- 78- Townsend MC. 6<sup>th</sup> ed. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Engin E, Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*, 6. Baskı. Özcan CT, Gürhan N (çev editörleri). Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2016; s.491-516.
- 79- Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou GN, Dikeos D, Lerer B, et al. Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*. 2004; 79: 97-103.
- 80- Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyon. *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı*. Işık Sayıl (Editör). İstanbul, Erler Matbaacılık, 2004: s.151-164.
- 81- Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997; 42: 919-928.
- 82- Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see comments]. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 121-127.
- 83- Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 197: 128-134.
- 84- Gururaj G, Math S, Reddy J, Chandrashekar C. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2008; 54: 91-7.
- 85- Vikas A, Avasthi A, Sharan P. Psychological impact of obsessive compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2011; 57 (1): 45-56.
- 86- Bech P. Social functioning: should it become an endpoint in trials of antidepressants? *CNS Drugs*. 2005; 19: 313-24.
- 87- Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal Orthopsychiatry*. 1996; 66: 296-304.
- 88- Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000; 23: 509-517.

- 89- Beşiroğlu L, Uğuz F, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkin R, Aydın A. Obsesif kompulsif bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin yaşam kalitesine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19: 38-45.
- 90- Black DW, Gaffney, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998; 186: 440-442.
- 91- Emmelkamp PMG, De Haan E, Hoogduin CAL. Marital adjustment, and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 156: 55-60.
- 92- Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R et al. Impact of obsessive compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006; 47:270-275.
- 93- Buchanan AW, Meng KS, Marks IM. What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder?. *Anxiety*. 1996; 2: 22-7.
- 94- Ferrão Y, Shavitt R, Bedin N, de Mathis M, Carlos Lopes A, Fontenelle L, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 94: 199-209.
- 95- Roder V, Brenner HD, Muller D, Lachler M, Zom P, Reisch T, Bosch J, Bridler R, Christen C, Jaspen E. Şizofreni hastaları için spesifik sosyal beceri eğitimi programlarının geliştirilmesi: çok merkezli bir çalışmanın sonuçları. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 105 (5): 363-371.
- 96- Revheim N, Medalia A. Verbal memory, problem-solving skills and community status in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004; 68: 149-158.
- 97- Yamaguchi H, Akihisa T, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006; 60: 590-597.
- 98- Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2009; 12 (2): 78-83.
- 99- Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 55-61.
- 100- Graham A, Tyson GA, Lambert G, Beattie L. The impact of ward design on the behavior, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002; 11: 94-102.

- 101- Clarke DE, Adamoski E, Joyce B. Inpatient group psychotherapy: the role of the staff nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1998; 36 (5): 98- 103.
- 102- Terakye G. Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri, 2. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset, 1994: s.38,110,134.
- 103- Engin E. Anksiyete Bozuklukları. Çam O (Editör). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: s.275-312.
- 104- Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*. 2011; 2 (3): 136-140.
- 105- Bosc M, Dubini A, Polin V ve ark. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *Euro Neuropsychopharmacol*. 1997; 7 (1): 57-70.
- 106- WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Mental Health*. 1994; 23: 24-56.
- 107- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi*. 1999; 7 (Ek.2): 23-40.
- 108- World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment, 1996.
- 109- Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: 440-448
- 110- Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri özetleri Kitabı, Bursa: Savaş Ofset, 1993: 86.
- 111- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The yale-brown obsessive compulsive scale, 1: development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46: 1006-1011.
- 112- Zabun Korkmaz I. *Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Bilişsel İşlevlerindeki Olası Bozuklukların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*. 2012, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 79 sayfa, Samsun, (Prof.Dr.Ali Cezmi ARIK).

- 113- Hou SY, Yen CF, Huang MF, Wang PW, Yeh YC. Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2010; 26 (8): 397-407.
- 114- Çiçek E. Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hasta Yakınlarında Aile Yüğü, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi. 2011, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 75 sayfa, Konya, (Prof. Dr. Nazmiye KAYA).
- 115- Srivastava S, Bhatia M.S. Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder — A Brief Review. *Delhi Psychiatry Journal* 2008; 11(2): 197-202.
- 116- Hertenstein E, Thiel N, Herbst N, Freyer T, Nissen C, Külz AK, Voderholzer U. Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive-compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Ann Gen Psychiatry*. 2013; 12 (1): 4.
- 117- Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS drugs*. 2013; 27(5): 367-383.
- 118- Coluccia A, Fagiolini A, Ferretti F, Pozza A, Goracci A. Obsessive-Compulsive Disorder and quality of life outcomes: protocol for a systematic review and meta-analysis of cross-sectional case-control studies. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*. 2015; 12(2): 11037-1-6.
- 119- Akpınar A. Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı, 2007, Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri A.B.D. Uzmanlık tezi, 64 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU).
- 120- Siddiqui MA, Pattojoshi A, Munda SK, Siddiqui SV, Ram D. Impact of psychopathology of adult obsessive compulsive disorder on quality of life: a patient controlled study. *J Evid Based Med Healthc*. 2015; 2 (56): 8865-8871.
- 121- Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive psychiatry*. 2005; 46(6): 453-459.
- 122- Jacoby R.J., Leonard R.C., Riemann B.C., Abramowitz J.S., Predictors of quality of life and functional impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55: 1195– 1202.

- 123- Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005; 16: 13-19.
- 124- 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.
- 125- Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong C, Broatch J et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 1998; 3(1): 48- 58.
- 126- Huppert JD, Simpson H B, Nissenon KJ, Liebowitz MR, Foa EB. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and anxiety*. 2009; 26 (1): 39-45.
- 127- Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarie A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2010; 51 (2): 193-200.
- 128- Macy AS, Theo JN, Kaufmann SC, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, IsHak WW. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*. 2013; 18 (01): 21-33.
- 129- Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace C J, Vapnik T, Maindment K, Saxena S. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*. 2001; 14 (4): 214-218.
- 130- Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 10: 1-8.
- 131- Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO ED*. 2009; 2 (4): 145-154.
- 132- Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016; 8(1): 85-93.
- 133- Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013; 22 (4): 441-459.

## 8. EKLER

### Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik olarak hazırlanmıştır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından ankete vereceğiniz cevaplardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır.

Anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kişisel bilgileri, ikinci bölüm sosyal uyum derecenizi değerlendirmeye ilişkin bilgileri, üçüncü bölüm yaşam kalitenizi değerlendirmeye ilişkin bilgileri, dördüncü bölüm ise obsesyon ve kompulsiyonlarınızı değerlendirmeye yönelik bilgileri içermektedir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

- 1- Yaş:.....
- 2- Hastalığın başlangıç yaşı :.....
- 3- Cinsiyet: (1) Erkek ( ) (2) Kadın ( )
- 4- Medeni Durum: (1) Evli ( ) (2) Bekar ( ) (3) Boşanmış ( )
- 5- Meslek-Çalışma Durumu: (1) Evet ( ) (2) Hayır ( )
- 6- Eğitim durumu : (1) İlkokul( ) (2) Ortaokul ( ) (3) Lise ( ) (4) Üniversite ( )
- 7- Yaşadığı yer: (1) Köy ( ) (2) İlçe ( ) (3) İl ( )
- 8- Ekonomik durumu: (1) Düşük ( ) (2) Orta ( ) (3) İyi ( )
- 9- İlaçlarını düzenli kullanma: (1) Evet ( ) (2) Hayır ( )
- 10- Kontrollerine düzenli gelme: (1) Evet ( ) (2) Hayır ( )
- 11- Psikiyatri servisine yatış öyküsü: (1) Var ( ) (2) Yok ( )
- 12- Aile öyküsünde herhangi bir ruhsal bozukluk var mı?  
(1) Var ( ) (2) Yok ( )
- 13- Hastalığın gidişi ve seyri:
  - 1- Artma- azalma (sürekli gidiş gösterenler)
  - 2- Arada tama yakın iyileşme (epizodik)
  - 3- İlerleyici- kötü gidişli (kronik)
- 14- Hastalık seyri boyunca intihar düşüncesi/girişimi var mı?

	(1) Var ( )	(2) Yok ( )	(3) İntihar girişimi ( )
15-	Obsesyon Semptom Profili		Kompulsiyon Semptom Profili
1-	Kirlilik bulaşma obsesyonu		1-Yıkama temizleme kompulsiyonu
2-	Saldırganlık obsesyonu		2-Kontrol kompulsiyonu
3-	Simetri düzen obsesyonu		3- Sıralama düzenleme komp
4-	Dini obsesyon		4- Sayma kompulsiyonu
5-	Cinsel obsesyon		5- Tekrarlayıcı törensel davranışlar
6-	Biriktirme – saklama obsesyonu		6- Biriktirme- toplama komp.
7-	Somatik obsesyonlar		7- Diğer Kompulsiyonlar
8-	Temizleme- yıkama obsesyonu		
9-	Tekrarlayıcı törensel davranışlar		
10-	Diğer		



## Ek-2: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

Aşağıdaki soruları bu anki fikrinize göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Bir işiniz var mı? Evet( ) Hayır( )

*Cevabınız Evet ise:*

1.İşinize ilginiz nasıl?

( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok

*Cevabınız Hayır ise:*

Ev işlerine ilginiz nasıl?

( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok

2.İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

( ) Çok zevk alıyorum ( ) Orta düzeyde zevk alıyorum

( ) Az zevk alıyorum ( ) Hiç zevk almıyorum

3.Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok

4.Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?

( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil

5.Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

( ) Çok sık ( ) Sık ( ) Nadiren ( ) Hiç

6. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil

7. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

( ) Birçok insanla var ( ) Birkaç insanla var

( ) Pek az insanla var ( ) Hiç kimseyle yok

8. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?

( ) Çok gayret ederim ( ) Gayret ederim

( ) Orta derecede gayret ederim ( ) Gayret etmem

9. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil

10. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?

( ) Çok değer veririm ( ) Değer veririm

( ) Çok az değer veririm ( ) Hiç değer vermem

11. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?  
( ) Çok sık ( ) Sık ( ) Nadiren ( ) Hiç
12. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Nadiren ( ) Hiç
13. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindesiniz?  
( ) Tamamen ( ) Orta derecede ( ) Az ( ) Hiç
14. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç
15. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç
16. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
17. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
18. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç
19. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
20. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?  
( ) Fazlasıyla ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç

**Ek-3: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu  
(WHOQOL-BREF-TR)**

**YÖNERGE:** *Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.* Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçüğünde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1- Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

(1) Çok kötü (2) Biraz kötü (3) Ne iyi,ne kötü (4) Oldukça iyi (5) Çok iyi

2- Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1) Hiç hoşnut değil (2) Çok az hoşnut (3) Ne hoşnut, ne değil

(4) Epeyce hoşnut (5) Çok hoşnut

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

3- Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

4- Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

5-Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız ?

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

6-Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

7- Dikkatinizi toplama da ne kadar başarılısınız?

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

8-Günlük yaşamınız da kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

9- Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

(1) Hiç (2) Çok az (3) Orta derecede (4) Çokça (5) Aşırı derecede

*Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.*

10-Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

- (1) Hiç (2) Çok az (3) Orta Derecede (4) Çokça (5) Tamamen

11-Bedensel görüşünüzü kabullenir misiniz ?

- (1) Hiç (2) Çok az (3) Orta Derecede (4) Çokça (5) Tamamen

12-İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

- (1) Hiç (2) Çok az (3) Orta Derecede (4) Çokça (5) Tamamen

13-Günlük yaşamınızdan size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz ?

- (1) Hiç (2) Çok az (3) Orta Derecede (4) Çokça (5) Tamamen

14-Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

- (1) Hiç (2) Çok az (3) Orta Derecede (4) Çokça (5) Tamamen

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

15-Bedensel hareketlilik ( etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme ) beceriniz nasıldır?

- (1) Çok kötü (2) Biraz kötü (3) Ne iyi,ne kötü  
(4) Oldukça iyi (5) Çok iyi

16-Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil (2) Çok az hoşnut (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut (5) Çok hoşnut

17-Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil (2) Çok az hoşnut (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut (5) Çok hoşnut

18-İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil (2) Çok az hoşnut (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut (5) Çok hoşnut

19-Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil (2) Çok az hoşnut (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut (5) Çok hoşnut

20-Aileniz dışındaki kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil (2) Çok az hoşnut (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut (5) Çok hoşnut

21-Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil      (2) Çok az hoşnut      (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut      (5) Çok hoşnut

22-Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil      (2) Çok az hoşnut      (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut      (5) Çok hoşnut

23-Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil      (2) Çok az hoşnut      (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut      (5) Çok hoşnut

24-Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil      (2) Çok az hoşnut      (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut      (5) Çok hoşnut

25-Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?

- (1) Hiç hoşnut değil      (2) Çok az hoşnut      (3) Ne hoşnut, ne değil  
(4) Epeyce hoşnut      (5) Çok hoşnut

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

26-Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

- (1) Hiçbir zaman      (2) Nadiren      (3) Ara sıra  
(4) Çoğunlukla      (5) Her zaman

27- Yaşamınızla size yakın kişilerle ( eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkinizle baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir ?

- (1) Hiç      (2) Çok az      (3) Orta Derecede  
(4) Çokça      (5) Aşırı derecede

#### **Ek-4: Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)**

YÖNERGE: Yaşamınızın son bir haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman

- (0) Yok (1) Hafif (günde 1 saatten az) (2) Orta (günde 1 – 3 saat)  
(3) Ağır (günde 3 – 8 saat) (4) Çok ağır (günde 8 saatten fazla)

2. Obsesif Düşüncelerin Yaşamı Etkilemesi

- (0) Hiç (1) Hafif derecede (2) Orta derecede  
(3) Ağır derecede (4) Çok ağır

3. Obsesif Düşüncelerle Birlikte Olan Rahatsızlık Hissi

- (0) Hiç (1) Hafif derecede (2) Orta derecede  
(3) Ağır derecede (4) Çok ağır

4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme

- (0) Her zaman  
(1) Çoğu zaman.  
(2) Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.  
(3) Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir  
(4) Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. Obsesif Düşünceler Üzerindeki Kontrolün Derecesi

- (0) Tam (1) Büyük oranda (2) Orta derecede  
(3) Az miktarda (4) Kontrol edemiyor

6. Kompulsif Davranışlar İçin Harcanan Süre

- (0)Hiç (1) Hafif (günde 1 saatten az) (2) Orta derecede (günde 1-3 saat)  
(3) Ağır (günde 3 – 8 saat) (4) Çok ağır (Günde 8 saatten fazla)

7. Kompulsif Davranışların Yaşamı Etkilemesi

- (0) Hiç (1) Hafif derecede (2) Orta derecede  
(3) Ağır derecede (4) Çok ağır

8. Kompulsif Davranışla Birlikte Olan Rahatsızlık Hissi

- (0) Hiç (1) Hafif derecede (2) Orta derecede  
(3) Ağır derecede (4) Çok ağır

9. Kompulsif Hareketlere Direnç Gösterme

- (0) Her zaman

(1) oğu zaman

(2) Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

(4) Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. Kompulsif Davranışlar zerindeki Kontrolün Derecesi

(0) Tam (1) Büyük oranda

(2) Orta derecede

(3) Az miktarda

(4) Kontrol edemiyor



## Ek-5: Gaziantep Üniversitesi Etik Kurul Onayı

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		326	
KARAR BİLGİLERİ	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
Karar No: 2014/326		Tarih: 27.10.2014	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan izin alınması gerekmektedir.			

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN 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	K x	E	H x	E	H		
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Feridun İŞİK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. İker ŞEÇKİNER	ÜRÖLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Yasemin ZEBİ	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Seval KUL	BİYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Uzm. Dr. Cahide ERGÖRÜK	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ. MÜH. (sivil üye)	GASKİ	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		

\*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ  
İmza:

*Mu*

*İden teslim aldım.*

*M. C. Baltacıoğlu*

Etik Kurulunun her sayfada imzasının olması gerekmektedir.



## Ek-6: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlüğü Çalışma İzni



T.C.  
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ

SAYI : 75548883/100-08

06./01/2015

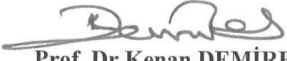
KONU : Tez Çalışma İzni

### GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi:04.11.2014 tarih ve 47989649/300/16206 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mehmet Cihat AKTAŞ'ın, "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi ile ilgili anket çalışmasını Üniversitemiz Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Kenan DEMİREL  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Adres: 65080 Zeve Kampüsü – VAN

Tel: (0432) 486 54 14  
Faks:(0432) 486 54 08

E-Posta: webmaster@yyu.edu.tr  
Web: http://www.yyu.edu.tr

## Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesidir. Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için DSM-IV veya DSM-V tanı ölçütlerine göre OKB tanısı almış olmanız gerekir. Sadece ankette yer alan hastalıkla ilgili sorular sorulacaktır. Araştırma ile ilgili olarak cevaplamaı kabul ettiğiniz anketin sorularını eksiksiz olarak yanıtlamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar yalnızca araştırma amaçlıdır. Size bu araştırmada 15-20 dakika sürmesi öngörülen anket formu uygulanacaktır. Bu nedenle ilaç/uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir,

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

ARAŞTIRMACILARIN		GÖNÜLLÜNÜN	
Adı Soyadı	M. Cihad AKTAŞ	Adı Soyadı	
İmza		Adresi	
Adı Soyadı	Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR	İmzası	
İmza			

## 9. ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Hakkari’de doğdu. İlk öğrenimini Hakkari Namık Kemal İlk Öğretim Okulunda, lise öğrenimini Hakkari Anadolu Lisesinde tamamladı. 2008 Yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bilgisayar Teknolojileri bölümünden mezun oldu. Aynı yıl başladığı Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hemşirelik bölümünden 2012 yılında mezun oldu. 2013 Eylül ayından beri Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D yüksekisans öğrencisidir. 2010 yılında Marmara Üniversitesinde bilgisayar işletmeni olarak başladığı iş hayatına 2014 yılından beri Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Sağlık Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak devam etmektedir.