

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYE BAKIM
VERENLERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER, BAŞETME VE
SOSYAL DESTEK DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Tuba KARA**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.E.Ümit SEVİĞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Şubat 2007
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYE BAKIM
VERENLERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER, BAŞETME VE
SOSYAL DESTEK DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Tuba KARA**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.E.Ümit SEViğ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Şubat 2007
KAYSERİ**

Prof.Dr.E.Ümit SEVİĞ danışmanlığında **Tuba KARA** tarafından hazırlanan “**Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Başetme ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

06/02/2007

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof.Dr.E.Ümit SEVİĞ (Danışman)

Üye : Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞÇI

Üye : Yrd.Doç.Dr.Havva TEL

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŞEKKÜR

Bu tezin planlanması ve yürütülmesinde bilgi ve emeğini esirgemeyen tez danışmanım Prof Dr.E.Ümit SEVİĞ'e, Sayın Yrd.Doç.Dr.Havva TEL'e, Prof.Dr. Selma DOĞAN'a ve istatistiksel hesaplamaların yapılmasında katkı veren Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR'a, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme teşekkürü bir borç bilirim.

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYE BAKIM VERENLERİN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER, BAŞETME VE SOSYAL DESTEK
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

ÖZET

Araştırma; OKB’li bireylere bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri, stresle baş etme durumlarını ve algıladıkları sosyal destekleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 1 Eylül 2001 ve 1 Şubat 2006 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesinin psikiyatri kliniklerinde OKB tanısı ile tedavi almış bireylere bakım veren, Sivas il merkezinde oturan 57 birey oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınan bireylere ev ziyareti yapılarak, yüz yüze görüşme tekniğiyle sırayla Kişisel Bilgi Formu, güçlükleri belirleme bilgi formu, SBTÖ, ÇBASDÖ kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) , Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucu bakım veren bireylerin ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiği, bu etkilenmenin en çok üzülmeye, çaresizliğe, bıkkınlığa, bunalta, kaygıya, iç sıkıntısına, suçluluk duygusuna, öfke şeklinde olduğu ve OKB’li bireyin hastalığının kötüye gideceğinden endişe duydukları belirlenmiştir. Ayrıca bakım verenlerin aile içi iletişimlerinin ve sosyal ilişkilerinin etkilendiği; bu etkilenmenin en çok aile içi tartışmalar, iletişimde azalma, ailedeki sorumluluklarda artma, aile bağlarının zayıflaması ve akraba/arkadaşlarla iletişimde kısıtlanma şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle baş ederken etkili baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Ancak okur-yazar olmayan/ olanların ve ev hanımlarının boyun eğici yaklaşımı, erkeklerin çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin ÇBASD ölçeği puanlarına bakıldığında aile desteğini özel kişi desteği ve arkadaş desteğinden daha çok algıladıkları belirlenmiştir. SBTÖ ve ÇBASDÖ toplam puan korelasyonunda toplam puanının artmasıyla iyimser yaklaşımın arttığı ($r=0.38$, $p=0.003$) saptanmıştır.

Sonuç olarak OKB’li bireye bakım verenlerin ruhsal sağlıkları olumsuz bir şekilde etkilenmekte; bakım verenler aile içi iletişimde ve sosyal ilişkilerde güçlük yaşamakta; yaşadıkları bu güçlüklerle baş ederken daha çok ailelerinden destek almaktadır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; OKB’li bireye bakım verenlerin hastalık semptomlarına yaklaşım konusunda hemşireler tarafından eğitilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler : OKB, bakım verici, baş etme, sosyal destek

**THE DIFFICULTIES THE CAREGIVERS ATTENDING TO PATIENT WITH OBSESSIVE
COMPULSIVE DISORDER (OCD) CONFRONTED AND DETERMINATION OF SOCIAL
SUPPORT AND THE STATES OF COPING**

ABSTRACT

This research was performed to both define and determine the problems often encountered by the people who look after the Obsessive-compulsive disorder (OCD) patients, and how they cope with the stress involved and how much social support they get.

Tests performed on the patients' relatives who look after them and have undergone therapy after OCD diagnosis at Cumhuriyet University Medical School and at Sultan Izzettin Keykavus Hospital Psychiatry Clinics between 1 September 2001 and 1 February 2006. The test group contained 57 individuals who lived in Sivas. After having filled the personal information form and the form of determining difficulties, the group was subjected to two tests consisting of a manner scale of coping with stress and a multi-dimensional social support scale. Data were collected by home visits and face to face interviews. Statistical analysis was performed by using percentage, t test, Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney Variance Analysis, and Correlation Analysis.

Results obtained from the testes indicated that the subjects' psychological health worsened. This deterioration was expressed as affliction, hopelessness, boredom, anxiety, distress, worry, guilt feelings, and anger. It was also determined that attendants' worry was mainly about the OCD patients' deteriorating conditions. Besides, subjects' family communication and social relationships were badly affected. Conversations held periodically with the other family members indicated that the situation led to the decreased communication, increased the load of responsibility on the members, restriction in relation with friends and even reduced the family ties. On the other hand, it was observed that when the attendants faced to a difficulty they were more inclined to use some effective coping techniques much more than other people. However, illiterates and housewives especially tended to use succumbing approach whereas men use hopelessness approach. When attendants' multi-dimensional social support scale was analyzed it appeared that family support was taken much more special person or friend support. It was determined that optimistic approach increased with the increase of total score on total score correlation of Scale of Coping With Stress and MPSSS ($r=0.38$, $p=0.003$).

As a result, psychological problems, impaired communication of family members and difficulties in social relations are faced by people who look after the Obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. Besides, while they are coping with these difficulties they are especially supported by their family.

In the direction of the results gathered, it is recommended that the caregivers attending to patients with OCD should be trained by nurses on the topic of approach to the symptoms of disease.

Key Words : OCD, caregiver, coping, social support

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	4
2.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE AİLE	8
2.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	10
2.3.1. Fiziksel Boyut	10
2.3.2. Duygusal Boyut	10
2.3.3. Sosyal Boyut	10
2.3.4. Entelektüel Boyut	11
2.4. OBSESYONLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	11
2.5. KOMPULSİYONLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	17

	<u>Sayfa No</u>
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	27
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	27
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	27
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
3.6.1. Verilerin Toplanması.....	27
3.6.2. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.2.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1).....	28
3.6.2.2. Güçlük Belirleme Formu (Ek 2).....	28
3.6.2.3. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (Ek 3).....	28
3.6.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4).....	30
3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	47
6. KAYNAKLAR	56
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.1. OKB’li Bireyin Tanıtıcı Özellikleri (n=24)	31
Tablo 4.2. OKB’li Bireye Bakım Verenlerin ve Ailenin Tanıtıcı Özellikleri (N=57)	33
Tablo 4.3. Bakım Veren Bireylerin Doktor ve Hemşirelerin Yaklaşımlarını Değerlendirme Durumuna Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.4. Bakım Veren Bireylerin Hastalığı Yakın Çevreyle Paylaşma ve Yakın Çevrenin Yaklaşımı.....	36
Tablo 4.5. OKB’li Bireye Bakım Verenlerin Karşılaşabilecekleri Güçlükler ve Sıklığı	37
Tablo 4.6. OKB’li Bireye Bakım Verenlerin Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Grup Puanları (N=57)	39
Tablo 4.7. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Aile Yapısına Göre Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Grup Puanlarının Dağılımı	39
Tablo 4.8. Bakım veren Bireylerin Bakım Sürecine Göre Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Grup Ortalama Puanlarının Dağılımı	42
Tablo 4.9. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Grup Puanları Dağılımı	43
Tablo 4.10. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇBSDÖ Alt Grup Ortalama Puanlarının Dağılımı	44
Tablo 4.11. Bakım Veren Bireylerin Bakım Sürecine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Grup Ortalama Puanlarının Dağılımı	45
Tablo 4.12. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Grupları ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan Korelasyonu	46

KISALTMALAR

- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- DSM IV** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 4. Baskısı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- SBTÖ** : Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği
- ÇBASDÖ** : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- GYA** : Günlük Yaşam Aktiviteleri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil “fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması” şeklinde tanımlamıştır. Bu bütüncül anlayış doğrultusunda ruh sağlığı kavramı; kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen, uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürmesi olarak tanımlanabilir.

Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini taşır. Hasta sayılabilecek kişide bu özellikler az çok sürekli ya da yineleyicidir ve bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozar.

Ruhsal bozukluklar, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerin sorunudur, toplumun her kesiminde oldukça yaygın görülür ve kronikleşme eğilimi gösterir. Ruhsal bozukluklar insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve yaşam doyumunu engelleyerek, sosyal ilişki, yeti, iş gücü ve ekonomik kayıplar gibi çok yönlü kayıplara neden olmaktadır.

Bin dokuz yüz altmışlı yıllardan itibaren toplum ruh sağlığı hizmetleri önem kazanmaya başlamıştır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri; hastane tedavisine göre maliyetinin düşük olması, bireyin doğal ortamı olan toplum içinde tutulması nedeniyle çağdaş psikiyatri

hizmeti olarak görülmektedir. Bu hizmetlerin kapsamı içinde kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi ve bakımlarının toplum içinde sürdürülmesi de yer almaktadır. Bu durum aile üyelerinin bir çok sorun yaşamasına neden olmaktadır. Çünkü temel bakım verici konumundaki aile üyeleri; hastalarına duygusal ve fiziksel destek sağlamak sıklıkla da tedavilerini üstlenmek zorundadırlar. Aile üyeleri aynı zamanda ruhsal bozukluğun getirdiği ayırım ve damgalanmaya maruz kalmakta ayrıca sosyal güvencesi olmayan aileler tedavi masraflarını karşılamakta güçlük yaşamaktadırlar.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin aileleriyle yapılan çalışmalarda ailelerin hastalığa ilişkin bir çok olumsuz duygu yaşadıkları ve güçlüklerle karşılaştıkları bulunmuştur. Bu çalışmalarda aile üyelerinin gerginlik, stres, anksiyete, gücenme, umutsuzluk ve güçsüzlük duygularına eşlik eden depresyon, ilişkilerde kopma, maddi güçlük, sağlığın bozulması, sosyal aktivitelerde azalma ya da kısıtlanma yaşadıkları belirtilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan bireylerin de toplumda tedavi ve bakımları devam etmektedir. Bu nedenle bu bireylerin aileleri de önemli ölçüde etkilenebilmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda OKB'li bireyin yakınlarının da diğer ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren aile üyelerinde saptanan olumsuz duygu ve güçlüklerle karşılaştıkları belirtilmektedir. Bu nedenle OKB'li bireye bakım verenlerin de ruhsal bozukluğu olan birey kadar profesyonel yardım alma gereksinimi vardır. Aile işlevlerini sağlıklı bir biçimde düzenlemek ve ruhsal bozukluğu olan bireyin rahatsızlığının aile işlevlerini bozmasını önlemek amacıyla, aile merkezli çalışma ve hizmetler giderek önem kazanmaktadır.

OKB ; tekrarlayıcı obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize olan, bireyin sosyal fonksiyonlarını ve iş yaşamını sınırlayan bir bozukluktur. OKB yeti yitimine yol açması ve yaşam kalitesinde düşme meydana getirmesi nedeniyle dünya üzerinde en fazla işlev kaybı yaratan ilk on tıbbi durum arasında yer almaktadır.

Klinik gözlemler ailelerin sık sık hastanın yineleyici hareketleriyle (ritueller) ve ilişkili davranışlarıyla meşgul olduklarını, aile üyelerinin aile fonksiyonlarını ve OKB'li bireyin rutinlerini hastanın rituelllerini kolaylaştıracak şekilde düzenlediklerini göstermektedir. Bu durum aile yaşamını baskılamakta ve aile üyeleri arasında hastanın davranışlarına nasıl yaklaşımda bulunacakları konusunda anlaşmazlıklara neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde rehabilitasyon hizmetleri kapsamında OKB'li bireye ve yakınlarına yönelik müdahaleler yapılmasına rağmen ülkemizde bu bireylerin

taburculuk sonrası tedavileri ilaç tedavisiyle sınırlı kalmaktadır. Çoğu zaman aile üyeleri de sağlık kurumlarından yeterli desteği göremedikleri için OKB'li bireyin semptomlarıyla tek başına uğraşmak durumunda kalmaktadır. Kısaca OKB'li bireyle yaşamak ve bakımında sorumluluk almak aile üyeleri için stres yaratıcı bir durumdur. Aile üyelerinin bu durumun üstesinden gelmeleri ve hastasına daha etkin destek sağlayabilmeleri için stresle baş etme özelliklerinin gelişmiş olması gerekir.

Günümüzde toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte, hemşirelerin çalışma alanları, hastaneden topluma, hastane içindeki izole hemşirelikten, toplum katılımlı hizmete kaymaktadır. Aileyle birlikte çalışan hemşirelerin aileyi kendi ortamında tanıyarak, ailelerin ve hastaların yaşadıkları güçlükleri belirlemek, belirlenen gereksinimlere yönelik bilgilendirme, sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetlerini sürdürmek ve topluma rol modeli olma sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler bu sorumluluklar çerçevesinde hem OKB'li bireylerle yaşayan bireylerin sağlıklarının korunmasına hem de hastanın tedavisinde etkili yaklaşımda bulunacak düzenlemeler yaparak bireyin baş etme güçlerinin artmasına ve sorunlarının üstesinden gelmesine katkı verebilirler.

Yurt dışında OKB'li bireyin bakımını ve yaşadıkları güçlükleri belirleyen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde bu bireylere bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri ve baş etme özelliklerini ortaya koyan çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırma; OKB'li bireylere bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin ve stresle baş etme durumlarının ve algıladıkları sosyal desteklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Elde edilen sonuçların ailelerin ele alınması ve hastanın bakımına daha etkin destek sunabilmeleri için yapılacak planlamalara katkı verebileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) süregelen gidişli, kişilerin akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine neden olan bir bozukluktur (1). OKB DSM-IV'te obsesyonların anksiyete ortaya çıkartıcı, kompulsiyonların ise anksiyeteyi azaltıcı olmaları nedeniyle bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (2). OKB'de obsesyonlar istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyonlar ise bilinçli, standardize, tekrarlayıcı düşünce ya da davranıştır. Obsesyonlar kişinin anksiyetesini artırırken, kompulsiyonlar kişinin anksiyetesini azaltmaya yöneliktir. Eğer bireyin kompulsiyonu engellenmeye çalışılırsa anksiyete artar (3-5).

OKB'li birey genellikle obsesyonların mantıksız olduğunu farkındadır, bireyin hem obsesyonları hem de kompulsiyonları egoya yabancıdır (3-5). Bireye OKB tanısı konabilmesi için obsesyon ve kompulsiyonların belirgin bir sıkıntıya neden olması, zamanın boşa harcanmasına yol açması (günde bir saatten daha uzun zaman alması), bireyin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini kısıtlaması gerekmektedir (4, 6). OKB'nin kronikleşme olasılığı oldukça

yüksektir. OKB, bireyde işlevsel bozukluk ve yaşam kalitesinde düşme meydana getirmesi nedeniyle DSÖ tarafından dünya üzerinde en fazla işlev kaybı yaratan ilk on tıbbi durum arasında yer almaktadır (5, 7).

Bin dokuz yüz seksen yılı öncesi yapılan çalışmalarda OKB'nin yaygınlığının klinik verilere dayandığı ve %0.5 olduğu belirtilmiştir. OKB'li bireylerin pek çoğu, durumları gerçekten katlanılmaz olmadan tedaviye başvurmadıkları, bazıları semptomlarından utanıp bunları başkalarına anlatamadıkları, bazıları da psikiyatrist olmayan hekimlere başvurdukları için hastalığın gerçek yaygınlığı bilinmemektedir. 1980 sonrası yapılan toplum tarama verilerine dayanan yaygınlık çalışmalarında OKB ile ilgili rakamlar oldukça şaşırtıcı bulunmuştur. Çünkü bu rakamlar sorunun sanılandan 50-100 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (8).

OKB tüm psikiyatrik bozukluklar içinde yaygınlık yönünden fobik bozukluklar, madde kullanımıyla ilgili bozukluklar ve majör depresif bozukluktan sonra dördüncü sırayı almaktadır (3, 9-11). Son zamanlarda yapılan araştırmalarda OKB'nin yaşam boyu prevalansının %1.9 ile 3.3 arasında değiştiği bildirilmektedir (12). Türkiye'de yapılan çalışmalarda; Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması 12 aylık OKB yaygınlığını %0.5, diğer çalışmalarda %2.01 ile %3 arasında olduğu, yaşam boyu yaygınlığının %3.7 olduğu belirtilmiştir (11, 13, 14). OKB'li bireyler psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Çalışmalar OKB'nin erişkinler arasında kadınlarda daha sık olduğunu bildirmektedir (11, 15). Fakat ergenlerde erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü belirtilmektedir (6, 15). Bozukluğun başlangıcı ergenlik veya çocuklukta görülebilmese rağmen başlangıç yaşının 20 olduğu, erkeklerde (ortalama 19 yaş) kadınlara göre biraz daha erken yaşta başladığı görülmüştür. (8-10, 16). OKB'li hastaların yaklaşık %50'si bekadır (11, 14, 17). OKB'nin sosyo-kültürel ve entelektüel düzeyi yüksek olan kesimlerde daha çok görüldüğünü bildiren bir çalışma olmasına rağmen (18) diğer bir çalışma da (15) bu bulguyu desteklememektedir.

OKB'nin kliniğinde en sık görülen obsesyonlar; kirlilik duygusu, kuşku duyma, somatik yakınma, simetrik algı, agresif duygu, cinsel ve dinsel içerikli takıntılardır. OKB'deki kompulsiyonlar ise kontrol etme, yıkama, sayma, sorma-anlatma ya da dua etme ve biriktirme gibi davranışlar, simetrik algı-düzen davranışı şeklinde görülmektedir (4, 10, 11). Örneğin kirlilik duygusu olan birey kirli olduğunu

düşündüğü bölgeyi yıkamadan rahatlayamaz, yani bulaşma obsesyonlarının oluşturduğu anksiyete, temizlenme kompulsiyonlarının devreye girmesiyle giderilir (19).

1992’de DSÖ OKB’yi baskın görülen belirtilere göre;

- ✓ Obsesyonel düşünceler ve kurmaların baskın olduğu tip
- ✓ Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip
- ✓ Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin bir arada bulunduğu karışık tip şeklinde sınıflandırmıştır (20).

OKB’nin ortaya çıkmasından bir çok etken sorumlu tutulmaktadır. OKB’nin ortaya çıkmasında genetik geçişin etkili olduğu düşünülmektedir. Aile çalışmalarında erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği olgularda genetik geçişi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (21). Yapılan bir çalışmada; OKB’li bireylerin birinci derecede akrabalarında hastalığın % 20-25 gibi yüksek oranda olduğu (22), diğer bir çalışmada yaklaşık 5 kat fazla olduğu saptanmıştır (12). İkiz araştırmalarında monozigot ikizlerde OKB için eş hastalanma oranı dizigot ikizlere göre oldukça yüksek bulunmuştur (12).

Psikoanalitik kurama göre çözümlenmemiş ödipal çatışmalardan köken alan anksiyete, OKB’nin dinamiğinde önemli rol oynamaktadır. Bu hastalığın ortaya çıkmasında ödipal çatışmadan kaynaklanan anksiyetenin etkili olduğunu kabul etmektedir. Bireyde daha önce gelişmiş olan anal fiksasyon, anksiyete karşısında bireyin daha güvenli olduğu bu döneme gerilemesine yol açmaktadır. OKB’li bireylerde anksiyete ile baş etmek üzere izolasyon, yap-boz, karşıt tepki kurma ve yer değiştirme gibi savunma düzenekleri sıklıkla kullanılmaktadır (3, 9, 16). OKB’li bireylerin yaşadığı kişilerarası güçlükler sıklıkla onların anksiyetesinin ve dolayısıyla da belirtilerinin artmasına yol açmaktadır (6, 9).

Davranışçı kurama göre; OKB’li bireydeki obsesyonlar koşullu uyaranlardır. Rastlantısal olarak, anksiyete oluşturan bir durum içinde yer alan masum uyaranlar daha sonra anksiyete yaratabilirler. OKB’li bireydeki kompulsiyonlar ise kaçınma davranışlarıdır. Kişi belli bir eylemin anksiyetesini azalttığını keşfettiği zaman, anksiyeteyi kontrol etmek amacıyla kompulsiyonlar ya da törensel davranışlar şeklinde aktif kaçınma yöntemleri geliştirir. Bu kaçınma yöntemleri dereceli olarak sıkıntıyı yaratan anksiyeteyi azaltmadaki etkisinden dolayı öğrenilmiş kompulsif davranış örüntüleri şeklinde yerleşik hale gelir (3, 9, 16).

Psikososyal görüŖe göre OKB'nin ortaya çıkmasında toplumsal etkenlerin rolü tam olarak aydınlatılmamıştır. Ancak obsesif kompulsif kişilik yapısının OKB'yi desteklediği düşünölmektedir. Obsesif kompulsif kişilik yapısının titiz, kuralcı, törenci, özellikle çocukluk çağında aşırı kuralcı ve disiplinci eğitim veren toplumlarda düzenli, temizliğe fazla değeri veren, zaman ve düzen kavramı daha güçlü gelişmiş kişilikler yetiştiği kabul edilmektedir. Obsesif kompulsif kişilik yapısının OKB'yi desteklediği belirtilmektedir (16).

OKB'nin prognozunu bir çok faktör olumsuz etkilemektedir. Hastalığın çocukluk çağında başlaması, bizar kompulsiyonlar, bireyin kompulsiyonlara boyun eğmesi, bireyin hastaneye yatma gereksinimi, major depresif bozukluğun eşlik etmesi, sanrıların olması ve kişilik bozukluğunun olması hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir. (9, 17). Bir çok hasta belirtilerini gizlemeyi başarabildiğinden, psikiyatrik yönden dikkat çekene kadar sıklıkla 5-10 yıl gecikme yaşanmaktadır. Birey genellikle obsesyonları aşırı yoğunlaştığı, kompulsiyonları günlük yaşamına müdahale etmeye başladığı zaman ya da her ikisinin bir arada bulunduğu durumda tedavi arayışına girmektedir. İsviçreli araştırmacılar OKB tanısı ile hastanede yatmış bireylerin %80'inde olumlu gelişme olduğunu fakat sadece %20'sinin tamamen iyileştiğini bulmuşlardır (23). Davranış değişiminin zaman almasına bağlı olarak OKB'li bireylerin iyileşmesi için hastane tedavisinin yeterli olmadığı, çoğunluğunda obsesyon ve kompulsiyonların kendi evlerinde belirginleşmesi nedeniyle bireyin tedavisinin ev ortamında devam ettirilmesi gerektiği görölmektedir. Bu nedenle taburculuk sonrası sağlık profesyonelleri tarafından ev ödevlerinin yürütölmesi ve denetlenmesi gerekmektedir (19).

OKB'li birey obsesyonlarını mantıksız bulur, durdurmaya çalıştıkça obsesyonları daha da yoğunlaşır, obsesyonların yoğun olduğu zamanlarda dikkatini toparlamakta ve konsantre olmakta güçlük çeker. Birey anksiyetesi arttığı zaman kompulsiyonlarını yerine getirir. OKB'li birey sıklıkla endişeli görünür, semptomlarıyla ilişkili güçlüklerinden dolayı kızgın olabilir, çıldıracağını düşünebilir. Obsesyonları ve kompulsiyonları üzerinde güçsüzlük duygusu yaşaması bireyin benlik saygısını düşürebilir. OKB'li birey ritüellerini düzenlerken harcadığı zamanın artmasından dolayı rollerini yerine getiremez. Bireyin aile ve arkadaşlarını bıktıran yineleyici davranışlarından ilişkileri olumsuz etkilenir. Birey aile ve arkadaşlarıyla daha az vakit

geçirir, kirlilik obsesyonu nedeniyle yemek yemeyi reddedebilir, kilosu azalabilir. Hijyen, giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyebilir (16, 24).

OKB'nin tedavisinde; farmakolojik tedavi, bilişsel davranışçı tedaviler ve aile terapileri kullanılmaktadır. OKB'nin tedavisinde ilaç ve davranış tedavisi birlikte kullanılır. Davranış tedavileri ilaç tedavisi kadar etkilidir. Sıklıkla yaşayarak maruz bırakma, tepkiye engel olma ve üstüne gitme gibi davranışçı tedaviler kullanılır. Davranış tedavisi, kompulsiyonların belirgin olduğu hastalarda daha başarılı sonuçlar vermektedir (6, 9, 14, 23). Yaşayarak maruz bırakma, üstüne gitme tedavisini tamamlayan OKB'li erişkinlerin 2/3'sinde iyileşme görülmüştür (23).

OKB'nin tedavisinde bireyle birlikte ailenin de ele alınması gerekebilir. Bu nedenle OKB'de birey ve aile üyelerine aile terapisi de uygulanmaktadır. Aile terapisi aileye destek olmak, bozukluktan kaynaklanan evlilik uyumsuzluğunu azaltmak ve tedavinin sürdürülmesinde aile üyeleri ile işbirliğini sağlamak için kullanılır. OKB'li bazı bireyler için destek sistemi olarak grup tedavisi de kullanılmaktadır (6). Tedaviye dirençli bazı hastalar da elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve psikocerrahi seçeneği düşünülebilmektedir (6, 8, 21).

2.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE AİLE

OKB kronik ruhsal bir bozukluk olup hem bireyin hem de ailenin yaşamını bütün yönleriyle olumsuz etkilemektedir. Kronik ruhsal bozukluklar, aile içi ilişkilerin bozulmasına, ailenin stresörlerinin artmasına, ailenin normal yaşam döngüsünün bozulmasına neden olur (25-27). Aileler yönünden düşünüldüğünde; üyelerinden birinin ruh hastası olarak etiketlenmesi onlar için zedeleyici bir olaydır ve ruhsal bozukluğu olan hastayla birlikte olmak onlara bakım vermek her zaman için aile üyelerine maddi yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik) ve manevi yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) getirmektedir (26, 28-31). Aynı şekilde OKB'li bireylerin aile üyelerinin de hastanın tutum ve davranışlarından dolayı maddi ve manevi yönden etkilenmesi kaçınılmaz bir durumdur. OKB'li bireylerin evin dışındaki insanlar ve objelerin riskli olduğunu düşünmeleri onların sosyal izolasyonun artmasına neden olmaktadır. Bu durum aile üyelerini de olumsuz etkileyerek onların sosyal izolasyon yaşamalarına yol açmaktadır (19). OKB'li bireyler ritüellerini yerine getirmekten dolayı işlerinde

tekrarlı gecikmeler yaşayabilmekte sıklıkla işlerini kaybetmektedirler. OKB'li bireylerin yaşadığı maddi güçlükler hem birey hem de ailenin stres yaşamasına ve ekonomik güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir (32).

OKB'li bireyin yakınlarını diğer kronik bozukluğu olan bireye sahip olan ailelerden ayıran özellik, OKB'li bireyin yakınlarının hastalık semptomlarına dahil olma davranışdır (33). OKB'li bireyler ebeveynlerini çocuklarını, eşlerini günlük ritüellerine karıştırırlar. Sıklıkla aile üyeleri hastanın anksiyetesini azaltmak için kompulsiyonlarını yerine getirmeleri için günlük rutinlerini düzenlerler ya da bireyin ritüellerine yardımcı olurlar. Çalışmalar OKB'li bireye bakım verenlerin günlük rutinlerinde önemli değişiklikler yaparak ya da ritüellerde yer alarak hastaların rahatlamasına yardımcı olduklarını ortaya koymuştur (32, 34-37). Aile uyumunun bu formu ailede stres, hastaya karşı reddedici tutumlar ve zayıf aile işlevselliğiyle birliktedir (37). Sıklıkla aile üyeleri hastanın anksiyetesini azaltma ve ya öfke dışavurumlarını kontrol etme çabası içindedir. Bu durum OKB'li bireyin stres düzeyinin artmasına neden olabilmektedir. Bireyde stres düzeyinin artması sıklıkla iyileşme durumu ile ilişkilidir. Bakım verenlerin stres düzeyini azaltma doğrudan hastalığın iyileşme oranını artıracaktır (37).

OKB'li bireye bakım verenlerin bireyin hastalık semptomlarına yaklaşım konusunda güçlükler yaşadıkları gözlenmekte ve çalışmalarda bunu göstermektedir. Van Noppen ve ark. (1997); OKB'li bireyin yakınlarının bireyin semptomlarına yardımcı olmaktan açıkça karşı çıkmaya ve direnç göstermeye kadar uzanan birçok davranış sergilediklerini bildirmiştir (38). Angermayer (2004); OKB'li bireylerin yakınlarının bireyin üzerine baskı kurmak gibi stratejiler kullandıklarının ifade etmektedir. Bu durum birey ve yakınları arasındaki ilişkiyi olumsuz bir şekilde etkilemektedir (33). Jayakumar OKB'li ve şizofrenili bireyin yakınlarının yüklerini karşılaştırdıkları çalışmasında (2002); OKB'li bireyin yakınlarının diğer ailelerle ve arkadaşları ile ilişkilerinde ve aile istikrarında bozulma olduğunu, şizofrenili ve OKB'li bireyin yakınlarının hastalarının davranışlarını rahatsız edici bulduğunu belirtmiştir (39).

OKB'li bireye bakım verenlerin yaşadıkları manevi yük ve stres psikolojik iyilik hallerini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Psikolojik iyilik halinin olumsuz etkilenmesi, negatif duygu durumu, üzüntü, anksiyete ve bireyin kendisinden memnuniyetsizliğini içermektedir. OKB'li bireye bakım verenlerin üzerindeki yük ve stres depresyona ya da anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır (40-43). Yapılan bir

çalışmada OKB'li bireye bakım verenlerde yüksek düzeyde anksiyete olduğu belirtilmektedir (43).

2.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

OKB bireyin ve ailenin yaşamını bütün yönüyle etkilemektedir. OKB ile baş etme hem bireyin hem de ailenin öğrenebileceği bir durumdur. Aileye bireyde görülen semptomların hastalığından kaynaklandığı, bireyin bunları kontrol etmekte zorlandığı anlatılmalıdır. Aile üyeleri OKB hakkında bilgilendirildiği zaman bireye ihtiyaç duyduğu desteği daha iyi vermektedir (24).

Obsesyon ve kompulsiyonlarda bireyin hemşirelik bakımı:

- Fiziksel Boyut
- Duygusal boyut
- Sosyal Boyut
- Entelektüel Boyut birlikte ele alınarak gerçekleştirilir.

2.3.1. Fiziksel Boyut

OKB'li bireyin anksiyetesini gidermek için sürekli ellerini yıkamasına bağlı olarak deri bütünlüğü bozulabilir. Birey kompulsiyonlarını yerine getirmekten dolayı hijyenik bakımını yerine getiremeyebilir. Kirli olduğunu düşündüğünden dolayı yemek yemeyebilir, kilo kaybı olabilir.

2.3.2. Duygusal Boyut

Bireyin obsesyon ve kompulsiyonları sürekli tedirginlik yaşamasına yol açar, birey anksiyetesini gidermek için kompulsiyonlarını yerine getirir, eğer kompulsiyonlarını yerine getiremezse anksiyetesi daha da artar.

2.3.3. Sosyal Boyut

OKB'li birey kirli olduğunu düşündüğü için evin dışındaki bireyleri ve ortamları riskli algılayabilir, bu durumda evin dışına çıkmayabilir, diğer insanlarla görüşmeyebilir. Bu durum bireyin izolasyonuna neden olur. Kompulsiyonlar yoğun bir hal aldığı zaman birey işini yapamaz bir duruma gelir.

2.3.4. Entelektüel Boyut

OKB'li birey obsesyonlarını mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına ve inançlarına ters bulur fakat durduramaz, obsesyonlarını durdurmaya çalıştıkça anksiyetesi artar. Birey sürekli bir kararsızlık yaşar, özellikle obsesyonlarının yoğun olduğu zamanlarda dikkatini toparlamakta ve konsantre olmakta güçlük yaşar (16, 24).

2.4. Obsesyonlarda Hemşirelik Yaklaşımı (44)

Durumun Tanımlanması

- Fiziksel Boyut
- Öykü
- Günlük Yaşam Aktiviteleri
- Beslenme: Besin hazırlamadaki kirlenme ve mikroplu olduğu hakkındaki obsesyonlar yetersiz besin alınmasına neden olabilir, birey yemek yemeyi reddedebilir, kilo kaybedebilir.
- Uyku: Kalkma, giyinme, yatağa gitme hakkındaki obsesyonlar aşırı zaman harcanmasına neden olabilir.
- Yıkıcı Davranışlar: Sağlığı tehdit eden obsesyonlar; beden imajı, kirlenme ve mikroplar ve besinlerle ilgili olabilir.

Duygusal Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Anksiyete	Yüksek düzeydeki anksiyete obsesif düşünceler yoluyla ifade edilir.	Etkisiz baş etme; obsesif düşüncelere bağlı yüksek düzeyde anksiyete.
Stres ve çaresizlik	Birey düşüncelerinin mantıksız olduğunu bilir fakat bu düşünceleri durduramaz.	Etkisiz baş etme; umutsuzluk ve sıkıntıya bağlı obsesif düşünceler.
Korku	Herhangi bir durum, nesne veya aktivite hakkında örneğin dışarı çıkma, mikroplar, köpekler, yükseklik ya da karanlık gibi korkuları vardır.	Etkisiz baş etme; dışarı çıkma korkusu, köpekler, mikroplar, yükseklik ya da karanlık gibi obsesif düşünceler.
Duygularını ifade etme yeteneğinde yetersizlik	Obsesif düşünceler hakimdir.	Etkisiz baş etme; duygularını ifade etmede yetersizlik
Suçluluk	Birey günahkarlık duyguları yaşar, agresif duygular ve düşmanlık ifadelerinde bulunabilir	Etkisiz baş etme; suçluluk duygularıyla ilgili obsesif düşünceler.

Entelektüel Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Şüphe, kontaminasyon ya da gerçekçi olmayan düşünceler	Obsesyonlar bireyin benlik algılarına yabancıdır, bireysel anksiyete ve çatışma semboliktir	Düşünce sürecinde değişim; gerçekçi olmayan, acayip düşünceler.
Yargılama ve kavramada bozulma	Birey rahatsız edici düşüncelerin farkındadır fakat hiçbir şey yapamaz	Düşünce sürecinde değişim; yargılama ve kavramada bozulma obsesyonları.
Defalarca tekrarlayan basmakalıp düşünceler	Birey obsesif düşüncelerini baskılayamaz	Etkisiz baş etme; savunma mekanizmalarının aşırı kullanımı ile ilişkili obsesyonlar.
Rasyonalizasyon, sembolleştirme ve izolasyonu kullanma	Amacı obsesyonlarının diğerleri tarafından fark edilmesini sağlamaktır.	Düşünce sürecinde değişim; düşüncelerdeki katılık obsesyonları.
Katı ve inatçı düşünceler, aşırı detaycılık	Birey diğer fikirlere kapalıdır.	Düşünce sürecinde değişim; aşırı detaycılık obsesyonları.
Ambivalans duygulanım ve kararsızlık	Doğruluk ve mükemmellik için çabalar	Düşünce sürecinde değişim; ambivalans duygulanım obsesyonları.

Sosyal Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
İlişkilerde bağımlılık	Bireyin rahatlama gereksinimi vardır, kişisel uzlaşmaya isteksizdir	Etkisiz baş etme; bağımlılıkla ilişkilidir.
Sosyal ilişkilerde azalma	Obsesyonlar sınırlayıcıdır, birey diğer bireylerden uzaklaşır, obsesyonlar diğer bireylerle ilişkilerin yerine geçer	Sosyal izolasyon; içe kapanma ve diğerlerinden ayrılma.
Diğer insanlarla ilişkilerinde soğukluk	Birey duygularını ifade etmekte güçlük yaşar.	Sosyal etkileşimde azalma; obsesyonlara bağlı ilişkilerde soğukluk.
Aile ilişkilerinde gerginlik	Bireysel gereksinimleri aile baskılar, bireyin semptomları etkileşimlerini baskılar.	Ailenin etkisiz baş etmesi; obsesyonların aileyle etkileşimi güçleştirilmesi.
Sosyal rollerin zayıflaması	Obsesyonlar bireyin rol fonksiyonlarını yerine getirmesini engeller.	Rol performansında bozulma; obsesyonların aşırı yoğunlaşması.

Manevi Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Ahlak kurallarına uygun katı standartları sapmadan takip etme	Dürtüler ve savunma mekanizmaları arasındaki çatışma anksiyete yaratır.	Manevi sıkıntı; katı ahlaki standartlara bağlı olma obsesyonları.
Ön yargılarda çatışma	Gerçekçi olmayan düşüncelerden temel alan ön yargılar bireyin farklı inançları kabul etmesinde isteksizlik yaratır.	Manevi sıkıntı; sorgulamaksızın ön yargılı davranma obsesyonları.
Dini inanç ilkelerine sorgulamaksızın körü körüne bağlanma	Dini inanç ilkelerini sorgulamaksızın kabul eder.	Manevi sıkıntı; dini inanç ilkelerine körü körüne bağlanma obsesyonları.
İnançlarda kalite ve rahatlığın azalması	İnançlara katı bir şekilde bağlanma rahatlık ve sakinliği önler.	Manevi sıkıntı; dini düşüncelerin rahatlığı azaltması obsesyonları.
Stres	Dini ve filozofça sorular üzerinde sürekli düşünme verimsiz yetersiz iç diyalogları uzatır.	Manevi sıkıntı; filozofça sorular ve dinle ilgili uzamış iç diyaloglar obsesyonları.
Umutsuzluk	Dini düşüncelere katı bir biçimde bağlanma suçluluk ve yetersizlik duygusu doğurabilir.	Manevi sıkıntı; umutsuzluk karşılanmayan yüksek standartlarla ilgili obsesyonlar.

PLANLAMA

Uzun dönem hedefleri;

- ✓ Bireyin bağımsız fonksiyon görebilmesi için obsesif düşünceler azalacak
- ✓ Obsesif davranış olmadan anksiyeteye baş edebilecek.

Kısa Dönem Hedefleri	Sonuç Kriteri
Fiziksel boyut Obsesif düşüncenin nedenleri belirlenecek	<ul style="list-style-type: none"> • Bireyde anksiyete yaratan durumlar, endişeler, yaşam stresleri ve olayları belirlenir. Davranışa neden olan durumlar, stresörler ve bunların etkileri tanımlanır.
Duygusal Boyut Bireyin durum, yaşam stresleri ve olaylar hakkında duygularını ifade etmesi sağlanacak	<ul style="list-style-type: none"> • Stresörler hakkındaki duygularını açıklaması sağlanır. Anksiyeteye obsesif düşüncelerin arttığının farkına varması sağlanır.
Entelektüel Boyut Bireyin obsesif düşünceleri azaltılacak ya da ortadan kaldırılacak, Obsesif davranış olmadan anksiyete ile baş etmede diğer yolları tanımlayacak	<ul style="list-style-type: none"> • Kendini obsesif düşüncelere odaklaması için kısa bir zaman dilimine izin verilir (her bir saatte 10 dakika). • Belirtilen zamanın dışında kalan sürede farklı düşüncelere zaman ayırması sağlanır. • Obsesif düşünceye odaklanma zamanı aşamalı olarak azaltılır. • Düşünceyi durdurma teknikleri kullanılır. <p>Anksiyeteye baş etmede diğer yolları açıklaması sağlanır.</p>

Kısa Dönem Hedefleri	Sonuç Kriteri
<p>Manevi Boyut</p> <p>Belirli bir düzeyde obsesif düşünce ile memnun edici bir yaşam sürebilecek</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bağımsız olarak fonksiyon görmesi sağlanır. • Ailesi dışındaki bireylerle iletişim kurabilmesi sağlanır. • Anksiyete ile baş etmek için kullanabileceği diğer yollar belirlenir. • Destekleyici ilişkiler kurması sağlanır. • Ahlak standartları ve değerlerinde esneklik gösterebilmesi sağlanır. • Düşüncelerini özetleyebilmesi sağlanır. • Önyargılarının azalması sağlanır. • Düşüncelerinde açık ve esnek olabilmesi sağlanır. • Doğruluk ve mükemmellik gereksiniminin azalması sağlanır. • Risk alabilmesi sağlanır. • Yeni bilgi ve fikirler hakkında meraklı olabilecek duruma gelmesi sağlanır. • Dini yönden rahata kavuşması sağlanır. • Farklı inançların olabileceğini kabul etmesi sağlanır.

Taburculuk Planı

Bireyin taburculuğa hazır olduğunu gösteren hasta davranışları;

- Kendi anksiyetesini tanımlaması
- Stresinin azaltan teknikleri kullanarak anksiyetesini azaltması
- Anksiyete ve obsesyonlar arasındaki ilişkiyi tanımlaması
- Obsesyonlarıyla etkili bir şekilde baş etmesi.

UYGULAMA

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçesi
Fiziksel Boyut	
Anksiyete ortaya çıktığı zaman istekler azaltılır.	Anksiyetesi azaltılır.
Tedavisinde örneğin aşırı miktarda mikroplardan etkilenme durumunda davranışları kısıtlanır.	Obsesif davranışların zararlı etkisinden korunur.
Günlük yaşam aktiviteleri düzenlenir.	Bireyin güvenlik duygusu artırılır.
Rituelleri tamamlamada bir miktar izin verilir.	Bireyin anksiyetesinin artmasını önlemek için telaşlı olmaktan kaçınılır.
Obsesyonla bağıntılı zararlı ya da potansiyel sağlık problemleri(örneğin aşırı el yıkamada cilt losyonlarının kullanılması) ele alınır.	Obsesif davranışların zararlı sonuçlarından korunarak rahatlığı sağlanır.
Duygusal boyut	
Birey pozitif başarıya ulaştıran aktiviteler yapması yönünde desteklenir.	Benlik kavramı ve kendine yeterlilik duygusu artırılır.
Birey anksiyetesi ve korkuları arttığı zaman bunları sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirilir.	Bireyin anksiyetesi hakkında konuşmasına yardım edilerek, obsesif düşünceleri azaltılabilir.
Bireyin ilgisini çeken eğlenceli aktivitelere katılımı sağlanır.	Zevk veren deneyimleri artırılır.
Birey eleştirilmeden, azarlanmadan kabul edilir.	Bireyin benlik değerinin daha fazla düşmesi önlenir, birey davranışlarıyla çeşitli şekilde baş edebilir. Hemşirenin davranışları diğerlerinden farklı olduğunda, davranışlarda değişim meydana gelir.
Acele etmekten kaçınılır.	Anksiyete arttığı zaman dikkati dağıtıcı aktivitelere yönlendirilir.
Entelektüel Boyut	
Birey problemlerinin çözümünde yeni yollar denemesinde desteklenir.	Bireyin daha etkin baş etme becerileri geliştirmesine yardım edilir.
Anksiyetesi düşük olduğu zaman öğrenmesi ve bilgilenmesi sağlanır.	Birey, en iyi, anksiyetesi orta düzeydeyken öğrenir.
Korkuları ve anksiyetesi hakkında tartışmaktan kaçınılır.	Obsesyonların sıkı kontrol altına alınması önlenir, tehdit edici olmaktan kaçınılır.
Olayların gerçek nedenlerine yaklaşılır.	Duygusal yanıtlardan kaçınılır.
Sistematik duyarsızlaştırma kullanılır.	Korkulu uyaranların varlığında ortaya çıkan duyguların kontrolünde bireye yardımcı olunur.

Hemşirelik Girişimleri	Gereçesi
Entelektüel Boyut (Devamı)	
Düşünceyi durdurma tekniklerini kullanması sağlanır.	Düşüncenin pozitif yollarla değişiminde bireye yardım edilir.
Bireyle birlikte önyargıları belirlenir.	Bireye insanlara güven duyması ve fikirlerinde yeni algılar geliştirmesinde yardım edilir.
Bireyin obsesyonlarına özen göstermekten kaçınılır.	Bireyin davranışlarını güçlendirmekten kaçınılır
Birey obsesif davranışı kullandığı zaman etkileşim pozitif kontrolle yönetilir.	Pozitif deneyimlerinin artmasıyla ilgisi başka yöne çekilir ve rahatlığı artar.
Obsesif düşüncelerin sıklığının azalmasında sözel destek verilir.	Uygun davranışlar güçlendirilir.
Diğer belirtiler hakkında konuşulur (ambivalans, engellenme, rijitlik).	Bireyin duygularını anlatımı kolaylaşır.
Obsesyonları olduğunda arada gerçek hatırlatılır.	Birey gerçeğe getirilir.
Obsesif düşünce yaşamı tehdit edici olursa müdahale edilir.	Kendine zarar vermesi önlenir.
Düşünceleri ve davranışları arasındaki fark araştırılır.	Bazı davranışlarında, negatif düşüncelerini kabul etmesinde bireye yardım edilir.
Sosyal Boyut	
Bireyin benlik kavramı güçlendirilir.	Bireyin kendisini yeterli ve yetenekli hissetmesi sağlanmış olur.
Destekleyici ilişkiler sağlanır.	İzolasyon ve yalnızlık duygusu azaltılır.
Bireyin tedavisine ailenin katılımı sağlanır.	Bireyin desteklenmesi sağlanır.
Bireye sosyal becerilerini artırmasında yardım edilir.	Sosyal etkileşimde rahatlığı sağlanır.
Esnek davranan bireyleri örnek göstererek o bireylere yönelik tepkileri araştırılır.	Esnek ve açık olabilmesi için farkındalık geliştirilir.
Birey aktivite, tedavi ve etkileşimlere katılımı yönünde desteklenir.	Obsesif düşünceleri azaldığı zaman diğerleriyle rahat iletişim kurabilmesini sağlamak için aktivite, tedavi ve etkileşimlere katılımı desteklenir.
Destekleyici ilişkiler kurduktan sonra, davranış değişimi meydana gelir.	Davranışı değiştirmeye çalışmada güven ilişkisi kurmak temeldir.

Hemşirelik Girişimleri	Gereçesi
Manevi Boyut	
Bireyin, bireysel standartları ve katı inançlarını sorgulamasına yardımcı olunur.	Bireyin inanç ve davranışlarında diğer yolları kabullenmesi ve daha açık olmasına yardımcı olunur.
Yeni bilgilere merak duymasına yardımcı olunur.	Daha az anksiyete ile yeni deneyimler yaşamaya motive edilir.
Bireyle farklı inançlar açıklanır.	Tehdit duygusu yaşamaksızın farklı olan inançları kabul etmesine yardımcı olunur.
Bireyin dini inançları göz önüne alınır.	Bireyin dini inançlarıyla rahatlamasına yardım edilir.
Zevk aldığı aktiviteler artırılır.	Yaşam kalitesini artırmak için zevk verici deneyimleri artırılır.

DEĞERLENDİRME

Ölçülebilir hedefler ve sonuç kriterleri bireyin obsesif davranışlarını değerlendirmek için veri sağlar. Hemşire gözlemleri ve aileden alınan bilgiler ek veriler sağlar. Aşağıdaki davranışlar bireyin tedavisinde pozitif bir ilerleme sağlandığını gösterir.

- Birey kendi anksiyetesini tanımlar.
- Anksiyetesinin arttığı durumları bilir.
- Anksiyetesini azaltmak için stresini azaltan teknikler kullanır.
- Anksiyete ve obsesif düşünce arasındaki ilişkiyi ifade eder.
- Obsesif düşünceler olmaksızın anksiyetesıyla baş eder.

2.5. KOMPULSİYONLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

- Durumun Tanımlanması
- Fiziksel Boyut
- Öykü:
- Günlük Yaşam Aktiviteleri
- Beslenme: Yeme kompulsiyonu, kusma kompulsiyonu.
- Uyku: Yatma zamanı ya da yatağa gitmede ritüeller,
- Fiziksel aktivitelerde kısıtlanmalar: Aşırı el yıkama, aşırı dokunma, aşırı koşma, yürüme gibi.

- Seksüel Aktivite: Parafililer
- Alışkanlıklar: İçme kompulsiyonu
- İlaçlar : Antianksiyete ilaçlarını kötüye kullanma.
- Yıkıcı davranışlar: Dürtüsel davranışlar, saldırgan davranışlar, şiddet davranışları, kendine zarar verme, çalma, kumar oynama, ateş yakma, aşırı yemek yeme, kusma.

Fiziksel Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Aşırı temizlik	1-3 yaş gelişim dönemlerindeki rahatsızlık temelli temizlik ve düzene aşırı önem verme.	Etkisiz baş etme; aşırı temizlik ihtiyacı ile ilgili kompulsiyonlar.
Aşırı düzen verme	Ritueller yoluyla anksiyeteyi azaltma; anksiyeteyi azaltmak için yerine getirilen kompulsif davranışlar sabit, kalıp davranışlar haline gelir.	Etkisiz baş etme; düzeltme rituelleriyle ilişkili kompulsiyonlar.

Duygusal Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Gizli anksiyete	Yüksek seviyedeki anksiyete sembolik davranışlarla gizlenmektedir.	Etkisiz baş etme; yüksek seviyede anksiyeteye neden olan davranışlar.
Suçluluk duygusu	Bir şeyleri yanlış yapmış olduğu duygusu kompulsif davranışlarla takviye edilerek bu davranışların doğru olduğu garantilenir.	Etkisiz baş etme; suçlulukla ilgili kompulsiyonlar.
Duygusal mesafe koyma	Duygularını ifade etme konusunda kendisini kısıtlar, kontrolü artırır. Bireyin kontrolü artırması dünyadaki tahmin edilemeyen ve hoş olmayan sürprizlerin oluşturacağı yardımsızlık duygusundan korur, güvenlik duygusunu artırır.	Etkisiz baş etme; kontrol dışı duygusal baskıyla ilişkili kompulsiyonlar.
Duygularını anlatmakta spontanlık yoktur.	Duygularını içtenlikle ve hızlı anlatım becerisi sınırlıdır.	Etkisiz baş etme; kendiliğinden duygusallıkla ilişkili kompulsiyonlar.
Yok sayıldığında ve karşı çıkıldığında inatçı olma	Kendi tarzını kabul etmeleri konusunda diğer bireylere ısrarcı davranırlar.	Etkisiz baş etme; inatçılık ve direnme ile ilişkili kompulsiyonlar.
Birine ya da bir şeye zarar vereceğinden korkma	Bilinçsizce korkularını baskırlar. Farkında olmadıkları korkularını sıklıkla sembolizm yoluyla ifade ederler.	Etkisiz baş etme; inatçılık ile ilişkili kompulsiyonlar.

Entelektüel Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Duyguları inkar etme	Duygularını anlatmada becerileri sınırlıdır.	Etkisiz baş etme duygularını inkarla ilişkili kompulsif davranışlar
İzolasyon, yap-boz, reaksiyon- formasyon, regresyon ve büyüleyici düşünceler gibi savunma mekanizmalarını kullanma	Birey anksiyeteden korunmak için kompulsif davranış gösterir.	Etkisiz baş etme ; savunma mekanizmalarının aşırı kullanımı ile ilişkili kompulsif davranışlar
Kuşkulanma	Kontrolsüz ortamlarda yasak dürtü ve fikirlerin sonuçlarından korkarlar.	Düşünce sürecinde değişim ; kuşkularla ilişkili kompulsif davranışlar
Sezgileri ve duyguları mantık kullanarak gerçek empozeler yapma	Aşırı kontrollü oldukları için duygularını anlatma becerileri sınırlıdır.	Potansiyel düşünce sürecinde değişim ; kompulsif kişilikle ilişkili aşırı mantıklı düşünme
Güvenliği ve inançları için sabır göstermesi bilinçlidir	Aşırı eğilimli değer yargıları vardır	Sağlık davranışlarını sürdürmede potansiyel değişim ; kompulsif kişilikle ilişkili aşırı güvenlik ihtiyacı
Tedbirli davranmaktan hoşlanma	Anksiyetesini azaltan değer yargıları vardır. Birey kararından dönmez ve davranışları aşırılaştığı zaman yeni fikirlere kapalıdır.	Sağlık davranışlarını sürdürmede potansiyel değişim ; kompulsif kişilikle ilişkili aşırı tedbirli olma
Kendisini ve diğerlerini kontrol etme ihtiyacı duyma	Dürtü ve uyarılarını sonuçlarından ve hata yapmaktan korkar, dürtü ve ihtiyaçlarını kontrol edememe sonucu anksiyetesini azaltan ritüeller oluşur.	Etkisiz baş etme ; kontrol ihtiyacı hissetme kompulsiyonları.
Çoğu tekrarlı ifadeleri içeren anlamsız, uzun cümleler kullanma	Uyaranlardan korunmak amacıyla anlamsız kelimeler kullanırlar.	Sözel iletişimde yetersizlik ; anlamsız kelimeler kullanma kompulsiyonları.
Konuşmaları sonlandırmada güçlük çekme	Mükemmel olma çabası vardır.	Sözel iletişimde yetersizlik ; konuşmaları sonuçlandırmada güçlük.
Mantığma uygun tartışmalarda rahat olma	Duygularını ifade etme yetenekleri sınırlıdır.	Potansiyel sözlü iletişimde yetersizlik ; mantıklı tartışmalar kompulsiyonu.
Entelektüel terimlerle konuşma	Duygularının altında yatanlardan korunmak için izolasyon savunma mekanizmasını kullanır.	Potansiyel sözlü iletişimde yetersizlik ; entellektüalizasyon kompulsiyonları.
Dikkatini toplamada güçlük çekme ve detaylara inme sıkıntı vericidir.	Mükemmel olmaya çabalar.	Sözel iletişimde yetersizlik ; detaylara dalma ve aşırı dikkat kompulsiyonları.
Acele edilmesine ve zamanın kısa kesilmesine	Kompulsiyonlarını tamamlamasını engelleme gerilimle sonuçlanabilir.	Etkisiz baş etme ; kompulsif davranışla ilişkili direnç.
Önyargıya dayalı plan ve davranışlarına katı bir biçimde bağlılık gösterme	Değişim bireyin rahat ve güvenliği için tehdit yaratır.	Etkisiz baş etme ; ön yargıya dayalı plan ve davranışlara katı bir biçimde bağlılık kompulsiyonu.

Sosyal Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Düşük benlik saygısı	Kompulsif davranışlar ve ritüeller nedeniyle yetersizlik ve güvensizlik hissederler.	Benlik kavramında bozulma; düşük benlik saygısına bağlı davranışlar.
Sıcak ve anlamlı ilişkiler kurma kabiliyetinde yetersizlik	Duygularını ifade etme yetenekleri sınırlıdır.	Sosyal etkileşimde azalma; sıcak ilişkiler kurmada yetersizlik
Sosyal rol fonksiyonlarını yerine getirmede yetersizlik	Diğer bireylere kendi tarzını kabul etmeleri konusunda ısrarcıdır. Bu durum sosyal ve mesleki fonksiyonlarını yerine getirmelerini engeller.	Rol performansında rahatsızlık; sıcak ve anlamlı ilişkiler kurmada yetersizlik.
Çalışma ve üretkenliğe aşırı düşkünlük gösterme	Anlamlı haz verici ilişkileri reddeder, kişilerarası ilişkilerin oluşturabileceği anksiyeteden kaçınır.	Etkisiz baş etme; aşırı çalışma ve üretkenlik kompulsiyonu.
Çevrenin değişiminden huzursuzluk duyma	Olağanın dışındaki değişimlerde anksiyeteli olur.	Etkisiz baş etme; kompulsif davranışla ilgili çevredeki değişimlere uyumsuzluk
Çevreyi kontrol etme ihtiyacı duyma	Çevrenin kendi istediği şekilde olması güven yaratır.	Etkisiz baş etme; kontrol etme ihtiyacı kompulsiyonu.

Manevi Boyut

Hasta Verisi	Analiz	Hemşirelik Tanısı
Güçlü doğruluk, dürüstlük duyguları vardır	Düşüncelerinde katılık vardır.	Potansiyel manevi distres; aşırı doğruluk, dürüstlük özellikleri olması.
Yaratıcılıkta zayıflama	Bireyin yaratıcılığı ritualistik davranışlar tarafından engellenir.	Manevi sıkıntı; yaratıcılıkta azalma.

PLANLAMA

Uzun Dönem Hedefleri;

Birey kompulsif davranışlar olmadan anksiyetesiyle etkin şekilde baş edebilecek.

Kısa Dönem Hedefleri	Sonuç Kriteri
Fiziksel Boyut Bireyin fiziksel sağlığı korunacak. Kompulsif davranışları azaltılacak.	<ul style="list-style-type: none"> Fiziksel sağlık bakımı sağlanır. Aşırı el yıkıyorsa eldiven giymesi sağlanır. Anksiyete ilaçlarına duyulan ihtiyacı azaltılır. Anksiyete ile kompulsif davranışların bağlantısını kurması sağlanır. Ritüellerini kontrol edemediği zaman azaltabilmesi için zaman verilir. Olayları daha detaysız hatırlayabilmesi sağlanır.

Kısa Dönem Hedefleri	Sonuç Kriteri
<p>Duygusal Boyut</p> <p>Anksiyetesini tanımlamayabilecek ve kompulsif davranışlarını anlayabilecek.</p> <p>Duygularını ifade edebilecek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anksiyetesinin farkında olması sağlanır. • Anksiyeteye bağlı davranışlarını tanımlayabilmesi sağlanır. • Anksiyete ile kompulsif davranışların bağlantısını kurması sağlanır. • Bireyin anksiyete oluşturan duygularını açığa çıkarması sağlanır.
<p>Entelektüel Boyut</p> <p>Kompulsif davranışlara neden olan endişesi hakkında iç gözü kazanacak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anksiyetesinin artırıcı durumları ifade edebilmesi sağlanır. Anksiyetenin olası sebeplerini tartışabilir. • Çatışmalarının farkındalığı sağlanır. • Anksiyete ve kompulsif davranışlarında şu an ve geçmişteki anksiyetesini azaltan ve rahatlamasını sağlayan durumları ifade etmesi sağlanır.
<p>Sosyal Boyut</p> <p>Diğer insanlarla ilişkilerini geliştirebilecek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diğer insanlara güveni artar. • İşkolik davranışları azalır. • Diğer insanları kontrol etme ihtiyacı azalır
<p>Manevi Boyut</p> <p>Yaratıcı bir yaşam tarzı için kendiliğinden olan deneyimlerini artıracak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Birey kendini ve diğerlerini daha az kontrol eder. • Sürprizlerden daha fazla zevk alır. • Düşüncelerinde daha fazla esneklik gösterebilir.

UYGULAMA

Hemşirelik Girişimleri	Gereçesi
Fiziksel Boyut	
Bireyin kendisine vereceği potansiyel zararların önlenmesi sağlanır (ellerini çok yıkayanlara eldiven giydirme vb.).	Deri bütünlüğü korunur ve sağlığını etkileyebilecek durumlar önlenir.
Kendine zarar veren davranışları tedavi edilir.	İleride oluşabilecek zararlar önlenir.
Uygun zamanlarda kompulsif davranışları yapmasına izin verilir.	Anksiyete veya sıkıntıya yol açacak durumlar önlenmiş olur
Kompulsif davranışlara müdahale etmekten sakınılır.	Ritüellerin durdurulmasıyla oluşabilecek anksiyete artışının önüne geçilmiş olunur.
Agresif ve kendisine zararlı hareketleri, artan anksiyetesini tanımlaması sağlanır.	Kendine ve diğer bireylere zarar vermesi önlenir.
Çalma, ateş yakma ile sonuçlanabilecek yasa dışı davranışların veya kompulsif davranışların farkında olunur.	Davranışları sonucu yapılacak yasal uygulamalar anlatılır.
Bireyle birlikte anksiyete ve kompulsif davranışları en aza indirecek bir plan oluşturulur.	Günlük aktivite programının anlaşılmasıyla güncelliğin artırılması sağlanır.

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçesi
Fiziksel Boyut – devamı	
Kompulsiyonlara değil de bireye odaklanılır.	Bireyin kabul edildiğini hissetmesi sağlanır.
Bireyde anksiyete ve kompulsiyonlar da artışa yol açan olaylar gözlenir.	Anksiyete veya kompulsif davranışları artırabilecek faktörler veri halinde toplanır.
Bireyi rahatlatan aktiviteler gözlenir.	Anksiyete ve kompulsif davranışları azaltan faktörler veri halinde toplanmış olur.
Kusursuzluk derecesinde tamamladığı işler belirlenir.	Mükemmeliyetçi niteliklerini yapıcı bir şekilde kullanması sağlanır.
Kendi sağlık bakımı konusunda sorumluluk alması sağlanır.	Bağımsızlık ve özerkliğinin artırılması sağlanır.
Duygusal Boyut	
Kompulsif davranışlar başlamadan önce bireyde anksiyete yaratacak olaylar ve olasılıklar gözlemlenir.	Bireyin kompulsif davranışa duyduğu ihtiyaç azalır ve anksiyete konusunda farkındalığının artması sağlanır.
Gözden kaçabilecek gizli anksiyeteye dikkat edilir	Bireyin farkında olduğu anksiyetenin dışındakiler belirlenir ve anlaşılır.
Kompulsif davranışların altında yatan korkularını ve anksiyetesini azaltmasında bireye yardım edilir.	Kompulsif davranışlara neden olan anksiyetesi azaltılır.
Bireyin duygularını güvenli biçimde ifadesi etmesi sağlanır.	Duygu ifadesi kolaylaştırılarak kompulsiyonların nedenleri azaltılır.
Bireyin duygularını kendiliğinden ifade etmesi sağlanır.	Daha fazla bireysel duygu ve etkinlik hissini artırmasına yardımcı olunur.
Duygularını ifade ettiğinde olumlu geri bildirim verilir.	Olumlu davranışların desteklenmesi sağlanır.
Kompulsif davranışların fiziksel zararlarının neden olabileceği kederden bireyi koruyan davranış müdahaleleri planlanır.	Fiziksel zararlar sonucu ortaya çıkabilecek kederi önlemek için gerekli müdahalelerin araştırılması sağlanır.
Sert meydan okuma ve inatçılıktan kaçınılır.	Artan anksiyetenin bireyde tehdit oluşturması önlenmiş olur.
Bireye uygun olan yollarla rahatlamasını sağlayacak duygular konusunda cesaret verilir	Bakımın bireyselleştirilmesi sağlanır.
Baskı yapma ve özel yaşamına girmekten kaçınılır.	Bireyin anksiyetesini artıracak bir tehdit oluşması önlenir.
Bireye esprili olma konusunda yardım edilir.	Esprili yapma konusunda yardım edildiğinde ciddiyetinde azalma olur.

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçesi
Entelektüel Boyut	
Bireyin kompulsif davranışlarına fazla dikkat etmekten kaçınılır.	Kompulsif davranışların minimum düzeye inmesi sağlanır.
Bireye endişe ve stresörlerini tanımlamasında yardımcı olunur.	Anksiyeteye neden olan olaylar veri halinde toplanır.
Kompulsiyonlarına odaklanması için bir miktar zaman tanınır. (Örneğin 10 Dakika). Sonra birey diğer düşüncelerine yönelmesi için cesaretlendirilir. Yavaş yavaş zamanı azaltılır (Örneğin her iki saatte beş dakika) .	Bireye davranışlarına sınırlar koyması konusunda yardımcı olunur.
Kompulsiyonun altında yatan anksiyetenin üstesinden gelebilmesi için alternatif yöntemler bulmasına yardımcı olunur.	Bireyin etkili baş etmelerinin artırılması sağlanır.
Kompulsiyonlarının azaltılması için bireyin çabaları sözel olarak desteklenir.	Olumlu davranışları pekiştirilir.
Mantıksız bir şekilde kullandığı ifadelere dikkat etmekten kaçınılır.	Bireyin kompulsiyonlarına dikkat etmekten kaçınılır.
Bireyin davranışlarının farkında olunur, kabullenilir.	Bireyin davranışları konusunda farkındalığı artırılır.
Mantıklı-gerçekçi sınırlar konulur.	Bireyin en az anksiyete ile beklentilerini karşılamasına müsaade edilir.
Konuşmalarını sonuçlandırmada yaşadıkları güçlükleri anlamak için birey dikkatli bir şekilde dinlenir.	Bireyi dinlediğini bilmesi sağlanır, fakat daha sonra konuşmalarına sınır koymasının zorunluluğu belirtilir.
İletişim problemleri göz önünde bulundurulur (ayrıntılara takılması vs.) .	Bireyin mesajlarında kusursuzluk çabalarına sınır konulur.
Bireye anlatmak istediğini doğrudan anlatması konusunda yardımcı olunur.	Bireyin ayrıntıları atlamasına ve iletişimini artırmasına yardımcı olunur.
Anksiyetesi tartışılır: sorun nedir?	Müdahaleler planlanır.
Çatışmalarıyla baş etmesinde alternatif yollar oluşturmasına yardım edilir.	Bireyin ruhsal sağlığını devam ettirebilmesi için sosyal olarak kabul edilebilir bir şekilde kompulsiyonlarıyla baş edebilmesi için diğer seçenekler sunulmuş olur.
İletişim kurarken zamanı bilinçli, tutarlı kullanması sağlanır.	Davranışlara sınır konulur.
Bireyin günlük yaşamdaki kompulsif davranışları hakkında bilgi toplanır.	Anksiyetesinin azaltılması için bunlardan kullanışlı ve patolojik olmayanlar belirlenir.
Bireye kompulsiyonlarıyla baş etme yollarını tanımlayabilmesi için yardımcı olunur.	Kompulsiyonlarıyla baş etmesinde diğer seçenekleri düşünmesine yardım edilir.
Birey rahatladıktan sonra kompulsiyonları hakkında konuşulur, tartışılır.	Anksiyete düşük olduğu zaman iyi öğrenir.

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçesi
Entelektüel Boyut – devamı	
Rahatlama teknikleri öğretilir.	Bireyin anksiyetesi azaltılırsa kompulsiyonlara duyduğu ihtiyaç azalır.
Bireye mükemmel olma ihtiyacının azalması için yardımcı olunur.	Hata yapabileceğini düşünmesine izin verilir
Bireyin davranışları yerine getirmesindeki amacı incelenir.	Bireyin benlik bilinci artırılır.
Kısa, önemli noktalara değinen konuşmaları güçlendirilir.	Uygun davranışlar için olumlu geri bildirim verilir.
Duyarsızlaştırma teknikleri kullanılır.	Anksiyetesi azaltılır.
Bireyin motivasyonu artırılır ve tedaviye istekli katılımı desteklenir.	Kendi ruh sağlığı için sorumluluk alması sağlanır, böylece bireyin bağımsızlığı artırılmış olur.
Duygusal Boyut	
Kontrolü kaybetmeden birey uyarılır.	Bireyin güvenlik duygusu artırılmış olur. Bireyin farkında olmadığı korkuları olabilir, bu yüzden hemşirenin tutum ve davranışları sözlerinden daha ikna edici olabilir.
Bağımlılık problemleri üzerinde çalışılır.	Kontrol duygusu artırılır ve sıklıkla bağımlılıkla birlikte olan güvenme duygusu azaltılır.
Bireyin anksiyetesi ve kompulsif davranışları azaltılarak bireyin benlik saygısı artırılır.	Anksiyetenin azalması bireyin kendine güven duymasına yardımcı olur.
Bireyin duygu ve düşüncelerini daha fazla paylaşması sağlanır.	Kendine ve başka şeylere ait kişiyi neşelendiren deneyimler paylaşılır.
Çevreyi değiştirmekten kaçınılır.	Anksiyetenin artması önlenmiş olur.
Temiz düzenli bir çevre oluşturulur.	Düzensizlik sonucu oluşan anksiyete azaltılmış olur.
Diğer bireylerin eleştiri ve alaylarından korunur.	Benlik saygısının azalması önlenir.
Grup terapileri yapılır.	Bireyin duygu ifadesi sağlanarak davranışlarının değişmesi ve destek alması sağlanır.
Eğer gerekirse alkol ve kumar bırakma tedavisi yapan gruplara yönlendirilir.	Bireyin hastalığını öğrenmesi ve grup desteği alması sağlanır.
Uzun tartışmalara girmekten kaçınılır.	Birey sakinleşene kadar sessiz ve sakin olunur.
Tedaviye ailenin katılımı sağlanır.	Ailenin bireyin hastalığını anlaması ve çözüm yollarını öğrenmesi sağlanmış olur.

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçesi
Manevi Boyut	
Bireyin doğruluk, dürüstlük, eşitlik, adalet gibi yönlerini gerçekçi bir şekilde tanınmasına yardımcı olunur.	Benlik saygısına yardımcı olunur.
Bireyin yaratıcılığını artırarak ve yeniliklere daha açık olmasına yardımcı olunarak yaşamdan ve kendinden memnuniyeti artırılır.	Yeni ilişkiler ve aktiviteler yoluyla rahatlamasına yardımcı olunur.
Güven duygusu artırılarak ilişkilerinin kalitesi artırılır.	Bireyin yakın ve güven verici ilişkilerden memnuniyet duymasında yardımcı olunur.

DEĞERLENDİRME

Kompulsif davranışlar gösteren bireyle birlikte çalışılırken, ölçülebilir hedefler ve sonuç kriterleri sürecin değerlendirilmesinde temel sağlar. Bireyin kendi ifadeleri, hemşire gözlemleri ve ailenin ifadeleri hastanın değerlendirilmesinde ek veriler sağlar. Bireyin aşağıdaki davranışları göstermesi tedavide pozitif gelişmeyi gösterir.

- ❖ Çatışma yaratan durumları ifade eder.
- ❖ Anksiyeteli hissettiği zaman ifade eder.
- ❖ Kompulsif davranışlar olmaksızın anksiyetesiyle baş eder.
- ❖ Diğer bireylerle duygularını paylaşır.
- ❖ Diğer bireylere güven duyar (44).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma OKB tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler, stresle baş etme durumlarının ve algıladıkları sosyal desteklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Sivas il merkezinde yaşayan, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde OKB tanısıyla tedavi almış bireylere bakım veren hasta yakınlarıyla yapılmıştır. Her iki hastanede tedavi hizmetleri klinik ve poliklinik hizmetleri şeklinde verilmektedir. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin psikiyatri kliniğinde bakım daha çok aile ve hasta merkezli yürütülürken, Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğinde ağırlıklı olarak iş merkezli bakım yürütülmektedir. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin psikiyatri kliniğinde OKB tedavisi gören bireylerin davranış tedavileri hemşireler tarafından desteklenmekte, davranış tedavisiyle kompulsif davranışların sıklığı kademeli olarak azaltılmakta ve birey kompulsiyonlarına kontrol koymasu yönünde desteklenmektedir. Her iki hastanenin polikliniğinde doktorlar OKB'li bireylerle görüşerek tedavilerini düzenlemekte ve tedavide sürekliliği sağlamak için aylık kontroller önermektedir. Her iki hastanenin polikliniğinde hemşire bulunmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesinin psikiyatri kliniklerinde OKB tanısıyla tedavi almış bireylere bakım veren aile üyeleri oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

1 Eylül 2001 ve 1 Şubat 2006 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesinin psikiyatri kliniklerinde 28 birey OKB tanısı ile tedavi almıştır. Belirtilen tarihler arasında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 18 OKB'li birey ve Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesinde 10 OKB'li birey tedavi olmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- 10 yaş üzerinde
- İşitme konuşma zorluğu olmayan
- Zeka geriliği ya da bunama gibi herhangi bir iletişim sorunu olmayan
- OKB tanısıyla tedavi gören bireylere bakım veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden aile üyelerinin tümü örneklem kapsamına alınmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.6. 1. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşamasında; belirtilen tarihler arasında tedavi olan OKB'li bireyler psikiyatri kliniklerinin kayıtlarından tespit edilerek, adres ve telefon kayıtlarından bu bireylere bakım veren aile üyelerinden randevu alınmıştır. Dört OKB'li birey belirtilen adreste bulunamadığı için bu bireylerin aile üyeleri çalışma kapsamına alınamamıştır. OKB'li bireyler hastanede yatarak tanı ve tedavi aldıkları için obsesif ve kompulsif bozukluğun bir arada bulunduğu (karışık tip) vakalar alınmıştır. 24 bireye bakım verenlerin tümüne araştırma hakkında açıklama yapılmış ve sınırlılıklarda göz önüne alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden 57 birey örneklem kapsamına alınmıştır. Görüşmeci tarafından anket formları yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır.

3.6.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür bilgilerinden yararlanılarak oluşturulan bir kişisel bilgi formu, güçlüklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan bir bilgi formu (28, 29, 33, 45), Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (46) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (47) kullanılmıştır.

3.6.2.1 Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Bu form OKB'li bireylerin ve bu bireye bakım verenlerin sos yo-demografik özellikleri ile bakım verenlerin hastalığın ve tedavinin seyrine yönelik bilgileri elde etmek amacıyla hazırlanmıştır. Formda OKB'li bireye yönelik 14 ve bakım verenlere yönelik 25 soru olmak üzere toplam 39 soru bulunmaktadır.

3.6.2.2.Güçlük Belirleme Bilgi Formu (Ek-2)

Bu formda; OKB'li bireylere bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri ve bu güçlükleri ne sıklıkta yaşadıklarını belirlemek amacıyla ilgili literatürden ve çalışanların deneyimlerinden yararlanılarak belirlenen güçlükler sıralanmıştır. Daha sonra belirlenen bu güçlükler gruplandırılmış ve uzman görüşü (48) alınmıştır. En son düzenlemeleri yapılan bu form 34 sorudan oluşmaktadır (28, 29, 37).

3.6.2.3. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (Ek-3)

Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği, kişilerin genel ya da belirgin stres durumları ile baş etmede kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980'de Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş 66 maddelik bir ölçektir. Yurt dışında çeşitli çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konulmuş olan ölçeğin ülkemizdeki ilk standardizasyon çalışması Siva (1991) tarafından gerçekleştirilmiş, kültüre özgü 8 madde eklenmiş ve ölçek kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra Şahin ve arkadaşları tarafından (1995) psikometrik değerlendirmeleri tekrar yapımlı, ölçek toplam 30 maddelik ve 5 ayrı alt gruptan oluşturulmuştur. Ayrıca SBTÖ' nin üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları;

SBTÖ Alt Boyutları	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları		
	1. çalışma	2. çalışma	3. çalışma
İyimser Yaklaşım	66	49	.68
Kendine Güvenli Yaklaşım	80	77	.62
Çaresiz Yaklaşım	64	68	.73
Boyun Eğici Yaklaşım	72	47	.70
Sosyal Destek Arama	47	45	-

Ölçek güvenirlilik katsayılarının uygunluğu, faktör yapısının özelliği, alt ölçeklerin çeşitli değişkenlerle beklenen yöndeki ilişkileri nedeniyle baş etme yöntemlerini ölçmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilmektedir. (Şahin ve Durak 1995). Ülkemizde bir çok çalışmada kullanılmış olan ölçek 4'lü likert tipi niteliğinde bir formdur. Toplam 30 maddeden oluşan ölçeğin alt grupları ve bu gruplardaki maddeler şunlardır:

1. İyimser Yaklaşım (2,4,6,12,18)
2. Kendine Güvenli Yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26)
3. Çaresiz Yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28)
4. Boyun Eğici Yaklaşım (5,13,15,17,21,24)
5. Sosyal Destek Arama (1,9,29,30)'dır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, toplam puan elde edilememekte, puanlar her bir alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her maddeye verilen yanıtlar 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanıp, her bireyin her alt gruptaki puanları tek tek toplanarak o gruptaki madde sayısına bölünmektedir. Böylece her alt grubun ortalama puanı elde edilmektedir. Ancak sosyal destek arama grubundaki 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır (46).

3.6.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-4)

ÇBASDÖ, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup ülkemizde Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuş, Cronbach alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiştir (Eker ve Arkar 1995). Ölçek toplam 12 maddeden oluşan “Kesinlikle Hayır” dan “Kesinlikle Evet”’e kadar 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; bireylerin destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmaktadır ve her alt grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile; 6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini belirtirken 1.2.5.10. maddeler ise özel kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28’dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin bütününden alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84’tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (47).

3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar aracılığıyla yapılmıştır. Ölçekler puanlanarak ayrı ayrı toplanmış ve bireylerin her ölçeğe ve alt ölçeklerine ait puanları belirlenmiştir. Veriler kodlandıktan sonra bilgisayara yüklenmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) , Mann Whitney U Testi ve Kruskall Wallis Varyans Analizi, Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

OKB'li bireye bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlarla baş etme durumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. OKB'li bireyin tanıtıcı özellikleri (n=24)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	18	75.0
Kadın	6	25.0
Yaş		
15-24	5	20.9
25-29	7	29.2
30-34	5	20.8
35-65	7	29.1
Medeni Durumu		
Evli	14	58.3
Bekar	10	41.7
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil/ Okur-yazar	3	12.5
İlkokul	8	33.3
Ortaokul-lise	10	41.7
Yüksekokul	3	12.5

Tablo 4.1'in devamı

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	%
İşi		
Yok	5	20.8
Ev hanımı	11	45.8
Serbest meslek	4	16.7
Öğrenci	2	8.3
İşçi	1	4.2
Emekli	1	4.2
Sosyal güvencesi		
Yok	1	4.2
Emekli sandığı	4	16.6
SSK	16	66.6
Diğer (Yeşil kart, Bağkur, Mediko-sosyal)	3	12.6
Hastalık süresi		
<4 yıl	9	37.5
>4 yıl	15	62.5
Hastaneye yatma sayısı		
1 kez	14	58.3
2 kez	4	16.7
3 kez	1	4.2
4 kez	2	8.3
5 ve üzeri	3	12.5
Aldığı tedavi		
İlaç tedavisi	23	95.8
İlaç tedavisi ve psikoterapi	1	4.2
Şu anki tedavi durumu		
Almıyor	16	66.7
İlaç tedavisi	8	33.3
Öz-bakım sorumluluğunu alma		
İyi	16	66.7
Kısmen iyi	6	25.0
Alamıyor	2	8.3
Toplam	24	100.0

Tablo 4.1'de OKB'li bireyin tanıttıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Bireylerin %75.0'ı erkek, %29.2'si 25-29 yaş gurubunda, % 58.3'ü evli, % 41.7'si lise mezunu, %45.8'i ev hanımı, %66.6'sı SSK sağlık güvencesine sahiptir. Bireylerin %62.5'i 4 yıldan fazla süre hastalık tanısı aldığı, %58.3'ünün bir kez hastanede yatarak tedavi aldığı, %95.8'inin sadece ilaç tedavisi aldığı, %66.7'sinin şu anda tedavi almadığı, %66.7'sinin iyi düzeyde öz-bakım sorumluluğunu alabildiği belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bakım verenlerin ve ailenin tanıtıcı özellikleri (N=57)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
10-19	13	22.8
20-29	12	21.1
30-39	8	14.0
40-49	6	10.5
50-59	9	15.8
60 ve üzeri	9	15.8
Cinsiyet		
Kadın	27	47.4
Erkek	30	52.6
Medeni Durumu		
Evli	31	54.4
Bekar	26	45.6
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil/okur-yazar	7.0	12.3
İlkokul	14	24.6
Ortaokul	25	43.8
Yüksekokul	11	19.3
İşi		
Memur	4	7.0
Emekli	10	17.6
İşçi	4	7.0
Serbest meslek	6	10.5
Öğrenci	18	31.6
Ev hanımı	15	26.3
Sosyal güvencesi		
Yok	5	8.8
Emekli sandığı	16	28.0
Bağkur	3	5.3
SSK	33	57.9
Bakım verme derecesi		
Birinci Derece	34	59.6
İkinci derece	18	31.6
Üçüncü derece	5	8.8
Yakınlık Derecesi		
Anne	9	15.8
Baba	5	8.8
Kardeş	10	17.5
Eş	10	17.5
Çocuk	13	22.9
Diğer(Kaynana, kayınbaba, yenge)	10	17.5

Tablo 4.2. 'nin devamı

Tamıtcı Özellikler	Sayı	%
Birlikte yaşama süresi		
<4 yıl	5	8.8
>4 yıl	52	91.2
Bakımı isteyerek üstlenme (Tedavi, GYA)		
İsteyerek üstlenen	47	82.5
İstemeyerek üstlenen	10	17.5
Ek bir fiziksel hastalık tanısı		
Olan	48	84.2
Olmayan	9	15.8
Ek bir ruhsal hastalık tanısı		
Yok	52	91.2
Depresyon	5	8.8
Ailenin Gelir Durumu		
Düşük	6	10.5
Orta	49	86.0
İyi	2	3.5
Destek Alma Durumu(Maddi destek)		
Alan	25	43.9
Almayan	32	56.1
Hastalığı Bilme		
Bilen	28	49.1
Bilmeyen	29	50.9
Bildiği Konular (n=28)		
Belirti ve bulguları	15	53.5
Belirti bulguları ve ilaç tedavisi	13	46.5
Bilgileri kimden/nereden aldığı(n=28)*		
Doktor	24	85.7
TV, gazete	4	14.2
Kitap, dergi, broşür	6	21.5
Tedavi ve bakımla ilgili yapılan uygulamalar		
İlaçlarının düzenli almasına yardımcı olma	22	38.5
Konuşarak rahatlatma	20	35.0
Hastaneye yatması yönünde destek olma	17	29.8
Öz-bakımına yardımcı olma	9	15.7
Ev işlerine yardımcı olma	2	3.5
Tedavi masraflarının karşılanması	3	5.2
Kompulsyonlarına kontrol koymasına yardımcı olma	3	5.2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Bakım veren bireylerin ve ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Bakım veren bireylerin %21.1’i 20-29 yaş gurubunda, %52.6’sı erkek, %54.4’ü evli, %43.8’i ortaokul mezunu, %31.6’sının öğrenci, %57.9’unun SSK’lı olduğu görülmektedir. Bireylerin %22.8’inin OKB’li bireyin çocuğu olduğu, %59.6’sının birinci derecede bakım verdiği, %91.2’sinin 4 yıldan uzun bir süredir OKB’li bireyle birlikte yaşadığı, %82.5’inin bireyin bakımını isteyerek üstlendiği, diğerlerinin bireyin bakımını mecbur olduğu için üstlendiği, %15.8’inin fiziksel bir rahatsızlığı olduğu, %8.8’inin depresyon tanısı aldığı %56.1’inin sağlık kurumlarından maddi destek almadığı görülmektedir. Ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %71.9’u çekirdek, %52.6’sı 5-7 bireyden oluşmakta, bireylerin kendi ifadesine göre %86.0’ı orta gelir düzeyine sahiptir. Bireylerin %50.9’u hastalık hakkında bilgi sahibi olmadığını, bilgi sahibi olanların %85.7’si bu bilgileri doktordan aldıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin % 38.5’i ilaçlarını almasına yardımcı olduklarını, %35.0’ı rahatlamasını sağlamak için konuştuklarını, %29.8’i hastaneye yatması yönünde destek olduklarını, %15.7’si öz-bakımını yerine getirmesine yardımcı olduklarını, %5.2’si kompulsiyonlarını yerine getirirken yanında bulduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Bakım veren bireylerin tedavi sürecinde hizmet verenlerin yaklaşımlarını algılama durumu

Hizmet veren	Algılanan yaklaşım							
	Çok İyi		İyi		Kötü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktor (n=50)	10	20.0	36	72.0	4	8.0	50	100.0
Hemşire (n=45)	10	22.2	33	73.3	2	4.5	45	100.0

Bakım veren bireylerin doktor ve hemşirelerin yaklaşımlarını algılama durumuna göre dağılımları Tablo 4.3’de yer almaktadır. Bireylerin %72.0’ı doktorların, %73.3’ü hemşirelerin yaklaşımını “iyi”; bireylerin %8.0’ı doktorların, %4.5’i hemşirelerin yaklaşımını “kötü” olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Bakım veren bireylerin hastalığı yakın çevreyle paylaşma ve yakın çevrenin yaklaşımı

Paylaşma Durumu(n=57)	Sayı	%
Paylaşan	40	70.2
Paylaşmayan	17	29.8
Paylaşmama nedeni(n=17)		
Damgalanma korkusu	11	64.7
Dışlanma korkusu	2	11.7
Gerek duymama	4	23.6
Çevredekilerin Hastalığı Öğrendikten Sonra Yaklaşımı (n=40)		
Değişen	14	35.0
Değişmeyen	26	65.0
Değişiklik şekli (n=14)		
Olumlu İlgi, yakınlaşma	10	71.4
Dışlama	2	14.3
İlgisiz kalma	2	14.3

Tablo 4.4’de bakım veren bireylerin hastalığı yakın çevreyle paylaşma ve yakın çevrenin yaklaşımına göre dağılımı verilmiştir. Bireylerin %70.2’si hastalığı yakın çevreyle paylaştıklarını belirtirken %29.8’i de paylaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Paylaşmadıklarını ifade edenlerin %64.7’si damgalanma korkusu yaşadıkları için paylaşmadıklarını, %23.6’sı da paylaşmaya gerek duymadıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin %65.0’ı yakınlarının yaklaşımında bir değişiklik olmadığını, yaklaşımında değişiklik olduğunu ifade edenlerin %71.4’ü hastalığı duyduktan sonra yakınlarında olumlu ilgi ve yakınlaşma olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4. 5. Bakım verenlerin karşılaştıkları güçlükler ve sıklığı (N=57)

Karşılaşılan güçlükler	Her zaman/Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel Güçlükler						
Kendini çok yorgun ve tükenmiş hissetme	11	19.3	29	50.9	17	29.8
Baş ağrısı ve gerginlik yaşama	13	22.8	27	47.4	17	29.8
Uykuya dalmakta ve sabahları uyanmakta problem yaşama	11	19.3	9	15.8	37	64.9
Unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğü yaşama	13	22.8	20	35.0	24	42.2
İştahsızlık/aşırı yemek yeme	10	17.5	15	26.3	32	56.2
Tansiyonda yükselme	5	8.8	6	10.6	46	80.6
Çarpıntı, titreme ve kan şekerinde artma	3	5.3	10	17.5	44	77.2
Duygusal Güçlükler						
Çaresizlik hissetme	11	19.3	24	42.1	22	38.6
Bıkkınlık yaşama	9	15.8	23	40.4	25	43.8
Hastanın durumuna üzülme	47	82.5	7	12.2	3	5.3
Kaygı, bunaltı hissi, iç sıkıntısı	24	42.2	19	33.3	14	24.5
Hastanın hiç doğmamış olmasını ya da onunla hiç karşılaşmamış olmayı arzu etme	7	12.2	12	21.1	38	66.7
Kendini öldürmeyi düşünme	1	1.8	3	5.3	53	92.9
Hastasına yeterince yardım edememekten dolayı suçluluk duyma	14	24.5	10	17.5	33	58.0
Hastaya öfkelenme	20	35.0	27	47.5	10	17.5
Hastalığının kötüye gideceğinden endişe duyma	21	36.9	14	24.5	22	38.6
Gelecek hakkında endişelenme	21	36.9	13	22.8	23	40.3
Ekonomik Güçlükler						
Kendi ihtiyaçlarını erteleyerek yakınımına harcama yapma	13	22.8	13	22.8	31	54.4
Tedavi masraflarını karşılamakta güçlük çekme	10	17.5	8	14.0	39	68.5
Birikim yapamama	25	43.9	2	3.5	30	52.6

Tablo 4. 5. 'in devamı

Karşılaşılan güçlükler	Her zaman/Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güçlükler						
Arkadaşlara ve yakınlarla daha az vakit ayırma	7	12.2	13	22.8	37	65.0
Kimseyle görüşmek istememe	3	5.3	10	17.5	44	77.2
Çevredeki insanların görüşmek istememesi	2	3.5	1	1.8	54	94.7
Tatile gidememe	28	49.1	17	29.8	12	21.1
Akraba/arkadaş ilişkilerinin olumsuz yönde etkilenmesi	3	5.3	12	21.1	42	73.6
Özbakım Aktivitelerinde Güçlükler						
Kendine zaman ayıramama	14	24.6	17	29.8	26	45.6
İş yaşantısında zorlanma	12	21.1	14	24.5	31	54.4
Günlük yaşam aktivitelerimi yerine getirirken zorlanma	9	15.8	13	22.8	35	61.4
Sosyal ilişkiler de güçlük yaşama	4	7.1	10	17.5	43	75.4
Aile İçi İletişimde Güçlükler						
Aile içinde tartışmalar yaşama	16	28.1	26	45.6	15	26.3
Aile içi iletişimde azalma	7	12.2	14	24.5	36	63.3
Aile içi iletişimde bozulma	27	47.4	11	19.3	19	33.3
Aile bağlarında zayıflama	25	43.8	6	10.6	26	45.6
Ailedeki sorumluluklarda artma	40	70.2	9	15.8	8	14.0

Tablo 4.5'de bakım verenlerin OKB'li bireye bakım sorumluluğundan dolayı yaşadığı güçlükler ve sıklığı görülmektedir. Fiziksel güçlükler bakıldığında; en sık yaşanan güçlükler baş ağrısı, gerginlik, unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğüdür. Hastanın durumuna üzülme, kaygı, bunaltı ve iç sıkıntısı yaşama, yakınının hastalığının kötüye gideceğinden endişe duyma, gelecek hakkında endişelenme, hastaya öfkelenme bakım verenlerin en sık yaşadıkları duygusal güçlükler olarak belirlenmiştir. Bireylerin en sık yaşadıkları ekonomik güçlükler; kendi ihtiyaçlarını ertelerek yakınına harcama yapma, birikim yapamama; sosyal güçlük de tatile gidememe olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin öz-bakım aktivitelerinde en sık yaşadıkları güçlükler; kendine zaman ayıramama ve iş yaşantısında zorlanma olarak belirlenmiştir. Aile içi iletişimdeki güçlükler bakıldığında; bireylerin sıklıkla ailedeki sorumluluklarda artma, aile içinde tartışma, aile içi iletişimde bozulma, ve aile bağlarında zayıflama yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Bakım verenlerin stresle baş etme tarzları ölçeği alt grup puanları (N=57)

SBTÖ Alt Grupları	Min - Max. Puan	X ± SD
Kendine Güvenli Yaklaşım	1.28 - 2.85	1.98 ± 0.35
İyimser Yaklaşım	0.40 - 3.00	1.81 ± 0.40
Çaresiz Yaklaşım	0.50 - 2.75	1.49 ± 0.50
Boyun Eğici Yaklaşım	0.33 - 3.30	1.46 ± 0.51
Sosyal Destek Arama	0.50 - 2.75	1.64 ± 0.47

Tablo 4.6. incelendiğinde; bireylerin SBTÖ alt grup ortalama puanları kendine güvenli yaklaşım için X=1.98, iyimser yaklaşım için X=1.81, çaresiz yaklaşım için X=1.49, boyun eğici yaklaşım için 1.46, sosyal destek arama için X=1.64 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine ve aile yapısına göre stresle baş etme tarzları ölçeği alt grup puanlarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	SBTÖ Alt Grupları				
	Kendine Güvenli Yaklaşım (X ± SD)	İyimser Yaklaşım (X ± SD)	Çaresiz Yaklaşım (X ± SD)	Boyun Eğici Yaklaşım (X ± SD)	Sosyal Destek Arama (X ± SD)
Yaş					
10-19	1.89 ± 0.32	1.64 ± 0.31	1.41 ± 0.51	1.23 ± 0.34	1.73 ± 0.54
20-29	1.98 ± 0.29	1.80 ± 0.22	1.29 ± 0.51	1.42 ± 0.75	1.75 ± 0.41
30-39	2.08 ± 0.47	1.85 ± 0.77	1.81 ± 0.64	1.70 ± 0.63	1.59 ± 0.49
40-49	2.19 ± 0.66	1.92 ± 0.33	1.49 ± 0.44	1.49 ± 0.33	1.60 ± 0.28
50-59	1.98 ± 0.20	1.84 ± 0.34	1.45 ± 0.42	1.53 ± 0.45	1.44 ± 0.68
60 ve üzeri	1.95 ± 0.25	2.00 ± 0.35	1.65 ± 0.36	1.59 ± 0.26	1.61 ± 0.18
KW=	2.71	9.09	4.82	10.64	2.87
p=	0.74	0.10	0.05	0.05	0.87
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Cinsiyet					
Kadın	2.09 ± 0.33	1.87 ± 0.31	1.36 ± 0.53	1.42 ± 0.64	1.62 ± 0.53
Erkek	1.89 ± 0.34	1.76 ± 0.47	1.61 ± 0.45	1.50 ± 0.36	1.65 ± 0.41
t=	2.25	0.99	1.99	0.55	0.16
p=	0.02	0.32	0.057	0.58	0.87
p	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.7. 'nin devamı

Tanıtıcı Özellikler	SBTÖ Alt Grupları				
	Kendine Güvenli Yaklaşım (X ± SD)	İyimser Yaklaşım (X ± SD)	Çaresiz Yaklaşım (X ± SD)	Boyun Eğici Yaklaşım (X ± SD)	Sosyal Destek Arama (X ± SD)
Medeni Durumu					
Evli	2.00 ± 0.40	1.90 ± 0.47	1.50 ± 0.49	1.51 ± 0.42	1.58 ± 0.44
Bekar	1.97 ± 0.28	1.71 ± 0.28	1.45 ± 0.52	1.41 ± 0.59	1.71 ± 0.49
t=	0.28	1.76	0.59	0.73	1.04
p=	0.77	0.08	0.55	0.73	0.29
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar değil/Okur-yazar	1.99 ± 0.08	1.97 ± 0.07	1.80 ± 0.30	1.82 ± 0.19	1.50 ± 0.14
İlkokul	2.00 ± 0.42	2.02 ± 0.42	1.65 ± 0.49	1.62 ± 0.41	1.53 ± 0.42
Ortaokul-lise	1.90 ± 0.36	1.72 ± 0.44	1.44 ± 0.48	1.36 ± 0.37	1.73 ± 0.52
Yüksekokul	2.15 ± 0.31	1.69 ± 0.33	1.22 ± 0.55	1.26 ± 0.82	1.65 ± 0.53
KW=	4.02	8.76	=6.34	=13.92	=3.21
p=	0.25	0.03	=0.09	=0.003	=0.36
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05
İşi					
Memur	2.31 ± 0.42	1.80 ± 0.02	1.55 ± 0.50	0.83 ± 0.33	1.37 ± 0.32
Emekli	1.95 ± 0.27	1.88 ± 0.43	1.45 ± 0.44	1.39 ± 0.37	1.65 ± 0.55
İşçi	1.96 ± 0.07	1.80 ± 0.16	1.46 ± 0.47	1.53 ± 0.37	1.68 ± 0.37
Serbest meslek	1.92 ± 0.31	1.76 ± 0.90	1.43 ± 0.74	1.88 ± 0.99	1.87 ± 0.41
Öğrenci	1.92 ± 0.31	1.70 ± 0.00	1.44 ± 0.51	1.29 ± 0.40	1.68 ± 0.49
Ev hanımı	1.93 ± 0.38	1.94 ± 0.25	1.68 ± 0.43	1.70 ± 0.25	1.55 ± 0.47
KW=	5.12	6.06	4.75	18.44	3.87
p =	0.41	0.30	0.46	0.002	0.58
p	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05
Sosyal güvencesi					
Yok	1.91 ± 0.41	1.64 ± 0.69	1.17 ± 0.39	1.26 ± 0.41	1.75 ± 0.58
Emekli sandığı	1.97 ± 0.37	1.5 ± 0.40	1.53 ± 0.45	1.42 ± 0.42	1.65 ± 0.45
Bağkur	2.52 ± 0.45	2.46 ± 0.50	1.58 ± 1.04	1.49 ± 1.09	1.91 ± 0.38
SSK	1.95 ± 0.30	1.81 ± 0.30	1.51 ± 0.51	1.51 ± 0.51	1.59 ± 0.47
KW =	3.96	4.87	1.98	0.51	1.17
p=	0.138	0.087	0.371	0.77	0.556
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.7. 'nin devamı

Tanıtıcı Özellikler	SBTÖ Alt Grupları				
	Kendine Güvenli Yaklaşım (X ± SD)	İyimser Yaklaşım (X ± SD)	Çaresiz Yaklaşım (X ± SD)	Boyun Eğici Yaklaşım (X ± SD)	Sosyal Destek Arama (X ± SD)
Ailedeki birey sayısı					
2-4	1.97 ± 0.35	1.87 ± 0.47	1.62 ± 0.54	1.63 ± 0.59	1.63 ± 0.63
5-7	2.00 ± 0.39	1.78 ± 0.40	1.43 ± 0.48	1.36 ± 0.47	1.61 ± 0.35
8 ve üzeri	1.95 ± 0.07	1.82 ± 0.13	1.40 ± 0.43	1.42 ± 0.34	1.75 ± 0.40
KW=	0.33	0.31	0.19	2.40	0.31
p=	0.86	0.86	0.48	0.30	0.87
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Aile yapısı					
Çekirdek	1.98 ± 0.37	1.76 ± 0.46	1.50 ± 0.51	1.48 ± 0.51	1.62 ± 0.52
Geniş	2.00 ± 0.29	1.95 ± 0.15	1.47 ± 0.50	1.42 ± 0.52	1.67 ± 0.31
t=	0.40	1.54	0.54	0.63	0.78
p=	0.55	0.16	0.98	0.90	0.94
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.7'de bakım verenlerin tanıtıcı ve aile özelliklerine göre SBTÖ alt grup puanları görülmektedir.

Bakım verenlerin yaş, medeni durum, sosyal güvence, ailedeki birey sayısı, aile yapısı yönünden SBTÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte; 30-49 yaş grubunda kendine güvenli yaklaşımın, 60 ve üzeri yaş grubunda iyimser yaklaşımın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın, erkeklerde boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda kendine güvenli yaklaşım açısından fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur. Evlilerde tüm alt grupların bekarlardan daha yüksek olduğu, bağ-kur sağlık güvencesi olanlarda kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailede 5-7 bireyin yaşadığı bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşımın, 2-4 kişinin yaşadığı bakım verenlerde iyimser yaklaşımın yüksek olduğu, geniş ailede kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın çekirdek ailede boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin eğitim düzeyleri ve meslekleri ile SBTÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu; ilkokul mezunlarında iyimser yaklaşımın, okur-yazar olmayan- olanlarda boyun eğici yaklaşımın yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0.05$) yüksekokul mezunlarında boyun eğici yaklaşımın düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Bakım veren bireylerin yakınlık, birlikte yaşama ve bakımda sorumluluk alma durumuna göre SBTÖ alt grup ortalama puanlarının dağılımı

Özellikler	SBTÖ Alt Grupları				
	Kendine Güvenli Yaklaşım (X ± SD)	İyimser Yaklaşım (X ± SD)	Çaresiz Yaklaşım (X ± SD)	Boyun Eğici Yaklaşım (X ± SD)	Sosyal Destek Arama (X ± SD)
Yakınlık derecesi					
Anne	2.04±0.43	2.00±0.22	1.52±0.49	1.56±0.44	1.63±0.62
Baba	1.79±0.31	1.68±0.34	1.64±0.34	1.59±0.22	1.35±0.48
Kardeş	2.12±0.30	1.76±0.38	1.82±0.53	1.36±0.85	1.75±0.60
Eş	2.01±0.49	1.88±0.73	1.26±0.61	1.63±0.45	1.52±0.09
Diğer(Çocuk, kaynana, yenge)	1.94±0.26	1.77±0.25	1.41±0.42	1.37±0.40	1.70±0.35
KW=	3.28	5.07	6.28	4.91	3.52
p=	0.51	0.28	0.17	0.29	0.47
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Birlikte yaşama süresi					
<4 yıl	1.97 ± 0.36	1.80 ± 0.14	1.44 ± 0.59	1.52 ± 0.36	1.75 ± 0.46
4 yıl ve üzeri	1.99 ± 0.36	1.81 ± 0.42	1.50 ± 0.50	1.46 ± 0.52	1.62 ± 0.47
t=	1.21	0.50	1.59	0.94	1.06
p=	0.29	0.64	0.18	0.39	0.34
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Bakımda sorumluluk derecesi					
Birinci derece	2.02 ± 0.39	1.91 ± 0.43	1.58 ± 0.47	1.53 ± 0.47	1.88 ± 0.41
İkinci derece	2.01 ± 0.21	1.68 ± 0.31	1.31 ± 0.56	1.39 ± 0.59	1.77 ± 0.52
Üçüncü derece	1.65 ± 0.33	1.60 ± 0.31	1.56 ± 0.36	1.26 ± 0.41	1.55 ± 0.62
KW=	4.09	8.23	2.32	5.32	2.46
p=	0.12	0.01	0.31	0.07	0.29
p	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.8’de bakım verenlerin yakınlık, birlikte yaşama ve bakımda sorumluluk alma durumuna göre SBTÖ alt grup puanları yer almaktadır.

Bakım verenlerin bakım verme derecesi ile SBTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, birinci derece bakım verenlerde iyimser yaklaşımın daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin bireyle birlikte yaşama süresi ve ailedeki konumu ile SBTÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) ancak 4 yıl ve daha fazla birlikte yaşayanlarda çaresiz yaklaşım puanının daha yüksek olduğu, 4 yıldan daha az birlikte yaşayanlarda sosyal destek arama puanının yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Bakım veren bireylerin ÇBASDÖ alt grup puanları dağılımı

Genel ve Alt Grupları	Min - Max Puan	X ± SD
Aile desteği	4.00 - 28.00	24.36 ± 5.45
Arkadaş desteği	3.00 - 28.00	19.47 ± 8.46
Özel kişi desteği	3.00 - 28.00	22.35 ± 6.92
Genel	32.00 - 84.00	66.52 ± 14.38

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin ÇBASDÖ genel ortalama puanı $X=66.52$ ’dir. ÇBASDÖ alt grup ortalama puanı aile desteği için $X=24.36$, arkadaş desteği için $X= 19.47$, özel kişi desteği için $X=22.35$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ÇBASDÖ alt grup ortalama puanlarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Alt Grup Maddeleri			Genel Toplam (X ± SD)
	Aile desteği (X ± SD)	Arkadaş desteği (X ± SD)	Özel kişi desteği (X ± SD)	
Yaş				
10-19	22.2 ± 7.5	20,2 ± 8.4	19.9 ± 8.6	63.14 ± 15.01
20-29	23.8 ± 4.1	21.2 ± 7.6	24.0 ± 4.5	69.16 ± 9.68
30-39	25.8 ± 3.6	19.8 ± 8.8	20.8 ± 5.6	66.37 ± 14.66
40-49	26.2 ± 2.4	20.6 ± 6.5	23.8 ± 7.3	70.60 ± 12.15
50-59	23,2 ± 7.0	14.6 ± 8.5	25.4 ± 6.9	60.33 ± 16.06
60 ve üzeri	27.1 ± 2.3	19.7 ± 10.4	22.3 ± 6.9	72.33 ± 17.60
KW=	5.54	3.65	8.15	6.94
p=	0.35	0.60	0.14	0.22
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Medeni Durumu				
Evli	25.93 ± 3.62	18.25 ± 9.05	22.96 ± 6.66	67.45 ± 14.44
Bekar	22.50 ± 6.65	20.92 ± 7.61	21.61 ± 7.29	65.42 ± 14.51
t =	2.47	1.18	0.73	0.52
p=	0.01	0.24	0.46	0.63
p	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Cinsiyet				
Kadın	23.62 ± 6.48	19.85 ± 7.93	22.81 ± 5.47	66.22 ± 13.14
Erkek	25.03 ± 4.34	19.13 ± 9.03	21.93 ± 8.09	66.80 ± 15.62
t=	0.99	0.38	0.46	0.10
p=	0.37	0.72	0.66	0.88
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil/OY	28.00 ± 0.00	22.71 ± 8.22	26.85 ± 1.46	77.57 ± 9.57
İlkokul	26.71 ± 2.52	19.07 ± 7.93	22.71 ± 6.75	69.07 ± 9.53
Ortaokul-lise	23.76 ± 6.53	17.84 ± 9.16	21.64 ± 8.01	63.68 ± 16.98
Yüksekokul	20.45 ± 4.61	21.63 ± 7.56	20.63 ± 5.93	62.72 ± 12.71
KW=	17.24	3.46	4.47	7.48
p=	0.01	>0.38	0.21	0.058
p	<0.05	0.05	>0.05	>0.05
İşi				
Memur	21.25 ± 2.87	23.50 ± 4.65	18.00 ± 7.61	62.75 ± 10.78
Emekli	23.80 ± 6.64	15.30 ± 10.01	21.40 ± 9.24	61.60 ± 20.81
İşçi	24.50 ± 4.35	18.75 ± 10.11	25.25 ± 2.21	68.50 ± 4.79
Serbest meslek	25.33 ± 3.93	19.50 ± 5.39	24.16 ± 5.15	69.00 ± 12.45
Öğrenci	22.16 ± 6.83	20.88 ± 7.64	20.66 ± 7.76	64.27 ± 14.26
Ev hanımı	27.80 ± 0.56	19.66 ± 9.70	24.66 ± 4.67	72.00 ± 12.34
KW=	15.14	2.99	5.24	4.28
p=	0.01	0.70	0.38	0.05
p	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.10'da bakım verenlerin tanıtıcı ve aile özelliklerine göre ÇBASDÖ alt grup puanları verilmiştir.

Bakım verenlerin medeni durumları, eğitim düzeyleri, meslekleri, sosyal güvenceleri ve aile yapısı ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerden evli olanların aile desteğinin bekarlara göre daha yüksek olduğu, okur-yazar olmayan-olanların aile desteğinin daha yüksek, yüksekokul mezunlarının aile desteğinin daha düşük olduğu, ev hanımlarının aile desteğinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu, bağ-kur sağlık güvencesine sahip ve geniş ailede yaşayan bakım verenlerin aile desteğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin yaş, cinsiyet ve birlikte yaşadığı birey sayısı ile ÇBASDÖ alt grupları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır.

60 yaş ve üzeri bakım verenlerin aile desteğinin ($X=27.1$), 20-29 yaş grubundaki bakım verenlerin arkadaş desteğinin ($X=21.2$), 50-59 yaş grubundaki bireylerin özel birisi desteğinin ($X=25.4$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Bakım veren bireylerin yakınlık, birlikte yaşama ve bakımda sorumluluk alma durumuna göre ÇBASDÖ alt grup ortalama puanlarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Alt Grup Maddeleri			Genel Toplam (X ± SD)
	Aile desteği (X ± SD)	Arkadaş desteği (X ± SD)	Özel kişi desteği (X ± SD)	
Yakınlık derecesi				
Anne	25.66±5.91	18.00±9.09	17.20±11.16	67.66±17.20
Baba	23.40±5.98	11.60±10.50	22.60±5.58	54.40±22.33
Kardeş	25.60±3.47	19.80±7.88	23.20±5.53	68.00±12.34
Eş	24.70±4.13	22.70±4.85	22.34±7.46	70.60±6.53
Diğer (Çocuk, kaynana, kayınbaba, yenge)	23.39±4.47	20.21±8.75	22.35±6.92	66.30±14.34
KW=	1.81	3.81	1.88	2.21
p=	0.77	0.43	0.75	0.69
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Birlikte yaşama süresi				
<4 yıl	24.40±4.90	17.60±10.50	26.60±2.19	68.60±9.20
4 yıl ve üzeri	24.36±5.54	19.65±8.34	21.94±7.09	66.32±14.83
t=	0.70	0.36	1.52	0.81
p=	0.51	0.97	0.20	0.46
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.11 'in devamı

Özellikler	Alt Grup Maddeleri			Genel Toplam (X ± SD)
	Aile desteği (X ± SD)	Arkadaş desteği (X ± SD)	Özel kişi desteği (X ± SD)	
Bakımda sorumluluk derecesi				
Birinci Derece	25.14±5.44	19.23±8.26	22.85±5.97	67.17±14.91
İkinci derece	23.16±5.05	20.72±8.94	24.33±6.11	68.83±12.64
Üçüncü derece	23.40±7.12	16.60±8.96	11.80±7.75	53.80±12.25
KW=	2.90	1.21	10.23	5.10
p=	0.23	0.54	0.006	0.07
p>	0.05	0.05	<0.05	0.05

Tablo 4.11’de bakım verenlerin yakınlık, birlikte yaşama ve bakımda sorumluluk alma durumuna göre ÇBASDÖ alt grup puan ortalamaları görülmektedir. Bakım verenlerin bireye bakım verme derecesi ile ÇBASDÖ alt grup puan ortalamaları arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$); üçüncü derece bakım verenlerde özel birisinin desteğinin çok düşük olduğu, bakım verenlerin hasta ile birlikte yaşama süreleri ile ÇBASDÖ arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Birlikte yaşama süresi 4 yıldan az olanlarda özel kişi desteğinin yüksek olduğu, birlikte yaşama süresi 4 yıldan fazla olanlarda ise arkadaş desteğinin yüksek olduğu, birlikte yaşadığı bireylerden annelerin aile desteğinin, eşlerde arkadaş desteğinin yüksek, kardeşlerde özel kişi desteğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.12. Stresle baş etme tarzları ölçeği alt grupları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan korelasyonu

ÇBASDÖ toplam puan	SBTÖ Alt Grupları				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
r=	0.24	0.38	0.15	0.14	0.15
p=	0.07	0.003	0.25	0.28	0.26
p	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.12’de SBTÖ alt grupları ve ÇBASDÖ toplam puan korelasyonu verilmiştir. Tablo incelendiğinde SBTÖ alt grupları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puanının artmasıyla iyimser yaklaşımın arttığı ($r=0.38$, $p=0.003$) belirlenmiştir. Bu ilişkinin iyimser yaklaşım alt grubunda istatikselsel yönden anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

OKB tedavisinde bireyde davranış değişikliği olması gerektiğinden tedavi sürecinin uzun süreli olması, tek başına ilaç tedavisinin yeterli olmaması ve semptomların bireylerin evlerinde belirginleşmesi nedeniyle ev ödevleri yoluyla davranış tedavisinin sürdürülmesi gerekmektedir (49). Bu nedenle OKB'li bireyin tedavisi evde de devam etmektedir. Ülkemizde evde bakıma yönelik hizmetlerin olmaması nedeniyle bakım sorumluluğunu tek başına aile üyeleri üstlenmekte ve bakım veren bireyler desteksiz kalmaktadır. Bireyin hastaneye yatışıyla birlikte aile üyeleriyle iş birliği yapılarak taburculuğa hazırlanması ve taburculuk sonrası bakım hizmetlerinin yapılması gerekmektedir. OKB'li bireylerin büyük çoğunluğu her ne kadar kendi bakımlarını yapıyor gibi görülseler de hastalığın doğası gereği ailenin bakımına ihtiyaç duymaktadırlar. OKB'li bireylerin rituellere fazla zaman ayırmaları onların hem sorumluluklarını hem de bakımlarını yerine getirememelerine neden olmaktadır. Bu durumda bakım verenler kendi sorumlulukları yanında OKB'li bireyin bakımı ve sorumluluklarını da üstlenmek durumunda kalmaktadır. Ayrıca aile üyeleri bireyin rituellere dahil olarak ve bireyin sorumluluklarını üstlenerek hastanın bağımlılığını daha da artırmakta ve ailenin üzerindeki yük daha da artabilmektedir (51). Aile üyelerinin üstlendikleri bu yükler onların ruh sağlıklarını bozabilmektedir. Çalışmamızda hasta yakınlarının %17.5'inin bakımı mecbur olduğu için üstlendiklerini ifade etmeleri bu bireylerin ruh sağlıklarının risk altında olduğunu düşündürmektedir. Yapılan bir

çalışmada zorunlu olarak bakım veren bireylerde daha fazla ruhsal bozukluk görüldüğü bildirilmektedir (50). Araştırmamıza katılan bireylerin %82.5'inin bakımı isteyerek üstlendiğini ifade etmesi olumlu bir bulgudur (Tablo 4.2). Toplumumuzun hem kültürel hem de sosyal yapısından kaynaklanan nedenlerle hasta bireylerin bakımını yakınları üstlenmek durumunda kalmaktadır. Bakım verenlerin çoğunluğunun istekli olarak bakımı üstlenmelerinde bu kültürel ve sosyal yapının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada bakım verenlerin %82.5'i bakımı isteyerek üstlendiklerini ifade etmesine rağmen sosyal izolasyon, ekonomik güçlükler, kendine zaman ayıramama ve iş yaşantılarında güçlük yaşamaları nedeniyle fiziksel sağlıklarında bozulma görülmekte; bu bozulma kendini yorgun, tükenmiş hissetme, baş ağrısı, gerginlik, unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğü gibi belirtilerle göstermektedir (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda da (32, 39) bakım verenlerin kendi sağlıkları için ayırdıkları zaman ve uyku süresinde azalma olduğu, OKB'li bireye bakım veren eşlerin ise sıklıkla öfke/gerginlik deneyimledikleri bulunmuştur. Aile üyeleri hem bakım verme nedeniyle yaşadıkları güçlüklerle baş etmek hem de OKB'li bireyi desteklemek durumundadır.

Bakım veren bireylerin % 46.5'i OKB'nin belirti bulguları ve ilaç tedavisi hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmelerine rağmen OKB'li bireye yaklaşım konusunda bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Bilgi sahibi olanların büyük bir çoğunluğu da bu bilgileri doktordan aldığını ifade etmiştir. (Tablo 4.2). Çalışmanın yapıldığı ortamda hasta sayısının yoğun, doktorların hastayla etkileşiminin kısa süreli olması nedeniyle doktor tarafından OKB'li bireye yeteri kadar zaman ayrılamamaktadır. Ayrıca verilen bilgi genellikle ilaç kullanımı ve kontroller konusunda olduğundan, hastalık semptomlarına yaklaşımla ilgili bilgilendirme olamamaktadır. Bu kısa sürede birey hastalığı nedeniyle doktorun verdiği bilgiyi sınırlı bir şekilde algılayabilmekte ve bilgilendirmeden etkili olarak yararlanamamaktadır. OKB'de ilaçların doğru bir şekilde alınmasının tedavide etkili olduğu ancak sadece ilaç tedavisinin yeterli olmadığı, davranış tedavisinin de yapılması gerektiği belirtilmektedir (6, 9). Bu nedenle OKB'li bireyin yanı sıra ailenin de davranış tedavisine alınması gerekmektedir (6, 49). Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde davranışçı tedavinin sürdürülmesinde hemşireler de rol almaktadır. Bakım verenlerin %73.3'ünün hemşirelerin yaklaşımını iyi olarak değerlendirmesi bize bireyin ve yakınlarının hemşirenin yaptığı bu uygulamalardan memnun kaldığını göstermektedir. Benzer bir uygulamanın poliklinikte de devam etmesi durumunda psikiyatri hemşireleri eğiticilik ve

terapist rollerini ön plana çıkararak, ev ödevleri yoluyla OKB'li bireyin davranış tedavisinin taburculuk sonrası sürdürülmesini sağlayacaktır (52, 53). Bu eğitimin aileye de verilmesi, poliklinik kontrollerinde bakım verenlerin hemşireyle görüşmesi ve bireye verilen ev ödevlerinin değerlendirilmesinde ailelerin de geri-bildiriminin alınması gerekmektedir (24, 49).

Bakım verenlerin OKB'li bireye yardım sürecinde; ilacını almasına yardımcı olma (%38.5), hastaneye yatması yönünde destek olma (%22.8), öz-bakımına yardımcı olma (%15.7), şeklinde yaklaşımda buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.2). Daha önce belirtildiği gibi OKB'nin tedavisinde sadece ilaç ve hastane tedavisi yeterli olmamakta, bakım verenlerin bireyin kompulsiyonlara olan ihtiyacını azaltacak girişimlerde bulunması gerekmektedir. Hasta yakınlarının %35.0'nin konuşarak rahatlatma ve %5.2'sinin de kompulsiyonlara kontrol koymasına yardım etmeleri olumlu yaklaşımlar olmasına rağmen oranlarının az olması, yaklaşım konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir OKB'li bireye yaklaşımda önemli olan bireyin anksiyetesinin azaltılarak kompulsiyonlara olan ihtiyacının azaltılmasıdır yani anksiyetesiyle kompulsiyonları olmadan baş etmesi konusunda destek olmaktır.

Ruhsal bozuklukla birlikte görülen damgalanma/stigma tüm ruhsal bozukluklarda olduğu gibi OKB'li bireyi de olumsuz etkilemektedir. Stigma, sosyal izolasyona bu bireylerin ve yakınlarının yaşamlarında kısıtlanmaya neden olmaktadır. Bakım verenlerin %29.8'i hastalığı çevresiyle paylaşmadığını, neden olarak çoğunluğu (%64.7) damgalanma korkusu yaşadıkları için paylaşmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.3). Angermayer ve ark. (2004); OKB'li bireyin yakınlarının büyük çoğunluğunun, bireyin hastalığını gizlediklerini belirtmişlerdir (54). Yakınlarının damgalanma korkusuyla bireyin hastalığını gizlemesi yakın çevreyle ilişkilerin kopmasına ve bakım verenlerin izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Ayrıca OKB'li bireylerin evin dışındaki insan ve nesnelere kirli olduğunu düşünmeleri hastaların ciddi bir şekilde izolasyonuna neden olurken, bu durum yakınlarının da ilişkilerinin kısıtlanarak daha çok izolasyon yaşamalarına neden olmaktadır. Çalışmamıza katılan bireylerin %17.5'inin de sosyal ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını belirtmeleri bu bulguyu destekler niteliktedir.

Bakım verenlerin bireyin durumuna üzüldükleri, kendilerini çaresiz hissettikleri, bıkkınlık, bunaltı, kaygı, iç sıkıntısı yaşadıkları, suçluluk duydukları, bireye öfkelenedikleri, hastalığının kötüye gideceğinden ve gelecek hakkında endişe duydukları buna bağlı olarak ruh sağlıklarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu bulgular bakım verenlerin duygusal sıkıntı yaşadıklarının, anksiyete ve depresyon belirtileri yönünden önemli bir risk grubu oluşturduklarının göstergesidir. OKB'nin kronik ve alevlenmelerle giden bir bozukluk olması, uzun süre bu bireyle birlikte yaşamının getirdiği sıkıntılar, hastanın ritüelleri sorumluluklarını yerine getirmesine engel olduğu için bakım verenlerin kendi sorumlulukları yanında bireyin sorumluluklarını da yerine getirmek durumunda kalmaları onların streslerini daha da artırmaktadır. Ayrıca bakım verenler bireyin hastalık semptomlarının kişilik özelliklerinden kaynaklandığını düşünerek bireye karşı öfke duyabilmektedirler. Literatürde (41, 43) OKB'li bireyin yakınlarının üzerindeki yük ve stresin bu bireylerde depresyon ya da anksiyete bozukluklarına yol açabildiği belirtilmektedir. Stekete ve ark. (2000) bakım verenlerin %19.0'nın tedavi gerektirecek düzeyde anksiyete yaşadığını belirtmiştir (43). Bu bulguların bizim bulgularımızla benzer olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin ruh sağlığının risk altında olduğunu söyleyebiliriz.

OKB'li birey tarafından kirli olduğu düşünülen bölgenin sürekli yıkanması, kontamine olduğu düşünülen kıyafetlerin atılması, besinlerin uzun süreli yıkanması için yapılan harcamalardan dolayı birey ve aile maddi güçlük yaşayabilir, ayrıca bireyler ritüellerini yerine getirmekten dolayı işlerini de kaybedebilir. Araştırmamızda bakım verenlerin maddi güçlükler yaşadıkları, kendi ihtiyaçlarını erteleyerek yakınının bakımına harcama yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bakım veren bireylere tedavide destek olunmadığı takdirde maddi güçlükler yaşamaları kaçınılmazdır.

OKB'li bireyin kişisel alışkanlıkları, motivasyon azlığı, ailede öfke uyandıran hastalık semptomları birey ile yakınları arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyerek aile üyelerinin gerilim yaşamasına neden olabilir. Aile üyeleri bireyin hastalık semptomlarına nasıl yaklaşımda bulunacakları konusunda da anlaşmazlığa düşebilir. Bazıları bireye aşırı koruyucu bazıları da fazla baskıcı bir tutum içine girebilir. Doornbos (1997) çalışmasında; bir çok bakım vericinin ruhsal bozukluk nedeniyle aile içi çatışma ve stres yaşadığını, hastalık için aile üyelerinin birbirlerini suçladıklarını, bazılarının hastalığı anlamadığını ve kabul etmediğini belirtmiştir (28). Kronik ruhsal bozukluğu olan

bireylerin yakınlarıyla yapılan bir çalışmada (56); hasta yakınlarının %57.2'sinin aile içi çatışma yaşadığı, OKB'li bireyin eşleriyle yapılan bir çalışmada (32); aile veya evlilik yaşamında bozulma, seksüel problemler ve aile içi çatışma yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca ailenin rolünde ve fonksiyonlarında olan değişiklikler OKB'li bireyin semptomlarının ilerlemesine neden olmaktadır (38). Oflaz (1995) psikiyatrik hasta eşleriyle yaptığı çalışmada; hasta eşin bakımını çoğunlukla sağlıklı eşin üstlendiğini, bu durumun da aile içi rol değişimlerine neden olduğunu belirtmiştir (55). Çalışmamızda bireye bakım verenlerin çoğunluğunun aile içi iletişimlerinin etkilendiği; bu etkilenenin; aile içi tartışmalar, iletişimde azalma, ailedeki sorumluluklarda artma, aile bağlarında zayıflama şeklinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Aile üyelerinden birinin kronik bir ruhsal bozukluğu olması sonucu aileler baş etme davranışlarının kullanılmasını gerektiren çok sayıda stres yaşantısıyla karşılaşmaktadır. Literatürde (45, 57-60). baş etme stratejilerinin probleme yönelik ve duygulara yönelik baş etme olarak iki kategoride gruplandırıldığı görülmektedir. Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım stresle baş etmede etkili bir yöntem olarak ele alınırken, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım etkisiz baş etme yöntemi olarak ele alınmaktadır (45, 60). Folkman ve Lazarus bireylerin kullandıkları baş etme yöntemlerinin durumun değişebilir ya da değişemez olarak algılanmasına göre değiştiğini belirtmişlerdir. Birey durumu değişebilir olarak algıladığı durumda sorun çözme, karar verme, harekete geçme gibi etkili baş etme yöntemleri kullanırken, değişemez olarak algıladığı durumda kabul etme, inkar ve uzlaşmaya çalışmak gibi etkisiz baş etme yöntemlerini daha çok kullanmaktadır (57, 60). Çalışmamızda bakım verenlerin stresle baş etme ölçek puanları değerlendirildiğinde; stresle etkili baş etme puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Bu durum bize bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle baş ederken durumu değişebilir olarak algılayarak sorunlarını çözme girişiminde bulduklarını düşündürmektedir.

Literatürde (61 - 63) sosyal desteğin stres verici yaşam olaylarının olumsuz etkilerini hafifleterek ya da dengeleyerek tampon görevi gördüğü ve bakım verenlerin yükünü azaltarak bireyin stresiyle etkili bir şekilde baş etmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir. Araştırmamıza katılan bireylerin aile desteğini, arkadaş desteği ve özel kişi desteğinden fazla algıladığı saptanmıştır (Tablo 4.9). Toplumumuzun kültür yapısına bağlı olarak aile bağlarının daha güçlü olması nedeniyle bireylerin ihtiyaç duydukları desteği daha çok ailelerinden aldıkları düşünülmektedir. Aile desteğinin yüksek olması

OKB’de diğ er ruhsal bozukluklara göre aile desteğ inin varlığını sürdürdüğ ünü göstermektedir. Ayrıca bakım verenlerin aile desteklerinin yüksek olmasına bağlı olarak stresleriyle etkili bir şekilde baş edebildikleri düşünölmektedir. Bakım verenlerin üzerlerine aldıkları yük ve yaşadıkları sıkıntılarda aile desteğ inin yüksek olması baş etmede önemlidir.

Çalışmamızda kadın, yüksekokul mezunu olanların problem çözmeye yönelik baş etme olarak adlandırılan kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullandığı saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Folkman ve Lazarus (1980) çalışmalarında erkeklerin kadınlara göre daha fazla problem çözmeye yönelik baş etmeyi kullandıklarını belirlemişlerdir (59). Bipolar Affektif Bozukluğu ve şizofrenisi olan bireylerin yakınlarıyla yapılan bir çalışmada ise kadınların problem çözmeye yönelik yaklaşımları fazla kullandıkları belirtilmiştir (64). Kadınların sosyal paylaşımları daha sık yaşamalarına bağlı olarak sorunlarını çözerken daha fazla destek aldıkları düşünölmektedir. Bakım verenlerin sosyal destekleri değerlendirildiğinde; ev hanımlarının aile desteğ inin yüksek olduğu ancak stresle baş etmede boyun eğici yaklaşım puanlarının yüksek, sosyal destek arama puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Ev hanımlarının baş etmede boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanmalarının sosyal destek arama puanlarının düşük (Tablo 4.7) olmasından kaynaklandığı düşünölebilir. Ayrıca ev hanımlarının gelir getiren bir işte çalışmaması, kadının toplumdaki bakım verici rolüne uygun olarak çocukların bakım sorumluluğ unun yanında OKB’li bireyin bakım sorumluluğ unu üstlenmek durumunda kalması sonucunda sorunlar karşısında boyun eğici yaklaşımı kullandığı düşünölebilir. Chakrabarti ve ark.(1993) nevrotik hasta aileleriyle yaptıkları çalışmada, ev hanımlarının fazla yük deneyimlediklerini belirtmişlerdir (65).

Evli, ev kadını olma ve geniş ailede yaşama değişkenleriyle algılanan sosyal destek alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, bu bireylerin aile desteğ inin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Altmış yaş ve üzeri bireylerde algılanan sosyal destek alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0.05$) bu bireylerde aile desteğ inin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Evli, ev kadını, altmış yaş ve üzeri, geniş ailede yaşayan bireylerin iyimser yaklaşımı fazla kullandığı belirlenmiştir ancak gruplar arasında görölen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Eker ve Arkar (1995) çalışmalarında evli bireylerin

bekar bireylere göre daha fazla aile ve özel kişi desteği algıladığını belirtmiştir (47). Evli bireylerde eş ile yakın ve doyum verici bir ilişkinin bireyin daha fazla destek algılamasına yardımcı olarak iyimser yaklaşımı artırdığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınlarda eşin sağladığı duygusal ve maddi desteğin depresyon riskini azalttığı belirtilmektedir (63). Toplumumuzda yaşlı bireylerin kurumlardan çok aileleriyle yaşamalarına bağlı olarak altmış yaş ve üzerindeki bireyler için aileler en önemli destek kaynağı olmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireyin deneyimin artmasına bağlı olarak birey sorunlarıyla baş ederken daha iyimser bir yaklaşım kullanıyor olabilir. Geniş ailede, aile ortamının bireyin güven ilişkisini desteklemesi ve sosyal destek sağlama olanağının fazla olması nedeniyle bakım verenlerin iyimser yaklaşımı daha fazla kullandığı düşünülmektedir. Araştırmamızda SBTÖ ve ÇBASDÖ korelasyonunda bireyin algıladığı sosyal desteğin fazla olmasının iyimser yaklaşımı artırması ($r=0.38$, $p<0.05$) da bu bulguyu destekler niteliktedir. Literatürde (66, 67) sosyal desteğin yüksek olmasının iyimser yaklaşımı artırdığı belirtilmektedir.

Etkisiz baş etme, bakım verenlerin OKB'li bireye düşmanlık duymasına neden olarak bireyin anksiyetesinin artmasına ve hastalık semptomlarının şiddetlenmesine neden olabilir. Bu durumun bakım veren bireyin stresini daha da artırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda erkek, okur-yazar olmayan – olanların boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Okur-yazar olmayan – olanlar açısından yapılan istatistiksel değerlendirmede boyun eğici yaklaşım yönünden fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyinin düşük olmasının bireylerin farkındalık durumunun ve yardım arama davranışının azalmasına ve sorunlar karşısında boyun eğici bir tutum sergilemesine neden olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin algıladığı aile desteğinin fazla olmasına rağmen evi geçindirme sorumluluğunun olması, toplumdaki statü ve rolleri gereği güçlü görünmeye çalışmaları, duygularını bastırmaları ve iş ortamında yakınının hastalığını anlatamamalarına bağlı olarak böyle bir sonuç çıkmış olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin stresleriyle baş ederken farklı baş etmeler kullandıkları görülmektedir. Bakım vericilerin kullandığı etkisiz baş etme yöntemleri yaşadıkları problemlerin çözümünü daha da zor ve karmaşık bir hale getirerek yükü artırabilir. Özellikle duyguya odaklanma, bastırma, yadsıma, kaçınma gibi tutumlar ile bazı psikolojik belirtilerin şiddeti arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (68). Hemşirelerin

bakım verenlerin kullandıkları etkisiz baş etme yöntemlerinin yerine uyumlarını, hastalıkla baş etme kapasitelerini artıracak daha etkili baş etme yöntemlerini kullanmalarını sağlaması gerekmektedir. Sosyal desteğin kronik ruhsal bozukluğu olan bireyle yaşayan ailelerde baş etmeyi destekleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (29). Bu nedenle bakım veren bireylerin sosyal destek kaynaklarını artırma; yaşadıkları maddi ve manevi yükün azalmasına ve problemlerle baş ederken daha olumlu baş etme yöntemleri geliştirmelerine katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak OKB'li bireye bakım verenlerin hastalık semptomlarıyla baş ederken güçlük yaşadıkları, sağlık kuruluşlarından yeteri kadar destek göremedikleri, aile desteğini yeterli algılamalarına rağmen baş etmelerinde sadece aile desteğinin yeterli olmadığı, bunun yanında arkadaş ve özel kişi desteğine ihtiyaç duydukları söylenebilir. Psikiyatri hemşireleri tarafından OKB'li bireyin semptomlarına yaklaşım konusunda bakım verenlerin eğitilmesi ve ev ödevleri yoluyla aile üyelerinden geri bildirim alınmasının, bu ailelerin toplum içinde daha bağımsız fonksiyon görmelerine, sorunlarıyla etkili baş etme yöntemleri geliştirmelerine, iletişim ve karar verme becerilerini, sosyal destek sistemlerini daha aktif kılmalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ;

- ✓ Bakım verenlerin %46.5'ine hastalığın belirtileri ve ilaç tedavisine yönelik bilgi verildiği, semptomlara yaklaşım konusunda yeteri kadar bilgi verilmediği, bakım verenlerin sorunlarıyla etkili bir şekilde baş edebilmeleri için bireyin semptomlarına yaklaşım konusunda hemşireler tarafından eğitilmesi,
- ✓ Bakım verenlerin sosyal izolasyon yaşamalarını azaltmak için ailelere yardımcı olabilecek aile destek grupları ve sosyal destek sistemlerinin oluşturulması,
- ✓ Bakım veren bireylerden; okur-yazar olan-olmayanların, ev hanımlarının, erkeklerin etkisiz yaklaşımı daha fazla kullandığı belirlenmiştir, stresleri ile etkili bir şekilde baş etmeleri için uygun baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olunması,

- ✓ OKB'li bireyin davranış tedavisinin ev ödevleri yoluyla sürdürülmesi ve hemşirenin poliklinikte bulunarak davranışçı tedaviyi yürütmesi,
- ✓ Aile üyelerine bireyin kompulsiyonlarına odaklanma yerine sağlıklı davranışlarına yoğunlaşmaları yönünde eğitim yapılması,
- ✓ Aile üyeleriyle hemşireler tarafından aile görüşmeleri yapılarak aile-içi etkileşimlerini artırmalarının sağlanması gerekmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Alptekin K, Akvardar Y, Akdede BB. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgularla İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(1): 13-19
2. Tükel R. Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. 3P Dergisi, Damla Matbaası, Ankara, 1997; 5(1):5-10
3. Kaplan H, Sadock B. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Çeviri Editörü:Ercan Akbay, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004 : 205-211
4. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. (4. Basım) (DSM IV) Çev: Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994 : 555-565
5. Margaret AR, Summerfeldt LJ. Obsessive Compulsive Spectrum Conditions in Obsessive Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorder. Depression and Anxiety 2003;18:118-127
6. Kaplan H, Sadock B. Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü Hamdullah Aydın, Güneş Kitabevi, 2. Baskı, 2005
7. Mental Health Action Programme, World Health Organization, 2002
8. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Cilt 1, Ankara, Medikographics Ajans, 1997 : 493-504

9. Spengler PN, Jacobi DM. Assesment and Treatment of Obsessive Compulsive Disorder in College Age Studens and Adults. Journal of Mental Health Counseling 20(2) ??? 1040-2861
10. Parkin R. Obsessive Compulsive Disorder in Adults. İnternational Rewiev of Psychiatry 1997;9(1):73-82
11. Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Cilt 1, Sivas, 1995 : 47-54
12. Nestadt G, Samuels J. A Family Study Of Obsessive Compulsive Disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57 : 358-363
13. Kılıç C, Erol N, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T. C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001
14. Demet MM, Artuner D. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sosyodemografik Özellikler ve Fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:133-144
15. Samuels J, Nestadt G. Epidemiology and Genetics of . Obsessive Compulsive Disorder. İnternational Rewiev of Psychiatry 1997;9(1)
16. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Obsesif Kompulsif Nevroz. Ankara, Medikomat Basım, 1997:278-291
17. Obsesif Kompulsif Nevroz, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, Editör Işık Sayıl, Antıp A.Ş., Ankara, 2000:276-280
18. Rasmussen SA, Tsuang MT. The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. J Clin Psychiatry 1984;45:450-458
19. Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1997;1:25-32
20. Işık E, Taner YI .Obsesif Kompulsif Bozukluk, Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Golden Print, 2006:239-264
21. Doğan O. Obsesif Kompulsif Bozukluk, II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, sf 47-75, 20-21 Mayıs 1993, Sivas
22. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Cheslow DI. Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Arch Gen Psychiatry 1989;46:335-341
23. Obsessive Compulsive Disorder. Harvard Mental Health Letter , Part II, 2005;22(5):1-5
24. Viedebek SL. Psychiatric Mental Health Nursing. Second Edition, Lippincott Williams Wilkins Company ,2004

25. Varcarolis EM. Communication Within Families. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3 th ed, Philedelphia Sounders Company Press, 1998: 275-300
26. Özaltın G. Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(1) ???
27. Saunder J. Symbolic İnteractionism for Families Living With Severe Mental İlness. Journal of Psychosocial Nursing 1997; 35(6):8-13
28. Doornbos MM. The Problems And Coping Methods Of Caregivers Of Young Adults With Mental İlness. Journal of Psychosocial Nursing 1997; 35(9):22-26
29. Saunder J. Families Living With Severe Mental İlness: A Literature Review. Issues İn Mental Health Nursing 2003;24:175-198
30. Gülseren L. Şizofreni Ve Aile; Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002 ; 13(2) :143-151
31. Ebrinç S, Çetin M. Şizofren Hasta Ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek Ve Duygu Dışavurumu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(1):5-14.
32. Black DV, Gaffney G. The İmpact of Obsessive Compulsive Disorder on The Family. The Journal of Nervous and Mental Disease 1998; 186(7):440-442
33. Angermeyer CM, Trosbach J. Coping Strategies Used By The Relatives Of People With Obsessive Compulsive Disorder. Journal of Advanced Nursing 2004;48(1):35-42
34. Steketee G, Noppen V. Family Approaches to Treatment for Obsessive Compulsive Disorder. Rev Bras Psiquitr 2003; 25(1):43-50
35. Shafran R, Ralph J. Obsessive Compulsive Symptoms and The Family. Bulletin of the Menninger Clinic 1995;59(4):472-480
36. Geffken GR, Storch EA, Duke D C. Hope and Coping in Family Members of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. Journal of Anxiety Disorders 2005;602
37. Foa BE, Amir N, Freshman M. Family Distres and İnvolveiment in Relatives of Obsessive Compulsive Disorder Patients. Journal of Anxiety Disorders 2000;14(3):209-217
38. Noppen BV. Multifamily Behavioral Treatment (MFBT) for Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A Step-by-Step Model, Brief Treatment and Crisis İntervention 2002; 2(2):107-246

39. Jayakumar C, Jagadeeshan K, Verma AN. Caregivers Burden : A Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry* 2002;44(84):337-342
40. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer C. Quality of Life of Relatives of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47(6):523-7.
41. Reynold S, Derisley J, Libby S, Clarc S. Mental Health, Coping and Family-Functioning in Parents of Young People with Obsessive Compulsive Disorder with Anxiety Disorders. *Br J Clin Psychol* 2005;44(3):439-44
42. Reddy SP, Reddy YC, Srinat S, Khanna S, Sheshadri SP, Girimaji SR. A Family Study of Junvenile Obsessive Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry* 2001;46:346-351
43. Renshaw DK, Chambless LD, Steketee G. Living Severe Anxiety Disorders: Relatives ' Distress and Reactions to Patient Behaviours. *Clin Psychol Psychother* 2000;87:190-200
44. Rawlins RP. *Clinical Manual of Psychiatric Nursing. Obsessions and Compulsions*. Toronto, Mosby Company, 1998
45. Ivarsson AB, Carsson M. The Factor Structure of The Burden Assesment Scale and The Perceived Burden of Caregivers for Individuals With Severe Mental Disorder. *Scand Journal of Caring Sciences* 2004;18(4):396-401
46. Şahin NH, Durak A. Stresle Başaıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):56-73
47. Eker D, Haluk A. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):45-55
48. Prof Dr. Selma Doğan, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi, Güçlükleri Belirleme Bilgi Formunun Oluşturulmasıyla İlgili Özel Görüşme.
49. Sungur MZ. Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler. *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Anlaşılmasında ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar*. Editör Nesrin Dilbaz, Ankara, 2006:107-121
50. Östman M. Family Burden and Participation in Care: Differences Between Relatives of Patients Admitted to Psychiatric Care For The First Time and Relatives of Re-admitted Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004 ;11 :608-613

51. Phillipson S. NY 10016, New York, [http://www.ocdonline.com/servises.php # family](http://www.ocdonline.com/servises.php#family), Family Coping Skills, April 2006
52. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996;135-136
53. Worley K. Psychoeducation. Mosby Year Book, St. Louis, 1997
54. Stengler K, Trosbach J, Diedrich S, Angermeyer C. Experience of Stigmatization by Relatives of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004;18(3):88-96
55. Oflaz P. Psikiyatrik Hastaların Eşlerinin Psikososyal Güçlükleri ve Stresle Baş Etme Yollarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1995
56. Karancı NA. Şizofren Hasta Yakınlarının Dünyası, Nedensel Atıflar, Yükler ve Umutlar. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1997;5(2-Ek):42-45.
57. Tuğrul DC. Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4:12-17
58. Taylor S. Coping Strategies, July 1998
59. Greenglass E. Proactive Coping. Chapter 3, Oxford University Press, London, 2002:37-62
60. Folkman S, Lazarus SR. An Analysis of Coping in A Middle-Aged Community. *Journal of Health and Social Behavior* 1980;21(3):219-239
61. Rose LE. Caring for Caregivers: Perceptions of Social Support. *Journal of Psychosocial Nursing* 1997; 35(2):17-23
62. Oğuz KM, Sorias O. Konversiyon Bozukluğu Tanısı Alan Kadınların Stres Verici Yaşam Olayları, Sosyal Destek Kaynakları ve Evlilik Doyumu Açısından İncelenmesi. *Deu Tıp Fakültesi Dergisi* 2001:139-144
63. Sorias O. Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988;27(3):1033-1049
64. Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver Coping in Bipolar Disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:329-336.
65. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. The Pattern of Families of Neurotic Patients. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1993;28(4)

66. McNicholas SL. Social Support and Positive Health Practices. *Western Journal of Nursing Research* 2002;24(7):772-787
67. Srivastava S, McGonigal K, Richards JM, Butler EA, Gross JJ. Optimism in Close Relationships: How Seeing Things in a Positive Light Makes Them So. *Journal of Personality and Social Psychology* 2006; 91(1):143–153
68. Ağargün YM, Beşiroğlu L, Kıran Ü K, Özer ÖA, Kara H. Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221-226
69. Kutlu Y. Durumsal Kriz Yaşayan Ailelerin Sorunla Başa Çıkma Yolları ve Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Araştırılması, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1995
70. Mao W-C, Bardwell AW, Major MJ, Dismdale EJ. Coping Strategies, Hostility and Depressive Symptoms: A Path Model. *International Journal of Behavioral Medicine* 2003;10(4):331-342
71. Çoban S. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlarla Başetme Durumlarının Belirlenmesi, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2004
72. Harvey K, Burns T. Relatives of Patients with Severe Mental Disorders: Unique Traits and Experiences of Primary, Nonprimary, and Lone Caregivers. *American Journal of Orthopsychiatry* 2003;73(3):324-333
73. Pektekin Ç, Kutlu Y, Buzlu S. Ruhsal Bozukluğa Sahip Hastası Olan Aile Bireylerinin Gereksinimleri Ve Sorunları İle Başa Çıkma Yolları. *Hemşirelik Bülteni* 1999; 12(45):29-35
74. Tel H. Alkol Bağımlısı Erkeklerin Eşlerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Başetme Tarzlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7(1):21-26
75. Aldwin CN, Yancura LA. Coping and Health: A Comparison of The Stres and Trauma Literatures. University of California, American Psychological Association 2004:99-126
76. Gürhan N. Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1993; 9(3):83-87
77. Worley K. Mental Health Nursing in the Community. Mosby Year Book, St. Louis, 1997:203-215

78. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Hemşirenin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7(1):43-48
79. Gavois H , Paulson G, Fridlund B. Mental Health Professional Support In Families with A Member Suffering From Severe Mental Illness: A Grounded Theory Model. J Caring Sci 2006;20:102-109
80. Doğan S, Buldukoğlu K. Stres ve Hemşirelik. Ankara TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sivas, 1995

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Adana'nın Yumurtalık ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 2001 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. 2002 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri kliniğinde hemşire olarak göreve atandı. Halen aynı kurumda görev yapan araştırmacı bekindir.

EKLER

(EK-1)

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireylerin ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Bilgileri

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik bir çalışma yapmaktayım. Bu nedenle bu konu ile ilgili bazı sorular soracağım. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Anket No:

OKB Tanısı Alan Bireye İlişkin Özellikler

(Bu bölümde sadece OKB' u olan bireye ilişkin sorular sorulacaktır.)

1. Cinsiyeti:

- 1) Kadın 2) Erkek

2. Yaşı.....

3. Eğitim durumu:

- 1) Okur-yazar Değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul
4) Ortaokul-lise 5) Üniversite 6) Lisans üstü

4. Yakınınızın işi:.....

5. Sağlık güvencesi var mı?

- 1)Yok 2) Emekli sandığı 3) Yeşil kart
4)Bağkur 5) Özel sigorta 6) SSK

6. Bu hastalık ne zaman ortaya çıktı?

- 1) <1 yıl 2)1-4yıl 3) >4 yıl

7. Başka herhangi bir fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı var mı?.....

8. Bu hastalık nedeniyle daha önce ne tür tedaviler gördü?.....

9. Şu an tedavi görüyor mu?

- 1) Evet (Ne tür)..... 2) Hayır

10. Bu hastalık nedeniyle daha önce kaç kez hastanede yattı?.....

11. En son ne zaman hastanede yattı?.....

12. Şu anki sağlık durumu nasıl?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3) Kısmen iyi 4) Kötü

13. Kendi özbakım sorumluluğunu alabiliyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

14. Ne düzeyde özbakım sorumluluğunu yerine getirebiliyor?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3) Kısmen iyi

OKB'li Bireye Bakım Verenlere İlişkin Özellikler

(Bu bölümde sadece OKB' u olan bireyin yakınına ilişkin sorular sorulacaktır.)

15. Görüşülen kişinin yakınlık derecesi:

- 1) Anne 2) Baba 3) Eş 4) Kardeş 5) Çocuk
6) Diğer.....

16. Yakınının bakımıyla ilgilenme durumu :

- 1) Birinci derece 2) İkinci derece 3) Üçüncü derece

17. Yaşı.....

18. Medeni Durumu:

- 1) Evli 2) Dul 3) Bekar 4) Ayrı

19. Eğitim Düzeyi:

- 1) Okur-yazar Değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul
4) Ortaokul-lise 5) Üniversite 6) Lisans üstü

20. Ne iş yapıyorsunuz?.....

21. Sosyal güvencesi:

- 1) Yok 2) Emekli sandığı 3) Yeşil kart
4) Bağkur 5) Özel sigorta 6) Diğer

22. Aile yapısı:

- 1) Çekirdek 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile

23. Ailedeki birey sayısı.....

24. Gelir durumunuz size göre nasıl?

- 1) Düşük 2) Orta 3) İyi

25. Tanısı konmuş herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?

- 1) Evet (Belirtiniz)..... 2) Hayır

26. Evde bakımından sorumlu olduğunuz başka birey var mı?

- 1) Evet (Kaç kişi?)..... 2) Hayır

27. Evde fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı olan başka birey var mı?

- 1) Yok 2) Fiziksel hastalık 3) Ruhsal hastalık

1. Kişi

2. Kişi

28. Ne kadar süreden beri yakınınızla birlikte yaşıyorsunuz?

- 1) <1 yıl 2) 1-4 yıl 3) >4 yıl

29. Ne kadar süredir yakınınızın bakımından sorumlusunuz?

- 1) <1 yıl 2) 1-4 yıl 3) >4 yıl

30. Yakınızın bakımını isteyerek mi üstlendiniz?

- 1) Evet 2) Hayır.....

31. Yakınınızın bakımı ve tedavisiyle ilgili üstlendiğiniz sorumluluklar nelerdir?
32. Yakınınızın hastalığını ve tedavisini biliyor musunuz?
1) Evet biliyorum 2) Kısmen biliyorum 3) Hiç bilmiyorum(35.soruya geç)
33. Yakınınızın hastalığı ve tedavisi hakkında neler biliyorsunuz?
34. Yakınınızın hastalığı ve tedavisiyle ilgili bilgileri kimden /nereden aldınız?
1) Doktor 2) Hemşire 3) Diğer hasta yakınları
4) TV, gazete 5) Kitap, dergi, broşür
35. Yakınınızın tedavisiyle ilgili sağlık kurumlarından maddi/manevi destek alıyor musunuz?
1) Evet (Belirtiniz)..... 2) Hayır
36. Hastanedeki doktorların yakınına ve size yaklaşımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Çok iyi(40.soruya geç) 2) İyi (40.soruya geç) 3) Kısmen iyi 4) Kötü
37. Hastanedeki hemşirelerin yakınına ve size yaklaşımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Çok iyi (40.soruya geç) 2) İyi (40.soruya geç) 3) Kısmen iyi 4) Kötü
38. Yakınınızın hastalığını dost ve akrabalarınızla paylaştınız mı?
1) Evet 2) Hayır(Neden?).....
39. Dost ve akrabalarınızın size / yakınına yaklaşımlarında bir değişme oldu mu?
1) Evet (Nasıl?)..... 2) Hayır

(EK -3)

STRESLE BAŞ ETME TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir sıkıntım olduğunda;

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3.Bir mucize olmasını beklerim.				
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde Durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye Çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçimde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yenden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				

(EK 3'ün devamı)

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm.				
28.“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

(EK-4)

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirlemek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet