

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARIYLA
BİRLİKTE YAŞAYAN KİŞİLERDE
YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ RİSK ETKENLERİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Didem SÜCÜLLÜOĞLU DİKİCİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. M. Murat DEMET

Manisa, 2015

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince her türlü konuda desteğini hissettiğim tez hocam; Prof.Dr.Mehmet Murat DEMET'e, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan ve bana destek veren hocalarım; Prof.Dr.Erol ÖZMEN'e, Prof.Dr.Ayşen ESEN DANACI'ya, Prof. Dr. Ömer AYDEMİR'e, Prof.Dr.Artuner DEVECİ'ye, Doç.Dr.Oryal TAŞKIN'a, Doç.Dr.Erol OZAN'a,

Tezimin istatistik sürecinde hiçbir yardımı esirgemeyen ve bana istatistiği sevdiren hocam Prof. Dr. Erhan ESER' e, Asistanlık sürecimde dostluklarını, maddi ve manevi her türlü desteklerini benden esirgemeyen başta Dr.Fatma AKDENİZ olmak üzere tüm sevgili asistan doktor arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, uyum içinde çalıştığımız Uzm.Psik.Nilüfer KARACA ve diğer tüm klinik psikologlarımıza, sekreterimiz Gülseren KÖMÜRCÜ'ye, tüm hemşirelerimize ve psikiyatri kliniği personelimize,

Bugünlerimin asıl mimarı olan sevgili annem, babam ve ablama, Her kararımda yanımda olan, desteğini hep hissettiğim sevgili eşim Ali DİKİCİ'ye,

Gelişiyile hayatımı aydınlatan, yaşama sevincim, moral kaynağım canım kızım Defne' me,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr.Didem SÜCÜLLÜOĞLU DİKİCİ

Eylül 2015

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ.....	1
II. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Tarihçe	2
2.1.3. Epidemiyoloji	3
2.1.4. Etyoloji	4
2.1.4.1. Genetik	4
2.1.4.2. Nöroanatomi	5
2.1.4.3. Nörotransmitterlerin Rolü	5
2.1.4.3.1. Serotonin	5
2.1.4.3.2. Dopamin	6
2.1.4.3.3. Glutamat	7
2.1.4.4. Psikoanalitik Kuram	7
2.1.4.5. Bilişsel Davranışçı Kuram	8
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikleri	8
2.1.5.1. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	8
2.1.5.2. DSM-5 Tanı Ölçütleri	10
2.1.5.3. ICD-10 Tanı Ölçütleri	12
2.1.5.4. Klinik Özellikler	13
2.1.6. Eş tanı	15
2.1.7. Seyir ve Prognoz	15
2.1.8. Tedavi	16
2.1.8.1. Farmakoterapi	16
2.1.8.2. EKT (Elektrokonvulsif Terapi)	17
2.1.8.3. rTMS (Yineleyici Transkroniyal Manyetik Uyarı)	17
2.1.8.4. Derin Beyin Uyarımı	17
2.1.8.5. Psikocerrahi	18
2.1.8.6. Psikoterapiler	18
2.1.8.6.1. Psikodinamik Psikoterapiler	18
2.1.8.6.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	18

2.2.Yaşam Kalitesi.....	18
2.2.1.Yaşam Kalitesi Kavramı	18
2.2.2.Psikiyatride Yaşam Kalitesi.....	22
2.2.3.OKB'li Hastalarda Yaşam Kalitesi.....	23
2.2.4.OKB'li Hastaların Yakınlarında Aile/Hastalık Yüğü	25
2.2.5.OKB'li Hastaların Yakınlarında Yaşam Kalitesi.....	28
III. AMAÇ	29
3.1.Amaç	29
3.2.Temel Hipotezler	29
IV.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
4.1.Araştırma Alanı ve Örnekleme	30
4.2.Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri.....	30
4.3.Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	31
4.4.Araştırmada Uygulanan Veri Toplama Araçları.....	31
4.4.1.SCID-I DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	32
4.4.2.Sosyodemografik Veri Formu	32
4.4.3.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğı (YBOKÖ)	32
4.4.4.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğı (HDDÖ).....	33
4.4.5.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF TR).....	33
4.4.6.Hastalık Yüğü Değerlendirme Hücresi.....	34
4.5.Veritoplama Örneğı ve Etik Olay.....	34
4.6.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	35
4.6.1.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	35
4.6.2.Tek Değişkenli Çözümler	37
4.6.3Çok Değişkenli Çözümler.....	38
V.BULGULAR	39
5.1Tanımlayıcı Bulgular	39
5.1.1Sosyodemografik Özellikler	39
5.1.2.Hastalığa İlişkin Özellikler.....	42
5.1.3Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikler	46
5.1.4Hasta Yakınlarının Hastalık Yüğü ve Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikler.....	47
5.2.Tek Değişkenli Çözümler	48

5.2.1.Hasta yakınlarının yaşam kalitesi skorları ile kendilerinin ve birlikte yaşadıkları hastaların sosyodemografik özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi	48
5.2.1. Hastaların klinik özellikleri, yaşam kaliteleri ve yakınlarında neden oldukları hastalık yükü ile hasta yakınlarının yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	55
5.3.Çok Değişkenli Çözümler.....	64
5.3.1.Bedensel Boyutu Açıklayan Modeller	65
5.3.2.Psikolojik Boyutu Açıklayan Modeller	67
5.3.3.Sosyal İlişkiler Boyutunu Açıklayan Modeller	69
5.3.4.Çevre Boyutunu Açıklayan Modeller.....	71
5.3.5.Algılanan Genel Yaşam Kalitesini Açıklayan Modeller	73
5.3.6.Algılanan Genel Sağlığı Açıklayan Modeller.....	75
5.3.7.Hastalık Yükünü Açıklayan Model	76
VI.TARTIŞMA	78
6.1.Yaşam Kalitesi Nedenselliği.....	80
6.2.Hastalık Yükü Nedenselliği	95
VII.SONUÇ VE ÖNERİLER	99
VIII.OZET	101
IX. İNGİLİZCE ÖZET	103
X.KAYNAKLAR	105
XI.EKLER	125



1- GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/ya da kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur (1). Yaşam boyu % 0.8-3.2 prevalansı ile toplumda yaygın görülür (2). Kişinin sosyal ilişkilerini, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu hastalık sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkileyebilmektedir (3,4,5). OKB hastalığının klinik özelliklerinden dolayı hasta yakınları günlük aktivitelerini değiştirerek hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Bununla birlikte hastanın birçok görev ve sorumluluklarını aile bireyleri yüklenebilir. Hastanın hastalıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak üzere aile bireylerinin hastanın ritüellerine katılımı olarak tanımlanan aile uyumu, hastanın anksiyetesini azaltıyor gibi görünmekle birlikte bu uyum, hastalığın gidişini kötüleştirmekte, aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir (6,7).

Aile bireylerinin en sık karşılaştıkları güçlükler aile içi çatışma, depresyon, tükenmişlik, öfke, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler, izolasyon ve damgalanmışlık hisleridir (5,8,9).

Son yıllarda OKB'li hasta yakınlarında aile/hastalık yükü ve yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar artmaktadır. OKB'li hasta yakınlarında aile yükü, şizofreni ve depresyon hasta yakınları ile kıyaslanabilir düzeyde yüksek bulunmuş, aile yükünü etkileyen faktörler araştırılmıştır. Bunun yanında OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi genel popülasyondan düşük bulunmuş ve yaşam kalitesini bozan faktörler araştırılmıştır. OKB hasta yakınlarında hastalık yükü ve yaşam kalitesi nedenselliğini araştıran çalışmalar bulunmakla birlikte, hasta yakınlarının yaşam kalitesinde hastalık yükü etkisini ayrıntılı olarak araştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda OKB'li hastalarla birlikte yaşayan kişilerde yaşam kalitesini

başta hastalık yükü olmak üzere etkileyen faktörlerin araştırılması planlanmıştır.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif -Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB), temel belirtileri obsesyon ve/veya kompulsiyonlar olan, kişiye belirgin şekilde sıkıntı veren kronik bir ruhsal bozukluktur (10).

Obsesyonlar kişinin aklına istenmeden gelen, buna bağlı olarak tedirginliğe neden olan, kişinin benliğine yabancı olan (ego distonik) ve yineleyici özellik gösteren tekrarlayan düşünceler, dürtüler (impulsar) veya düşlemler (imgeler) olarak tanımlanır (10,11).

Kompulsiyonlar ise bu düşüncelere bağlı olarak gelişen ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda hissettiği, kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı istem dışı tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (10,11). Kompulsiyonlar önce obsesyonların neden olduğu sıkıntıyı azaltmak için yapılır. Daha sonra kompulsiyonlar denetlenemez duruma gelir ve kompulsiyonun kendisi sıkıntıya neden olur (10,11).

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon tanımını ilk kez 1860'lı yıllarda Belçikalı psikiyatrist Morel kullanmıştır. Fransız psikiyatrist Janet ise 20. yüzyılın başlarında fobi, obsesyon ve kompulsiyonları psikastenî tanımı altında birleştirmiştir (12). 1875 yılında Legrand du Saulle tarafından yapılan OKB tanımı, hemen hemen bugünkü netliğine kavuşmuştur. 1878 yılında ise bir klinisyen olan Wesphal, esas sorunun bilişsel olduğunu ifade etmiştir (13). 1890'lı yıllarda Freud, fobilerdeki nedenler ile obsesif kompulsif nevrozdaki nedenlerin farklı olduğunu göstererek fobik nevroz ile obsesif kompulsif nevrozu ayrı durumlar olarak incelemiştir. 20. yüzyılın sonlarında ise bu hastalığın oluşmasında kalıtsal ve nörobiyolojik etkenlerin olduğuna dair veriler elde edilmiştir (11).

1980’de yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) III. baskısı ile OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara girmiştir (14). 1987’de güncellenen DSM-III-R’de ise günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmış ve “obsesif kompulsif nevroz” terimleri ile belirtilmiştir (15). DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılık kompulsiyonların kavramsallaştırılmasıdır. DSM-III’te kompulsiyonlar davranış olarak değerlendirilirken DSM-IV’te kompulsiyonların hem davranış olabileceği hem de zihinsel aktivite olabileceği eklenmiştir (16). Daha sonra DSM-IV ve DSM-IV-TR’de “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi ‘Anksiyete Bozuklukları’ başlığı altında sınıflandırılmıştır (10,17).

2013’te yayımlanan DSM-5’te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozukluklarından ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır. (18).

2.1.3.Epidemiyoloji

OKB, her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Sık görülen ve kronik seyirli bir hastalık olan OKB’nin 1980’li yıllara kadar nadir görülen bir hastalık olduğu kabul edilmekteydi. Ancak Amerika’da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1980-1988 yılları arasında yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area, ECA) OKB fobiler, madde kullanım bozuklukları ve major depresyondan sonra dördüncü sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak saptanmıştır. Bu çalışmada OKB ‘nin bir yıllık yaygınlığı %1.6, yaşam boyu yaygınlığı ise %2.5 bulunmuştur (19,20). Dünya genelinde 7 ülkeden veri toplanan ve erişkinler üzerinde yapılmış olan Kanada epidemiyoloji çalışmasında ise; OKB’nin yıllık prevalansı % 1.4 ve hayat boyu prevalansı % 2.3 bulunmuştur (21). Türkiye’de ayaktan izlenen 7026 psikiyatrik hasta ile yapılan bir çalışmada da OKB yaygınlığı, % 2,63 olarak bulunmuştur (22).

Yapılan çalışmalara göre OKB kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir (21,23,24). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da OKB’nin kadınlarda daha sık olduğu gösterilmiştir (22,25).

OKB çocuklukta, ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlamaktadır (26). Ortalama başlangıç yaşı 21.9–35.5 gibi oldukça geniş bir aralıkta seyretmektedir. Ancak, vakaların çoğu (%65) 25 yaşından önce başlarken; küçük bir oranı (%5–15) 35–40 yaşından sonra başlamaktadır (27,28). Hastalık kadınlarda erkeklerden daha geç yaşta başlamaktadır (25,29). Birçok vaka serisinde önemli oranda kadın hastada (% 13-% 36) OKB'nin hamilelik ya da postpartum dönemde başladığı bildirilmiştir (30,31). Elli yaşından sonra ise OKB daha nadir görülmektedir ve yapısal beyin hasarıyla ilişkili organik nedenler sorumlu tutulmaktadır (32).

2.1.4.Etyoloji

OKB'nin fizyopatolojisini oluşturan etyolojik süreçler tam olarak bilinmemektedir. Günümüzde etyolojide tek bir neden yerine birçok faktörün ortaklaşa etkisinin olduğuna inanılmaktadır. Etyolojide rol oynayan önemli faktörler şunlardır:

2.1.4.1. Genetik

İlk kez 1930 yılında OKB genetiği ile ilgili çalışmalar başlatılmış olup; subklinik ve klinik OKB hastalarının 1. derece akrabalarındaki genetik geçişlilik gösterilmiştir (33,34). OKB'li bireyler arasında yapılan genetik çalışmalar, etyolojide ve belirtilerin ortaya çıkışında hem genetik hem de çevresel etmenlerin rol oynadığını göstermektedir. OKB hastalığı olan çocukların birinci derece akrabalarında %20–25 oranında OKB hastalığı olduğu ve obsesyonların kompulsiyonlara göre daha fazla geçiş gösterdiği bildirilmiştir (35). Erken başlangıçlı OKB'de yüksek oranda ailesel geçişliliğin olduğu ve OKB alt gruplarının yüksek oranda genetik yüklülük (kromozom 7, 8, 13) taşıdıkları savunulmaktadır (36). Bir çalışmada, 14. kromozomun OKB'nin bir alt grubu olan istifçilikle kuvvetli bağlantısının olduğu ve ayrıca OKB'nin X, 3. 7. ve 15. kromozom ile ilişkisi olabileceği ileri sürülmektedir (37).

Ayrışım çözümlemesi (segregation analysis) çalışmalarına toplu olarak bakıldığında OKB genetiğinin çok etkenli, çok genli bir kalıtım kalıbı ile daha iyiaçıklanabileceği görülmektedir. Moleküler genetik çalışmalarda serotonin ve dopamin dizgelerinde rol oynayan, ayrıca monoaminlerin yıkımında rolü

olan (COMT, MAOA) birçok aday gen ile ilişkilendirme çalışmaları yapılmıştır, ancak henüz yeterli bir sonuç alınamamıştır (38).

2.1.4.2. Nöroanatomi

OKB hastalarında yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, orbitofrontal korteks, kaudat çekirdek, striatum ve talamus arasındaki nöral devrelerde bir fonksiyon bozukluğu olduğu hususuna birleşmektedir.

Yapılan MRG çalışmalardan elde edilen en tutarlı kanıt, orbitofrontal kortekste hacim düşüklüğüdür. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda orbitofrontal –striatal devrenin limbik bileşenleri olan anterior singulat hacminde artış, hipokampal hacimde azalma, hipokampal-amigdala kompleksinin normal hemisferik asimetrisi ve amigdala hacim farklılıkları bildirilmiştir.

Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında, anterolateral orbitofrontal korteksin, posteromediyale göre daha fazla etkilendiği görülmüştür. (39). Tek foton emisyon kompüterize tomografide (SPECT), semptom uyarılmasını takiben frontal korteks kan akımında artış görülmüştür (40). Orbitofrontal korteks, singulat korteks ve kaudat çekirdekle ilişkili bir işlev bozukluğunun OKB ile sonuçlandığı halen kabul gören bir kuram olarak devam etmektedir (41).

2.1.4.3. Nörotransmitterlerin rolü

2.1.4.3.1. Serotonin

OKB'de serotonin hipotezi, serotonin geri alımını inhibe eden antidepresanların ve serotonin agonistlerinin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle birlikte ortaya atılmıştır. OKB belirtilerinin benzer antidepresan etkinliğe sahip olan desipramine yanıt vermezken klomipraminle azalması, ilaç tedavisi ile beyin omurilik sıvısı (BOS) 5-hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düşmesi, serotonin geri alımının OKB'de önemli bir etkisi olduğunu göstermekle birlikte OKB'de sıklıkla kısmi yanıt görülmekte ve hastaların %40'dan fazlası SSRI'ya yeterli yanıt vermemektedir (42).

Çalışmalar, OKB'de klomipraminin antiobsesyonel etkisinin, serotonin geri alımını inhibe etme kapasitesine bağlı olabildiğini göstermiştir. Bununla birlikte tedaviye cevabın BOS'ta 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA)

değerlerinin azalmasıyla birlikte azaldığını da bildirmişlerdir (43). Çeşitli nöroendokrin çalışmalarda 5-HT1 reseptörlerinin OKB'de değişikliğe uğradığı ve 5-HT2c reseptörlerinde de aynı değişikliklerin olabileceği ileri sürülmüştür (44). Bir 5-HT1a reseptör ligandı olan ipsapiron ve MK-212 gibi başka serotonin agonistleri ile benzer sonuçlar elde edilememiştir (45). Bir çalışmada, 5-HT1a reseptörünün OKB oluşumundaki etkisinin az olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bazı farmakolojik ve görüntüleme çalışmaları da 5-HT1d terminal otoreseptörünün önemini vurgulamaktadır (46). OKB ile ilgili hayvan modellerinde 5-HT2c reseptörleri silinmiş farelerde kompulsif davranışların oluştuğu gözlenmiştir (47)

Özetle, OKB'de serotoninin rolü çok karmaşıktır ve yalnızca serotonerjik sistemin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesinden söz etmek yanlış olacaktır. Serotonerjik sistemin diğer disfonksiyonel nörotransmitter sistemlerini modüle etmesi veya kompanse etmesi de olasıdır (48).

2.1.4.3.2.Dopamin

Bazal gangliyon normal işlevlerinde dopaminin görev aldığı bilinmektedir. Bazal gangliyon patolojilerinde obsesif kompulsif belirtilerin artması, dopaminin de OKB etyolojisinde rol oynadığını düşündürmektedir. Pedala basma hayvan deneylerinde, SSRI'lar yanında D1 reseptör antogonisti verilmesi kompulsiyonda azalmaya neden olmaktadır. Bir başka hayvan deneyinde, kronik biçimde D2/D3 reseptör agonisti Kuinpirol uygulamasının, kontrol kompulsiyonlara benzer davranışlara neden olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmalar, OKB'de D1 ve D2 reseptörleri başta olmak üzere dopaminin de işe karıştığını düşündürmektedir (47).

Antipsikotik ilaçlar SSRI'lar ile kombine kullanıldıklarında bazı hastalarda tedavi yanıtını arttırmaktadır (49). Antipsikotiklerin bu etkisi alışılmış dozlardan daha düşük dozlar kullanıldığında ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, presinaptik reseptörleri bloke etmelerine yani dopaminerjik aktiviteyi arttırmalarına bağlı gibi görünmektedir (50). 5-HT2a antagonizması, dopamin nöronlarında ateşleme hızını artırarak obsesif kompulsif belirtileri kötüleştiriyorken; D2 reseptör antagonizması ile dopaminerjik nöronların inhibisyonu obsesif kompulsif belirtilerini azaltıyor olabilir (47). Tüm bu

Çalışma ve veriler OKB belirtilerinde artmış dopamin nörotransmisyonu olabileceğini düşündürmektedir (1).

2.1.4.3.3.Glutamat

Son dönemde yapılan alışmalar OKB'nin, beynin prefrontal bölgesindeki hiperglutamerjik durumla ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir (51,52).

OKB hastalarının çeşitli beyin bölgelerinde MRS ile anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir. OKB hastalarında striatumda görülen glutamin artışı, kortiko-striata-talamik-kortikal döngünün metabolik aşırı etkinliğiyle uyumlu bulunmuştur.OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğuna ilişkin en doğrudan kanıt, BOS'ta glutamat düzeylerinin artmış bulunmasıyla elde edilmiştir (52,53).

2.1.4.4.Psikoanalitik Kuram

Psikanalitik bakış açısından, obsesif kompulsif nevrozun oluşumunda merkezi rol oynayan mekanizma gerilemedir(regresyon). Freud'a göre, nevrozların temel özelliği; yaşamın ilk yıllarında anne-babaya karşı ambivalan duyguların ve ödipal çatışmaların  z mlenememesidir. OKB'de ise bu durum bu döneme regresyon ve anal sadistik dönemde fiksasyon şeklinde ortaya çıkmaktadır. Psikanalitik kurama göre; saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan, anal döneme özgü, 3 temel savunma mekanizması tanımlanmıştır: yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing), karşıt tepki oluşturma(reaksiyon formasyon). Obsesif kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır. Yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinç dışına itilmektedir. Dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olarak kompulsif eylemlerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yapma-bozma mekanizmasıyla, eylem bir ikincisiyle iptal edilmekte ve böylece sanki hiçbir eylem yapılmamış gibi olmaktadır. Karşıt tepki oluşturma mekanizmasını kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehdidi karşısında bu tehlike sürekli varmışcasına kişilik yapısını değiştirerek her an tehlikeye hazırlıklı olunan bir tutumu benimser. Bu kişiler bilinç düzeyinde altta yatan dürtünün tam tersi bir tutum sergilerler (12,54).

2.1.4.5.Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel- davranışçı kuram açısından, OKB'un oluşumu ve devam etmesini anlamada, Mowrer'in "İki Aşamalı Öğrenme" kuramının yeri önemlidir. Bu kurama göre, OKB, önde gelen davranışçı modelde, temelde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler (örn. mikrop kapma, hastalanma gibi) koşullanma yoluyla bireyde anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve huzursuz edici özellik kazanmaktadır. Bundan sonra birey bu düşünceler nedeniyle anksiyete yaşamakta ve kaçma-kaçınma davranışları göstermektedir (55). Obsesyonlar öğrenilmiş edimlerdir kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötralize etmek için öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranış bütünüdür (56). Kompulsif davranışlar sonrasında anksiyetede azalma gözlemlendiği için bu davranış örüntüsü pekişir ve uzun bir dönem içerisinde obsesyonları oluşturan uyarıların var olduğu durum ya da koşullardan kaçınmaların anksiyeteyi azaltması obsesyonların sürmesine neden olur ve obsesyonel düşüncelere maruz kalmayı engelleyerek alıştırmayı (habituasyon) engeller. Bu durum da obsesif-kompulsif davranış örüntüsünün devamına yol açar (55,56).

2.1.5.Tanı ve Klinik Özellikler

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ile Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-IV-TR kullanılmaktayken 2013'te DSM-5 yayımlanmıştır. DSM-5'te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozuklukları'ndan ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır (10).

2.1.5.1. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A.Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır:

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

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.
4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre kendini yapmaktan alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir. Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

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

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

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde

düşünüp durma, bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

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

2.1.5.2. DSM-5 Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir (18):

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk)

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) aşağıdaki maddeler ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) aşağıdaki maddeler ile tanımlanır:

1. Kişinin, takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

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

B. Takıntılar ve zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde 1 saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığına ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İç görüşü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısallık inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

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

DSM-IV-TR ile DSM-5 arasındaki başlıca değişiklikler ise şunlardır:

1. DSM-IV-TR'deki A tanı ölçütünün obsesyonlarla ilgili 2 ve 4. maddeleri kaldırılmıştır. A. 2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. A. 4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).
2. DSM-IV-TR'deki B tanı ölçütü olan 'Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.' tanı kriteri kaldırıldı.

3. DSM-IV-TR'de sadece 'iç görüsü az olan tip' alt tipi varken, DSM-5'te iç görü ile ilgili 3 tip belirtilmiş ve 'tikle ilişkili' tipi de eklenmiştir.

2.1.5.3. ICD-10 Tanı Ölçütleri

ICD-10' a göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir (57):

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

- A.** Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
- B.** Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.
- C.** Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).
- D.** Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip

F42.8 Başka obsesif-kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.5.4.Klinik Özellikler

OKB'nin klinik tablosunda 2 önemli öge vardır: Birincisi, kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imaj ve dürtü bulunmasıdır (obsesyon). Obsesyonlar; davetsiz (*intruzive*), uygunsuz, ısrarlıdır ve belirgin anksiyeteye sebep olur. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilme çabasıdır (kompulsiyon). Kompulsiyonlar; anksiyete ve gerginliğin azaltılmasına yönelik olup, haz alma yaşanmaz. Kişi kompulsiyonlarla bazen ustalıkla baş edebilirken, bazen de bunları engellemeye çalışmaksızın artık teslim olmuştur (10,58).

Hastada hem obsesyon hem de kompulsiyonlar birlikte görülebildiği gibi, sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonlar da bulunabilir. Obsesyon ve kompulsiyonların şekli ve içerikleri kültürden kültüre değişmese de yaygınlıkları arasında bazı farklılıklar saptanmaktadır. Özellikle dini değer ve yaşantıların yoğunluğu ile farklılıkların gözlemlendiği belirtilmektedir (59).

Erişkin hastalar tarafından en sık tanımlanan obsesyonlar, görülme sıklıklarına göre; kirlenme(%37.8), kuşku(%23.6), simetri(%10), somatik(%7.2), dinsel(%5.9), ve cinsel(%5.5) obsesyonlardır (60). En sık rastlanan kompulsiyonlar ise, sıklık sırasına göre; kontrol etme(%28.8), temizleme(%26.5), tekrarlama davranışları(%11.1), düzenleme(%5.9) kompulsiyonlarıdır (60).

En sık görülen obsesyonlardan olan kirlilik/bulaş obsesyonlarında kişi kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. bulaşabileceği endişesi taşır. Kişiler el sıkışma, kapı tokmağı, para vs gibi pek çok şeyi kirlenme kaynağı olarak görmekte, bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler. Bulaşma obsesyonuna yanıt olarak temizleme kompulsiyonu gelişir. Sık sık ve uzun süre el yıkama, banyo ve tuvalette uzun süre kalma, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme, yıkanmış çamaşır ve bulaştığı tekrar yıkama şeklinde kompulsiyonlar görülebilir. Çeşitli çalışmalarda kirlilik bulaş obsesyonunun sıklığı %45-84 olarak saptanmıştır (12,59).

Kuşku obsesyonu, bir eylemin yapıldığından emin olamama olarak tanımlanmaktadır. Genellikle kontrol etme-denetleme kompulsiyonları ile birliktedir. Hastalar kapı, çeşme, elektrik, tüp vb nesneleri kapatıp kapatmadığından emin olamaz. Obsesyonları, genelde tehlikeli bir duruma da işaret eder ve güvenliği sağlamak için kontrol etme kompulsiyonu geliştirirler (12,61).

Saldırganlık obsesyonunda hastalar, kendisine ya da başkalarına yönelik, zarar verebileceği, saldırmaya veya öldüreceği şeklinde takıntılar içerisindedir. Bu nedenle zarar vermek üzere kullanabileceğini düşündüğü bıçak, makas gibi kesici ve delici nesneleri eline almamaya ve ilgili kişilerle yalnız kalmamaya çalışır. OKB’de saldırganlık obsesyonlarının yaygınlığı %10–20 oranında görülmektedir (12,50,62).

Simetri ve düzen obsesyonlarına sahip hastalar nesnelerin ve olayların tam istedikleri düzende ve mükemmel olması gerektiği düşüncelerine sahiptirler. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma ile simetri ve düzen kompulsiyonları ortaya çıkmaktadır. Bu durum yavaşlamaya neden olup ev ve iş yaşamında gecikmelere yol açar (12).

Cinsel obsesyonlar utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen eşcinsellik, ensest ilişkilerle ilgili düşünceler ve imgeleri içeren obsesyonlardır. Bu obsesyonlar çok rahatsız edici, hakkında konuşulmak istenmeyen, kişinin kendisinde bulunmasından dolayı çok fazla rahatsızlık duyabileceği, ahlaki değerlerine zıt olarak algılanan obsesyonlardır. OKB’de sıklık oranı %13–26 arasında görülmektedir (22,62).

Dini obsesyonlar dini ve ahlaki değerlere küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile ilgilidir. Bu hatalarda dua etme, tövbe etme, sayma gibi örtülü kompulsiyonlar gelişebilir. Batı toplumlarından farklı olarak ülkemizde daha sık görülür. Dini obsesyonun görülme sıklığı %11–42 arasında değişmektedir (50,22).

Somatik obsesyonlar, sıklıkla kontrol etme, güvence arama davranışları ile birlikte görülen ciddi bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Genellikle güncel hastalıklarla ilgili somatik uğraşlar mevcuttur ve diğer

obsesyonların eşlik etmediği durumlarda hipokondriazisten ayrımı güçtür (12,50).

İstifçilik(biriktirme) gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği bir durumdur. Klinik tabloya egemen olması nadirdir, eğer tabloya hakim olursa daha fazla yeti yitimi olduğu ve tedaviye cevabının düşük olduğu bilinmektedir (12,50).

Zihinsel kompulsiyonlar tekrarlayıcı şekilde dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçlerdir. DSM IV-TR alan çalışmasında zihinsel kompulsiyonların el yıkama ve kontrol etmeden sonra üçüncü sıklıktaki kompulsiyon olduğu bildirilmiştir (63).

Aynı zamanda kişide diğer başlığı altında sınıflanmış obsesyon ve kompulsiyonlar bulunabilir. Diğer obsesyonlar; Bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu kaybetme korkusu, özel anlamı olan renkler, sayılar inancı, batıl inanışlar vb. olabilir. Diğer kompulsiyonlar; Kişinin kendini belli nesnelere dokunmak zorunda hissettiği dokunma kompulsiyonları, zihinsel törenler, törensi davranışlar vs. olabilir.

2.1.6.Eştanı

OKB'un diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği sıktır. Panik bozukluk, fobiler , bipolar bozukluk, yeme bozuklukları ile birlikteliği seyrek olmamakla birlikte, en sık major depresyonla birlikte görülür (64). Major depresyon ile yaşam boyu birliktelik %65, eşzamanlı birliktelik %30 olarak saptanmıştır (65). OKB, ayrıca Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington ve Parkinson hastalığı gibi bazal gangliyon hastalıkları ile de ilginç bir birliktelik gösterir (64).

2.1.7.Seyir ve Prognoz

OKB, süregelen ve inatçı bir hastalıktır. Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Bazı hastalarda dönemsel alevlenmeler görülebilir (11). OKB izlem çalışmalarında; en yüksek tedavi yanıtı verme ve iyileşme %20, kısmi veya tam iyileşme ile alevlenmenin dalgalanma göstermesi %2-47, hastalığın ilerlemesi ve kötüye gidiş %5-14 oranlarında saptanmıştır (66).Demal ve arkadaşları 1993'te OKB'yi 'sürekli ve değişmeyen', 'kötüleşmeyle birlikte sürekli', 'iyileşmeyle birlikte sürekli', 'kısmi remisyonla

birlikte epizodik' ve 'tam remisyonla birlikte epizodik' olarak 5 grupta ele almışlardır (67).

Çocuklukta başlangıç, kompulsiyonlara direnememe, hastaneye yatırılma, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin varlığı, bizar kompulsiyonların varlığı, birlikte depresif bozukluğun olması ve birlikte kişilik bozuklukları olması (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) OKB'de kötü prognoz belirtileri olarak kabul edilmektedir (68). İyi prognoz belirtileri ise şunlardır: Hastalığı ortaya çıkarıcı bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir gidiş göstermesi, iş ve sosyal yaşantıda uyumun iyi olması (68). Obsesyon içeriği ile prognoz arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (69).

2.1.8.Tedavi

2.1.8.1. Farmakoterapi:

OKB için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış olan ilaçlar klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin, sertralin ve paroksetindir. Bunlardan klomipramin, fluvoksamin ve sertralin çocuk ve adolesanlar için de onay almıştır. Sitalopram ve venlafaksin için kanıtlar birikmekle birlikte henüz OKB için FDA onayı alamamışlardır (71).

Klomipramin: Antiobsesyonel etkisi olduğu bilinen ilk antidepresandır. Diğer ilaçlardan daha etkili olması nedeniyle yan etkileri daha fazla olmasına rağmen tedaviyi bırakma oranı klomipraminle daha düşüktür (70). Klomipramin hem serotonin geri alım inhibitörüdür, hem de noradrenalin ve dopamin geri alımını bloke eder. Birçok kontrollü çalışmanın sonucunda OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (71).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI): Düşük yan etki profillerinden dolayı, farmakoterapide ilk sıra tercih edilen ilaçlardır. OKB hastalarının ortalama %40-60 kadarının ilk basamak tedavisinde SSRI'lara cevap vermediği görülmektedir. Tedaviye yanıt için en az 10-12 hafta devam edilmesi gerektiği, yanıt alınamayan durumlarda uygun olan en üst doza çıkılması, aksi halde başka bir SSRI seçilmesi önerilmektedir (71). Tekli SSRI tedavisine yanıt vermeyen hasta, ikinci bir SSRI eklenmesine yanıt verebilmektedir (72,73). Fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin ve

sitalopram ile yapılan çift kör plasebo kontrollü çalışmalarda bu ilaçların OKB'de plasebodan daha etkili oldukları saptanmıştır (71).

Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI): Uygun süre ve dozda kullanılan iki ayrı SSRI'ya yanıt vermeyen vakalara, farklı bir etki mekanizmasının etkin kılınması amacıyla klomipramin ya da venlafaksin denenebilir. Venlafaksin ile ilgili bilgiler genellikle olgu sunumlarına dayanmaktadır. 12 haftalık tek kör klomipraminle venlafaksin karşılaştırıldığı bir çalışmada anlamlı bir fark bulunmamıştır (71).

Güçlendirme Tedavileri: Tedaviye dirençli hastalarda yanıtı arttırabilmek amacıyla, haloperidol, risperidon, olanzapin gibi antipsikotikler, 5HT1A agonisti buspiron, lityum, trazadon ve klonazepam eklenebilir (71). Bunların dışında pindolol, triptofan ve fenfluramin gibi ajanlar da eklenebilir (712). Özellikle duygudurum belirtilerin klinik tabloya egemen olduğu hastalarda tedaviye lityumun eklenmesi ile olumlu sonuçlar alınabilmektedir (74).

Dirençli vakalarda intravenöz klomipramin uygulaması (75), monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanımı da önerilmektedir (71). Deneysel ilaç tedavileri ise d-amfetamin, tiroid hormonları, oksitosin, antiandrojenler, aminoglutetimid, inositol, gabapentin ve sumatriptandır (12).

2.1.8.2.EKT (Elektrokonvulsif terapi)

EKT'nin doğrudan antiobsesyonel etkisi gösterilebilmiş değildir. Şiddetli depresyon eştanısı, özkıyım düşünceleri ve sosyal ve iş yaşamı iyice bozulmuş olan vakalarda uygulanması önerilmektedir (76).

2.1.8.3.rTMS (Yineleyici transkraniyal manyetik uyarı)

Depresyon eştanısı olan vakalarda tercih edilen dirençli birincil OKB'lerde, etkisi olmadığı düşünülen başka bir alternatif tedavi yöntemidir (77,78). Greenberg ve ark. (79) bu yöntem aracılığıyla hastaların kompulsiyonlarında kısmi bir azalma tesbit etmişlerdir.

2.1.8.4.Derin beyin uyarımı

İnternal kapsüle yerleştirilen elektrotlarla uygulanan başka bir tekniktir. %25-50 oranlarında iyileşme kaydedilmiştir (28,76).

2.1.8.5. Psikocerrahi

Jenike ve ark. (80) modern sterotaksik cerrahi girişimlerle singulotomi ve kapsülotominin OKB tedavisinde iyi sonuçlar verdiğini bildirmiştir. Günümüzde en çok uygulanan teknik, gama kesi kapsülotomi tekniğidir (81). Bu tedavi için vakaların en az 5 yıldır sürüyor, 18-61 yaş aralığında, sosyal işlevlerinin önemli ölçüde etkilenmiş, farmakoterapiye yanıt vermemiş, en az 20 saatlik BDT uygulanmış ve yanıt alınamamış ve semptomatik iyileşmenin Yale Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğine (YBOKÖ) göre %25'in altında olması gibi ölçütler aranmaktadır (76).

2.1.8.6. Psikoterapiler

2.1.8.6.1. Psikodinamik Psikoterapiler

Psikanaliz veya psikanalitik yönelimli psikoterapi, uzun yıllar etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Fakat uzun süren tedavilere rağmen sonuçlar pek yüz güldürücü sayılmaz. Ancak hastaların duygularını ortaya çıkarıcı, açıklayıcı, kısa dönem yoğun dinamik psikoterapinin, farmakoterapi ve bilişsel davranışçı tedavi ile birlikte uygulanması daha uygun gibi görünmektedir (11).

2.1.8.6.2. Bilişsel davranışçı terapi (BDT)

OKB tedavisinde en etkili yöntem yaşayarak maruz bırakma (in vivo exposure) ve tepkiye engel olma (response prevention) tekniklerinin birlikte kullanımudur. Tedavide esas, önce anksiyete oluşturacak durumları uyarmak (exposure) ve daha sonra ardından gelecek yanıtı önlemektir (82). Bilişsel davranışçı terapi, genellikle farmakoterapi eşliğinde önerilir ve OKB'de en etkili tedavi olarak gösterilir (83). Bazı çalışmalar, BDT'nin tek başına farmokoterapiden daha etkin olduğunu ve 1 yıllık relapsların %23 gibi düşük oranlarda olduğunu göstermektedir (28).

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam Kalitesi kavramı 1960-1970'li yıllarda tüketici hakları hareketlerinin yaygınlaşması ile, sağlık sisteminde hoşnutsuzluğun artmasına bir yanıt olarak ortaya atılmıştır (84).

Tıbbi tedavilerin oluşturduğu memnuniyetsizlikler, her ne pahasına olursa olsun yaşamı uzatma çalışmaları, sadece tedavinin gerekli olduğu şeylere odaklanma yüzünden tıbbın, kendini iyi hissetme, otonomi ve ait olma duygusu gibi en temel insan ihtiyaçlarını unuttuğu dönemde, bu ihtiyaçları karşılamak için "Yaşam Kalitesi" teriminden söz edilmeye başlanılmış; 1964'te, JR Elkinton,"Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı bir makale yayınlayarak tıpta "Yaşam Kalitesi" terimini ilk defa kullanan kişi olmuştur (85). Böylece tıpta yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı teknolojinin gelişmesiyle bir tarafa itilen, bütünsani isteklerin hepsini birden kapsayan genişbir kavram olmuştur (86,87).

Yaşam kalitesi bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması gibi yaşamın birçok alanından söz etmektedir. Başka bir söyleyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimidir (88).

Yaşam Kalitesi temel olarak, kişinin, yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki bedensel, psikolojik ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu, yalnızca yeterli fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir (89).

Yaşam kalitesi geleneksel sistemde olduğu gibi hastaların öznel memnuniyeti ve iyilik hallerini değerlendirmeleri değil işlevsellik ve yetersizlik kavramlarını kapsar(90). Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan yeti (işlev) kaybı ile yaşam kalitesi birbirinin içine girmiş değerlendirmelerdir. Oysa belirli bir eylemi gerçekleştirememek (belirli bir mesafeyi yürümek vb.)bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesidir (91).

Yaşam kalitesi kavramı, çok kapsamlı olarak değerlendirilmekle birlikte, Katschnig yaşam kalitesinin literatürde kullanıldığı şekliyle temel olarak üç boyut içerdiğini belirtmiştir. Bunlar:

1. Öznel iyilik durumu veya gerçek yaşam şartlarından tatmin olma (iyi olma haliemosyonla ilişkiliyken tatmin bilişseldir; her ikisi de öznel psikolojik kavramlardır.)
2. Kendine bakım ve sosyal rollerde işlevsellik
3. Hem sosyal destek, hem de dış kaynakları içeren yaşam standardı ve çevreselşartlar (92).

Calman ise yaşam kalitesini “kişinin beklentileri ve elde ettikleri arasındaki imesafe” olarak öznel bir kavramla tanımlamıştır. Ancak “elde edilenler” sadece öznel faktörlere değil çevresel olasılıklara da bağlıdır (93).

Yaşam kalitesinin bileşenleri ise; bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojikdurumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur (94). Yaşamkalitesi kavramının hem öznel hem de nesnel boyutu vardır. “Kendini iyi hissetme”, ”yaşamdan doyum sağlama” ve “mutluluk” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramınınöznel boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerindenetkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir.“Bağımsız yaşayabilme”, ”kişilerarası ilişkiler”, ”üretken olma” gibi ifadeler isenesnel göstergeleri olusturur ve sosyal fonksiyonel normları ve yaşam tarzınıyansıtır (95).

Sonuç olarak, yaşam kalitesine verilen önemin artmasıyla artık bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu veya olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Diğer bir deyişle bir sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi (disabilite) ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmektedir. Varılan nokta, sağlıkla ilgili müdahalelerle ilgili sonuç göstergelerinin yalnızca yaşamları kurtarma temelinde değil aynı zamanda onları “geliştirme” temelinde olmaya başlamıştır (96).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü:

Niteliklerine ve odaklandıkları sağlık sorunlarına göre Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Ölçümünde kullanılan gereçlerin genel sınıflaması için şu ana maddelerden söz edilebilir:

1. Herkesin yaşam kalitesinin bir parçası olduğu hakkında üzerinde fikir birliğine varılmış yaşam kalitesi parametreleri veya fonksiyonları üzerine odaklanmış gereçler,
2. Herkesin yaşam kalitesinin bir parçası olduğu hakkında çoğunlukla kabul edilmiş yaşam kalitesi parametreleri veya fonksiyonları üzerine odaklanmış gereçler,
3. Belirli bir hastalığa veya özelliğe (ör:yaşlı) sahip bireylerin yaşam kalitesinin bir parçası olduğu hakkında üzerinde fikir birliğine varılmış yaşam kalitesi parametreleri veya fonksiyonları üzerine odaklanmış gereçler,
4. Yaşam kalitesinin bazen bir parçası olduğu düşünülen ancak aslında birer klinik ölçüt olan parametreler veya fonksiyonlar üzerine odaklanmış gereçlerb(Ör: depresyon, ağrı, algı fonksiyon ölçütleri),
5. Yaşam kalitesi ile teğet ilişkisi olan ancak nadiren yaşam kalitesinin bir bileşeni olabilecek gereçler (sosyal işlev ölçeği, kişilik testleri gibi).

Yaşam kalitesi tek bir sayı (indeks ölçüt) ile veya bir profil ile ölçülebilir. İndeks ölçütler, doğrudan (Görsel Eşdeğerlik Ölçekleri = Visual Analog Scales veya tercihe dayalı ölçekler) veya dolaylı yoldan (birden çok indeks ölçütün toplanmasıyla) ölçülür. Profil Ölçütler ise, yaşam kalitesinin bütünü belirleyen alt bileşenlerden oluşurlar. Bu alt bileşenlere boyut veya alan, bunların alt bileşenlerine ise bölüm veya faset denir. Profil ölçeklerin genellikle bir toplam puanı yoktur. Ölçek ister indeks olsun isterse profil, sağlıkta yaşam kalitesi ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından, genel amaçlı ve özel amaçlı ölçekler olarak iki ana sınıfa ayrılır. Genel amaçlı ölçütler sağlıkta yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Yaygın olarak kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili

(Sickness Impact Profile), Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI) bu kategoriye örnek oluştururlar. Özel Ölçütler ise, belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol) , yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (Kiddo-KINDL) özel ölçekler örnek verilebilir (96).

2.2.2. Psikiyatride Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber bu kavramın psikiyatride yer edinmesi yenidir.

20. Yüzyıl'ın ortalarında yaşam kalitesinin genel özelliklerinin gelişmesini etkileyen ve özellikle psikiyatride alarmla geçiren iki gelişme olmuştur. İlk olarak Maslow tarafından gereksinimler hiyerarşisi kuramı geliştirilmiştir. Bugereksinimlerin tatmine ulaşmaya kadar insan davranışlarını etkilemekte olduğu ve hiyerarşik bir düzen içinde aşağıdan fizyolojik gereksinimlerle başlayan (besin ve korunma) ,güvenlik gereksinimi, sevmeye sevilme gereksinimi, saygınlık gereksinimiyle yükseldiği ve otonomi gereksinimiyle sonlandığı ileri sürülmüştür. 20. yüzyılın'ın başlarında hastaların büyük ruh sağlığı hastanelerine kapatılmasının, yiyecek gibi fizyolojik,ve güvenlik gibi korunma ihtiyaçları karşılama açısından avantaja sahip olsa da Maslow'un hiyerarşik şablonunda daha yukarıda yer alan otonomi gereksinimine ulaşamaması bir dezavantaj olarak değerlendirilmiştir. Çünkü otonomi bir yaşam kalitesi özelliğidir ve göz ardı edilemezdir. Diğer bir gelişme ise, daha 1950' lerde psikotropik ilaçların tanıtılmasıyla tetiklenmiş, ruh sağlığı hastaneleri küçültülerek kapatılmış ayrıca ruhsal hastalık semptomları, tanı ve relapslar üzerinde yoğunlaşmak yerine psikiyatri gerçek hayata yönlendirilmiştir (97).

Bigelow ve arkadaşları ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü olarak yaşam niteliği kavramını ele almışlardır. Bu modelde, bireyin sosyal talepleri, bireye sunulan fırsatlar/olanaklar ve yeti yitiminin restorasyonu üzerinde durmuşlardır (95). Lehman ve arkadaşları ağır ve kronik ruhsal hastalıklar için öne sürdükleri modelde kişisel özellikler ile

yaşamın çeşitli alanlarındaki öznel yaşam kalitesi belirteçleri ve nesnel yaşam kalitesi belirteçlerine önem vermişlerdir. Duygular ve beklentiler öznel göstergeleri oluştururken;işlev, uyum ve yaşam biçimi nesnel belirteçleri oluşturmaktadır (98). Awad ve arkadaşları antipsikotik ilaç tedavisi altındaki şizofreni hastaları için bütüncül bir yaşam kalitesi modeli (çok boyutlu sirküler model) öne sürmüştür (95). Bu modelde, bir yandan kaynaklar, sosyal bağlar, kişilik, değerler ve tutumlar gibi faktörlerin etkisindeki, öte yandan psikotik belirtilerin şiddeti, ilaç yan etkileri ve psikososyal performans düzeyi gibi faktörlerin etkisindeki hastanın öznel algısının yaşam kalitesini gösterdiğini bildirmişlerdir (99).

Toplumda yaşayan kronik ruh sağlığı bozuk hastalarda, yaşam kalitesi çalışmaları 1980'lerden sonra başlamıştır (100) ve 1980'li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaşam kalitesi kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesi, konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde ilk olarak araştırma alanı bulmuş, bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve ağır/süreğen bozukluklar izlemiştir (101).

2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yaşam Kalitesi

Obsesif kompulsif bozukluk bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile kişinin aile, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süreğen bir bozukluktur(102). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda ise beşinci sırada yer almaktadır (103). Obsesif kompulsif bozukluk hem sık görülen bir bozukluk olması, hem de kişinin yaşam kalitesinin birçok yönünü etkilemesi nedeniyle birey ve toplum sağlığı açısından giderek daha çok önem kazanmaktadır (104).

Sağlıklı kontroller ile karşılaştırılarak yapılan çalışmalarda OKB hastalarınınyaşam kalitesinin, psikolojik ve sosyal ilişkiler alan skorlarının daha düşük olduğubulunmuştur (104,105,106). Depresif bozukluklu hastalar, sağlıklı kontroller ve OKB hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB hastalarının yaşam kalitesi skorları sağlıklı kontrollerinkinden

düşük, depresif bozukluklu hastalarınıninkinden yüksek bulunmuştur. Ancak yine aynı çalışmada tedavi sonrası yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırıldığında bu sefer OKB hastalarının yaşam kalitesi skorları depresif bozukluklu hastalarının yaşam kalitesi skorlarından daha düşük bulunmuştur (107).

Yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçek olan WHOQOL-BREF-TR'de yaşam kalitesi fiziksel, çevresel, sosyal ve psikolojik olarak dört boyutta incelenmektedir. Fiziksel boyutta; günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağlı olma, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü; psikolojik boyutta; olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüm, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler boyutunda diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam; çevre boyutunda; ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fiziksel çevre ve ulaşım değerlendirilmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta, yaşam kalitesinin klinik belirleyicilerini inceleyen bir araştırmada obsesyon ve depresyon şiddetinin yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu, ama kompulsiyon şiddetinin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (108). Bununla benzer olarak Beşiroğlu ve ark.nın yaptığı bir çalışmada obsesyon ve kompulsiyonların belirgin düzeyde yetiyitimi oluşturmasıyla birlikte yaşam kalitesi değerlendirme araçları ile ölçülen yaşam kalitesinde depresif belirtilerin de etkisinin ön plana çıktığı saptanmıştır. Yaşam kalitesinin alt alanlarının ilişkisinin de araştırıldığı bu çalışmada depresyon şiddetinin fiziksel sağlık alanı, psikolojik sağlık alanı ve sosyal ilişkiler alanıyla ilişkili olduğu; kompulsiyon şiddetinin sosyal ilişkiler alanıyla ilişkili olduğu ve hastalık süresi ile çevre alanı arasında da negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. (104). Stengler-Wenzke ve ark.nın OKB hastalarında yaşam kalitesini araştırdığı bir çalışmada da kompulsiyonların yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevresel alanlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu ancak obsesyonların yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. (109). OKB hastalarının yaşam kalitesinde rol oynayan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada yine benzer şekilde obsesif-kompulsif semptom şiddetiyle ruhsal

sağlık,sosyal işlevsellik ve genel sağlık arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (110).

Akdede ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir çalışmada, OKB'lu hastaların yaşam kalitesinin birçok alanı ile bilişsel işlevler arasında olumsuz bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada hastaların dikkat, görsel izlem ve işleyen bellek gibi bilişsel alanlardaki işlevlerin, yaşam kalitesinin psikolojik, sosyal ve çevre alanlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (105).

Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesiyle ilgili veriler, hekim hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde, tedavi için başvuran hastaların önceliklerinin anlaşılmasında, tedavi hizmetlerinin seçiminde, sonuçlarının izlenmesinde, yöntemlerinin karşılaştırılmasında, hastalıkların doğasının daha iyi anlaşılmasında, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ve aile içindeki etkisi belirlenerek rahabilitasyonda kullanılabilir. (105).

2.2.4. Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların yakınlarında aile/hastalık yükü

Yüzyıldan fazla süredir geleneksel psikiyatri, semptom ve tanılar üzerinde odaklanmış, ancak son birkaç 10 yıldır bilimsel ve pratik uygulamalarda önemli hale gelen “yaşam kalitesi”, “aile yükü” ve “hasta memnuniyeti” gibi konularda ruhsal hastalığın hastalık olmayan kısımlarıyla da ilgilenmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyle birlikte yaşamının aile üyeleri üzerinde bir takım sorunlar oluşturabileceği gösterilmiş ve bu aileye yük olarak tanımlanmaktadır (111).

Yük kavramı nesnel ve öznel yük olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Nesnel yük gelir kaybı, sağlık üzerine etkiler, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi zorlukları ifade ederken, öznel yük ise hastanın rahatsızlık verici davranışları ile ilişkili sıkıntı ve hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyini kapsamaktadır (111,112). Reinhart ve Horwitz öznel yükün utanç, damgalama, suçluluk, gücenme, küskünlük, bıkkınlık gibi duygusal boyutları olduğunu ifade etmişlerdir (113). Aile bireylerinin en sık karşılaştıkları güçlükler aile içi çatışma, depresyon, tükenmişlik, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler, utanç, öfke, suçluluk gibi hisler olduğu saptanmıştır (8, 114).

Ruhsal bozuklukların aileler üzerinde yarattıkları yük merak konusu olmuş,bu alanda ilk çalışmalar daha çok şizofreni alanında yapılmıştır.Zamanla duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarıyla ilgili de aile yükü çalışmaları artmıştır. Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarında azımsanmayacak oranda aile yükü yaşanmakta olduğu gösterilmiştir(114,115).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal ve davranışsal yönleri ile kişinin aile, akademik, meslek ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregen bir rahatsızlıktır (3). Bu hastalık sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkileyebilmektedir (3,4,5). OKB hastalığının klinik özelliklerinden dolayı hasta yakınları günlük aktivitelerini değiştirerek hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Hastanın kuşku obsesyonları, kararsızlığı, güven arama davranışı, kaçınma davranışları ve ritüelleri aile bireylerine aşırı bağımlılık ile sonuçlanabilir (6). Bununla birlikte hastanın birçok görev ve sorumluluklarını aile bireyleri yüklenabilir. Hastanın hastalıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak üzere aile bireylerinin hastanın ritüellerine katılımı olarak tanımlanan aile uyumu, hastanın anksiyetesini azaltıyor gibi görünmekle birlikte bu uyum, hastalığın gidişini kötüleştirmekte, aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir (6,7). Hastaların ellerini yıkayıp yıkamadığı; kapıyı, elektrik düğmesini kapatıp kapatmadığı gibi endişeleri hakkında tekrar tekrar aile üyelerince onaylanma istekleri olabilir. Ayrıca temizlik, sıralama-düzen kompulsiyonları hem kendisinin, hem de aile üyelerinin gündelik yaşamının kısıtlanmasına neden olabilmektedir (116). OKB hastalarının yakınları hastanın kompulsiyonlarına dahil olduklarında bir çok psikiyatrik hastalığa göre hastalıktan daha fazla etkilenmektedirler (114,117). Bununla birlikte OKB aile işlevselliğini de birçok yönde etkilemektedir. Aile bireylerinin mesleki işlevsellikleri bozulabilir, geleceğe yönelik planlarını tekrar gözden geçirmek zorunda kalabilirler. Hastanın hastalığı nedeniyle çalışamamasıyla birlikte ailenin ekonomik yükü artmaktadır (118). OKB'li hasta yakınları utanç ve damgalanmışlık hislerinden kaçınmak için, hastalık belirtilerini gizleme ve

inkâr etme eğilimindedirler. Bu da hasta yakınlarının hastaları ile birlikte sosyal ortamlara girmekten kaçınmalarına neden olmaktadır (119,120).

OKB hasta yakınlarında aile yükü çalışmaları özellikle 1990 lı yıllardan sonra hız kazanmıştır. Gururaj ve ark.(121)nin OKB ve şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarını değerlendirdikleri çalışmada şizofreni ve OKB li hasta yakınlarında, aile içi ilişkilerde ve boş zaman aktivitelerinde bozulma, aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine olumsuz etkiler benzer bulunmuştur. Ekonomik yük, günlük aktivitelerde bozulma ve tüm aile yükü değerleri ise şizofreniden daha az bulunmuştur. Bu çalışmada hastalık şiddeti ve aile yükü arasında korelasyon bulunmamıştır. Ancak Magliano ve ark. (122) çalışmasında ise obsesif kompulsif hastalık şiddeti ve yeti yitimi ile aile yükü orantılı bulunmuştur. OKB ve şizofreni hastalarının birinci derecede yakınlarını değerlendirildiği diğer bir çalışmada da şizofreni ve OKB'li hasta yakınlarında aile yükü benzer bulunmuştur. Her iki grupta hastalığın şiddeti ve yeti yitimi ile aile yükü orantılı bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, ikamet, aile yapısı, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu gibi sosyodemografik özelliklerin ise aile yükünü etkilemediği saptanmıştır. Ayrıca hastalığın süresi ile total aile yükü arasında ilişki saptanmamıştır (123). Gupta ve ark. (8) ile Chakaraborti ve ark.nın (124) çalışmalarında ise hastalık süresinin uzun olmasının aile yükünü artırdığı saptanmıştır. Ramos ve ark. 50 OKB hastasını aldıkları diğer bir çalışmada hastalık şiddeti ile aile yükü arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Halen bir işte çalışan hasta yakınlarında ise, çalışmayanlara göre daha yüksek aile yükü saptanmıştır (125).

Vikas ve ark. nın OKB ve depresif bozukluklu hastalarda yaptığı çalışmada OKB'li hastaların yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin daha iyi olmasına rağmen, bakımveren yükünün OKB hasta yakınlarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Bayanlarda, evlenmemiş olanlarda, düşük sosyoekonomik seviyedeki bireylerde ve kırsal alanda yaşayanlarda aile yükü daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın şiddeti, süresi ve hastaneye yatış ile aile yükü arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (126).

2.2.5. Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların yakınlarında yaşam kalitesi

Psikiyatrik hasta yakınlarında aile yükü kavramının yaygınlaşması, bununla ilgili araştırmaların artması ve sonuçları, hem hastanın rehabilitasyonu hem de yakının genel sağlığı ve memnuniyeti için hasta yakınlarında yaşam kalitesini araştırmayı zorunlu hale getirmiştir. OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlardan Stengler-Wenzke ve ark., OKB'li hasta yakınları ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmalarında, OKB'li hasta yakınlarının yaşam kalitesinde fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanları genel popülasyona göre daha düşük bulunmuştur (127). Albert ve ark. yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi genel topluma göre düşük bulunmuştur. Kadın cinsiyet ve ileri yaş yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanındaki düşüklük için, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği toplam puanı ise psikolojik sağlık alanındaki düşüklük için belirleyici olarak bulunmuştur (128). Sandeepgrover ve ark. OKB hastalarına bakımverenlerde algılanan yük ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında, OKB'nin hasta yakınlarına ağır yük getirdiğini ve yaşam kalitesini bozduğunu göstermişlerdir. Bakımverenlerdeki yüksek hastalık yükü ve düşük yaşam kalitesi, OKB hastalığının şiddetiyle ilişkili bulunmuştur. Hastanın klinik değişkenleri ile bakımverenlerin yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Bakımverenlerin fiziksel sağlık alanındaki düşüklük hastanın yaşı, uzun hastalık ve tedavi süresiyle ilişkili bulunmuştur. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğindeki yüksek kompulsiyon puanlarının yaşam kalitesinin her alanında anlamlı düşüklüğe yol açtığı gösterilmiştir. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğindeki yüksek obsesyon puanlarının ise yaşam kalitesinin genel, sosyal ve çevresel alanlarında düşüğe yol açtığı gösterilmiştir. Algılanan bakım yükü ile bakımverenlerin yaşam kalitesi arasında belirgin korelasyon saptanmıştır. Yüksek nesnel yük, aile içi etkinliğin ve iletişimin aksamaması ile bakımverenlerin yaşam kalitesindeki her alanın düşüklüğüyle ilişkili bulunmuştur (129).

Ülkemizde yapılan OKB hasta yakınlarıyla sağlıklı kontrollerin yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, hasta yakınlarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuş; hastalık süresinin uzunluğu ve hasta yakınında komorbid duygudurum bozukluğunun bulunmasının yaşam kalitesi alanlarındaki düşüklük ile ilişkili olduğu saptanmıştır (130).

3. AMAÇ

3.1. Amaç

Bu araştırmada obsesif kompulsif bozukluk hastalarıyla birlikte yaşayan kişilerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, başta hasta yakının algıladığı hastalık yükü olmak üzere, hasta yakınının yaşam kalitesinde olumsuzluğa yol açabilecek hasta ve hasta yakınına ait etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Temel hipotezler

Yaşam Kalitesi ile ilgili hipotezler:

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarla birlikte yaşayan kişilerin yaşam kalitesi,

1. Kişinin kendi yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenir.
2. OKB tanılı hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenir.
3. OKB tanılı hastaların hastalığa ait klinik özelliklerinden etkilenir. Hastalık süresi, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı ve obsesif kompulsif belirti şiddeti arttıkça yaşam kalitesi olumsuz etkilenir.
4. OKB tanılı hastaların yaşam kalitesinden etkilenir. Hastaların yaşam kalitesiyle birlikte yaşadığı kişilerin yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki vardır.
5. Kişinin algıladığı hastalık yükünden etkilenir. Hastalık yükü arttıkça yaşam kalitesi olumsuz etkilenir.

Hastalık yükü hipotezi:

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarla birlikte yaşayan kişilerin algıladığı hastalık yükü,

1. Kişinin kendi yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenir.

2. OKB tanılı hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenir.

3. OKB tanılı hastaların hastalığa ait klinik özelliklerinden etkilenir. Hastalık süresi ve obsesif kompulsif belirti şiddeti arttıkça hasta yakınının algıladığı hastalık yükü artar.

4. OKB tanılı hastaların yaşam kalitesinden etkilenir. Hastanın yaşam kalitesi boyutları kötüleştikçe, hasta yakınının algıladığı hastalık yükü artar.

4- GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. Araştırma Alanı ve Örneklemi

Araştırma Aralık 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütüldü.

Araştırma örneklemini Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı konulmuş hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 68 OKB tanılı hasta ile bu hastalarla birlikte yaşayan, çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 68 hasta yakınından oluşmaktadır.

4.2. Araştırmaya dahil olma ölçütleri

Hasta grubu:

1. 18 yaşından büyük olmak,
2. En az okur-yazar olmak,
3. DSM-IV e göre OKB tanı ölçütlerini karşılıyor olmak,
4. Mevcut araştırmaya katılmayı kendi rızası ile kabul etmek ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak,

5. Araştırma süresince yapılacak klinik görüşme ve uygulanacak hastanın dolduracağı ya da klinisyen tarafından doldurulacak ölçek ve formların sağlıklı biçimde tamamlanmasına yetecek düzeyde ruhsal ve fiziksel yeterliliğe sahip olmak.

Hasta yakını grubu:

1. 18 yaşından büyük olmak,
2. En az okur-yazar olmak,
3. Hastayla en az 1 yıldır aynı evde yaşıyor olmak,
4. Mevcut araştırmaya katılmayı kendi rızası ile kabul etmek ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak,
5. Araştırma süresince yapılacak klinik görüşme ve uygulanacak hastanın dolduracağı ya da klinisyen tarafından doldurulacak ölçek ve formların sağlıklı biçimde tamamlanmasına yetecek düzeyde ruhsal ve fiziksel yeterliliğe sahip olmak.

4.3. Araştırmadan dışlama ölçütleri

Hasta grubu:

1. Depresif bozukluk, depresif semptomatoloji ve nikotin bağımlılığı dışında DSM-IV'e göre Eksen-1 tanılı başka hastalığının bulunması,
2. Mental Retardasyon bulunması,
3. Yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği varsayılan, herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık (örneğin kontrol altına alınamayan endokrin, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı) öyküsünün olması

Hasta yakını grubu:

1. Nikotin bağımlılığı dışında DSM-IV e göre Eksen-1 tanılı hastalığının bulunması,
2. Mental Reterdasyon bulunması,
3. Yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği varsayılan, herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık (örneğin kontrol altına alınamayan endokrin, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı) öyküsünün olması

4.4. Araştırmada Uygulanan Veri Toplama Araçları

1. SCID-I Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
2. Sosyodemografik Veri Formu

3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)- Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi
4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)
5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR)
6. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

4.4.1. SCID-I DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:

Hasta grubu ve kontrollerde DSM-IV'e göre birinci eksen psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırma amacı ile First ve arkadaşları tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formudur (131). Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçe çevirisi, uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (132). Görüşmecilerin tüm tanılar için uyuma yüzdeleri % 98.1 ve Kapa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

4.4.2. Sosyodemografik Veri Formu:

Hastalara uygulanan araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik düzeyi, doğum yeri, yaşadığı yer, kardeş sayısı, aile bütünlüğü, anne baba eğitimi ve birlikte yaşadığı kişiler gibi kişisel özellikleri değerlendiren sorular ile hastalık süresi, psikotrop ilaç kullanma durumu, tedavi süresi, ilaç öyküsü, hastaneye yatış öyküsü ve psikoterapi öyküsü gibi klinik özellikleri değerlendiren sorular içermektedir.

Hasta yakınlarına uygulanan araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu; hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, gelir durumu, doğum yeri, yaşadığı yeri, kardeş sayısı, aile bütünlüğü, anne baba eğitimi, birlikte yaşadığı kişileri ve hasta ile yakınlık derecesini değerlendiren soruları içermektedir.

4.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ):

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir (133). Görüşmeci tarafından uygulanır ve toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında)

kullanılmakta ve her soruya 0-4 arasında puan verilmektedir. İlk 5 madde obsesyonları, 6-10. maddeler kompulsiyonları değerlendirir. 11.madde ise hastalığın içgörüsünü değerlendirmektedir. 12.madde kişilerin kaçınma davranışlarını, 13.madde kişilerdeki kararsızlık düzeyini, 14.madde sorumluluk duygusunu, 15.madde kişilerin hareketlerindeki yavaşlama düzeyini, 16.madde kişilerin hafızalarına olan güvenlerini değerlendirmektedir. 17-19. maddeler ise uygulayıcı tarafından hastalığın şiddeti, iyileşme düzeyi ve testte verilen bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeye yöneliktir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Onbirinci madde OKB'nin şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılmamakla birlikte hastaların obsesif-kompulsif belirtilere içgörüsünü değerlendirmektedir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (134).

4.4.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

Hamilton tarafından 1960 yılında depresyonun şiddetini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (135). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (136). Depresyonun bedensel ve psikik belirtilerinin değerlendirildiği 17 madde bulunmaktadır. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-51 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı 7 olarak hesaplanmıştır.

4.4.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF TR):

WHOQOL-BREF, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır (137).

WHOQOL-Bref, orjinal ölçekteki (whoqol-100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Bref, uzun ölçeğin aksine 4 Boyut (domain) dan oluşmuştur. Bu boyutlar: Bedensel iyilik, Ruhsal (mental) iyilik, Sosyal ilişkiler ve Çevre boyutlarıdır. Ölçeğin WHOQOL-100 'de olduğu gibi ayrı ayrı

bölümleri (fasetleri) yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir boyut maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu skorlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacının tercihidir. Ancak genel olarak ülkemizde 20 puan üzerinden olan skorlamalar daha yaygın bir uygulamadır. Skorların herhangi bir kesme noktası yoktur. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Türkçe sürümün geçerlilik ve güvenilirliği, Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve birçok çalışmada kullanılmıştır (138).

Bedensel boyut: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü

Ruhsal boyut: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama

Sosyal ilişkiler boyutu: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam

Çevresel boyut: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre, ulaşım ve sadece Türkçe ulusal sürümde geliştirilmiş özel olan “sosyal baskı”.

4.4.6. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği:

Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde hastalık yükünü değerlendirmek amacıyla Reinhard ve ark. tarafından geliştirilmiştir (139). 19 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve dördümlü likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler hastaya bakım verenlerin gündelik yaşamlarının hastalık nedeniyle ne ölçüde değiştiğini, hasta olan yakınları için ne ölçüde kaygı taşıdıklarını sorgulamaktadır. Ölçek toplam puanı her bir maddenin puanının aritmetik toplamından oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (140). Ölçeğin Türkçe sürümü çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.

4.5. Veri toplama yöntemi ve etik onay

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, OKB tanısı konulmuş hastalar ile SCID görüşmesi yapılarak tanı değerlendirilmesi yapıldı. SCID görüşmesinin ardından araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 68 OKB tanılı hastaya sosyodemografik ve klinik

özelliklerini saptamak için araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi, depresif belirtilerin şiddetini saptamak için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR) uygulandı.

Araştırmaya alınan OKB tanılı hastaların en az 1 yıldır birlikte yaşadığı yakınlarına hasta aracılığıyla ulaşıp hastaneye çağırılarak SCID görüşmesi ile tanı değerlendirilmesi yapıldı. SCID görüşmesinin ardından araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 68 hasta yakınına sosyodemografik özelliklerini saptamak için Sosyodemografik Veri Formu, hastalığın birlikte yaşadığı kişide yarattığı yükü saptamak için Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR) uygulandı.

Bu araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 14.03.2013 tarihinde 20478486-61 sayılı onay belgesi uyarınca, bireyler çalışmaya alınmadan önce, tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve konuyla ilgili olarak bilgilendirilmiş onamları alındı.

4.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenler, ortalama, standart sapma, min maks ile; kategorik değişkenler ise sayı yüzde dağılımları ile tanımlanmıştır.

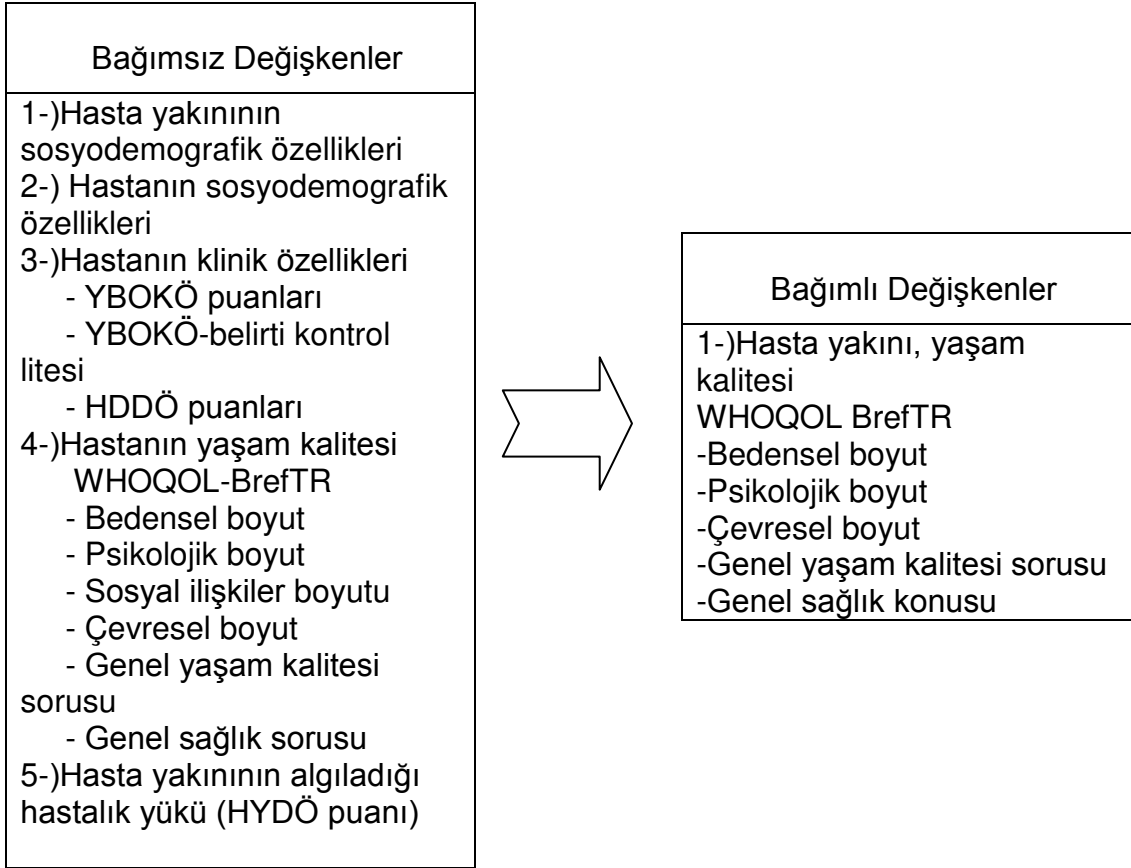
Tanımlayıcı bulguları, istatistik çözümlemeler izlemektedir: araştırmada tek ve çok değişkenli istatistik çözümlemeler uygulanmıştır. Bu araştırmanın değişkenleri aşağıda listelenmiştir. Bağımlı değişkenlerin her biri için ayrı ayrı tek ve çok değişkenli istatistik çözümlemeler yapılmıştır. İstatistik çözümlemelerde bütün bağımlı değişkenler sürekli (sayısal) değişken olarak kullanılmışlardır.

4.6.1 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Yaşam kalitesi boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı tekli çözümlemelerde ve çoklu modellerde, yukarıda araştırmanın yaşam kalitesi

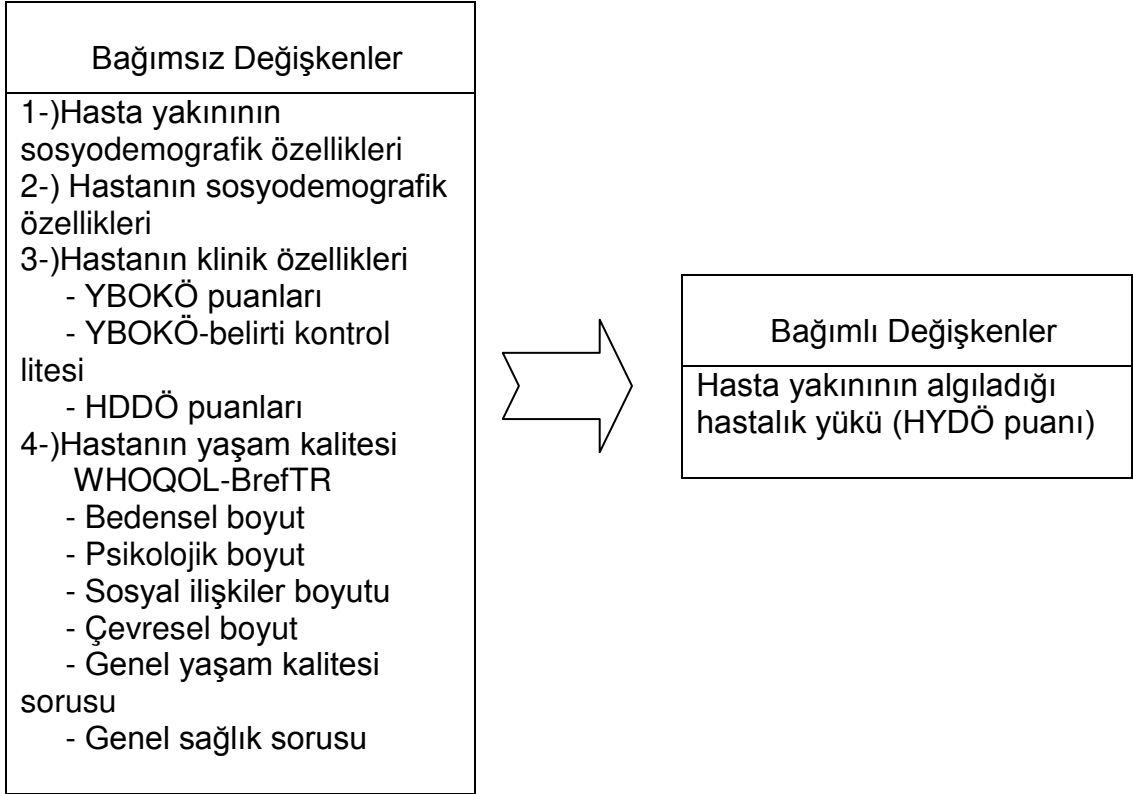
hipotezlerinde de vurgulanmış olan, aşağıda belirtilen nedensellik ilişkisi kullanılmıştır:

Şekil-1: Bağımlı-bağımsız değişken nedensellik ilişkisi



Hastalık yükünün bağımlı değişken olarak alındığı tekli çözümlemelerde ve çoklu modelde, yukarıda araştırmanın “hastalık yükü” ile ilgili hipotezinde de vurgulanmış olan, aşağıda belirtilen nedensellik ilişkisi kullanılmıştır:

Şekil-2: Bağımlı-bağımsız değişken nedensellik ilişkisi



4.6.2 Tek değişkenli Çözümler:

Tek değişkenli çözümlerlerde, her bir bağımsız değişken ile her bir bağımlı değişkenin ikili ilişkisi araştırılmıştır.

İki kategorili (dikotom) bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenlerin karşılaştırıldığı parametrik durumlarda Student's t testi; parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U önemlilik testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin üç veya daha çok alt kategoriye ayrıldığı karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis ANOVA önemlilik testi kullanılmıştır. Gruplar arasında farklılık bulunduğu durumlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla post hoc test olarak Mann Whitney U test uygulanmıştır. Post hoc karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi grup sayısına göre bölünerek elde edilmiştir. Örneğin 3 grup karşılaştırmalarında $p < 0.017$ olarak alınmıştır.

Bağımsız değişkenin sürekli değişken tipinde olduğu durumlarda ise karşılaştırmalarda, parametrik durumlarda Pearson korelasyonu, parametrik

olmayan durumlarda Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi kullanılarak yapılmıştır.

4.6.3 Çok değişkenli Çözümler:

Tek değişkenli çözümlerde istatistiksel açıdan anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli modellere alınmışlardır. Çok değişkenli modellerde Çoklu Doğrusal Regresyon Modelleri kullanılmıştır. Araştırma öncesinde kurduğumuz hipotezler doğrultusunda bağımlı değişken olan hasta yakını yaşam kalitesi boyutlarının her biri için 4 ayrı model kurulmuştur. Basamaklı modellerde indirgenmiş son model gösterimleri sunulmuştur. Bu çalışmada Yaşam kalitesinin 4 ayrı boyutu (Bedensel boyut, Psikolojik boyut, Sosyal ilişkiler boyutu, Çevresel boyut) ve 2 ayrı sorusu (genel yaşam kalitesi ve genel sağlık sorusu) araştırmanın 6 bağımlı değişkenidir. Sözü edilen her bir bağımlı değişken için 4 ayrı model oluşturulmuştur. Böylece yaşam kalitesinin bağımlı değişken olarak alındığı model sayısı toplamda 24 oldu.

Bağımlı değişken: Hasta Yakını Yaşam Kalitesi boyutları: Bedensel boyut, Psikolojik boyut, Sosyal ilişkiler boyutu, Çevresel boyut, Genel Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık

Bağımsız değişkenler:

Model 1-) Tek değişkenli çözümlerde anlamlı bulunan hasta yakınına ait değişkenler

Model 2-) Tek değişkenli çözümlerde anlamlı bulunan hastaya ait değişkenler

Model 3-) Tek değişkenli çözümlerde anlamlı bulunan hasta ve hasta yakınına ait değişkenler

Model 4-) Model 3'ten Hastalık Yükünün çıkarıldığı değişkenler

Yaşam kalitesinin bağımlı değişken olarak kullanıldığı 24 model, dışında yukarıdaki Hastalık Yükünün bağımlı değişken olduğu ek bir çoklu model daha (25. Model) kuruldu.

İstatistik çözümlerde anlamlılık düzeyi en az 0.05 olarak kabul edilmiştir. Çözümler, SPSS 15.0 istatistik paketi kullanılarak yapılmıştır.

5-BULGULAR

Araştırma Aralık 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütüldü. Polikliniğe başvuran 86 hastanın beşi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Üç hasta okuryazar olmadığı için, dokuz hasta yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilecek eşlik eden hastalık olduğu için (bir hastada son dönem böbrek yetmezliği, iki hastada KOAH, bir hastada alkol bağımlılığı, iki hastada epilepsi, iki hastada kalp yetmezliği, bir hastada ekstremitte amputasyonu), bir hasta yalnız yaşadığı için araştırma dışı bırakıldı. Araştırma kriterlerini karşılayan 68 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı hasta ve bu hastalarla birlikte yaşayan araştırma kriterlerini karşılayan 68 hasta yakını değerlendirmeye alındı.

5.1.Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1.Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri tablo 1'de izlenmektedir: Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 36.00 ± 12.36 yıl (min:18, mak:64), hasta yakınlarının ise 44.19 ± 13.49 yıl (min:20, maks:80) olarak bulundu. Hastaların 54'ü (%79.4) kadın, 14'ü (%20.6) erkek idi. Hasta yakınlarının ise kadın erkek sayısı birbirine daha yakındı: 31 kadın (%45.6), 37erkek(%54.4) bulunuyordu.

Hastaların 44'ü (%64.4) ve hasta yakınlarının 53'ü (%77.9) gibi büyük çoğunluğu evli olup geriye kalanlar bekar, eşi ölmüş ya da eşinden boşanmıştı. Hastaların 46'sı (%67.6), hasta yakınlarının 56'sı (%82.4) çocuk sahibiydi. Hastaların 20'sinin (%29.4), hasta yakınlarının 42'sinin (%61.8) 1 veya 2 çocuğu ve hastaların 20'sinin (%29.4), hasta yakınlarının 14'ünün (%20.6) 3 veya daha fazla sayıda çocuğu vardı.

Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında 2 grupta benzer özellikler görüldü. Hasta grubunda eğitim süresi ortalama 8.84 ± 3.96 yıl, hasta yakınlarında ise 8.24 ± 4.56 yıl idi. Hastaların 24'ü (35.3) ilkokul, 9'u (13.2)

ortaokul; hasta yakınlarının 26'sı (%38.2) ilkokul, 4'ü (%5.9) ortaokul mezunuydu. Hasta ve hasta yakınlarının 17'si (25.0) lise, 15'i (22.1) üniversite mezunu idi.

Hastaların mesleklerine gruplarına bakıldığında 1'i çiftçi, 4'ü işçi, 4'ü memur, 1'i esnaf, 2'si işadami/kadını, 2'si serbest, 35'i ev hanımı, 10'u öğrenci, 4'ü emekli, 2'si işsiz, 3'ü sınıflandırılmamış grupta idi. Hasta yakınlarının 3'ü çiftçi, 15'i işçi, 8'i memur, 3'ü esnaf, 1'i işadami/kadını, 1'si serbest, 18'i ev hanımı, 4'ü öğrenci, 11'i emekli, 2'si işsiz, 2'si sınıflandırılmamış grupta idi. Hastaların sadece 14'ü (%20.6), hasta yakınlarının ise 31'i (%45.6) halen aktif olarak çalışmakta idi. Hasta ve hasta yakınlarının algıladıkları gelir durumu açısından arada fark yoktu; 10'u düşük (%14.7), 46'sı (%67.6) orta, 12'si (%17.6) iyi gelir düzeyindeydi.

Hasta ve hasta yakınlarının doğum yeri çoğunlukla ilçeydi. Hastaların 2'si (%2.9) yurtdışında doğmuş iken hasta yakını grubunda yurtdışında doğan bulunmamaktaydı. Hasta ve hasta yakınlarının 4'ü (%5.9) köy/kasabada, 26'sı (%38.2) ilçede, 36'sı (%52.9) il merkezinde, 2'si (%2.9) yurtdışında yaşıyordu.

Kardeş sayılarına bakıldığında hastaların 24'ünün (%35.3), hasta yakınlarının 38'inin (%55.9) 4 veya daha fazla kardeş olduğu görüldü. Hastaların 21'i (%30.9) kardeşleri arasında birinci sırada, 24'ü (%35.3) ikinci sırada geri kalanı üçüncü veya daha fazla sıradaydı. Hasta yakınlarının ise 21'i (%30.9) birinci sırada, 20'si (%29.4) ikinci sırada geri kalanı üçüncü veya daha fazla sıradaydı. Hastaların ve hasta yakınlarının çoğununun anne ve babasının hayatta olduğu görüldü. Anne ve babası hayatta olmayan 8 hasta (%11.8), 21 hasta yakını (%30.9) vardı. Hastaların ebeveynlerinin eğitim düzeyine bakıldığında babalarının (%55.9) ve annelerinin (%52.9) önemli bir kısmı ilkokul mezunuydu. Hasta yakınlarının ise babalarının % 51.5 gibi çoğunluğu ilkokul mezunu, annelerinin %32.4 gibi önemli bir kısmı okur yazar değildi.

Hasta yakınlarının hastayla yakınlık derecesine bakıldığında hasta yakınlarının yaklaşık yarısı (%54.4) hastaların eş/partneri, 16'sı (%23.5)

ebeveyni, 5'i (%7.4) kardeşi, 3'ü (%4.4) çocuğu, 6'sı (%8.8) arkadaşı ve 1'i (%1.5) anneannesi.

Araştırmaya katılan tüm hasta ve hasta yakınlarının sağlık güvencesi bulunmaktaydı.

Tablo1: Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişken		Hasta (n:68)		Hasta Yakını (n:68)	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaş (ort ± ss)		36.00 ± 12.38		44.19 ± 13.49	
Cinsiyet	Erkek	14	20.6	37	54.4
	Kadın	54	79.4	31	45.6
Medeni Durum	Bekar	20	29.4	9	13.2
	Evli	44	64.7	53	77.9
	Boşanmış	1	1.5	1	1.5
	Eşi ölmüş	3	4.4	5	7.4
Çocuk Sahibi	Var	46	67.6	56	82.4
	Yok	22	32.4	12	17.6
Çocuk Sayısı	0	22	32.4	12	17.6
	1 veya 2	20	29.4	42	61.8
	3 veya üstü	20	29.4	14	20.6
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar	3	4.4	6	8.8
	İlkokul	24	35.3	26	38.2
	Ortaokul	9	13.2	4	5.9
	Lise	17	25.0	17	25.0
	Üniversite	15	22.1	15	22.1
Eğitim Süresi Yıl (ort ± ss)		8.84 ± 3.96		8.24 ± 4.56	
Meslek	Çiftçi	1	1.5	3	4.4
	İşçi	4	5.9	15	22.1
	Memur	4	5.9	8	11.8
	Esnaf	1	1.5	3	4.4
	İşadamı/İşkadını	2	2.9	1	1.5
	Serbest	2	2.9	1	1.5
	Ev kadını	35	51.5	18	26.5
	Öğrenci	10	14.7	4	5.9
	Emekli	4	5.9	11	16.2
	İşsiz	2	2.9	2	2.9
	Diğer	3	4.4	2	2.9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14	20.6	31	45.6
	Çalışmıyor	54	79.4	37	54.4
Algılanan gelir durumu	Düşük	10	14.7	10	14.7
	Orta	46	67.6	45	66.2
	İyi	12	17.6	13	19.1
Doğum Yeri	Köy/Kasaba	7	10.3	10	14.7
	İlçe	33	48.5	36	52.9
	Küçük kent	6	8.8	7	10.3
	Büyük kent	20	29.4	15	22.1
	Yurtdışı	2	2.9	-	-

Tablo1: Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı (devamı)

Değişken		Hasta (n:68)		Hasta Yakını" (n:68)	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaşadığı yer	Köy/Kasaba	4	5.9	4	5.9
	İlçe	26	38.2	26	38.2
	Küçük kent	3	4.4	3	4.4
	Büyük kent	33	48.5	33	48.5
	Yurtdışı	2	2.9	2	2.9
Kardeş Sayısı (ortalama ± ss)		3.65 ± 1.80		4.01 ± 2.20	
Kardeş Sayısı (kategorik)	1,2 veya 3	44	64.7	30	44.1
	4 veya üstü	24	35.3	38	55.9
Kaçınıcı Çocuk Olduğu	1.	21	30.9	21	30.9
	2.	24	35.3	20	29.4
	3. veya üstü	23	33.8	27	39.7
Aile Bütünlüğü	Anne Baba hayatta	43	63.2	37	54.4
	Yalnız Anne hayatta	13	19.1	8	11.8
	Yalnız Baba hayatta	4	5.9	2	2.9
	Anne Baba hayatta değil	8	11.8	21	30.9
Baba Eğitimi	Okuryazar değil	7	10.3	10	14.7
	Okuryazar	6	8.8	7	10.3
	İlkokul	38	55.9	35	51.5
	Ortaokul	2	2.9	3	4.4
	Lise	7	10.3	9	13.2
	Üniversite	8	11.8	4	5.9
Anne Eğitimi	Okuryazar değil	13	19.1	25	36.8
	Okuryazar	6	8.8	11	16.2
	İlkokul	36	52.9	22	32.4
	Ortaokul	3	4.4	2	2.9
	Lise	6	8.8	5	7.4
	Üniversite	4	5.9	3	4.4
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Aileyle biriyle	6	8.8	6	8.8
	Çekirdek aile	40	58.8	40	58.8
	Geniş aile	17	25	17	25
	Arkadaş/Partner	5	7.5	5	7.4
Hastayla Yakınlık Derecesi	Anne veya baba	-	-	16	23.5
	Eş/Partner	-	-	37	54.4
	Kardeş	-	-	5	7.4
	Çocuk	-	-	3	4.4
	Arkadaş	-	-	6	8.8
	Diğer	-	-	1	1.5

5.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmamızda ortalama hastalık süresi 8.05 ± 7.17 yıl, tedavi süresi

3.98 $\pm$ 4.76 olarak bulundu. Hastaların ortalama obsesyon çeşidi sayısı 2.76 $\pm$ 1.14, kompulsiyon çeşidi sayısı 2.49 $\pm$ 1.45 idi. Hastaların Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) obsesyon alt puanı ortalaması 10.72 $\pm$ 4.41, YBOKÖ kompulsiyon alt puanı ortalaması 9.63 $\pm$ 5.25, YBOKÖ toplam puan ortalaması 20.35 $\pm$ 7.88 ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) toplam puan ortalaması olarak bulundu. (Tablo 2)

Tablo 2- Araştırmaya katılan hastaların klinik özellikler ve ölçek puanlarına göre dağılımı

	Sayı	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Hastalık süresi (yıl)	68	1	30	8.05	7.17
Tedavi süresi (yıl)	68	0	20	3.98	4.76
Obsesyon çeşidi sayısı	68	0	8	2.76	1.14
Kompulsiyon çeşidi sayısı	68	0	7	2.49	1.45
YBOKÖ obsesyon puanı	68	0	20	10.72	4.41
YBOKÖ kompulsiyon puanı	68	0	20	9.63	5.25
YBOKÖ toplam puanı	68	3	39	20.35	7.88
HDDÖ puanı	68	0	22	8.25	5.71

Hastaların 67'sinde (% 98.5) en az bir çeşit obsesyon, 61'inde (%89.7) en az bir çeşit kompulsiyon vardı. Hastaların 25'inde (%36.8) saldırganlık obsesyonları, 43'ünde (%63.2) kirlenme obsesyonları, 38'inde (%55.9) kuşku obsesyonları, 17'sinde (%25) cinsel obsesyonlar, 3'ünde (%4.4) biriktirme/saklama obsesyonları, 23'ünde (%33.8) dini obsesyonlar, 23'ünde (%33.8) simetri/düzen obsesyonları, 5'inde (%7.4) somatik obsesyonlar, 14'ünde (%20.6) diğer obsesyonlar saptandı. Hastaların 47'sinde (%69.1) temizleme kompulsiyonları, 44'ünde (%64.7) kontrol etme kompulsiyonları, 25'inde (%36.8) tekrarlama kompulsiyonları, 15'inde (%22.1) sayma kompulsiyonları, 14'ünde (%20.6) sıralam/düzenleme kompulsiyonları, 2'sinde (%2.9) biriktirme/toplama kompulsiyonları ve 17'sinde (%25.0) diğer kompulsiyonlar vardı. (Tablo 3)

Hastaların obsesyonları ve kompulsiyonları hakkında içgörüsüne bakıldığında 13'ünde (%19.1) mükemmel, 25'inde (%36.8) iyi, 22'sinde (%32.4) orta, 8'inde (%11.8) zayıf içgörü vardı. Hastaların 16'sında (%23.5) kaçınma davranışı yoktu, 20'sinde (%29.4) hafif, 17'sinde (%25.0) orta, 11'sinde (%16.2) ciddi, 4'ünde (%5.9) ileri kaçınma davranışı vardı. Hastaların 13'ü (%19.1) kararsızlık sorunu yaşamıyorken, 14'ünde (%20.6) hafif, 14'ünde (%20.6) orta, 25'inde (%36.8) ciddi, 2'sinde (%2.9) ileri derecede kararsızlık vardı. Hastaların 26'sında (%38.2) aşırı sorumluluk hissi bulunmazken, 18'inde (%26.5) hafif, 17'sinde (%25.0) orta, 6'sında (%8.8) ciddi, 1'inde (%1.5) ileri derecede aşırı sorumluluk hissi bulunuyordu. Hastaların 18'inin (%26.5) hareketlerinde belirgin yavaşlama bulunmazken, 11'inde (%16.2) hafif, 19'unda (%27.9) orta, 17'sinde (%25.0) ciddi ve 3'ünde (%4.4) ileri derecede yavaşlama bulunuyordu. Hastaların patolojik kuşku derecelerine bakıldığında 27'sinde (%39.7) patolojik kuşku yokken, 19'unda (%27.9) hafif, 12'sinde (%17.6) orta, 8'inde (%11.8) ciddi, 2'sinde (%2.9) ileri derecede patolojik kuşku vardı. Ayrıca hastaların 22'sinde (%32.4) depresyon ektanısı eşlik ediyordu. (Tablo 3)

Tablo 3- Araştırmaya katılan hastaların klinik belirtilerine göre dağılımı

Değişken	Sayı	%
Obsesyonlar	67	98.5
Saldırganlık	25	36.8
Kirlenme	43	63.2
Kuşku	38	55.9
Cinsel	17	25.0
Biriktirme/saklama	3	4.4
Dini	23	33.8
Simetri ve düzen	23	33.8
Somatik	5	7.4
Diğer	14	20.6
Kompulsiyonlar	61	89.7
Temizleme/yıkama	47	69.1
Kontrol etme	44	64.7
Tekrarlama	25	36.8
Sayma	15	22.1
Sıralama/düzenleme	14	20.6
Biriktirme/toplama	2	2.9
Diğer	17	25.0

**Tablo 3- Araştırmaya katılan hastaların klinik belirtilerine göre dağılımı
(devamı)**

Değişken		Sayı	%
Obsesyonları ve kompulsiyonları hakkında içgörü	Mükemmel	13	19.1
	İyi	25	36.8
	Orta	22	32.4
	Zayıf	8	11.8
	Yok	0	0.0
Kaçınma davranışı	Yok	16	23.5
	Hafif	20	29.4
	Orta	17	25.0
	Ciddi	11	16.2
	İleri	4	5.9
Kararsızlık derecesi	Yok	13	19.1
	Hafif	14	20.6
	Orta	14	20.6
	Ciddi	25	36.8
	İleri	2	2.9
Aşırı sorumluluk	Yok	26	38.2
	Hafif	18	26.5
	Orta	17	25.0
	Ciddi	6	8.8
	İleri	1	1.5
Hareketlerde belirgin yavaşlama	Yok	18	26.5
	Hafif	11	16.2
	Orta	19	27.9
	Ciddi	17	25.0
	İleri	3	4.4
Patolojik kuşku	Yok	27	39.7
	Hafif	19	27.9
	Orta	12	17.6
	Ciddi	8	11.8
	İleri	2	2.9
Depresyon ektanısı	Var	22	32.4
	Yok	46	67.6

Hastaların % 83'ünün halen psikiyatrik bir tedavi aldığı, %85.3'ünün antidepresan, %47.2'sinin antipsikotik ve %10.3'ünün anksiyolitik kullanıldığı öğrenildi. 11 hasta hiç ilaç kullanmıyorken, 20 hasta (%29.4) sadece bir, 26 hasta (%38.2) iki, 10 hasta (%14.7) üç ve 1 hasta (%1.5) dört psikotrop ajan

kullanmaktaydı. Hastaların 4'ünün (5.9) psikoterapi tedavisi gördüğü, 17'sinin (%25.0) psikiyatrik tedavi için hastaneye yatırışı olduğu öğrenildi.(Tablo 4)

Tablo 4-Araştırmaya katılan hastaların tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı

Değişken		Sayı	%
Psikiyatrik ilaç kullanma	Hiç kullanmamış	6	8.8
	Geçmişte kullanmış, şuan kullanmıyor	5	7.4
	Halen kullanıyor	57	83.8
Kullandığı ilaç sayısı	0	11	16.2
	1	20	29.4
	2	26	38.2
	3	10	14.7
	4	1	1.5
Kullandığı ilaç grubu	Antidepresan	58	85.3
	Antipsikotik	32	47.1
	Anksiyolitik	7	10.3
	Diğer	1	1.5
Psikoterapi öyküsü	Var	4	5.9
	Yok	64	94.1
Hastaneye yatış öyküsü	Var	17	25.0
	Yok	51	75.0
Hastaneye yatış sayısı	0	51	75.0
	1	9	13.2
	2	7	10.3
	4	1	1.5

5.1.3. Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılan hastaların genel yaşam kalitesi puan ortalaması 2.99 ± 0.88 , genel sağlık puan ortalaması 2.79 ± 1.16 olarak bulundu.Yaşam kalitesi boyutlarına bakıldığında WHOQOL-BREF TR bedensel boyut puan ortalaması 12.97 ± 3.20 , WHOQOL-BREF TR psikolojik boyut puan ortalaması 12.37 ± 2.75 , WHOQOL-BREF TR sosyal boyut puan ortalaması 12.22 ± 3.65 , WHOQOL-BREF TR çevresel boyut puan ortalaması 13.64 ± 2.48 olarak bulundu. (Tablo 5)

Tablo 5- Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi boyut puanlarının dağılımı

	Sayı	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Genel yaşam kalitesi	68	1	5	2.99	0.88
Genel sağlık	68	1	5	2.79	1.16
WHOQOL-BREF TR Bedensel Boyut	68	6.29	19.43	12.97	3.20
WHOQOL-BREF TR Psikolojik Boyut	67	6.00	18.67	12.37	2.75
WHOQOL-BREF TR Sosyal Boyut	68	4.00	20.00	12.22	3.65
WHOQOL-BREF TR Çevresel Boyut	68	8.89	19.11	13.64	2.48

5.1.4. Hasta Yakınlarının Hastalık Yükü ve Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikler

Hasta yakınlarının algıladıkları hastalık yüküne bakıldığında HYDÖ puanı ortalaması 38.51 ± 13.34 olarak bulundu. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının genel yaşam kalitesi puan ortalaması 3.31 ± 0.96 , genel sağlık puan ortalaması 3.46 ± 1.04 olarak bulundu. Yaşam kalitesi boyutlarına bakıldığında WHOQOL-BREF TR bedensel boyut puan ortalaması 15.23 ± 2.83 , WHOQOL-BREF TR psikolojik boyut puan ortalaması 14.73 ± 2.43 , WHOQOL-BREF TR sosyal boyut puan ortalaması 13.86 ± 3.07 , WHOQOL-BREF TR çevresel boyut puan ortalaması 14.23 ± 2.12 olarak bulundu. (Tablo 6)

Tablo 6- Hasta yakınlarının hastalık yükü ve yaşam kalitesi boyut puanlarının dağılımı

	Sayı	Min.	Max.	Ortalama	Std. sapma
HYDÖ Puanı	68	20	73	38.51	13.34
Genel Yaşam Kalitesi	68	1	5	3.31	0.96
Genel Sağlık	68	1	5	3.46	1.04
WHOQOL-BREF TR Bedensel Boyut	68	5.71	20.00	15.23	2.83
WHOQOL-BREF TR Psikolojik Boyut	68	7.33	18.67	14.73	2.43
WHOQOL-BREF TR Sosyal Boyut	68	6.67	20.00	13.86	3.07
WHOQOL-BREF TR Çevresel Boyut	68	9.33	18.67	14.23	2.12

5.2.Tek Değişkenli Çözümler

5.2.1. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi skorları ile kendilerinin ve birlikte yaşadıkları hastaların sosyodemografik özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, kendilerinin sosyodemografik özellikleri ve aile özelliklerine göre dağılımı tablo 7 ve 8 'de izlenmektedir.

Likert tipi beş seçenekli bir soruyla değerlendirilen "Genel yaşam kalitesi"nin hasta yakınlarının ve annelerinin eğitiminden etkilendiği; "Genel sağlığın" ise sadece anne eğitiminden etkilendiği görülmektedir ($p<0.05$). Tek tek dört boyut değerlendirildiğinde ise, tüm boyutlarda anlamlı değişkenlik gösteren tek değişken, hasta yakınlarının kendilerinin eğitimidir. Anne eğitimi yükseldikçe, genel yaşam kalitesi, genel sağlık yanında sosyal ilişkiler ve çevre boyutu da olumlu yönde etkilemektedir. Erkek olmak, eğitilmiş olmak hem Bedensel, hem de Psikolojik boyut puanını anlamlı düzeyde yükseltmekte iken meslek sahibi olmak ise bedensel boyut, psikolojik boyut ve genel sağlık puanlarını anlamlı yükseltmektedir ($p<0.05$). Kardeş sayısı,

yerleşim yeri, çocuk sahibi olma durumu ve aile yapısı hiç bir yaşam kalitesi boyutunu etkilemezken, baba eğitiminin ise sadece hasta yakınlarının genel yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Hasta yakınlarının algıladığı gelir düzeyinin genel yaşam kalitesi ile çevre boyut skorunu etkilediği, algılanan gelir düzeyi iyileştikçe yaşam kalitesinin olumlu etkilendiği gözlenmektedir. İkincil (Post hoc) çözümlerler, Çevre boyut puanlarında olumsuzluğa yol açan grubun düşük gelirli grup olduğu göstermiştir. Bu anlamda orta veya yüksek gelirli olmak farklılık yaratmamaktadır. Genel yaşam kalitesi puanında ise gelir ile yaşam kalitesi arasında bir doz –cevap ilişkisi izlenmektedir. Diğer taraftan kardeşleri arasında ikinci sırada olmak diğerlerine göre psikolojik yaşam kalitesi boyut skorunu düşürmektedir.

Tablo 7- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, kendi sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n)		Bedensel Boyut (Ort±ss)	Psikolojik Boyut (Ort±ss)	Sosyal İlişkiler Boyutu (Ort±ss)	Çevre Boyutu (Ort±ss)	Genel yaşam kalitesi (Ort±ss)	Genel sağlık (Ort±ss)
Cinsiyet	Erkek (37)	15.84±2.79	15.47±2.45	14.12±3.24	14.63±2.17	3.38±0.98	3.62±1.03
	Kadın (31)	15.50±2.76	13.84±2.14	13.54±2.88	13.76±1.99	3.23±0.95	3.26±1.03
*p		0.052	0.005	0.444	0.094	0.521	0.154
Eğitim	Orta ve altı (36)	14.38±3.10	14.11±2.42	12.81±3.23	13.48±1.97	3.08±0.93	3.31±1.19
	Lise+ (32)	16.19±2.18	15.43±2.29	15.04±2.42	15.08±1.98	3.56±0.92	3.63±0.83
*p		0.007	0.024	0.002	0.001	0.040	0.210
Medeni durum	Evli (53)	15.15±3.08	14.77±2.59	13.81±3.22	14.32±2.27	3.21±1.02	3.40±1.13
	Diğer (15)	15.50±1.75	13.81±3.22	14.04±2.56	13.92±1.49	3.67±0.61	3.67±0.61
**p		0.976	0.384	0.804	0.445	0.074	0.415
Meslek	EH. emekli. işsiz (31)	14.45±3.10	13.93±2.70	13.33±3.31	13.72±2.24	3.16±1.07	3.16±1.19
	Diğer (37)	15.89±2.44	15.40±1.99	14.30±2.82	14.66±1.94	3.43±0.87	3.70±0.85
*p		0.036	0.012	0.196	0.067	0.252	0.032

Tablo 7- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, kendi sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (devamı)

Algı gelir	Düşük (10)	13.49±3.64	13.20±3.08	12.40±3.21	12.27±1.89	2.70±0.82	3.00±1.33
	Orta (45)	15.28±2.62	14.84±2.18	13.93±3.12	14.40±1.86	3.29±0.87	3.47±0.97
	İyi (13)	16.44±2.40	15.54±2.46	14.77±2.58	15.18±2.36	3.85±1.14	3.77±1.01
***P **Post hoc		0.086	0.158	0.215	0.007 a<(b=c)	0.009 a<b<c	0.198
Çalışma durumu	Çalışıyor (31)	16.09±2.39	15.20±2.16	13.93±3.01	14.83±1.97	3.39±0.91	3.68±0.87
	Çalışmıyor (37)	14.51±3.00	14.34±2.60	13.80±3.16	13.72±2.13	3.24±1.01	3.27±1.14
*p		0.022	0.148	0.860	0.031	0.545	0.109
Kardeş sayısı	4 + (38)	15.12±3.05	14.73±2.59	13.33±3.30	13.97±2.09	3.21±0.96	3.26±1.15
	0-3 (30)	15.37±2.58	13.33±3.30	14.53±2.65	14.56±2.15	3.43±0.97	3.70±0.83
*p		0.728	0.995	0.111	0.262	0.349	0.086
Çocuk sahibi	Var (56)	15.33±2.72	14.79±2.39	13.66±3.19	14.32±2.16	3.27±1.01	3.46±1.06
	Yok (12)	14.76±3.41	14.44±2.73	14.77±2.30	13.81±1.93	3.50±0.67	3.42±0.99
**p		0.716	0.709	0.507	0.550	0.338	0.953
Çocuk sırası	Birinci (21)	15.65±2.43	14.92±2.11	14.54±2.98	14.60±2.26	3.33±1.02	3.52±0.81
	İkinci (20)	14.40±2.78	13.60±2.48	13.20±3.15	13.60±2.05	3.05±1.00	3.20±1.11
	Üçüncü ve üstü (27)	15.53±3.12	15.43±2.42	13.83±3.10	14.42±2.05	4.48±0.89	3.59±1.15
***p **Post hoc		0.189	0.039 b<c	0.301	0.343	0.391	0.476

* Student's t test ; ** Mann Whitney U ; ***Kruskal Wallis ANOVA

Tablo 8'de görüldüğü gibi hasta yakınlarının bedensel ve psikolojik boyut puanları hiç bir aile özelliğinden etkilenmemektedir. Diğer iki boyut ve genel yaşam kalitesi ve genel sağlığı anlamlı düzeyde etkileyen tek ailesel özellik anne eğitimidir. Anne eğitimi arttıkça yaşam kalitesi iyileşmektedir. Aile bütünlüğünün sadece sosyal boyutu etkilediği anlaşılmaktadır. İkincil çözümlerlerde, anne ve babası hayatta olan bireylerin diğerlerine göre sosyal yaşam kalitesi algısının daha iyi olduğu görülmektedir. Baba eğitiminin artışı ise genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir ($p<0.05$). Ancak ailenin yerleşim yerinin, aile yapısının ve hastaya olan yakınlık derecesinin hiçbir yaşam kalitesi boyutunu etkilediği izlenmektedir.

Tablo 8- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, kendi aile özelliklerine göre dağılımı.

Değişken (n)		Bedensel Boyut (Ort±.ss)	Psikolojik Boyut (Ort±.ss)	Sosyal İlişkiler Boyutu (Ort±.ss)	Çevre Boyutu (Ort±.ss)	Genel yaşam kalitesi (Ort±.ss)	Genel sağlık (Ort±.ss)
Yerleşim yeri	Kır, ilçe(30)	15.18±3.01	15.08±2.33	13.42±3.51	13.98±2.15	3.23±1.01	3.47±1.16
	İl merkezi (38)	15.27±2.73	14.45±2.50	14.21±2.67	14.43±2.10	3.37±0.94	3.45±0.950
*p		0.890	0.291	0.297	0.393	0.571	0.940
Aile yapısı	Çekirdek (51)	15.10±3.04	14.69±2.49	13.85±3.02	14.18±2.19	3.27±0.96	3.45±1.04
	Geniş (17)	15.63±2.14	14.86±2.33	13.88±3.30	14.37±1.96	3.41±1.00	3.47±1.06
**p		0.744	0.859	0.983	0.696	0.538	0.976
Aile bütünlüğü	Anne, baba hayatta (37)	15.02±3.21	14.42±2.71	14.34±2.93	14.33±2.31	3.22±1.05	3.51±1.07
	Birisi hayatta (10)	15.42±2.55	15.06±1.61	11.73±2.93	13.77±1.66	3.50±0.70	3.80±0.91
	Hiçbiri yaşamıyor (21)	15.51±2.28	15.14±2.24	14.03±3.09	14.28±2.03	3.38±0.92	3.19±1.03
***P **Post hoc		0.964	0.630	0.042 a>(b=c)	0.628	0.859	0.278
Anne eğitimi	OYD, Okur-yazar (36)	14.63±3.05	14.27±2.83	12.70±3.30	13.70±2.27	3.08±1.13	3.06±1.12
	İlkokul ve üstü (32)	15.91±2.44	15.25±1.81	15.16±2.18	14.83±1.79	3.56±0.66	3.91±0.73
*p		0.064	0.101	0.001	0.028	0.040	0.001
Baba eğitim	İlkokul ve altı (52)	14.91±2.96	14.56±2.60	13.43±3.26	13.97±2.09	3.17±0.98	3.37±1.13
	Orta-okul ve üstü (16)	16.28±2.11	15.29±1.76	15.25±1.81	15.08±2.05	3.75±0.77	3.75±0.57
**p		0.128	0.527	0.088	0.153	0.043	0.179

Tablo 8- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, kendi aile özelliklerine göre dağılımı. (devamı)

Yakın- lığı	Ebeveyn (16)	14.71±2.34	13.70±2.38	13.16±2.57	13.66±1.97	3.6±1.28	3.00±0.99
	Eş(37)	15.21±3.31	15.00±2.48	13.90±3.30	14.40±2.38	3.30±0.93	3.50±1.14
	Kardeş, Arkadaş, Çocuk (15)	15.23±2.83	14.73±2.43	13.86±3.07	14.23±2.12	3.31±0.96	3.46±1.04
***p		0.449	0.082	0.392	0.456	0.223	0.154

* Student's t test ; ** Mann Whitney U *** Kruskal Wallis ANOVA

Hasta yakınlarının Yaşam kalitesi Skorlarıyla hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki tablo 9'de sunulmaktadır. Buna göre, sürekli değişken olarak çözümlemelere alınan hasta yaşı, hasta yakını yaşı ve hastanın eğitim süresinin, hasta yakının hiçbir yaşam kalitesi boyut skorunu etkilemediği; kendi eğitim süresi ile arasında ise anlamlı ancak ılımlı doğrusal korelasyonlar saptanmıştır. Eğitim süresi arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir.

Tablo 9- Hasta yakınlarının Yaşam kalitesi Skorlarıyla hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

Değişken (n)		Bedensel Boyut (r)	Psikolojik Boyut (r)	Sosyal İlişkiler Boyutu (r)	Çevre Boyutu (r)	Genel yaşam kalitesi (r)	Genel sağlık (r)
Hasta yakını	Yaş	-0.111	-0.034	-0.178	-0.071	-0.112	-0.216
	Eğitim süresi	0.343**	0.246*	0.368**	0.291**	0.333**	0.294*
Hasta	Yaş	-0.056	0.032	-0.029	0.000	0.026	-0.031
	Eğitim süresi	-0.010	-0.118	0.115	0.105	0.096	-0.056

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

Tablo 10'da hasta yakınlarının yaşam kalitesinin, hastaların bireysel sosyodemografik özelliklerine ve aile yapılarına göre dağılımı izlenmektedir. Hasta kadınsa, hasta yakınının genel yaşam kalitesi ve psikolojik boyut

skoru; ev kadını veya emekliyse ve çocuk sahibiyse ise sadece psikolojik boyut skoru olumlu yönde etkilenmektedir ($p<0.05$).

Tablo 10- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, hastaların bireysel sosyodemografik özelliklerine ve aile yapılarına göre dağılımı.

Değişken (n)		Bedensel Boyut (Ort±.ss)	Psikolojik Boyut (Ort±.ss)	Sosyal ilişkiler Boyutu (Ort±.ss)	Çevre Boyutu (Ort±.ss)	Genel yaşam kalitesi (Ort±.ss)	Genel sağlık (Ort±.ss)
Cinsiyet	Erkek (37)	14.08±3.23	13.14±2.31	13.61±1.96	13.68±2.01	2.86±1.02	3.29±1.20
	Kadın (31)	15.53±2.67	15.14±2.31	13.92±3.31	14.37±2.14	3.43±0.92	3.50±1.00
*p		0.084	0.006	0.454	0.247	0.032	0.593
Eğitim	≤Orta (36)	15.04±3.04	14.77±2.63	13.70±2.87	13.88±1.92	3.25±0.87	3.53±1.13
	≥Lise (32)	15.44±2.61	14.68±2.23	14.04±3.31	14.62±2.29	3.38±1.07	3.38±0.94
*p		0.567	0.880	0.654	0.155	0.598	0.550
Medeni durum	Evli (44)	15.28±3.10	14.98±2.40	14.00±3.10	14.42±2.30	3.41±0.92	3.55±1.17
	Diğer (24)	15.14±2.32	14.27±2.48	13.61±3.07	13.88±1.74	3.13±1.03	3.29±0.75
**p		0.588	0.187	0.638	0.262	0.256	0.169
Meslek	EH, emekli, işsiz (41)	15.74±2.64	15.38±2.01	13.98±3.24	14.41±2.13	3.41±0.80	3.59±1.04
	Diğer (27)	14.45±2.98	13.75±2.73	13.67±2.05	13.95±2.12	3.15±1.16	3.26±1.02
**p		0.064	0.009	0.487	0.326	0.424	0.238
Gelir algısı	Düşük (10)	15.25±3.71	14.93±2.43	13.33±3.49	13.64±2.30	3.30±0.82	3.50±1.08
	Orta (46)	14.98±2.77	14.53±2.43	13.65±3.04	14.18±2.06	3.22±1.01	3.43±1.06
	İyi (12)	16.19±2.26	15.33±2.55	15.11±2.74	14.92±2.20	3.67±0.88	3.50±1.01
***p		0.440	0.580	0.442	0.478	0.556	0.852
Çalışma durumu	Çalışıyor (14)	14.81±2.36	13.85±2.75	14.66±2.21	14.34±2.09	3.21±1.05	3.36±1.08
	Çalışmıyor (54)	15.34±2.95	14.96±2.32	13.65±3.24	14.20±2.15	3.33±0.95	3.48±1.04
**p		0.322	0.127	0.497	0.970	0.788	0.867

Tablo 10- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, hastaların bireysel sosyodemografik özelliklerine ve aile yapılarına göre dağılımı.(devamı)

Kardeş sayısı	4 ve üstü (24)	15.20±3.04	14.50±2.55	13.93±3.07	14.38±2.33	3.30±1.06	3.45±1.13
	0-3 (44)	15.26±2.64	14.94±2.31	13.77±2.85	13.83±1.66	3.25±0.79	3.50±0.97
P		0.989	0.379	0.944	0.251	0.732	0.971
Çocuk sahibi	Var (46)	15.50±2.72	15.11±2.35	14.00±3.08	14.47±2.11	3.41±0.88	3.57±1.06
	Yok (22)	14.67±3.04	13.93±2.47	13.57±3.09	13.73±2.10	3.09±1.10	3.23±0.97
**p		0.317	0.050	0.535	0.175	0.243	0.146
Çocuk sayısı	Yok (22)	14.67±3.04	13.93±2.47	13.57±3.09	13.73±2.10	3.09±1.10	3.23±0.97
	1 (20)	15.62±2.89	14.06±2.50	14.06±2.50	14.57±2.46	3.45±1.14	3.40±1.04
	2+ (26)	15.40±2.64	13.94±3.52	13.94±3.52	14.39±1.84	3.38±0.63	3.69±1.08
***p		0.532	0.132	0.772	0.393	0.464	0.245
Çocuk sırası	Birinci (21)	15.34±3.43	14.69±2.39	13.90±3.19	14.45±2.22	3.33±0.79	3.43±1.07
	İkinci (24)	14.69±2.67	14.08±2.66	13.27±3.20	13.72±2.09	3.13±1.29	3.29±1.23
	3+ (23)	15.70±2.39	15.44±2.10	14.43±2.83	14.57±2.05	3.48±0.66	3.65±0.77
***p		0.425	0.213	0.316	0.358	0.679	0.725
Aile bütünlüğü	Anne baba hayat- ta(43)	14.92±2.92	14.27±2.51	13.82±2.79	13.96±2.08	3.14±0.99	3.35±1.11
	Birisi Hayat- ta(17)	16.03±2.28	15.6±1.66	13.41±3.28	14.48±2.11	3.71±0.84	3.76±0.75
	Hiçbiri yaşı- mıyor (8)	15.21±3.42	15.33±3.02	15.00±4.14	15.16±2.32	3.38±0.91	3.38±1.18
***p		0.433	0.094	0.500	0.295	0.236	0.438
Anne eğitimi	OYD, Okur- yazar (19)	15.21±2.11	15.61±1.97	13.40±3.25	14.17±2.01	3.37±0.89	3.58±1.21
	İlkokul Orta- okul (39)	14.98±3.34	14.23±2.60	3.70±3.14	14.03±2.29	3.13±1.00	3.31±1.00
	≥Lise (10)	16.22±1.52	15.00±2.22	15.33±2.10	15.11±1.48	3.90±0.73	3.80±0.78
***p		0.579	0.202	0.268	0.338	0.062	0.323

Tablo 10- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, hastaların bireysel sosyodemografik özelliklerine ve aile yapılarına göre dağılımı(devamı)

Baba eğitimi	OYD-Okur yazar (13)	15.34±2.21	15.48±1.76	12.61±2.91	14.11±1.82	3.38±1.04	3.62±1.19
	İlkokul - Ortaokul(40)	14.72±3.21	14.45±2.59	13.96±2.98	13.80±2.16	3.15±0.89	3.3±1.07
	≥Lise (10)	16.49±1.76	14.84±2.51	14.66±3.30	15.49±1.86	3.67±1.04	3.60±0.82
***p		0.178	0.435	0.204	0.068	0.133	0.705

* Student's t test ; ** Mann Whitney U ; ***Kruskal Wallis ANOVA

5.2.2. Hastaların klinik özellikleri, yaşam kaliteleri ve yakınlarında neden oldukları hastalık yükü ile hasta yakınlarının yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 11- Hasta yakınlarının Yaşam kalitesi Skorlarıyla hastaların bazı hastalık ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki

Değişken (n)	Bedensel Boyut (r)	Psikolojik Boyut (r)	Sosyal İlişkiler Boyutu (r)	Çevre Boyutu (r)	Genel yaşam kalitesi (r)	Genel sağlık (r)
Hastalık süresi	-0.237*	-0.192	-0.299*	-0.205	-0.006	-0.030
Tedavi süresi	-0.201	-0.056	-0.222	-0.210	-0.053	-0.005
Kullandığı ilaç sayısı	0.024	0.117	0.065	-0.013	-0.154	-0.159
Hastaneye yatış sayısı	-0.030	-0.035	0.059	-0.082	-0.001	0.024

*p<0.05

Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, hastaların hastalık süresi ve psikiyatrik tedavi ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı tablo 11 ve 12 de sunulmuştur. İzlendiği gibi hastaların tedavi özellikleri, hasta yakınlarının yaşam kalitesini "hastalık süresi" dışında hiçbir boyutta etkilememektedir. Hastalık süresi uzadıkça bedensel boyut skoru ve sosyal ilişkiler boyut skoru az da olsa kötüleşmektedir (r=0.24).

Tablo 12- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, hastaların psikiyatrik tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n)		Bedensel Boyut (Ort±.ss)	Psikolojik Boyut (Ort±.ss)	Sosyal İlişkiler Boyutu (Ort±.ss)	Çevre Boyutu (Ort±.ss)	Genel yaşam kalitesi (Ort±.ss)	Genel sağlık (Ort±.ss)
Psikotrop ilaç kullanımı	Var (57)	15.28±2.81	14.90±2.30	14.15±3.02	14.33±2.14	3.33±0.98	3.49±0.98
	Yok (11)	14.96±3.10	13.87±3.03	12.26±3.04	13.69±2.03	3.18±0.87	3.27±1.34
**p		0.658	0.388	0.079	0.296	0.748	0.739
Antidepresan kullanımı	Var (58)	15.25±2.79	14.87±2.28	14.09±3.02	14.34±2.12	3.33±0.98	3.48±0.97
	Yok (10)	15.14±3.21	13.93±3.19	12.53±3.15	13.60±2.11	3.20±0.91	3.30±1.41
**p		0.903	0.530	0.156	0.259	0.867	0.899
AP Kullanımı	Var (31)	15.23±2.87	14.97±2.48	14.04±3.31	14.15±2.25	3.19±0.96	3.47±0.98
	Yok (37)	15.23±2.84	14.51±2.40	13.70±2.87	14.30±2.03	3.42±0.96	3.44±1.10
*p		0.993	0.441	0.654	0.765	0.333	0.924
Anksiyolitik kullanımı	Var (7)	15.75±1.80	15.42±2.19	15.04±2.13	13.90±1.86	3.14±0.37	3.43±0.53
	Yok (61)	15.17±2.93	14.65±2.46	13.72±3.14	14.27±2.16	3.33±1.01	3.46±1.08
**p		0.746	0.515	0.162	0.613	0.423	0.799
Hastane-ye yatış	Var (17)	15.36±3.06	14.86±2.63	14.27±2.14	14.03±2.07	3.12±0.85	3.53±0.94
	Yok (51)	15.19±2.79	14.69±2.39	13.72±3.33	14.30±2.15	3.37±0.99	3.43±1.08
**p		0.771	0.792	0.584	0.634	0.242	0.710
Psikoterapi öyküsü	Var (57)	15.00±2.85	13.83±3.41	13.66±4.79	13.77±3.14	2.75±1.25	2.75±0.25
	Yok (11)	15.25±2.86	14.79±2.39	13.87±2.99	14.26±2.07	3.34±0.94	3.50±1.05
**p		0.685	0.582	0.720	0.464	0.356	0.082

* Student's t test ; ** Mann Whitney U

Hastalarda saptanan obsesyon türleri içinde sadece dini obsesyonun hasta yakınlarının algılanan genel sağlığını etkilediği belirlenmiştir. Ancak ilginç olan, hastada dini obsesyonun bulunmasının hasta yakınının algılanan sağlığını olumlu yönde etkilemesidir ($p<0.05$). Kompulsiyon türleri açısından bakıldığında ise hastada düzenleme kompulsiyonu bulunmasının yakınının yaşam kalitesinin çevre boyutunu olumsuz yönde etkilediği, 'diğer' kompulsiyonun (zihinsel törenler, aşırı liste hazırlama, söyleme-sorma veya

itiraf etme gereksinimi, batıl davranışlar, kendine ve başkasına zarar gelmemesi için aşırı önlem alma) bulunmasının ise dört ana boyuttan sosyal ilişkiler boyutu dışındaki tüm boyutları olumsuz yönde etkilediği görülmektedir($p<0.05$). (Tablo 13).

Tablo 13- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının hastalarda gözlenen obsesyon ve kompulsiyon çeşitlerine göre dağılımı

Değişken(n)		Bedensel Boyut	Psikolojik Boyut	Sosyal ilişkiler Boyutu	Çevre Boyutu	Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık
Obsesyonlar		(Ort±.ss)	(Ort±.ss)	(Ort±.ss)	(Ort±.ss)	(Ort±.ss)	(Ort±.ss)
Saldır- ganlık	Var (25)	15.20±3.68	14.88±2.85	13.12±3.70	14.09±2.53	3.32±1.21	3.44±1.26
	Yok (43)	15.25±2.26	14.65±2.19	14.29±2.59	14.31±1.81	3.30±0.80	3.47±0.90
*p		0.345	0.380	0.433	0.909	0.633	0.713
Kirlenme	Var (43)	15.05±2.60	14.51±2.32	13.58±3.13	14.20±2.14	3.21±0.91	3.40±1.07
	Yok (25)	15.54±3.23	15.12±2.62	14.34±2.96	14.29±2.13	3.48±1.04	3.56±1.00
**p		0.220	0.412	0.154	1.00	0.227	0.495
Kuşku	Var (38)	15.36±3.16	14.64±2.44	13.64±2.96	14.31±2.21	3.24±1.02	3.42±1.10
	Yok (30)	15.06±2.40	14.84±2.46	14.13±3.23	14.13±2.04	3.40±0.89	3.50±0.97
*p		0.667	0.746	0.523	0.728	0.493	0.759
Cinsel	Var (17)	15.05±3.16	14.94±2.49	14.03±2.45	13.85±1.97	3.35±0.86	3.41±1.06
	Yok (51)	15.29±2.75	14.66±2.44	13.80±3.27	14.36±2.17	3.29±1.00	3.47±1.04
**p		0.994	0.669	0.806	0.274	0.843	0.929
Dini	Var (23)	15.75±3.04	15.24±2.46	13.50±3.29	14.78±2.35	3.57±1.08	3.83±1.07
	Yok (45)	14.94±2.72	14.47±2.41	14.04±2.97	13.95±1.96	3.18±0.88	3.27±0.98
**p		0.180	0.201	0.677	0.170	0.118	0.025
Simetri	Var (23)	14.80±2.98	14.31±2.43	14.26±3.07	13.85±2.14	3.26±1.01	3.26±1.05
	Yok (45)	15.45±2.76	14.94±2.43	13.65±3.08	14.42±2.11	3.33±0.95	3.56±1.03
**p		0.298	0.400	0.797	0.207	0.884	0.313
Diğer	Var (14)	15.02±2.58	14.71±2.69	13.71±4.29	14.19±2.22	3.21±1.25	3.29±0.72
	Yok (54)	15.29±3.91	14.74±2.39	13.90±2.72	14.24±2.12	3.33±0.89	3.50±1.11
**p		0.626	0.915	0.896	0.637	0.903	0.381

Tablo 13- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının hastalarda gözlenen obsesyon ve kompulsiyon çeşitlerine göre dağılımı(devamı)

Değişken(n)		Bedensel Boyut (Ort±.ss)	Psikolojik Boyut (Ort±.ss)	Sosyal İlişkiler Boyutu (Ort±.ss)	Çevre Boyutu (Ort±.ss)	Genel yaşam kalitesi (Ort±.ss)	Genel sağlık (Ort±.ss)
Kompulsiyonlar							
Temizlik	Var (47)	14.96±2.86	14.46±2.43	13.67±2.92	14.15±2.26	3.30±0.95	3.38±1.09
	Yok (21)	15.83±2.74	15.33±2.38	14.28±3.42	14.41±1.97	3.33±1.01	3.62±0.92
**p		0.164	0.242	0.109	0.826	0.781	0.380
Kontrol	Var (44)	15.38±3.01	14.60±2.52	13.57±2.92	14.23±2.14	3.32±0.95	3.36±1.05
	Yok (24)	14.95±2.51	14.97±2.30	14.38±3.33	14.24±2.13	3.29±0.99	3.63±1.01
**p		0.367	0.698	0.178	0.959	0.929	0.338
Tekrar-lama	Var (25)	14.94±3.26	14.18±2.92	13.54±3.64	13.92±2.58	3.08±1.18	3.16±1.17
	Yok (43)	15.40±2.58	15.05±2.07	14.04±2.71	14.41±1.85	3.44±0.79	3.63±0.92
**p		0.745	0.229	0.577	0.432	0.235	0.188
Sayma	Var (15)	14.28±3.78	13.91±2.82	13.51±3.37	13.86±3.02	2.87±1.30	3.13±1.35
	Yok (53)	15.50±2.48	14.96±2.29	13.96±3.01	14.33±1.81	3.43±0.82	3.55±0.93
**p		0.316	0.153	0.740	0.548	0.081	0.397
Düzen-leme	Var (14)	14.16±3.24	13.95±2.06	12.38±3.15	12.76±1.63	2.93±0.99	3.00±0.96
	Yok (54)	15.51±2.68	14.93±2.50	14.24±2.96	14.61±2.08	3.41±0.94	3.57±1.03
**p		0.146	0.119	0.071	0.002	0.066	0.068
Diğer	Var (17)	14.28±2.44	13.60±2.72	12.70±3.26	13.35±1.97	2.88±1.16	3.29±0.98
	Yok (51)	15.55±2.90	15.11±2.23	14.24±2.93	14.52±2.11	3.45±0.85	3.51±1.06
**p		0.044	0.034	0.102	0.036	0.176	0.677

* Student's t test ; ** Mann Whitney U

Hastaların obsesyon ve kompulsiyon sayıları, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon ve kompulsiyon alt puanları, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanları ve hasta yakınlarının algıladıkları hastalık yükünü ölçen Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçek puanları ile hasta yakını yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişkiler tablo 14'de sunulmuştur. Genel bir bakışla ilk göze çarpan bulgu, söz konusu bu değişkenlerin hemen

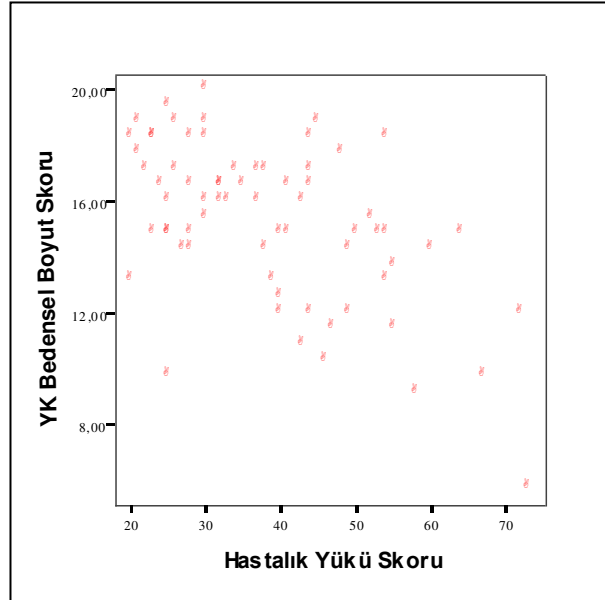
tümünün yaşam kalitesi boyut puanlarını farklı düzeylerde de olsa olumsuz etkilediğidir. Ancak yaşam kalitesi boyutlarının tümünü en üst düzeyde etkileyen değişken "Hastalık Yükü" olmuştur ($r = -0.415 - -0.548$). Hasta yakınlarının hastalık yükü skoru ile yaşam kalitesi boyut skorları arasındaki ilişkiler şekil 3-6'da sunulan serpmme grafiklerde gösterilmiştir. Hastalık yükü arttıkça tüm boyutlarda yaşam kalitesi skorları kötüleşmektedir. Dört boyutta da yaşam kalitesi ile orta derecede anlamlı ilişkiler gözlenmekle birlikte, hastalık yükünden en çok etkilenen boyutlar bedensel ($r = -0.548$) ve çevresel ($r = -0.524$) yaşam kalitesi boyutlarıdır. Öte yandan hastanın kompulsiyon şiddetinin ($r = -0.291 - -0.387$), obsesyon şiddeti ($r = -0.195 - -0.283$) ile kıyaslandığında yakınının yaşam kalitesi boyutlarını daha fazla olumsuz etkilediği gözlenmektedir. Ayrıca, kompulsiyon şiddeti tüm yaşam kalitesi boyutlarını etkilerken obsesyon şiddetinin ise sadece bedensel ve çevresel boyutları ve genel yaşam kalitesini zayıf düzeyde etkilemektedir. Benzer şekilde hastadaki kompulsiyon sayısı ile yakınının yaşam kalitesi boyut skorları arasında, obsesyon sayısı ile olduğundan çok daha yüksek korelasyonlara ulaşılmıştır. Aynı zamanda hastaların depresif belirti şiddeti arttıkça yakınlarının yaşam kalitesi boyut puanları zayıf düzeyde olumsuz etkilenmektedir. ($r = -0.242 - -0.275$) Hasta yakınlarının algıladıkları genel sağlık üzerinde, yine hastaların kompulsiyonlarının etkili olduğu, ancak hastaların obsesyonlarının, depresif belirtilerinin ve algıladıkları hastalık yükünün etkili olmadığı izlenmektedir.

Tablo 14- Hasta yakınlarının Yaşam kalitesi skorlarıyla hastaların bazı klinik özellikleri ve hasta yakının algıladığı hastalık yükü arasındaki ilişkiler

Değişken(n)	Bedensel Boyut (r)	Psikolojik Boyut (r)	Sosyal İlişkiler Boyutu (r)	Çevre Boyutu (r)	Genel yaşam kalitesi (r)	Genel sağlık (r)
Obsesyon sayısı	-0.020	-0.026	-0.142	-0.038	-0.080	-0.080
Kompulsiyon sayısı	-0.263*	-0.316**	-0.273*	-0.323**	-0.295*	-0.272*
YBOKÖ obsesyon puanı	-0.238*	-0.195	-0.215	-0.271*	-0.283*	-0.189
YBOKÖ kompulsiyon puanı	-0.352**	-0.381**	-0.392**	-0.291**	-0.387**	-0.238*
YBOKÖ toplam puanı	-0.367**	-0.363**	-0.381**	-0.345**	-0.414***	-0.240*
HDDÖ puanı	-0.249*	-0.256*	-0.275*	-0.242*	-0.199	-0.056
HYDÖ puanı	-0.548***	-0.475***	-0.415***	-0.524***	-0.509***	-0.185

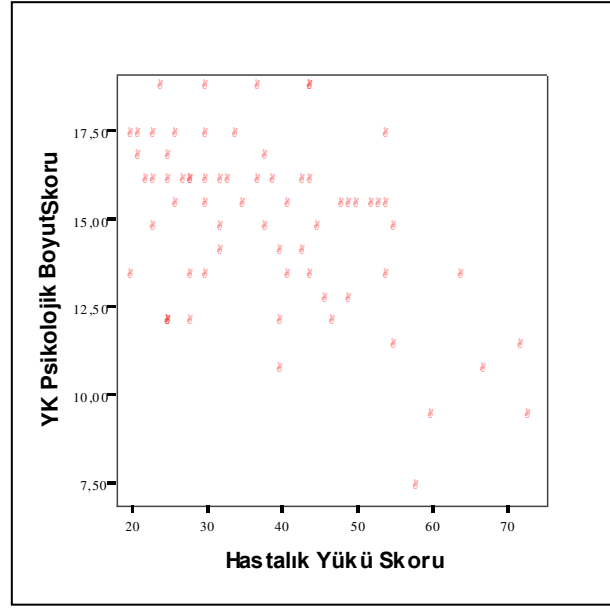
*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001 ;

Şekil 3- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi bedensel boyut skoru ile hastalık yükü arasındaki ilişki.

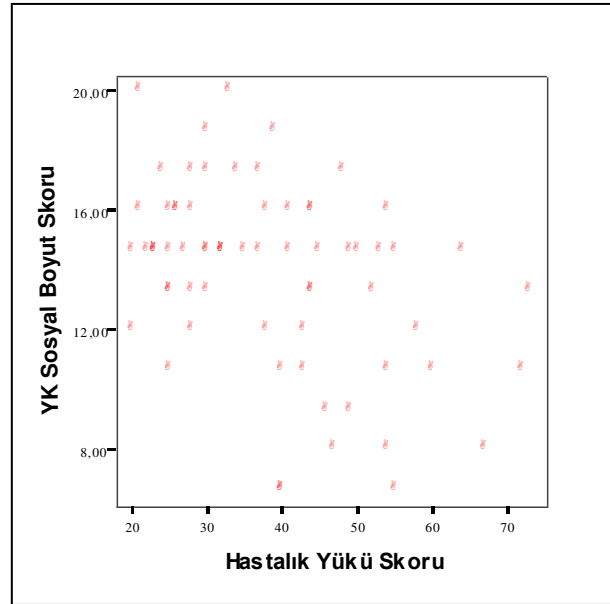


r=-0.548 , p<0.001

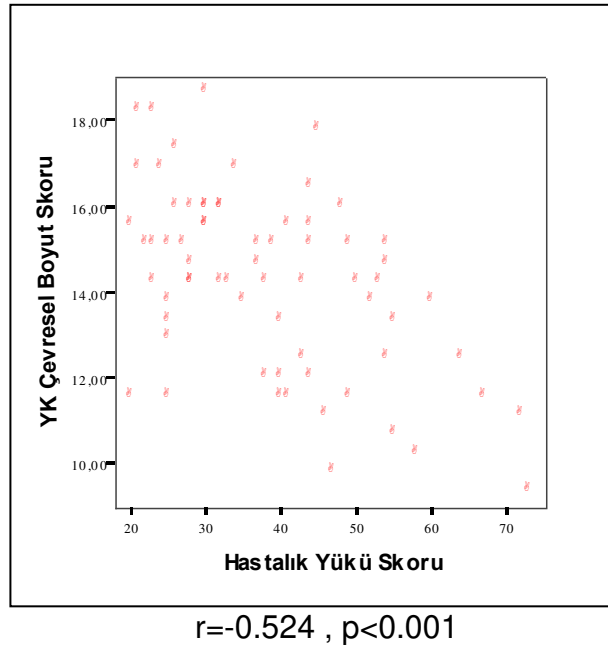
Şekil 4- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi psikolojik boyut skoru ile hastalık yükü arasındaki



Şekil 5- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi sosyal boyut skoru ile hastalık yükü arasındaki ilişki.



Şekil 6- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi çevresel boyut skoru ile hastalık yükü arasındaki ilişki.



Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının, hastaların Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile değerlendirilen hastalık hakkındaki içgörü, kaçınma davranışı, kararsızlık, aşırı sorumluluk duyma, yavaşlık ve patolojik kuşku düzeylerine göre dağılımı tablo 15'de sunulmuştur. Hasta yakınının algıladığı genel sağlığın sadece hastanın kararsızlık düzeyinden etkilendiği; hastanın yaşadığı kararsızlık düzeyi arttıkça algılanan genel sağlığın olumsuz etkilendiği görülmektedir($p<0.05$). Ayrıca hastada oluşan yavaşlamanın birlikte yaşadığı yakınının genel yaşam kalitesini ve çevresel yaşam kalitesini etkilediği, yavaşlık derecesi arttıkça bu alanların olumsuz etkilendiği görülmektedir($p<0.05$). Hasta yakınlarının bedensel, psikolojik ve sosyal ilişkiler boyutlarının ise YBOKÖ ile değerlendirilen hiçbir belirtiden etkilenmediği görülmektedir.

Tablo 15- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi boyut skorlarının hastaların YBOKÖ-belirtilerine göre dağılımı.

Değişken(n)		Bedensel Boyut (Ort±.ss)	Psikolojik Boyut (Ort±.ss)	Sosyal İlişkiler Boyutu (Ort±.ss)	Çevre Boyut (Ort±.ss)	Genel yaşam kalitesi (Ort±.ss)	Genel sağlık (Ort±.ss)
İçgörü	Mükemmel, iyi (38)	15.51±2.74	15.01±2.32	13.92±3.46	14.61±2.26	3.37±0.99	3.23±0.93
	Orta, zayıf (30)	14.90±2.96	14.37±2.57	13.77±2.55	13.74±1.85	3.23±0.93	3.45±1.08
* p		0.384	0.286	0.841	0.093	0.571	0.940
Kaçınma	Yok, hafif(36)	15.06±2.47	14.41±2.32	13.81±2.97	14.23±2.07	3.36±0.96	3.36±1.10
	Orta, ciddi, ileri(32)	15.42±3.22	15.11±2.54	13.91±3.22	14.23±2.21	3.25±0.98	3.56±0.98
* p		0.600	0.242	0.893	0.998	0.639	0.431
Kararsızlık	Yok, hafif(27)	15.87±2.20	14.76±2.09	14.32±2.41	14.79±1.65	3.52±1.01	3.85±0.90
	Orta, ciddi, ileri(41)	14.81±3.14	14.71±2.66	13.56±3.43	13.86±2.32	3.17±0.91	3.20±1.05
** p		0.320	0.970	0.451	0.123	0.168	0.011
Aşırı sorumluluk	Yok, hafif(44)	15.41±2.69	14.77±2.32	13.81±2.96	14.39±1.99	3.30±0.91	3.59±0.94
	Orta, ciddi, ileri(24)	14.91±3.11	14.66±2.68	13.94±3.33	13.94±2.36	3.33±1.09	3.21±1.17
** p		0.652	0.974	0.932	0.392	0.918	0.227
Yavaşlama	Yok, hafif(29)	16.05±1.93	15.21±2.33	14.29±2.78	15.12±1.57	3.59±0.98	3.69±0.93
	Orta, ciddi, ileri(39)	14.62±3.24	14.37±2.47	13.53±3.27	13.57±2.25	3.10±0.91	3.28±1.09
** p		0.079	0.194	0.401	0.003	0.031	0.143
Patolojik kuşku	Yok, hafif(46)	15.11±2.61	14.65±2.40	13.53±3.04	14.28±1.93	3.37±0.99	3.59±0.95
	Orta, ciddi, ileri(22)	15.48±3.31	14.91±2.55	14.54±3.11	14.14±2.52	3.18±0.90	3.18±1.18
** p		0.296	0.621	0.195	0.942	0.292	0.135

* Student's t test ; ** Mann Whitney U

Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile hastaların yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiler tablo 16'da sunulmuştur. Boyut skorları arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında hastaların ve yakınlarının aynı adlı boyutları

arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde, hastaların ve yakınlarının sosyal ilişkiler boyutları arasında $r=0.266$; çevre boyutları arasında ise $r=0.417$ düzeyinde anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi boyutlarından en çok etkilenen hasta yakını yaşam kalitesi sosyal ilişkiler ve çevre boyutlarıdır. İlginç görünen bir diğer bulgu ise hasta yakınlarının genel sağlık algısının birlikte yaşadıkları hastaların hiçbir yaşam kalitesi boyutuyla ilişkili olmadığıdır.

Tablo 16- Hasta yakınlarının Yaşam kalitesi Skorlarıyla hastaların yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişki

Değişken(n)		Hasta yakınlarının Yaşam kalitesi					
		Bedensel boyut	Psikolojik boyut	Sosyal ilişkiler boyut	Çevre boyutu	Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık
		(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Hasta yaşam kalitesi	WHOQOL-Bref Bedensel boyut	0.190	0.288*	0.374**	0.317**	0.187	0.010
	WHOQOL-Bref Psikolojik boyut	0.174	0.118	0.193	0.194	0.073	-0.167
	WHOQOL-Bref Sosyal boyut	0.329**	0.238*	0.266*	0.404**	0.359**	0.197
	WHOQOL-Bref Çevre boyutu	0.286*	0.325**	0.310*	0.417**	0.260*	0.065
	WHOQOL-Bref Genel YK	0.215	0.225	0.148	0.214	0.171	0.027
	WHOQOL-Bref Genel sağlık	0.256*	0.299*	0.253*	0.306*	0.225	-0.048

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

5.3.Çok Değişkenli Çözümlemeler

Çok değişkenli çözümlemelerde her bir bağımlı değişken için (genel sağlık, genel yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin dört boyutu için) dört ayrı model kurulmuştur. Her bir bağımlı değişken için ayrı modellerin kurulmasında amaç, hasta ve hasta yakınının kendisine ait değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine olan birbirinden bağımsız ve birlikte olan etkisini değerlendirmek, özel olarak da bu çalışmanın en önemli bağımsız değişkenlerinden birisi olan hastalık yükünden arındırılmış etkilerin ortaya koymaktır. Bu çalışmada öngörülen nedensellik akışında hastalık yükü “ara değişken” olarak kabul edildiğinden, hastalık yükünün bağımlı değişken olarak alındığı ek bir model daha kurulmuştur (Tablo23). Çoklu modellere tek değişkenli çözümlemelerde bağımlı değişkenle istatistiksel açıdan anlamlı

bulunan değişkenler dahil edilmişlerdir. Tek değişkenli çözümlmelerde, varsa, bağımlı değişkeni birlikte yüksek düzeyde açıklayan aynı kavramı sorgulayan değişkenlerden (kolineer değişkenler) sadece birisi modele alınmıştır.

5.3.1. Bedensel Boyutu açıklayan modeller

Bedensel yaşam kalitesinin bağımlı değişken olarak alındığı tablo 17' de sunulan modellerde bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi tüm hasta ve hasta yakını ile ilgili değişkenlerin kapsandığı model olmuştur ($R^2=0,469$). Sadece hasta yakınına ait değişkenlerin alındığı model 1'de hasta yakınının cinsiyetinin, eğitim düzeyinin ve hastalık yükü şiddetinin hasta yakınının bedensel boyut puanındaki değişkenliği anlamlı düzeyde açıkladıkları görölmektedir: Kadın olmanın, düşük eğitim düzeyinde olmanın ve hastalık yükü puanının yüksek oluşunun bedensel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görölmektedir($p<0.05$).

Sadece hastalara ait değişkenlerin çoklu etkisini ortaya koyan model 2'de ise hastadaki (YBOKÖ ile değerlendirilen) kompulsiyon şiddeti artışının ve yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler boyut puanının düşmesinin hasta yakınının bedensel boyut puanını kötüleştirdiği anlaşılmaktadır($p<0.05$). Hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili değişkenlerin bir arada alındığı model 3'de (model 1 ve 2 de kapsanan değişkenlerin birleştirildiği modelde) ise hasta yakınlarına ait değişkenlerin daha ön plana çıktığı, hastaya ait değişkenlerin anlamlılığını yitirdiği, böylece kişinin bedensel yaşam kalitesinin kendisiyle ilişkili değişkenlerden daha çok etkilendiği görölmektedir. Model 3'deki değişkenlerden hastalık yükünün dışlandığı model 4 ise hasta yakının cinsiyeti anlamını korurken, hastalık yükünün yerine hastayla ilgili değişkenlerden kompulsiyon şiddeti ve sosyal ilişkiler yaşam kalitesinin gelişi dikkat çekicidir($p<0.05$).

Tablo 17- Bedensel boyut için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri

Bağımlı değişken: "bedensel boyut"

Model 1: Sadece hasta yakınına ait değişkenler ile kurulan model <i>(Modele alınan değişkenler: cinsiyet, eğitim süresi, meslek, HYDÖ)</i>				Model 2: Sadece hastaya ait değişkenler ile kurulan model <i>(Modele alınan değişkenler: Hastalık süresi, YBOKÖ obs., YBOKÖ komp., Diğer komp., HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h)</i>			
R2= 0,407	B	Std Beta	P	R2= 0,240	B	Std Beta	p
Sabit	19,894		0,000	Sabit	14,182		0,000
Cinsiyet	-1,316	-0,233	0,019	YBOKÖ komp.	-0,165	-0,306	0,008
Eğitim süresi	0,152	0,244	0,016	WHOQOL sosyal-h	0,216	0,278	0,016
HYDÖ	-0,104	-0,487	0,000				
Model 3: Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan tüm (hasta+hasta yakını) değişkenlerin kapsandığı model <i>(Modele alınan değişkenler: Hastalık süresi, YBOKÖ obs., YBOKÖ komp., diğer komp., HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, Cinsiyet, Eğitim süresi, Meslek, HYDÖ)</i>				Model 4: Model 3 ten Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçek Puanının çıkarıldığı model <i>(Modele alınan değişkenler: Hastalık süresi, YBOKÖ obs., YBOKÖ komp., diğer komp., HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, Cinsiyet, Eğitim süresi, Meslek,)</i>			
R2= 0,469	B	Std Beta	P	R2= 0,383	B	Std Beta	p
Sabit	19,894		0,000	Sabit	16,941		0,000
Cinsiyet	-1,316	-0,233	0,019	cinsiyet	-1,751	-0,310	0,005
Eğitim süresi	0,152	0,244	0,016	YBOKÖ komp	-0,193	-0,357	0,002
HYDÖ	-0,104	-0,487	0,000	WHOQOL sosyal-h	0,221	0,284	0,010

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; *YBOKÖ-komp*: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; *HDDÖ*: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; *WHOQOL sosyal boyut-h*: WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; *Genel sağlık*: WHOQOL genel sağlık sorusu

5.3.2.Psikolojik Boyutu açıklayan modeller

Tablo 18'de psikolojik boyutu açıklayan dört ayrı çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin sonuçları verilmiştir. Bedensel boyutla ilgili modellerde olduğu gibi burada da açıklayıcılığı en iyi olan model, hasta ve hasta yakını ile ilgili değişkenlerin kapsandığı 3. modeldir ($R^2=0.555$). Model 1'de hasta yakınının kadın olması ve hastalık yükü skorunun yüksek oluşu, psikolojik boyut skorunu anlamlı düzeyde olumsuz etkilemektedir($p<0.05$). Hasta ile ilgili değişkenleri içeren model 2'de ise, hasta ev kadını veya çalışmıyorsa ve kompulsiyon şiddeti yüksekse hasta yakınının psikolojik boyut skoru da anlamlı düzeyde olumsuz etkilenmektedir($p<0.05$). Diğer taraftan hastanın çevresel boyut skorunun yüksekliği ise yakının psikolojik boyut puanını olumlu yönde etkilemektedir. Model 1 ve 2 'nin birleşimi olan model 3'de, ilk iki modelde anlamlı çıkan bütün bağımsız değişkenlerin etkilerini yitirmeden korudukları, ilk iki modelde anlamlı bulunan hiçbir değişkenin model dışına atılmadığı izlenmektedir. Hastalık yükünün etkisinden arındırılmış olan 4. modelde ise 3. modelde anlamlı bulunan, hastalık yükü dışındaki tüm değişkenlerin korunduğu gözlenmiştir($p<0.05$).

Psikolojik boyutun bağımlı değişken olduğu tüm modellerde dikkati çeken ortak nokta; kişinin cinsiyetinin, hastalık yükünün ve hastanın kompulsiyon şiddetinin, çalışma durumunun, çevresel yaşam kalitesi boyut skorunun varyansı anlamlı düzeyde açıklamasıdır ($p<0.05$).

Tablo 18- Psikolojik boyut için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri*Bağımlı değişken: "psikolojik boyut"*

Model1: Sadece Hasta yakınına ait değişkenler ile kurulan model (<i>Modele alınan değişkenler</i> :cinsiyet,eğitim süresi,meslek,çocuk sıra durumu,HYDÖ)				Model 2: Sadece Hastaya ait değişkenler ile kurulan model (<i>Modele alınan değişkenler</i> :YBOKÖ komp.,diğer komp.,HDDÖ,meslek-h,Genel sağlık,WHOQOL bedensel boyut-h,,WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h)			
R2= 0,384	B	Std Beta	p	R2= 0,437	B	Std Beta	P
Sabit	18,544		0,000	Sabit	12,861		0,000
Cinsiyet	-1,480	-0,305	0,003	YBOKÖ komp.	-0,175	-0,378	0,000
HYDÖ	-0,082	-0,446	0,000	WHOQOL çevresel-h	0,330	0,336	0,002
				Meslek-h	-2,373	-0,480	0,000
Model 3: Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan tüm (hasta+hasta yakını) değişkenlerin kapsandığı model (<i>Modele alınan değişkenler</i> :YBOKÖ komp.,diğer komp.,HDDÖ,meslek-h,Genel sağlık,WHOQOL bedensel boyut-h,,WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h cinsiyet,eğitim süresi,meslek,çocuk sıra durumu,HYDÖ)				Model 4: Model 3 ten Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçek Puanının çıkarıldığı model (<i>Modele alınan değişkenler</i> :YBOKÖ komp.,diğer komp.,HDDÖ,meslek-h,Genel sağlık,WHOQOL bedensel boyut-h,,WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, cinsiyet,eğitim süresi,meslek,çocuk sıra durumu)			
R2= 0,555	B	Std Beta	p	R2= 0,536	B	Std Beta	P
Sabit	18,287		0,000	Sabit	15,086		0,000
YBOKÖ komp.	-0,160	-0,344	0,002	YBOKÖ komp.	-0,192	0,044	0,000
WHOQOL çevresel-h	0,164	0,215	0,032	WHOQOL çevresel-h	0,318	0,323	0,001
Meslek-h	-1,607	-0,325	0,002	Meslek-h	-1,888	-0,382	0,000
cinsiyet	-1,332	-0,274	0,006	cinsiyet	-1,434	-0,295	0,003
HYDÖ	-0,041	-0,222	0,042				

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; *YBOKÖ-komp*: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; *HDDÖ*: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; *WHOQOL sosyal boyut-h* : WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; *Genel sağlık*: WHOQOL genel sağlık sorusu

5.3.3.Sosyal ilişkiler Boyutunu açıklayan modeller

Hasta yakınlarının Sosyal İlişkiler Boyutunun bağımlı değişken olarak alındığı tablo 19'daki modellerin, ilk iki bağımlı değişkenle (bedensel ve psikolojik boyutlarla) kurulan modellerle benzer yönü, kompulsiyon şiddeti ve hastalık yükünün bu boyutta da etkilerini sürdürmeleridir. Farklı olan ise, hasta yakınlarının annelerinin eğitiminin ve hastaların bedensel yaşam kalitesi puanlarının sosyal ilişkiler boyutu üzerindeki anlamlı etkileridir($p<0.05$). Özellikle model 3 ve 4'de dikkati çeken nokta, hastalık yükünün kompulsiyon şiddetini kapsamasıdır. Hasta ve hasta yakınlarına ait değişkenlerin birlikte alındığı model 3'te hastalık yükü modelde kalırken "kompulsiyon şiddeti" anlamlılığını yitirmiş; "hastalık yükü"nün dışlandığı 4. modelde ise hastalık yükünün yerine "kompulsiyon şiddeti " gelmiştir.

Sonuçta, kuramsal olarak 3. modeli($R^2 = 0,469$) en açıklayıcı model olarak kabul edersek, hasta yakınının sosyal ilişkiler ile ilgili yaşam kalitesinin belirleyicileri kendi annesinin eğitim düzeyi, algıladığı hastalık yükü ve birlikte yaşadığı hastanın bedensel yaşam kalitesi olarak bulunmuştur($p<0.05$); kişinin annesinin eğitilmiş olması, algıladığı hastalık yükünün hafif olması ve birlikte yaşadığı hastanın bedensel yaşam kalitesi puanının yüksek olması sosyal ilişkilerle ilgili yaşam kalitesini anlamlı ölçüde olumlu düzeyde etkilemektedir($p<0.05$).

Tablo 19- Sosyal ilişkiler boyutu için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri

Bağımlı değişken: "Sosyal ilişkiler boyutu"

Model 1: Sadece Hasta yakınına ait değişkenler ile kurulan model (<i>Modele alınan değişkenler:</i> eğitim süresi, anne eğitim durumu, aile bütünlüğü, HYDÖ)				Model 2: Sadece Hastaya ait değişkenler ile kurulan model (<i>Modele alınan değişkenler:</i> YBOKÖ komp., hastalık süresi, HDDÖ, meslek-h, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h)			
R2= 0,323	B	Std Beta	p	R2= 0,285	B	Std Beta	p
Sabit	16,291	0,000	0,000	Sabit	11,911		0,000
Anne eğitim	1,565	0,256	0,027	YBOKÖ komp.	-0,192	-0,328	0,004
HYDÖ	-0,071	-0,310	0,006	WHOQOL Bedensel-h	0,293	0,305	0,007
Model 3: Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan tüm değişkenlerin kapsandığı model (<i>Modele alınan değişkenler:</i> YBOKÖ komp., hastalık süresi, HDDÖ, meslek-h, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu, aile bütünlüğü, HYDÖ)				Model 4: Model 3 ten Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçek Puanının çıkarıldığı model (<i>Modele alınan değişkenler:</i> YBOKÖ komp., hastalık süresi, HDDÖ, meslek-h, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu, aile bütünlüğü)			
R2 = 0,469	B	Std Beta	p	R2 = 0,403	B	Std Beta	p
Sabit	14,520		0,000	Sabit	13,081		0,000
Anne Eğitim	1,805	0,295	0,006	Anne eğitim	1,930	0,316	0,003
WHOQOL Bedensel-h	0,229	0,238	0,029	WHOQOL Bedensel-h	0,260	0,271	0,012
HYDÖ	-0,053	-0,231	0,040	YBOKÖ komp.	-0,163	-0,279	0,010

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; *YBOKÖ-komp*: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; *HDDÖ*: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; *WHOQOL sosyal boyut-h* : WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; *Genel sağlık*: WHOQOL genel sağlık sorusu

5.3.4. Çevre Boyutunu açıklayan modeller

Hasta yakınlarının Çevresel yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri araştıran modelleri içeren tablo 20'de sunulan bulgular, diğer boyutlar için kurulan modellerde olduğu gibi "hastalık yükünün" çevre boyutunda da önemini koruduğunu göstermektedir. Burada farklı olan ise, diğer bağımlı değişkenler için belirleyici olarak bulunan kompulsiyon şiddeti yerine kompulsiyon çeşitlerinin yer almasıdır. Ancak anlamlı bulunan kompulsiyon çeşitlerinin kategorik değişken olmasından ve çoklu doğrusal regresyon çözümlerinde sayısal değişkenlerin alınmasının daha çok tercih edilmesinden dolayı, kategorik değişken olan kompulsiyon çeşitleri yerine sayısal değişken olan kompulsiyon sayısının alındığı ayrı bir model oluşturulmuştur. Sadece çevresel boyutu açıklamak için oluşturulan söz konusu bu 5. modele model 3' deki gibi hasta ve hasta yakınına ait bağımsız değişkenler alınmış ancak düzenleme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyonlar çıkartılarak yerine kompulsiyon sayısı bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Modellere tek tek baktığımızda model 1'de, hasta yakınının yaşam kalitesinin çevre boyutu açısından kendi eğitim düzeyinin ve algıladığı hastalık yükünün açıklayıcı olduğu; eğitim düzeyi azaldıkça ve hastalık yükü arttıkça çevresel yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde olumsuz etkilendiği gözlenmektedir ($p < 0.05$).

2. Modelde ise hastalarda gözlenen düzenleme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyonların (zihinsel törenler, aşırı liste hazırlama, söyleme-sorma veya itiraf etme gereksinimi, batıl davranışlar, kendine ve başkasına zarar gelmemesi için aşırı önlem alma) varlığının, hastanın sosyal ilişkiler yaşam kalitesi boyut puanının düşmesinin, hasta yakınlarının çevresel boyut puanını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($p < 0.05$). Hasta ve hasta yakınlarına ait değişkenlerin birlikte alındığı en açıklayıcı olan 3. Modele ($R^2 = 0,515$) odaklandığımızda, düzenleme kompulsiyonu, diğer kompulsiyonlar, hasta yakını eğitim düzeyi ve hastalık yükü, hasta yakınının çevresel yaşam kalitesi puanı için belirleyici olmayı sürdürmektedir ($p < 0.05$). Model 4'de ise bağımsız değişkenler içerisinde hastalık yükü çıkarıldığında, bunun yerine hastanın çevresel yaşam kalitesi boyut puanının ve kendi çalışma durumunun

anlamlılık kazandığı gözlenmektedir ancak hasta yakınlarının bir işte çalışmasının kendi çevresel yaşam kalitesi puanını olumsuz etkilemesi düşündürücüdür ($p<0.05$). Sadece çevresel yaşam kalitesi için oluşturulan 5.model’ de (Model 3 teki düzenleme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyon çeşitleri yerine kompulsiyon sayısının alındığı model) ise kompulsiyon sayısının kompulsiyon çeşitlerinin alternatifi olarak anlamlılık kazandığı görülmektedir($p<0.05$).

Tablo 20- Çevre boyutu için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri

Bağımlı değişken: “Çevre boyutu”

Model 1: Sadece Hasta yakınına ait değişkenler ile kurulan model (Modele alınan değişkenler: eğitim süresi, anne eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir, HYDÖ)				Model 2: Sadece Hastaya ait değişkenler ile kurulan model (Modele alınan değişkenler: YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, düzenleme komp., diğer komp., yavaşlama ,HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h)			
R2 = 0,364	B	Std Beta	p	R2 = 0,389	B	Std Beta	p
Sabit	16,108		0,000	Sabit	7,798		0,000
Eğitim süresi	0,121	0,259	0,015	Düzenleme komp	1,523	0,292	0,006
HYDÖ	-0,074	-0,467	0,000	Diğer komp	1,072	0,220	0,035
				WHOQOL sosyal-h	0,196	0,336	0,002
Model 3: Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan tüm (hasta+hasta yakını) değişkenlerin kapsandığı model (Modele alınan değişkenler: YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, düzenleme komp., diğer komp., yavaşlama ,HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir, HYDÖ)				Model 4: Model 3 ten Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçek Puanının çıkarıldığı model (Modele alınan değişkenler: YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, düzenleme komp., diğer komp., yavaşlama ,HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir)			
R2 = 0,515	B	Std Beta	p	R2 = 0,480	B	Std Beta	p
Sabit	12,560		0,000	Sabit	8,998		0,000
Düzenleme komp	1,435	0,275	0,006	Düzenleme komp	1,355	0,260	0,012
Eğitim süresi	0,101	0,218	0,040	WHOQOL çevresel-h	0,241	0,281	0,007
HYDÖ	-0,059	-0,367	0,000	Çalışma durumu	-1,104	-0,261	0,009

Tablo 20- Çevre boyutu için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri(devamı)

Bağımlı değişken: “Çevre boyutu

Model 5: Model 3 teki düzenleme kompulsiyonu ve diğer kompulsyon çeşitleri yerine kompulsyon sayısının alındığı model (<i>Modele alınan değişkenler: YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, kompulsyon sayısı ,HDDÖ, Genel sağlık, WHOQOL bedensel boyut-h,, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir, HYDÖ</i>)			
R2 =	B	Std Beta	p
Sabit	14.911		0.000
Kompulsyon sayısı	-0.300	-0.205	0.050
HYDÖ	-0.055	-0.344	0.003

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsyon Ölçeği obsesyon puanı; YBOKÖ-komp: Yale Brown Obsesyon Kompulsyon Ölçeği kompulsyon puanı; HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; WHOQOL sosyal boyut-h : WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; Genel sağlık: WHOQOL genel sağlık sorusu

5.3.5. Algılanan Genel Yaşam Kalitesini açıklayan modeller

WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği kısa sürümünde geçerlilik çalışmalarında kullanılmak üzere yer alan ve boyut puanlarının hesaplanmasında kullanılmayan iki soru, genel yaşam kalitesi ve algılanan genel sağlık sorularıdır. WHOQOL ölçeğinin bir toplam skoru olmadığından, bu çalışmada geneli yansıtma açısından bu iki soru bağımlı değişken olarak alınarak her biri için ayrı ayrı regresyon modelleri kurulmuştur. Ancak beklendiğinin aksine ne genel yaşam kalitesi ne de genel sağlık soruları modellerde yeterince açıklanamamışlardır. Modellerin determinasyon katsayıları (R^2) en iyi modelde, genel yaşam kalitesi için 0.395'de; genel sağlık için ise 0.317'de kalmıştır.

Genel yaşam kalitesinin diğer yaşam kalitesi boyutlarında olduğu gibi hastalık yükü, kompulsyon şiddetinden anlamlı düzeyde etkilendiği; buna ek olarak kişinin düşük eğitim düzeyinin, hastanın erkek oluşunun ve obsesyon şiddetinin yakınının yaşam kalitesini anlamlı düzeyde olumsuz etkilediği görülmektedir($p<0.05$). Genel yaşam kalitesiyle ilgili dikkat çekici olan bulgu

model 3’de hasta ve yakınına ait değişkenler birlikte alındığında hastayla ilgili değişkenlerin tamamen anlamını yitirmesi ve model 4’de hasta ve yakınına ait değişkenlerden hastalık yükü çıkarıldığında hastaya ait değişkenlerin tekrar anlam kazanmasıdır($p<0.05$). (tablo 21)

Tablo 21- Genel yaşam kalitesi için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri

Bağımlı değişken: “Genel Yaşam Kalitesi”

Model 1: Sadece Hasta yakınına ait değişkenler ile kurulan model (<i>Modele alınan değişkenler: eğitim süresi, anne eğitim durumu , algılanan gelir, HYDÖ</i>)				Model 2: Sadece Hastaya ait değişkenler ile kurulan model (<i>Modele alınan değişkenler: cinsiyet-h, YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, yavaşlama , HDDÖ , WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h</i>)			
R2 = 0,325	B	Std Beta	p	R2 = 0,325	B	Std Beta	p
Sabit	4,356		0,000	Sabit	3,059		0,000
HYDÖ	-0,035	-0,490	0,000	Cinsiyet-h	0,840	0,354	0,002
				YBOKÖ obs.	-0,064	-0,292	0,012
				YBOKÖ Komp.	-0,059	-0,323	0,005
Model 3: Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan tüm (hasta+hasta yakını) değişkenlerin kapsandığı model (<i>Modele alınan değişkenler: cinsiyet-h, YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, yavaşlama , HDDÖ , WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu , algılanan gelir, HYDÖ</i>)				Model 4: Model 3 ten Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçek Puanının çıkarıldığı model (<i>Modele alınan değişkenler: cinsiyet-h, YBOKÖ komp., YBOKÖ obs, yavaşlama , HDDÖ , WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h, eğitim süresi, anne eğitim durumu , algılanan gelir</i>)			
R2 = 0,395	B	Std Beta	p	R2 = 0,351	B	Std Beta	p
Sabit	3,399		0,000	Sabit	3,059		0,000
Eğitim süresi	0,044	0,208	0,050	Cinsiyet-h	0,840	0,354	0,002
HYDÖ	-0,033	-0,456	0,000	YBOKÖ obs.	-0,064	-0,292	0,012
				YBOKÖ Komp.	-0,059	-0,323	0,005

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; *YBOKÖ-komp*: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; *HDDÖ*: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; *WHOQOL sosyal boyut-h* : WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; *Genel sağlık*: WHOQOL genel sağlık sorusu

5.3.6.Algılanan Genel Sağlığı açıklayan modeller

Genel sağlık sorusunun ise az sayıda değişkenden etkilendiği izlenmektedir (tablo 22). En dikkat çekici bulgu diğer bağımlı değişkenlerdekinin aksine hasta yakınına ait değişkenlerin yalnız veya hastayla ilgili değişkenlerle birlikte alındığı model 1 ve model 3’de hastalık yükünün anlamlı etkisinin bulunmamasıdır; bu yüzden model 4 kurulmamış, teorik olarak model 4’de model 3 ile aynı bulgular gözleneceği kanısına varılmıştır. Model 2’ye baktığımızda ise obsesyon ve kompulsiyonların toplam şiddetinin anlamlı olması bir diğer farklılıktır($p<0.05$). En açıklayıcı olan model 3’de($R^2=0.317$) ise hasta yakınının genel sağlık algısında kendi annesinin eğitim düzeyinin ve birlikte yaşadığı hastasında dini obsesyon bulunmasının etkili olduğu gözlenmektedir($p<0.05$).

Tablo 22- Genel sağlık algısı için Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri*Bağımlı değişken: "Genel Sağlık"*

Model 1: Sadece Hasta yakınına ait değişkenler ile kurulan model (Modele alınan değişkenler: eğitim süresi, anne eğitim, meslek)				Model 2: Sadece Hastaya ait değişkenler ile kurulan model (Modele alınan değişkenler: YBOKÖ toplam, kararsızlık, dini obs.)			
R2 = 0,225	B	Std Beta	p	R2 = 0,155	B	Std Beta	p
Sabit	3,906		0,000	Sabit	4,979		0,000
Anne eğitim	0,851	0,410	0,001	YBOKÖ toplam	-0,034	-0,260	0,029
Model 3: Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan tüm (hasta+hasta yakını) değişkenlerin kapsandığı model (Modele alınan değişkenler: YBOKÖ toplam, kararsızlık, dini obs., eğitim süresi, anne eğitim, meslek)				Model 4: Model 3 ten Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçek Puanının çıkarıldığı model (Modele alınan değişkenler: HYDÖ tek değişkenli analizde anlamlı bulunmadı)			
R2 = 0,317	B	Std Beta	p		B	Std Beta	p
Sabit	5,107		0,000				
Anne eğitim	0,777	0,375	0,001				
Dini obs.	-0,640	-0,293	0,008				

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; *YBOKÖ-komp* : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; *HDDÖ* : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; *WHOQOL sosyal boyut-h* : WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; *Genel sağlık* : WHOQOL genel sağlık sorusu

5.3.7. Hastalık Yükünü Açıklayan Model

Hasta Yakınları Üzerindeki Hastalık Yükünün bağımlı değişken olarak alındığı tablo23' de sunulan modele alınan değişkenlerin, hastalık yükündeki değişkenliğin %71'ini (R^2) açıkladıkları görülmektedir. Modele alınan kategorik değişkenler olan meslek, içgörü, kaçınma ve kararsızlığın hastalık yükünün değişkenliği üzerindeki önemli katkıları bir yana; bağımlı değişkeni en iyi açıklayan sayısal değişkenin, hastaların yaşam kalitesi Çevre boyut skoru olduğu anlaşılmaktadır. Diğer taraftan, tedavi süresi ve YBOKÖ kompulsiyon skorundan elde edilen Beta değerleri de bu değişkenlerin açıklayıcılıklarının önemli olduğunu göstermektedir.

Özetlersek, hasta yakınlarının üzerindeki hastalık yükünün, hastanın obsesyonundan çok kompulsiyonundan etkilendiği; hastalık süresinin ve hastanın mesleği ve sosyoekonomik durumunun (bunun dolaylı göstergesi olan çevre boyutu aracılığıyla) da hastalık yükünü etkilediği; kompulsiyon şiddeti arttıkça, içgörü azaldıkça, sosyoekonomik düzey azaldıkça algılanan hastalık yükünün arttığı anlaşılmaktadır.

Tablo 23- Hasta Yakınları Üzerindeki Hastalık Yükünün Doğrusal Regresyonunun İndirgenmiş Son Modeli

Bağımlı değişken: “Hastalık Yüğü ”

Hastalık Yükünü Açıklayan Model			
<i>(Modele alınan değişkenler: Yaş, eğitim süresi, meslek, çocuk sayısı, yakınlık derecesi, yaş-h, eğitim süresi-h, meslek-h, hastalık süresi, tedavi süresi, kullandığı ilaç sayısı, hastaneye yatış sayısı, YBOKÖ obs., YBOKÖ komp., içgörü, kaçınma davranışı, kararsızlık derecesi, patolojik sorumluluk, yavaşlama, patolojik kuşku, HDDÖ puanı, genel yaşam kalitesi-h, genel sağlık-h, WHOQOL bedensel boyut-h, WHOQOL sosyal boyut-h, WHOQOL çevresel boyut-h)</i>			
R²=0,705	Beta	Std Beta	p
Sabit	41,129		0,000
Meslek hasta	14,199	0,525	0,000
Tedavi süresi	0,686	0,245	0,008
YBOKÖ kompulsiyon	0,646	0,254	0,006
İçgörü	-3,208	-0,223	0,025
Kaçınma	2,803	0,250	0,010
Kararsızlık	2,393	0,216	0,027
WHOQOL çevresel boyut-hasta	-1,583	-0,295	0,005

YBOKÖ-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; *YBOKÖ-komp*: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; *HDDÖ*: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; *WHOQOL sosyal boyut-h* : WHOQOL Ölçeği sosyal ilişkiler boyutu hasta skoru; *Genel sağlık*: WHOQOL genel sağlık sorusu

6-TARTIŞMA

Bu çalışma, OKB tanılı hastalarla birlikte yaşayan kişilerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlamıştır.

İstatistiksel çözümlemelerin kuramsal çatısı şekil 1-2’de gösterildiği gibi iki temel varsayıma dayanarak oluşturulmuştur. Buna göre hasta yakınının yaşam kalitesinin nedenselliğini değerlendirirken hastayla birlikte yaşamının yol açtığı hastalık yükü de mutlaka hesaba katılmalıdır. Yaşam kalitesi nedenselliğinde bir ara değişken olarak değerlendirdiğimiz hasta yakınının hastalık yükünü hesaba katmayan çok değişkenli çözümlemelerin analiz kapsayıcılığının yetersiz olacağı açıktır. Literatürde, bazı çalışmalar sadece bakımveren/hastalık yükü nedenlerini araştırırken (8,122,123,126,141, 142,143,144,145), bazıları sadece yaşam kalitesi nedenselliğini değerlendirmiş (121,127,128) ; iki çalışmada ise hem bakımveren yükü hem de yaşam kalitesi nedenselliği değerlendirilmiş olmakla birlikte, bu iki çalışmada yaşam kalitesinin bağımlı değişken olduğu çözümlemelerde hastalık yükünün yaşam kalitesi üzerindeki etkisi hesaba katılmamış, yani modellere hastalık yükü bağımsız değişken olarak dahil edilmemiştir (126,130). Bu çalışmada ise hem hastalık yükü hem de yaşam kalitesi ayrı ayrı modellerde bağımlı değişken olarak alınmış, buna ek olarak yaşam kalitesinin bağımlı değişken olduğu modellere hastalık yükü bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Böylece hastalık yükünün ara değişken olarak yaşam kalitesini nasıl etkilediği de gösterilebilmiştir. Literatürde bizim çalışmamıza benzer kuramsal çözümleme çatısı kuran tek çalışma Grover’in çalışmasıdır (129). Grover’in çalışmasını bizim çalışmamızdan ayıran temel unsurlar: bizim çalışmamızda sosyodemografik özellikler ile klinik özelliklerin daha ayrıntılı sorgulanması ve hastaların yaşam kalitesinin de değerlendirmesi; Grover çalışmasında hastalık/aile yükü değerlendirmesinde tek boyut değil çok boyutlu bir değerlendirme gerecinin (Family Burden Interview Schedule) kullanılmasıdır.

Çalışmamızda hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde, aile bireylerinin, beklendiği gibi hastalara göre anlamlı

düzeyde daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları gözlenmektedir. Ancak bu çalışmada, hastalarla birlikte yaşayan aile bireylerinin yaşam kalitesi puanlarının, Türkiye WHOQOL ulusal havuzunda bildirilen normal toplumdaki bireylerden farklı olmadığını ortaya koymuştur (146). Bu bulgu, Alman OKB'li hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanlarının Alman toplum normlarından daha düşük bulunduğu çalışmanın sonuçlarıyla çelişmektedir (127). Öte yandan Türkiye'de Çiçek ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada da sosyal boyut skoru dışında bizim çalışmamızda elde edilen yaşam kalitesi skorlarından daha düşük skorlar elde edilmiştir (130). Bu durumun olası en önemli açıklaması çalışmamıza bedensel ve psikolojik morbiditesi olan hiçbir hasta yakınının alınmamasıdır. Nitekim, Çiçek'in çalışmasında hiçbir morbiditesi olmayan kontrol grubundan elde edilen YK skorlarının bizim çalışmamızda elde ettiğimiz skarlardan çok daha yüksek olduğu görölmektedir. Diğer taraftan, bilindiği gibi hasta olmayan bireylerde yaşam kalitesi temel sosyodemografik değişkenlerden etkilenir. Bunların başında yaş, cinsiyet, gelir ve eğitim durumu gelir. Kadın cinsiyette olmak, yaşlı, yoksul ve eğitimsiz olmak yaşam kalitesini olumsuz etkiler (127,147,148,149). Bu değişkenler açısından çalışmamızda elde edilen puanların göreceli yüksekliğini değerlendirirsek, çalışmamızdaki yaş dağılımı diğer çalışmalarla benzerken, erkek oranının yüksekliği, bireylerin %85'nin gelir düzeylerini orta-üst sınıfta değerlendirmiş olmaları ve çalışmanın ülkenin gelişmiş bir bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinde yapılmasına bağlı olarak eğitim düzeyinin daha yüksek oluşu puanların beklenenden daha yüksek bulunmasını açıklayabilir.

Ancak, bütün bunlar yanında, çalışma örneğinin toplumu temsil etme iddiasında olmadığı ve örnek seçimine bağlı yanılığların en başta düşünülmesi gerektiği de ortadadır. Bu nedenle bu çalışmada tanımlayıcı sonuçlardan çok örnek içi karşılaştırmalara odaklanmak doğru bir yaklaşım olacaktır.

Bu araştırmanın nedensellik çözümlemelerinde tek değişkenli ve çok değişkenli yaklaşım kullanılmıştır. Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli modellere alınmışlardır. Çok değişkenli

modellerin kurulmasında her bir bağımlı değişken (genel sağlık, genel yaşam kalitesi, yaşam kalitesi boyutları) için 4 ayrı model kurulmuştur. İlk iki model, hasta ve hasta yakını ile ilgili değişkenlerin yaşam kalitesi üzerindeki bağımsız etkilerini ayrı ayrı değerlendiren modellerdir. Üçüncü model ise bunların yaşam kalitesini birlikte olduklarında nasıl açıkladıklarını gösteren modeldir. Böylece hasta ve yakını ile ilgili değişkenlerin etkileşimi de ortaya konulmuştur. Dördüncü model ise hastalık yükü çıkarılarak kurgulanmış olan modeldir. Bu modelin amacı, hastalık yükünün, çok sayıda değişkeni içinde kavramsal olarak barındırabileceği öngörüsüdür. Nitekim dördüncü modellerde daha önceki modellerde açıklayıcılığı düşük olan hastalık şiddeti ve hastanın yaşam kalitesi gibi değişkenler anlamlı bulunmuşlardır.

6.1.Yaşam Kalitesi Nedenselliği

Bedensel Boyut:

Bir bireyin bedensel yaşam kalitesini, temel olarak bireyin yaşı ve kendi bedensel morbiditesi etkiler. Buna ek olarak kişinin günlük yaşam aktivitelerinin ve fiziksel yoğunluğunun da bedensel iyilik algısında önemli bir etkisi olacağı şüphe götürmez. Bu çalışmaya alınan hasta yakınlarının göreceli orta-genç yaş grubunda olması ve bilinen bedensel ve psikolojik hastalığı olmayan bireyler arasından seçilmesi, yaşam kalitesi üzerindeki yaş ve eşlik eden morbidite faktörlerinin etkisini en aza indirmiştir. Geriye kalan kişinin günlük yaşamdaki iş yükü ya da günlük uğraş yoğunluğudur.

Bu çalışmada hasta yakınlarının bedensel boyutunu değerlendirmede kullanılan WHOQOL ölçeği Bedensel YK boyutunda sorgulanan değişkenler, gündelik işleri yürütebilme, bedensel hareketlilik, canlılık ve çalışabilme gücü gibi, doğrudan fiziksel aktıveler ve bedensel yeterlilik ile ilişkili değişkenlerdir. Bedensel boyuttaki değişkenliği açıklayan hasta yakınının kendisi ilgili değişkenlerden cinsiyet, eğitim süresi, meslek ve hastalık yükü (HYDÖ ile ölçülen) puanı, tek değişkenli analizlerde anlamlı sonuç verirken, çoklu modelde (Model 1) bu değişkenlerden meslek anlamlılığını yitirmiştir, diğer değişkenler ise anlamlılıklarını sürdürmüşlerdir. Hasta yakını kadın ise, daha kısa süre eğitim almışsa ve hastalık yükü puanı düşükse bedensel yaşam kalitesi algısı daha iyidir. Cinsiyet, gelir ve eğitim durumu, yaşam kalitesi

toplum çalışmalarında ve geçerlilik çalışmalarında sıkça kullanılan “bilinen gruplar”dır. Kişi kadınsa, yoksulsa ve eğitimsizse, erkek ve daha eğitilmiş olanlara göre özellikle bedensel ve psikolojik yaşam kalitesi boyut puanlarının daha kötü olması beklenir. Bu durum literatürde bir çok çalışmada gösterilmiştir (128,147,148,149). Bulgularımızda cinsiyet ve eğitim gibi değişkenlerin çoklu modellerde anlamlı bulunmasını bu çalışmanın veri güvenilirliği açısından olumlu olarak değerlendiriyoruz. Sadece bedensel değil, psikolojik, ve çevre boyutlarında da bu değişkenlerden ez az birinin bulunması da diğer boyutlarla ilgili veri güvenilirliğimizi doğrulamaktadır. Diğer taraftan, hasta ve yakınlarına ait özelliklerin birleştirilerek sunulduğu model 3’de de kişinin cinsiyeti ve eğitim süresinin modelde kalmaya devam etmesi, bu değişkenlerin kişinin bedensel yaşam kalitesi üzerinde ne kadar etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir. Hasta yakınının “hastalık yükü” puanının da benzer şekilde davrandığı; gerek sadece hasta yakınının değişkenlerinin dahil edildiği model 1’de gerekse hasta yakınlarının kendileri ve hastalara ait özelliklerin birleştirilerek sunulduğu model 3’de yer aldığı görülmektedir. Hastalık yükü puanı arttıkça bedensel yaşam kalitesi puanı da azalmaktadır. Bir bağımsız değişkenin modeldeki bağımlı değişkeni ne kadar açıkladığının göstergesi olan standardize beta değerlerine bakıldığında ise hastalık yükü puanının (std. beta=-0.487) bedensel yaşam kalitesi puanı üzerinde cinsiyet (std. beta=-0.233) ve eğitimden (std. beta=0.244) daha etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız, hastalık yükünün yaşam kalitesi üzerindeki etkisini çoklu modellerle açıklayan ikinci çalışmadır. Diğer çalışma ise Grover ve arkadaşlarının Hindistan’da 50 OKB’luğu olan hasta üzerinde çalışmadır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi WHOQOL’ü yaşam kalitesi değerlendirme gereci kullanan Grover’in çalışmasında hasta yükünün bütün yaşam kalitesi boyutlarıyla anlamlı ilişkili olduğu bildirilmektedir (129).

Tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan hastayla ilgili değişkenlere baktığımızda, hastalık süresi kısaldıkça; birlikte yaşanan hastanın genel sağlık algısı, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi puanı arttıkça; depresif belirti şiddeti azaldıkça; hastanın obsesyon ve kompulsiyon şiddeti (YBOKÖ ile ölçülen) azaldıkça hasta yakınının bedensel boyut skorunun

iyileştiği belirlenmiştir. Tek değişkenli çözümlmelerde anlamlı bulunan hastalık şiddetini belirleyen değişkenlerden kompulsiyon şiddeti model 2’de anlamını korurken, obsesyon ve depresyon şiddetinin modelden düşmesinin nedeni, obsesyon şiddeti ve depresif belirti şiddetinin öncelikle hastanın kendi yaşam kalitesini bozması ve bunun üzerinden etki etmesiyle ilgili olabilir. Hastanın yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunun, modelde kalması da bunu desteklemektedir. Aynı zamanda obsesyon ve depresyon şiddetinin hastanın yakınından çok kendi yaşam kalitesini bozduğu, çalışmamızın analizlerinde ayrıca saptanmıştır. Yaşam kalitesi boyutlarıyla YBOKÖ obsesyon skoru arasındaki korelasyonlar $r = -0.39 - -0.41$ ($p < 0.05$) arasındayken, kompulsiyon skoru ile sadece bedensel ($r = -0.25$) ve çevresel ($r = -0.31$) yaşam kalitesi boyutu arasında anlamlı korelasyon vardır. Ayrıca yaşam kalitesi boyutlarıyla depresyon skoru arasında da anlamlı bir korelasyon ($r = -0.40 - -0.66$) saptanmıştır. Literatürde hastaların yaşam kalitesinin obsesyon ve depresyon skorlarından birlikte etkilendiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır(108,109) . Çalışmamızda bulduğumuz hasta yakınlarının bedensel yaşam kalitesi puanı ile hastaların obsesyon değil kompulsiyon şiddetinin ilişkili olması bizi, hastaların düşüncelerinden çok davranışlarının yakınlarını olumsuz etkilediği düşüncesine götürür.

Literatürde hastalık şiddetinin hasta yakınının bedensel yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu Grover (129) ve Çiçek’in (130) çalışmasıyla da doğrulanmaktadır. Çiçek ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık şiddetinin obsesyon ve kompulsiyon bileşenleri analizlere ayrı ayrı alınmadığından bizim çalışmamızla hastalık şiddetinin alt bileşenleri açısından bir karşılaştırma yapmak mümkün olamamıştır. Grover’in çalışmasında ise, Yale Brown ile değerlendirilen hastalık şiddetinin “kompulsiyon” puanının bedensel boyut başta olmak üzere tüm yaşam kalitesi boyutlarıyla anlamlı ilişkide olduğu ancak obsesyon şiddeti ile bedensel ve psikolojik boyutun ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Bu bulgu bedensel boyut açısından bizim bulgularımızla örtüşmektedir. Ancak Grover’in çalışmasında hastalık ve tedavi süresinin uzun olması bedensel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği de gösterilmiştir (129). Hastalık süresi bizim çalışmamızda da tek değişkenli

analizlerde anlamlı çıkmasına karşın çoklu modellerde önemini yitirmiştir. Bu farklılık, iki çalışmanın analiz modellerine alınan değişkenler arasındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Hastanın kompulsiyon şiddetinin (Y-BOKÖ ile ölçülen) model 2 'de gösterilen bedensel boyuta olan etkisi, hasta yakınının kendisine ait değişkenlerin de eklendiği model 3'de ortadan kalkmaktadır. Bunda muhtemelen hastalık yükünün etkisi büyüktür. Hastalık yükünün, kompulsiyon şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Nitekim hastalık yükünün dışlandığı 4. Modelde kompulsiyon şiddeti değişkeninin modele geri dönmesi bunun en açık kanıtıdır. Öte yandan hastanın sosyal ilişkiler yaşam kalitesi skorunun da model 2 de yer alırken model 3 de silinmesi benzer bir şekilde yorumlanabilir. Dolayısıyla söylenecek olan, hastalık yükünün, hastalık şiddetini ve hastanın sosyal ilişkilerden hoşnutluğunu içinde barındıran bir özetleyici değişken olmasıdır. Hastalık şiddetinin hastalık yükü ile birlikteliğini destekleyen belirli sayıdaki önceki çalışmanın sonuçları bu görüşümüzü destekler niteliktedir (121,122,126,129,143,144).

Psikolojik Boyut:

Bu boyutla ilgili modellere baktığımızda model 1(sadece hasta yakınına ait değişkenlerin alındığı model) ve model 2'nin(sadece hastaya ait değişkenlerin alındığı model) birleşimi olan model 3'de, ilk iki modelde anlamlı bulunan bütün bağımsız değişkenlerin anlamlılığını koruduğunu görüyoruz. Modelde korunmuş olan değişkenler, hastanın cinsiyeti, çalışma durumu, kompulsiyon şiddeti, hastalık yükü ve hastanın çevresel yaşam kalitesi boyutudur. Bu bulgu, hasta yakınının psikolojik yaşam kalitesinin, yakının kendisine ve birlikte yaşadığı hastaya ait değişkenlerden birlikte etkilendiğini göstermektedir.

Hasta yakınının kadın olması, beklendiği gibi psikolojik boyut skorunu da anlamlı düzeyde düşürmektedir. Yukarıda da değinildiği gibi normal toplumlarda da kadın olmak birçok boyutta yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (127,147,148,149). Hasta yakınlarının hastalığı olmayan normal bireylerden seçildiği düşünüldüğünde örneklemimizde kadın cinsiyetin dezavantajlı durumu beklenen bir sonuçtur, bununla birlikte toplumumuzda genellikle kadınların bakımveren olması da bununla ilişki olabilir.

Araştırmamızda çalışmayan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin bedensel, psikolojik ve genel sağlık boyutları puanları daha düşük bulunmuştur. Bu konuda farklı yöntem kullanılarak yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir(130). Aynı zamanda araştırmamızda bedensel boyut ile birlikte en önemli iki yaşam kalitesi boyutundan birisi olan psikolojik boyutun, hastalık yükünden olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği ile ölçtüğümüz hastalık yükünün, üzüntü, sinirlilik, hasta için endişelenme, sorumluluk duyma ve suçluluk hissetme gibi olumsuz duyguları içerdiğini göz önüne alırsak psikolojik boyutun hastalık yükünden olumsuz etkilenmesi çok beklenen bir durumdur. Nitekim Grover ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak hastalık yükünün psikolojik boyut üzerindeki olumsuz etkilerini bildirmişlerdir (129). Diğer taraftan tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı bulunan hasta yakını ile ilgili eğitim, meslek gibi değişkenlerin hastalık yükü ile birlikte alındıkları modellerde anlamlılığını yitirmesi, hastalık yükünün söz konusu bu değişkenlerin etkisini içinde barındırdığını düşündürmektedir. Aynı zamanda çalışmamızda hastanın çalışmaması ve hastanın çevresel yaşam kalitesi skorunun düşük olması, yakınının psikolojik yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Çalışmayan hasta ve yakınlarının birlikte daha çok vakit geçirmesi; hasta yakınlarının hastalık belirtilerine daha çok maruz kalmalarına, hastadaki işlevsellik kaybına çokça şahit olmalarına, hasta için fazlaca kaygılanmalarına ve daha fazla sorumluluk hissetmelerine neden olabilir. Bu durum yakınlarının algıladığı hastalık yükünün artmasına, daha fazla olumsuz duygulara kapılmasına neden olarak psikolojik yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir. Diğer taraftan hasta ve yakınının çalışmaması, maddi kaynakların yetersiz kalmasıyla ilişkili aile ortamında sorunlar yaratarak kişinin psikolojik yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Benzer şekilde, sosyoekonomik maddeleri içermesi nedeniyle sanki bir sosyoekonomik bir gösterge gibi davranan, hastanın çevresel yaşam kalitesi skorunun düşüklüğünün de psikolojik yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi bu bulguyu desteklemektedir (150).

Psikolojik boyut skorunun hastalık şiddetinden etkilendiği üç çalışmada gösterilmiştir (121,128,129). Ancak bunlardan ikisinde psikolojik yaşam kalitesi skoru ile (121,128) hem obsesyon hem de kompulsiyon şiddeti ilişkili bulunurken, bir tek Grover'in çalışmasında (129) sadece kompulsiyon şiddetinin psikolojik boyutla olan anlamlı ilişkisi gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastanın YBOKÖ-kompulsiyon puanı arttıkça, yakınının psikolojik yaşam kalitesi boyutunun olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Bu durum obsesyonların hastanın zihninde olan düşünceler, kompulsiyonların ise dışarıdan gözlenebilen davranışlar olmasından dolayı kompulsiyonların hasta yakınlarını daha çok etkilediğini düşündürmektedir. Diğer taraftan tek değişkenli analizlerde anlamlı bulduğumuz depresif belirti şiddeti çok değişkenli analiz modellerinde anlamlılığını yitirmiştir. Araştırmamızda hastaların yaklaşık 1/3'ünde (%32.4) depresyon eştanısı ve ortalama HDDÖ puanı 8 olarak bulunmuştur. Literatürde OKB tanılı hastalarda, major depresyon ile yaşam boyu birliktelik %65, eşzamanlı birliktelik %30 olarak saptanmıştır (65). Depresyon eştanısının literatürle uyumlu olması, çalışmanın veri güvenilirliği açısından olumlu olduğunu düşündürmektedir. Ancak ortalama HDDÖ puanının 8 olması, eşlik eden depresyonun hafif şiddette olduğunu göstermektedir. Bu durum hafif şiddetteki depresyonun hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, yakınının yaşam kalitesini bozacak düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Literatürde hastalık şiddetinin YBOKÖ ve HDDÖ ile birlikte değerlendirildiği bir çalışma bulunmaktadır; Albert ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada hasta yakınının yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirilmiş, bizim çalışmamızla benzer olarak hastanın depresif belirti şiddeti yakınının yaşam kalitesi için belirleyici olarak bulunmamıştır (128).

Sosyal İlişkiler Boyutu

Sosyal ilişkiler boyutu, kişinin çevresindeki diğer bireylerle olan ilişkisi, sosyal destek alma durumu ve cinsel yaşam bileşenlerinden oluşmaktadır. Hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini araştıran çalışmalarda sosyal boyutun kötüleşmesinin damgalanma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (119,151). Damgalanma hastanın toplum tarafından sosyal açıdan reddedilmesine ya

da hastaların yetersiz, farklı olma, utanma gibi duyguları sonucunda sosyal geri çekilmelerine neden olabilir. Damgalanan ya da damgalanma hissiyle toplum dışında kalan hastaların yakınları da aynı şekilde damgalanmadan etkilenebilir; sosyal ilişkileri bozulabilir, sosyal hayat kısıtlanabilir ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir.

Bizim çalışmamıza baktığımızda, tek değişkenli analizlerde hasta yakınının yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunu açıklayan sadece kendisi ile ilgili değişkenler, kişinin eğitim durumu, annesinin eğitim durumu, aile bütünlüğü ve hastalık yükü olarak bulunmuştur. Bu değişkenlerin birlikte alındığı çoklu regresyon modelinde (model 1) ise sadece anne eğitiminin ve hastalık yükünün anlamlılığını sürdürdüğü, diğer değişkenlerin modelden düştüğü izlenmektedir. Hastalık yükünü sonradan değinmek üzere bir yana bırakırsak, kişinin kendi eğitiminin ve aile bütünlüğünün modelden düşerek sadece annesinin eğitiminin anlamlılığını sürdürmesi, anne eğitiminin kişinin sosyal destek ve ilişkilerinde önemli bir belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Yüksek anne eğitiminin, gerek eğitimin sağladığı ekonomik olanaklar gerekse eğitilmiş annenin çocuklarının ihtiyaçlarına karşı daha duyarlı olmasıyla sağlanan güvenli bağlanmanın oluşması sonucunda sosyal ilişki niteliğini olumlu etkilediği önceki çalışmalarda gösterilmiştir (152,153). Diğer taraftan annenin eğitim düzeyinin yüksek olması hastalık ile ilgili daha fazla bilgiye sahibi olma, hastalığa karşı daha olumlu tutumlar sergileme ve hastalığın yarattığı olumsuz duygular ile daha iyi baş edebilme sonucu algılanan damgalanmayı ya da başkasını damgalamayı azaltarak hasta ve yakınının sosyal yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte anne eğitiminin, hasta ve yakınlarına ait değişkenlerin birarada yer aldığı 3. modelde de anlamlılığını sürdürmüş olması, hasta yakınının sosyal ilişkiler yaşam kalitesi için anne eğitiminin belirleyici olduğunu desteklemektedir. Literatürde OKB hasta yakınlarının yaşam kalitesini araştıran çalışmalar gözden geçirildiğinde anne eğitiminin değişken olarak alındığı başka bir çalışmaya rastlanmadığı için kıyaslama yapılamamıştır.

HYDÖ ile ölçtüğümüz hasta yakınının algıladığı ‘hastalık yüküne’ baktığımızda anne eğitimiyle benzer davrandığını, model-1(sadece hasta yakınına ait değişkenlerin alındığı model) ve model-3 (hasta ve hasta yakınlarına ait değişkenlerin birlikte alındığı model) te açıklayıcılığını sürdürdüğünü görüyoruz. Önceki yaşam kalitesi boyutlarında olduğu gibi HYDÖ puanı arttıkça, sosyal ilişkiler boyutu olumsuz etkilenmektedir. Bu ilişki HYDÖ kavramsal içeriği dikkate alındığında beklenen bir durumdur. Nitekim HYDÖ, yakınının hastalığı nedeniyle sosyal aktiviteleri erteleme, komşu ve arkadaşlarla tartışma yaşama ve aile içi olumsuz ilişkiler gibi durumları içinde barındırmaktadır. Bizim çalışmamızla benzer olarak Grover ve arkadaşları da OKB hasta yakınlarının yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında sosyal boyutun hastalık yükünden olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır (129).

WHOQOL sosyal ilişkiler boyutunu etkileyen değişkenler sadece iki çalışmada gösterilmiştir. Bunlardan, Grover (129) ve arkadaşlarının çalışmasında YBOKÖ obsesyon skoru ve YBOKÖ kompulsiyon skoru arttıkça hasta yakının sosyal YK skorunun düştüğü; Erdinç (130) ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastalık süresi arttıkça ve hasta yakınında duygudurum bozukluğu bulunduğunda sosyal YK skorunun düştüğü gösterilmiştir. Biz de, çalışmamızda Grover’in (129) çalışmasıyla benzer olarak hasta yakınının YK sosyal ilişkiler boyutunun hastanın kompulsiyon şiddetinden olumsuz etkilendiğini ancak obsesyon şiddetinden etkilenmediğini bulduk. Kompulsiyonların hasta tarafından yapılan tekrarlayıcı davranışlar olması ve dışarıdan gözlenebilir olması nedeniyle hasta ve yakınında hastalığın fark edilmesi açısından daha fazla korku ve endişe yaratarak sosyal mesafe oluşturmaya ya da çevre tarafından damgalanma sonucu sosyal reddedilmeye yol açarak kişinin sosyal yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Nitekim dışarıdan gözlenebilen, farklı davranışları olan hastaların daha fazla damgalanmaya maruz kaldıkları çalışmalarda gösterilmiştir (154,155,156). Erdinç ve arkadaşlarının (130) çalışmasında anlamlı bulunan hastalık süresi bizim çalışmamızda tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkmış ancak çoklu regresyon modellerinde anlamlılığını yitirmiştir, bunun nedeni bizim çalışmamızda hasta ve yakınına ait daha fazla

değişkenin incelenmesi ve modellerde önemini yitirmesiyle ilişki olabilir. Diğer taraftan bizim çalışmamızda hastalığın hasta yakınının yaşam kalitesi üzerindeki net etkisini araştırabilmek için herhangi bir ruhsal hastalığı bulunan hasta yakını çalışmaya dahil edilmemiştir, bu yüzden Erdinç (130) ve arkadaşlarının hasta yakınında duygudurum bozukluğu bulunması değişkeniyle kıyaslama yapılamamıştır. Aynı zamanda çalışmamızda hasta yakınının yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunun, birlikte yaşadığı hastanın bedensel yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu; hastanın bedensel yaşam kalitesi kötüleştikçe yakınının sosyal yaşam kalitesinin bozulduğu gözlenmiştir. Bu durum hastanın fiziksel sağlığının bozulması durumunda, yakını tarafından daha fazla bakıma ihtiyaç duyması ve yakınının sosyal hayatını daha çok kısıtlamasıyla ilişkili olabilir. Literatürde OKB hasta yakınının yaşam kalitesi boyutlarının, OKB hastalarının yaşam kalitesi boyutlarıyla ilişkisini araştıran başka bir çalışma bulunamamıştır.

Sonuç olarak çalışmamızda bulduğumuz yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunu açıklayan hasta (model2) ve yakınına (model1) ait değişkenlerin birlikte alındığı model 3'te hasta yakınının annesinin eğitimi, hastalık yükü ve hastanın bedensel YKsi açıklayıcılığını sürdürmüş, kompulsiyon şiddeti modelden düşmüştür. Hastalık yükünün bilerek dışlandığı 4. Modelde kompulsiyon şiddetinin tekrar modele girmesi, sosyal ilişkiler açısından hastalık yükünün kompulsiyon şiddetini kapsadığını, ondan önemli ölçüde etkilendiğini düşündürmektedir.

Çevre Boyutu

Tek değişkenli çözümlerler, Çevre boyut skorunun, beklendiği gibi hasta yakınının eğitim, gelir ve çalışma durumundan etkilendiğini göstermektedir. WHOQOL Çevre boyutunun, bireyin maddi ortamını değerlendiren bir gösterge olduğu, diğer boyutların aksine hastalar ile sağlıklı bireyleri ayırt edebilmekten çok kişinin maddi iyilik halini sorguladığı ölçeğin global geçerlilik çalışmasında yer alan 7 ülke verisi ile gösterilmiştir (157,158). Dolayısıyla Çevre boyutu skorunu etkileyen durumların, kişinin maddi ortamı, yani ekonomik durumu; dinlenme ve boş zaman olanakları; fiziksel çevre ve güvenliği; ev koşulları; sağlık ve sosyal yardım hizmetlerine ulaşabilir olma;

ve yeni bilgi ve becerilere ulaşabilme durumu gibi bileşenler aracılığıyla etkilediği söylenebilir. Diğer taraftan, uluslararası kaynakça'da çevre boyutunun hasta ve sağlıklı bireyleri anlamlı düzeyde ayırt ettiğini gösterilen çalışmalarda vardır (159,160,161). Ancak ilginç olan, WHOQOL'ü kullanan, birisi ulusal geçerlilik çalışması olan, diğer ikisi psikiyatrik morbiditesi olan bireylerle sağlıklı bireyleri karşılaştıran üç bağımsız çalışmada da Çevre boyutunun ayırt edici davranmamasıdır (138,162,163). Ancak bu çalışmaların tümü hasta yakınları üzerinde değil hastalar üzerinde yapılmış çalışmalardır. Hasta yakınlarında yapılan çalışmalarda, diğer yaşam kalitesi boyutlarının aksine OKB hasta yakınlarının çevresel yaşam kalitesi skorlarının sağlıklı bireylerden farklı olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır(127). OKB hasta yakınlarında yaşam kalitesi çevre boyutu skoru düşüklüğü nedenselliğinin araştırıldığı çalışmalarda; hastanın obsesyon şiddeti, kompulsiyon şiddeti, hasta yakınının algıladığı hastalık yükü (129) hastalık süresi ve hasta yakınında duygudurum bozukluğu olması (130) belirleyici olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise kurulan çoklu modeller sonucu, hasta yakınlarının, içinde yaşadıkları maddi yaşam ortamından hoşnut olmaları olarak özetlenebilecek olan "Çevre" boyut skorunun, onların birlikte yaşadıkları hastaların hastalık süresi ve tedavi özellikleriyle ilişkili olmadığını, ancak hastaların kompulsiyon çeşitleri ve kendi eğitim süresi ile algıladıkları hastalık yüküyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastalık şiddeti ve süresi arttıkça hastanın işlevselliğinin bozulabilir, çalışma gücü azalabilir, tedavi masrafları artabilir, yakınının bakımına ihtiyaç duyma sonucu yakınının çalışmamasına neden olabilir ve tüm bunların sonucunda oluşan ekonomik yük yaşam kalitesi çevre boyutunu olumsuz etkileyebilir. Ancak bu bilgilere rağmen literatürden farklı olarak çalışmamızda hastalık süresinin anlamlı bulunmamasının nedeni, çalışmamıza dahil edilme kriterleri arasında minumum hastalık süresinin belirtilmemesi, böylece yeni tanıli hastaların da çalışmaya dahil edilerek ortalama hastalık süresinin kısalması olabilir. Diğer taraftan önceki çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda tek değişkenli analizlerde, hastaların YBOKÖ ile ölçülen obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin hasta yakınının yaşam kalitesi çevre skorunu olumsuz etkilediği

bulunmuştur. Ancak çoklu analizlerde hasta yakınlarına ait değişkenlerin dahil edildiği model 3 te dahi obsesyon, kompulsiyon şiddeti yerine kompulsiyon çeşitlerinin etkili olduğu ortaya konmuştur. Bunun iki olası nedeninden birisi çoklu modelin doğru bir model olup olmadığı (yani kuruluşundaki hipotezler) ve buna göre modele alınan değişkenlerin birlikteliği, diğeri ise kompulsiyon şiddetinden çok, kompulsiyon çeşidinin gerçekten etkili olmasıdır. Birinci nedeni değerlendirirken, ilk göze çarpan, kompulsiyon şiddeti ile çeşitlerinin aynı çoklu modele alınmasıdır. Bilindiği gibi aynı kavramları ifade ettiği düşünülen ve birbirleri ile yüksek düzeyde ilişkili olan değişkenlerden sadece birisi çok analize alınır. Bunu sınamak için yaptığımız öncül çözümlemelerde kompulsiyon şiddeti ile çeşidinin aralarında yüksek derecede ilişki olmadığını bulmamız, ikinci nedeni ön plana çıkarmaktadır. Bu durumda kompulsiyon çeşidinin çevre boyutu üzerinde daha etkili olduğu sonucuna varabiliriz. Burada etkili bulunan kompulsiyon çeşitleri, düzenleme kompulsiyonu ve zihinsel törenler; aşırı liste hazırlama; söyleme-sorma veya itiraf etme gereksinimi; batıl davranışlar; kendine ve başkasına zarar gelmemesi için aşırı önlem alma gibi diğer kompulsiyonlardır. Hastada bu çeşit kompulsiyonların bulunması hasta yakınının çevre boyut skorunu olumsuz etkilemektedir. Çalışmamız, yaşam kalitesi ile kompulsiyon çeşitleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi açısından ilk olma özelliği teşkil etmektedir. Bu yüzden bu açıdan literatürle bir kıyaslama yapmak mümkün olmamaktadır. Ancak hastanın hastalıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak üzere hasta yakınlarının hastanın ritüellerine katılımı olarak tanımlanan uyumun, hasta yakınının gündelik yaşamını kısıtlamaya neden olarak sosyal ve mesleki işlevselliğini bozduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (6,7,114,116,117). Bu açıdan bakıldığında düzenleme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyon çeşitlerinin doğası gereği, hastanın birlikte yaşadığı kişileri daha çok etkilediği göz önüne alınırsa hasta yakınında daha çok uyuma ve kısıtlamaya neden olarak, mesleki işlevselliğini bozmuş dolayısıyla çevresel yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir. Çalışmamızda sadece çevre boyutu için oluşturduğumuz 5.model' de (Model 3 teki düzenleme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyon çeşitleri yerine

kompulsiyon çeşidi sayısının alındığı model) ise kompulsiyon çeşidi sayısının kompulsiyon çeşitlerinin alternatifi olarak anlamlılık kazanmaktadır. Kompulsiyon çeşidi sayısının değişken olarak değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. İstatistiksel olarak kompulsiyon çeşitlerinin alternatifi gibi davranan kompulsiyon çeşidi sayısının artması hasta ve yakınının yaşamını daha çok kısıtlayarak, boş vakitlerin azalmasına, üretkenliğin azalmasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Diğer tüm yaşam kalitesi boyutlarında olduğu gibi hasta yakınının çevre boyutunu da hem model 1, hem de model 3' te anlamlı düzeyde etkileyen bir diğer değişken de algılanan "hastalık yükü" dür. Çalışmamızla benzer olarak Grover ve arkadaşları (129) da yaşam kalitesi çevre boyutunun hastalık yükünden olumsuz etkilendiğini, özellikle nesnel yükün çevresel boyut için belirleyici olduğunu bulmuşlardır. Ancak algılanan hastalık yükünü değerlendirmek için kullandığımız ölçeğin alt bileşenleri olmadığı için bu alanda karşılaştırma yapmak mümkün değildir. Diğer taraftan kullandığımız HYDÖ içeriği de göz önüne alındığında hastalık yükünün, maddi yaşam koşullarını önemli ölçüde etkileyebileceği ortadadır: yük arttıkça dinlenme ve boş zaman faaliyetleri kısıtlanabilir, yeni bilgi ve becerilere ulaşabilme olanakları ve bu gibi konulara odaklanabilmek zorlaşabilir, kişinin mevcut işindeki devamlılığı veya verimliliği aksayabilir. Hastalık yükünün çevre boyut skorunu olumsuz etkilemesinin alternatif yorumu da, kişinin maddi koşullarından en çok etkilenen çevre boyutunun dolaylı olarak hastanın çoğu yaşam kalitesi boyut skorlarından etkilenmesidir. Nitekim tek değişkenli analizlerde, sadece hastaya ait değişkenlerin alındığı model 2'de ve tüm değişkenlerden hastalık yükünün çıkarıldığı model 4'te hastaların yaşam kalitesi skorlarının hasta yakınlarının çevre skoru ile ilişkili bulunması bu düşüncüyü desteklemektedir. Özellikle çoklu modeller, hastanın sosyal ve çevresel yaşam kalitesi skorları düştükçe, birlikte yaşadığı yakınının çevresel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği göstermektedir. Bu durum hastanın sosyal ve mesleki işlev kaybının veya tatminsizliğinin kendi gelirini azaltarak ya da yakınında kısıtlama ve yük yaratarak yakının gelirinin azalmasına neden olmasıyla açıklanabilir.

Genel Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık:

WHOQOL kısa sürümünde (WHOQOL-Bref) yer alan 26 sorudan 24'ü ölçeğin 4 boyutunu hesaplamakta kullanılırken, ölçeğin birinci sorusu Genel Yaşam Kalitesi, 2. sorusu ise Genel Sağlık sorularıdır. Bu iki soru WHOQOL-Bref'in geçerlilik çalışmalarında kullanılmak üzere hazırlanmış sorulardır ve boyut hesaplamalarında kullanılmaz. Bu ölçeğin toplam skoru olmaması nedeniyle biz bu çalışmada bu iki soruyu bireylerin genel yaşam kalitesi ve sağlık algılarını değerlendirmek amacıyla kullandık. Ancak OKB hasta yakınlarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalardan sadece birinde diğer dört yaşam kalitesi boyutuna ek olarak genel yaşam kalitesi sorusu değerlendirilmiştir (129).

Tek değişkenli çözümlemeler, hasta yakınının *genel yaşam kalitesinin*, diğer yaşam kalitesi boyutlarında olduğu gibi, kendisinin ve annesinin eğitim düzeyinden, algılanan gelirden, hastalık yükünden ve bunların yanında yaşadığı hastanın cinsiyetinden, obsesyon şiddetinden, kompulsiyon şiddetinden, depresif belirti şiddetinden ve yaşam kalitesi boyut skorlarından etkilendiğini göstermektedir. Anlamlı bulunan bu değişkenlerden sadece hasta yakını ile ilgili olanların alındığı model 1 de sadece hastalık yükü anlamlılığını korumuştur. Algılanan hastalık yükü arttıkça, genel yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu bulgu önceki yaşam kalitesi boyutları analizlerimizle uyumludur. Sadece hastayla ilgili değişkenlerin alındığı model 2 ye baktığımızda hastanın cinsiyeti, obsesyon ve kompulsiyon şiddeti modelde kalmayı sürdürmüştür. Hastalık şiddetinin yanında hasta erkeksen birlikte yaşadığı yakınının genel yaşam kalitesi kadın hastanın yakınlarına göre daha kötüdür. Hastalık şiddetinin, hasta yakınının yaşam kalitesi boyutlarını olumsuz etkilediğini daha önce tartıştığımız için bir kenara bırakırsak, bu durum toplumdaki erkek rolüyle veya geleneksel aile yapısı içinde erkeğin daha baskın olması ve erkek bireyden beklentilerin daha fazla olmasıyla dolayısıyla hane içindeki erkek bireyin hastalanmasıyla rollerini yeterince yerine getirememiş olması, onunla birlikte yaşayanları olumsuz etkilemiş olmasıyla açıklanabilir. Hasta ve hasta yakınına ait değişkenlerin birlikte alındığı 3. modele baktığımızda hastayla ilişkili değişkenlerin modelden

düştüğünü, hasta yakınının eğitim süresinin ve algılanan hastalık yükünün modelde kaldığını; model 3' e alınan değişkenlerden hastalık yükünü çıkararak kurduğumuz 4. Modelde ise hastayla ilgili değişkenlerin tekrar anlam kazandığını görüyoruz. Bu durum hastanın erkek olmasının, obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin fazla olmasının, hastanın yakınında yük yaratarak genel yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Çalışmamıza alınma kriterlerini hesaba katarak, çalışmamızdaki hasta yakınlarının sağlıklı bireyler olduğunu göz önüne aldığımızda hasta yakınının genel yaşam kalitesinde kendi eğitim düzeyinin ve risk faktörü olarak kabul edilebilecek algıladığı hastalık yükünün belirleyici olması beklenen bir durumdur. Literatürde OKB hasta yakınlarında genel yaşam kalitesi sorusu üzerinden değerlendirildiği tek bir çalışma olan Grover'in çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer olarak hasta yakınının genel yaşam kalitesinin hastalık yükünden ve hastanın obsesyon-kompulsiyon şiddetinden olumsuz etkilendiği bulunmuştur (129). Ancak Grover'in çalışmasında, bizim çalışmamızdan farklı olarak, cinsiyet gibi kategorik değişkenler alınmamış, ileri analizler yapılmamış sadece korelasyona bakılmıştır. Bu yüzden bizim bulgularımızla ayrıntılı karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır.

WHOQOL ölçeğinin 2. Sorusu olan Genel Sağlık sorusu, ölçekte yer alan ve yaşam kalitesini sorgulayan diğer tüm sorulardan ayrılmaktadır. Bilindiği gibi "Sağlık", "Yaşam kalitesinden" başka bir kavramı ifade eder. Yaşam kalitesi, bireyin bir fonksiyonunun kaybı yanında o fonksiyona yaşamda verdiği önemle ve beklentilerinin yaşamdaki karşılanma düzeyi ile de ilgilidir (164). Ancak "sağlık" algısı, kişinin ona verdiği önemden bağımsız olarak yaptığı genel öznel bir değerlendirmedir (165). Dolayısıyla bunu etkileyen değişkenlerin de yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerden farklı olması beklenir (166). Bizim çalışmamızda, Genel sağlık sorusuna bakıldığında gerek tek değişkenli analizlerde gerek çoklu modellerde diğer yaşam kalitesi boyutlarına göre daha az değişkenden etkilendiğini ve bazı farklılıklar içerdiğini görmekteyiz. Nitekim, burada karşımıza çıkan dikkat çekici farklılık diğer bütün yaşam kalitesi boyutlarında önemli etkisi olan hastalık yükünün anlamlı etkisinin bulunmamasıdır. Bu durum çalışmamızın doğası gereği,

hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmalarıyla dolayısıyla bu alanın genel toplumdan çok farklı olmadığı için algılanan hastalık yükünün kişinin genel sağlığını etkilememiş olmamasıyla açıklanabilir. Literatürdeki çok sayıdaki algılanan sağlık çalışmalarında da sosyoekonomik değişkenlerin sağlık algısını etkilediği gösterilmiştir. Beklendiği gibi bizim çalışmamızda da, tek değişkenli analizlerde, hasta yakınının genel sağlık algısının, kendisinin ve annesinin eğitim düzeyinden olumlu etkilendiğini görmekteyiz. Eğitim düzeyi artıkça, hastalıklar hakkında daha çok bilgi sahibi olma, gelir düzeyinin artmasıyla daha rahat koşullarda yaşama ve sağlık olanaklarına daha kolay ulaşma gibi fırsatların artması bu durumu açıklayabilir.

Sadece hasta yakınına ait değişkenlerin alındığı model 1 de kişinin kendi eğitiminin anlamlılığını yitirdiğini, anne eğitimin ise genel sağlık konusunda belirleyici olarak karşımıza çıktığını görüyoruz. Genel sağlığın oluşmasında bireyin anne rahminden itibaren olan koşullardan etkileneceği düşünülürse, anne eğitiminin belirleyici olması beklenen bir durumdur. Nitekim anne eğitiminin ailenin sağlığında ne denli önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Kadın eğitiminin toplumun sağlığı üzerinde neredeyle en önemli değişken olduğu Türkiye’de tüm illeri kapsayan bir ekolojik çalışmada gösterilmiştir (167). Hastayla ilgili değişkenlere baktığımızda, diğer yaşam kalitesi boyutlarından farklı olarak hastanın obsesyon-kompulsiyon toplam şiddetinin ve dini obsesyonun anlamlılık göstermesidir. Hasta ve yakınına ait değişkenlerin birlikte alındığı model 3’de hasta yakınının annesinin eğitimiyle birlikte hastada dini obsesyonun bulunması genel sağlık için belirleyici bulunmuştur. OKB açısından Genel Sağlık için farklı olan nokta ise, dini obsesyonu olan bireylerin yakınlarının sağlık algılarının diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha iyi olmasıdır. Bu durum dini obsesyonların hastalarla yakınlarının ilişki sıklığı ve süresini kısaltarak maruziyetin sınırlandırılması yoluyla hasta yakınlarının sağlık algılarını iyileştirmiş olabileceği ile ya da dini obsesyonların hasta yakınları tarafından hastalık belirtisi olarak algılanmamasıyla ilgili olabilir. Literatürde OKB hasta yakınlarında, genel sağlık algısının ayrıntılı değerlendirildiği bir çalışma olmadığı için, bu alanda karşılaştırma yapmak mümkün değildir. Genel sağlık algısının diğer yaşam

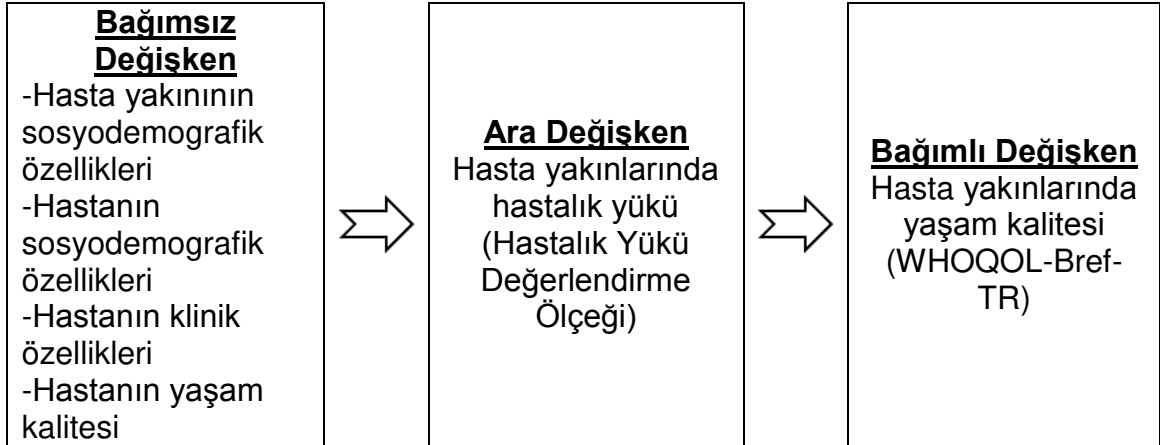
kalitesi boyutlarından farklılaştığı bir diğer nokta: korelasyon çözümlerinde, hasta yakınının genel sağlık algısının hastanın hiç bir yaşam kalitesi boyutu ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmamasıdır. Bu durum sağlık ve yaşam kalitesinin kavramsal tanımlarına dayanarak, sağlık algısının dışı vurumunun yaşam kalitesi algısından daha nesnel ve daha hissedilir olmasıyla açıklanabilir.

Genel Yaşam Kalitesi sorusunda yaptığımız gibi WHOQOL'ün Genel Sağlık sorusu için de, yaşam kalitesi boyut skorlarını ne derecede açıkladığını ortaya koymak için regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizin sonucu, Genel Sağlık algısını, ölçeği sadece "Bedensel" boyutunu anlamlı düzeyde etkilediğini ortaya koymuştur. Bu sonuç, genel yaşam kalitesinde olduğu gibi WHOQOL global (138) ve ulusal (137) geçerlilik çalışmalarındaki sonuçlarla tutarlıdır.

6.2. Hastalık Yüğü Nedenselliğı

Çalışmamızda OKB hastalarıyla birlikte yaşayan kişilerde yaşam kalitesini etkileyen risk faktörlerini araştırmak amacıyla hasta ve yakınına ait birçok sosyodemografik ve klinik özellikler bağımsız değişken olarak alınmış, bu özelliklerin birbirinden bağımsız etkilerini değerlendirmek için çoklu modeller kurulmuştur. Bu modellerin sonucunda yaşam kalitesinin dört ayrı boyutunun ve genel yaşam kalitesinin ortak özeliğı bu boyutlarının tümünün "hastalık yükü"nden anlamlı düzeyde etkilenmiş olmalarıdır. Diğer taraftan, hastalık yükünün dahil edilmediğı modellerde hastaya ait değişkenler modelde kalarak anlamlılıklarını sürdürürlerken, hastalık yükünün dahil edildiğı modellerde hastaya ait değişkenlerin indirgenmiş son modelden düştükleri, yani anlamlılıklarını yitirdikleri gözlenmiştir. Bu sonuçlar, hastalık yükünün hastaya ait özellikler üzerinden bir ara değişken olarak hasta yakınının yaşam kalitesini etkilediğini düşündürmüştür. Dolayısıyla hasta yakınının yaşam kalitesinin nedensellik akış şemasının Şekil 7'de gösterildiğı gibi olduğu öngörölerek, Hastalık yükünün bağımlı değişken olduğu ek bir model kurularak, istatistik çözümleme yapılmıştır.

Şekil 7: Bağımsız-ara-bağımlı değişken nedenselliği



Çalışmamızda hasta yakınının sosyodemografik özellikleriyle algılanan hastalık yükü arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu bulgumuzu destekleyen çalışmalar çoğunlukta olmakla birlikte (126,129,130,144), farklı olarak sadece bir çalışmada bakımveren kadın olması durumunda algılanan yükün arttığı gösterilmiştir (141).

Hastanın sosyodemografik özellikleri açısından baktığımızda sadece çalışmayan hastaların yakınlarında algılanan hastalık yükünün arttığı gözlenmiştir. Bu durum hasta yakınlarının çalışmayan hastayla daha çok vakit geçirmesiyle, hastalık belirtileri ve sonuçlarına daha çok maruz kalmasıyla birlikte maddi gelirin azalmasına bağlı oluşan ekonomik yük ile ilişkili olabilir. Nitekim sosyoekonomik düzeyin dolaylı göstergesi olan hastanın yaşam kalitesi çevresel boyut skoru azaldıkça hastalık yükünün artması da bu bulguyu desteklemektedir. Çalışmamızla benzer olarak Vikas ve ark., Bonnie ve ark. da çalışmayan hastaların yakınlarında hastalık yükünün fazla olduğunu göstermişlerdir (126,141). Ancak literatürde hastalık yükünü açıklayıcılıkta hastanın yaşam kalitesini değerlendiren çalışma bulunmadığı için bu konuda kıyaslama yapmak mümkün değildir.

Literatürde hastalık süresinin hastalık yükünü arttırdığını gösteren çalışmaların (8,124,130) yanında, etkilemediğini gösteren çalışmalar da (141,168) bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda ise grovers (129) ve vikas (126) araştırmasıyla benzer olarak hastalık yükünün hastalık süresinden değil tedavi süresinden etkilendiği, tedavi süresi arttıkça ailenin algıladığı

hastalık yükünün arttığı gösterilmiştir. Bu durum hastaların tedavi arayışının, hastalığın başlangıcıyla eş zamanlı olmasından çok hastalığın şiddetinin fazla olduğu dönemlerde olmasıyla yani tedavi süresinin hastalık şiddetinin dolaylı göstergesi olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca hastalık yükünün hastalık şiddetinden etkilendiğini gösteren literatürde pek çok çalışma bulunmaktadır (122,123,126,129,130,144). Bizim çalışmamızda da hastalık yükünün hastalık şiddetinden olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. YBOKÖ-obsesyon puanı, YBOKÖ-kompulsiyon puanı ve HDDÖ puanı ile HYDÖ puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmış ancak bunlar regresyon modeline alındığında hastalık yükünü açıklayıcılığı açısından sadece YBOKÖ-kompulsiyon puanı anlamlığını korumuştur. Bu durum daha önceden de bahsedildiği gibi kompulsiyonların hasta yakınları tarafından gözlenebilir ve hissedilebilir olmasıyla, hasta yakınlarının bu davranışlara ortak olarak gündelik yaşamlarının sekteye uğraması sonucu yük olarak algılamasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda içgörüsü yüksek hastaların yakınlarında hastalık yükü daha fazla bulunmuştur. Bu durum hastalığıyla ilgili farkındalığı yüksek olan hastaların daha çok üzüntü ve sosyal geri çekilme yaşamasıyla, sadece yakınlarıyla birlikte vakit geçirerek yakınına sosyal ve mesleki işlev kısıtlanmasına yol açarak yük yaratmasıyla ilişkili olabilir. Bu bulgumuzun aksine Erdinç ve ark nın (130) çalışmasında zayıf içgörüye sahip hasta yakınlarında hastalık yükü daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda bu konuda daha önceden yapılmış çalışmalarda kullanılmayan YBOKÖ-alt maddeleri(kaçınma davranışı, kararsızlık derecesi, aşırı sorumluluk, hareketlerde belirgin yavaşlama, patolojik kuşku) de değerlendirilmiş; kaçınma davranışı ve kararsızlığı yüksek hasta yakınlarında hastalık yükü daha yüksek bulunmuştur. Hastalığı nedeniyle kaçınan yani kendini kısıtlayan, sosyal geri çekilme yaşayan, gündelik aktivitelerden uzaklaşan ve sorumluluklarını yerine getiremeyen hastanın yakınları, hastaların sorumluluklarını üstlenebilir, sosyal geri çekilmelerine uyum sağlayarak arkadaş, akraba ilişkilerinden uzaklaşarak daha fazla yük hissedebilirler. Aynı zamanda en ufak şeyler hakkında bile karar vermekte zorlanan, yakınından

sürekli teyit bekleyen hastaların yakınlarında, hastanın kendisine muhtaç olduğu hissiyatı, hastasının geleceği konusunda üzüme ve kaygılanma duygusal yük yaratabilir.

Son olarak literatürde hasta yakınında duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun bulunmasının algılan hastalık yükünü arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (125,130,169). Ancak çalışmamıza katılan hasta yakınlarının, hastalık yükünün kişiden bağımsız sadece birlikte yaşadığı hastanın hastalığından nasıl etkilendiğini değerlendirmek amacıyla ruhsal ve fiziksel sağlıklı olma ön koşulunun bulunması nedeniyle bu konuda kıyaslama yapılamamaktadır.

Üstünlükler ve Sınırlılıklar

Çalışmamızda OKB hastalarıyla birlikte yaşayan kişilerde yaşam kalitesi ve ilişki risk etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmaya dahil edilen hasta yakınlarında fiziksel ve ruhsal iyilik halinde olma ön koşulu getirilmiştir. Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının bu ön koşula dayanarak sağlıklı olduğu düşünüldüğünde, OKB hastalığının hasta yakınının yaşam kalitesi üzerinde etkisini daha net değerlendirebilmek araştırmamızın önemli bir üstünlüğüdür. Bunun yanında hasta ve yakınlarını değerlendirirken daha önceki çalışmalardan farklı olarak ayrıntılı sosyodemografik bilgilerin alınması; hastanın klinik özelliklerini değerlendirirken YBOKÖ-alt maddelerinin ve kompulsiyon çeşitlerinin de bağımsız değişkenlere dahil edilmesi; hastaların yaşam kalitesi boyutlarının ve hasta yakınının algıladığı hastalık yükünün bağımsız değişken olarak alınması; hastalık yükünü değerlendirmek için kullandığımız Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeğinin OKB'lu hasta yakınları için daha uygun olması çalışmamızın diğer üstünlükleri arasındadır. Ayrıca bağımlı değişken olarak hasta yakınlarının yaşam kalitesi dört boyutunun ve genel yaşam kalitesi, genel sağlık sorularının ayrı ayrı alınması; regresyon analizi yapılırken bağımlı değişkenlerin her biri için yordayıcılığı yüksek olan değişkeni belirlemek amacıyla dört farklı modelin kurulması çalışmamızın istatistiksel çözümleme açısından üstünlüğüdür.

Çalışmamızı yorumlarken bazı sınırlılıklar da bulunmaktadır. Bunlardan ilki çalışmamıza sağlıklı kontrol grubunun dahil edilmemesidir. Bunun nedeni çalışmamıza alınan hasta yakınlarında zaten sağlıklı olma ön koşulunun bulunması ve alınması planlanan sağlıklı kontrol grubunun, birlikte yaşadığı kişilerin tümünün de sağlıklı olması zorluğudur. Bu konudaki sınırlılık Türkiye WHOQOL ulusal havuzunda bildirilen normal toplumdaki bireylerin yaşam kalitesi puanlarıyla karşılaştırma yaparak giderilmeye çalışılmıştır. Çalışmamıza alınan hasta ve yakınlarının ruhsal açıdan sadece DSM-IV Eksen 1 tanılarına göre değerlendirilmesi, Eksen 2 tanılarının değerlendirmeye alınmaması yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek açısından ayrı bir sınırlılıktır. Hastalık yükünü ölçmek için kullandığımız Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği, her ne kadar OKB'lu hasta yakınları için daha uygun olsa da, ölçeğin yükü ölçmede nesnel, öznel, duygusal, ekonomik yük gibi alt bileşenlerinin olmaması, hastalık yükünü ayrıntılı değerlendirmek açısından dezavantaj oluşturmaktadır. Ayrıca örneklemimizin küçük olması nedeniyle bazı spesifik analizlerin gücünün azalmış olması ve sadece üniversite hastanesine başvuran hastaların alınması, bulunan sonuçların tüm OKB tanılı hasta yakınlarına genellenmesini zorlaştırmaktadır.

7-SONUÇ VE ÖNERİLER

Sınırlılıklarına rağmen, bu çalışmanın bulguları ile kurduğumuz hipotezler doğrultusunda bazı çıkarsamalara varmak mümkündür.

OKB hastalarıyla birlikte yaşayan kişilerin yaşam kalitesi boyutları:

- Kişinin kendi eğitim düzeyi ve cinsiyeti gibi sosyodemografik özelliklerinden,
- Hastanın sosyodemografik özelliği olan çalışma durumundan,
- Hastalığın şiddeti ve kompulsiyon çeşitleri gibi hastalığın klinik özelliklerinden,
- Hastanın yaşam kalitesinden,

- Hasta yakınının algıladığı hastalık yükünden, farklı düzeylerde etkilenebilmektedir.

OKB hastalarıyla birlikte yaşayan kişilerin algıladığı hastalık yükü:

- Kişinin kendi sosyodemografik özelliklerinden etkilenmemekte;
- Hastanın sosyodemografik özelliği olan çalışma durumundan,
- Hastalığın şiddeti, tedavi süresi, hastanın içgörüsü, kaçınma davranışı, kararsızlık derecesi gibi klinik özelliklerinden,
- Hastanın çevresel yaşam kalitesinden, etkilenmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Hasta yakınının yaşam kalitesinin dört ayrı boyutunu da etkileyen ortak ve en önemli değişken ‘hastalık yükü’ dür. Hasta yakınının algıladığı hastalık yükü arttıkça, yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.
2. Hastalık yükü hastaya ait özellikler üzerinden bir ara değişken olarak hasta yakınının yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalık yükü hastanın obsesyonlarından çok kompulsyonlarından ve hastalığın dışarıdan fark edilebilen klinik özelliklerinden etkilenmektedir.
3. Hastalık yükünü en yüksek düzeyde etkileyen faktörler sosyoekonomik düzey göstergesi olan hastanın çalışma durumu ve çevresel yaşam kalitesidir; sosyoekonomik düzey azaldıkça, hastalık yükü artmaktadır.

Tüm bunlardan yola çıkarak OKB’lu hasta yakınlarında yaşam kalitesini arttırabilmek, hastalık yükünü ve etkilenmeyi azaltabilmek için daha fazla destek, eğitim ve aile görüşmelerine ihtiyaç vardır. Klinisyenler hastalığın belirtilerinin ve şiddetinin tedavisi yanında, hastanın kendisinden sosyal ve mesleki performans beklentisine, birlikte yaşadığı kişilerle ilişkilerine, onların hastalığa ve hastaya karşı tutumlarına da odaklanmalı, bu konuda hasta yakınlarını bilgilendirmeli ve ailenin ihtiyaçlarını da gözardı etmemelidir. Hasta ve birlikte yaşadığı kişilerin yaşam kalitesinin bu denli olumsuz etkilendiği sık görülen hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi önerilir. Bunlarla birlikte bulgularımızın geniş örneklemli izlem çalışmalarınca da tekrarlanması gerekmektedir. Bundan sonraki çalışmalar aile yükünün ve yaşam kalitesinin zaman içinde nasıl bir gidişat gösterdiğini, tedavi girişimlerinden nasıl etkilendiği üzerine odaklanabilir

8-ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarıyla Birlikte Yaşayan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve İlişkili Risk Etkenleri

Giriş:Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal ve davranışsal yönleri ile kişinin aile, akademik, meslek ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregen bir rahatsızlıktır. Bu hastalık sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkileyebilmektedir. OKB'li hasta yakınlarındaki hastalık yükü ve yaşam kalitesindeki bozulma, diğer psikiyatrik hasta yakınlarıyla kıyaslanarak daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Ancak OKB'li hasta yakınlarının yaşam kalitesinin nedenselliğini araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Amaç:Bu araştırmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarla birlikte yaşayan kişilerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, başta hasta yakınının algıladığı hastalık yükü olmak üzere, hasta yakınının yaşam kalitesinde, ait olumsuzluğa yol açabilecek hasta ve hasta yakınına etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 68 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı hasta ve bu hastalarla birlikte yaşayan 68 hasta yakını çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalara SCID-I/CV psikiyatrik tanı değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR) uygulanmıştır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarına ise SCID-I/CV psikiyatrik tanı değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği(HYDÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR) uygulanmıştır. Farklı nedensellik modellerinde kullanılan, araştırmanın bağımlı değişkenleri “hasta yakını yaşam kalitesi” ve “hasta yakınının hastalık yükü” dür. Tek değişkenli çözümlemelerde parametrik durumlarda Student's t

testi; ANOVA ve Pearson korelasyonu; parametrik olmayan durumlarda Kruskal Wallis ANOVA ve Mann Whitney U önemlilik testleri ve Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır. Çok değişkenli çözümlemelerde ise doğrusal çoklu regresyon kullanılmıştır.

Bulgular:Yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda OKB hastalarıyla birlikte yaşayan kişilerin yaşam kalitesi boyutları kendi eğitim düzeyinden, cinsiyetinden, hastanın çalışma durumundan, hastanın yaşam kalitesinden, hastalığın şiddetinden ve kompulsiyon çeşitlerinden farklı düzeylerde etkilenebilmektedir. Ancak hasta yakınının yaşam kalitesinin dört ayrı boyutunu da etkileyen ortak ve en önemli değişken hastalık yüküdür. Ayrıca hastalık yükünün hastaya ait özellikler üzerinden bir ara değişken olarak hasta yakınının yaşam kalitesini etkilediği gözlenmiştir. Tedavi süresi, kompulsiyon şiddeti (YBOKÖ kompulsiyon alt puanı), hastanın içgörüsü, kaçınma davranışı, kararsızlık derecesi gibi dışarıdan gözlenebilen hastaya ait özellikler, birlikte yaşadığı kişi üzerinde yük yaratarak yakınının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Tüm bunların yanında hastalık yükünü en yüksek düzeyde etkileyen faktörler sosyoekonomik düzey göstergesi olan hastanın çalışma durumu ve çevresel yaşam kalitesidir; sosyoekonomik düzey azaldıkça, hastalık yükü artmaktadır.

Sonuç: OKB'li hastalarla birlikte yaşayan kişilerde yaşam kalitesini etkileyen ve adeta ara değişken olarak davranan en önemli etken hastalık yüküdür. Hasta yakınının algıladığı hastalık yükü ise en çok hastanın kompulsiyonlarından ve çalışamaması sonucu sosyoekonomik düzeyin azalmasından etkilenmektedir. Tüm bu bulgular ışığında OKB hastalığının sadece hastayı değil hasta yakını da etkilediği aşikardır. Buna göre hastayı değerlendirirken hasta ve hastalığın klinik belirtileri yanında, hasta yakınının da bilgilendirilmesinde, tedaviye ortak edilmesinde ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde fayda vardır. Koruyucu ruh sağlığı açısından hasta yakınlarının yaşam kalitesinde etkilenmeyi azaltabilecek en önemli faktör hastalık yükünü azaltabilmektir.

Anahtarkelimeler:Obsesif kompulsif bozukluk; hasta yakını, yaşam kalitesi, hastalık yükü

9-İNGİLİZCE ÖZET

Quality of life and associated risk factors in relatives of patients with obsessive compulsive disorder

Introduction: Obsessive compulsive disorder (OCD) is chronic disease that affects family and social relationships, occupational and academic performance for both the patients and their relatives due to cognitive, emotional and behavioral aspects of the disease. OCD may affect patients' family members, friends and society. Disease burden and deterioration in quality of life in relatives of patients with OCD have been previously reported and compared to relatives of patients with other psychiatric conditions. However, there are few studies available in the literature regarding causality of quality of life in relatives of patients with OCD.

Objective: We aimed to evaluate quality of life, burden of disease in relatives of patients with OCD and factors that negatively effect their lives.

Material and methods: Sixty-eight patients with OCD and their 68 relatives were included in the study. Following SCID-I/CV psychiatric evaluation, sociodemographic data form, Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Y-BOCS symptom checklist, Hamilton depression rating scale (HDRS) and World Health Organization quality of life questionnaire brief form (WHOQOL-BREF TR) were completed in the patient group. In patients' relatives group, following SCID-I/CV psychiatric evaluation, sociodemographic data form, burden assessment scale (BAS) and WHOQOL-BREF TR were completed. The dependent variables were "quality of life in patients' relatives" and "burden in patients' relatives". In single variable analyses, Student's t test, ANOVA and Pearson correlation, Kruskal Wallis ANOVA and Mann Whitney U, Spearman's Rho correlation tests were performed. In multiple variable analyses, linear multiple regression test was used.

Results: Linear regression analysis showed that the quality of life in relatives of patients with OCD may be affected by their education levels, gender, occupational factors, quality of life in the patient, severity of the disease and type of compulsions. However, the most important variable effecting the quality of life in the relatives was burden of the disease. Moreover, we found that burden was also effecting their

quality of life as an intervening variable due to patient characteristics. Factors that can be observed by the relatives such as duration of treatment, severity of compulsions (Y-BOCS compulsion score), patient's insight, avoidance behaviour, degree of instability appeared to cause extra burden and negatively effect their quality of life. Also, patient's occupation status and environmental quality of life were the most important factors that effected burden of disease, suggesting that lower socioeconomic level is associated with increased burden.

Discussion: Disease burden is the most important variable effecting quality of life in relatives of patients with OCD and contributes as an intervening variable. Perceived burden among relatives was evaluated to be effected by compulsions and lower socioeconomic level due to their occupational status. Our findings suggest that OCD effects both the patient and their relatives. Therefore, it is essential to inform the relatives, to examine their needs and allow their participation in treatment procedures while evaluating the patients with OCD. To decrease the disease burden may be the most important preventive mental health attempt to improve quality of life in relatives of patients with OCD.

Key words: Obsessive compulsive disorder, quality of life in patients with obsessive compulsive disorder, burden in patients' relatives

10-KAYNAKLAR

- 1- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM (2004) *Obsesif-Kompulsif Bozukluğun patogenezi. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara*
- 2- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33: 587–95*
- 3- Hollander E. *Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. Br J Psychiatry 1998; 173 (Suppl 35):7–12.*
- 4- Stein DJ, Roberts M, Hollander E, et al. *Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder. S Afr Med J 1996; 36:1579– 1585.*
- 5- Hollander E, Kwon K, Won JH, et al. *Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. J Clin Psychiatry 1996; 57:3–6.*
- 6- Laidlaw TM, Fallon IRH, Barnfather D, Coverdale JH. *The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. Comm Mental Health J 1999;35:443–449.*
- 7- Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, et al. *Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. J Affective Disorder 2006;94:199–209*

- 8-** Gupta M, Giridhar C, Kulhara P. Burden of care of neurotic patients: correlates and coping strategies in relatives. *Indian J Soc Psychiatry* 1991; 7:8–21.
- 9-** Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessivecompulsive disorder on the family: preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:440–442.
- 10-** Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR)*. Köroğlu E (ed.); 2007: 660 – 71
- 11-** Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (11.Basım)* Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2008; 480-496.
- 12-**Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler.*Anksiyete Bozuklukları*.Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006:278-98.
- 13-** Işık E, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozuklukları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print, 2006:239-285
- 14-** DSM-III: *Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III*. American Psychiatric Association, Washington DC. 1980.
- 15-** DSM-III-R: *Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III-R*. American Psychiatric Association, Washington DC.1987.
- 16-** Charley DS. *Anksiyete Bozuklukları*. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's *Compherensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed)* (çev.ed. H Aydın, A Bozkurt). Günes Kitabevi, Ankara. 2007; 1718-1800.

- 17-** *Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV, 1994). E Köroğlu ( ev. ed.), dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.*
- 18-** *Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı  l  tleri Başvuru Elkitabı'ndan,  ev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013;129 –140.*
- 19-** *Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41 (10): 949–58*
- 20-** *Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45(12): 1094–9*
- 21-** *Weissman MM, Bland RC, Canino GJ ve ark. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group Journal of Clinical Psychiatry 55:5-10, 1994.*
- 22-** *Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren ř ve ark. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology; 30:106-110, 1997*
- 23-** *Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. J Nerv Ment Dis 2007; 195: 203-10.*
- 24-** *Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. Am J Psychiatry 2006; 163: 1362-70.*

- 25-** Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 367-74
- 26-** Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E. editör. *Anksiyete monografileri serisi III*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995: 101-42
- 27-** Samuels J, Nestadt G: Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry* 1997;9(1):61-72.
- 28-** Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 2004;350(3):259-65.
- 29-** Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990 Feb; 51 Suppl:10-3
- 30-** Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 59Suppl 2:29-33, 1998.
- 31-** Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias J. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 149:7, 1992.
- 32-** Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(2), 265-268.
- 33-** Pauls, David L. "The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review." *Dialogues in clinical neuroscience* 12.2 (2010): 149.
- 34-** Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S et al. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1986-1992.

- 35-** Demet MM. Obsesif- kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005;15:45-52.
- 36-** Orth M, Amann B, Robertson MM, Rothwell JC. Excitability of motor cortex inhibitory circuits in Tourette syndrome before and after single dose nicotine. *Brain*. 2005;128: 1292–1300.
- 37-** Samuels J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu OJ, Greenberg BD et al. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: Results From the OCD Collaborative Genetics Study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:493-499.
- 38-** Kim S.J., Kim C.H.: The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions, *Yonsei Med. J.*; 47: 443-454, 2006
- 39-** Choi JS, Kang DH, Kim JJ, Ha TH, Lee JM, Youn T et al. Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2004;38:193-199.
- 40-** Di Bella D, Cavallini MC, Bellodi L. No association between obsessive-compulsive disorder and the 5-HT1D {beta} receptor gene. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1783-1785.
- 41-** Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2001;65:4-25.
- 42-** Hollander E, Kaplan A, Allen A, Cartwright C. Pharmacotherapy for obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2000; 23:643-656.

- 43-** Thoren P, Asberg M, Bertilsson L, Mellstrom B, Sjoqvist F, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Archives of general psychiatry*. 1980; 37:1289-1294.
- 44-** Sasson Y, Zohar J. New developments in obsessive-compulsive disorder research: implications for clinical management. *International clinical psychopharmacology*. 1996; 11 Suppl 5:3-12
- 45-** Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine_{1A} receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Archives of general psychiatry*. 1991; 48:540-547.
- 46-** Zohar J. Is 5-HT_{1D} involved in obsessive-compulsive disorder? *Eur Neuropsychol*. 1996; 6:54-55.
- 47-** Westenberg HGM, Fienberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums*. 2007; 12:14-27.
- 48-** Eşel E. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000; 3:46-55.
- 49-** Sadock BJ, Sadock VA. Obsessive Compulsive Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA (ed.) *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, (10th Ed) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2007:604 – 610.
- 50-** Şahin AR. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E, Güleç C (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabında* (2. baskı). Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:343-352.

- 51-** Stein DJ: *Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorder. Biol.Psychiatry* 2000; 47(8): 296-304.
- 52-** Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. *Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessivecompulsive disorder patients taking paroxetine. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Sep 2000; 39(9):1096-103.
- 53-** Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R ve ark. (2005) *Glutamatergic dysfunction in OCD. Neuropsychopharmacology*, 30:1735-1740
- 54-** Işık U, Şener Ş. *Obsesif Kompulsif Bozukluk (Bölüm 24). İç: Aysev AS, Taner YI(editörler) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. s.507-519*
- 55-** Öztürk MO. *Psikanaliz ve Psikoterapi (3.basım). Ankara, Bilimsel tıp yayınevi, 1998:57-62.*
- 56-** Salkovskis P,Kirk J. *Obsessional Disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J. (eds). Cognitive Behavioral Thearpy for Psychiatric Problems A Practical Guide. Oxford, Oxford University Press, 2003:129-168.*
- 57-** Dünya Sağlık Örgütü. *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (1992). MO Öztürk, B Uluğ.*
- 58-** Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. *Obsesif Kompulsif Bozukluk. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri. 2006; 2(12): 30-44*
- 59-** Sayar K, Uğurad IK, Acar B. *Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999; 9:142-147.*

- 60-** Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset, Bursa; 1993. syf:86.
- 61-** Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender Related Differences Among Turkish patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45(5): 362-366
- 62-** Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-107.
- 63-** Foa EB, Kozak MJ. DSM IV-TR field trial: obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 90-96.
- 64-** Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, 2. Cilt, Bölüm 14: Anksiyete Bozuklukları (Çeviri Editörleri: Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt) Güneş Kitabevi, İstanbul; 2007. syf.1718-1788.
- 65-** Crino RD, Andrews G. Obsessive compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disorders*. 1996; 10: 37-46
- 66-** Skoog G, Skoog I. A 40-year follow of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 121-127
- 67-** Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*. 1993; 26:145-150.

- 68-** *Erkmen H. OKB ve Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Güncel Klinik Psikiyatri kitabında (2. Baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2008:177-188.*
- 69-** *Köroğlu E. Anksiyete Bozuklukları, PsikoNozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004. 325-381.*
- 70-** *Aouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J, et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology.Prog Neurobiol. 2004 Feb;72(3):195-221.*
- 71-** *Kaplan A, Hollander E. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Serv. 2003; 54:1111-1118.*
- 72-** *Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry. 2005; 162:228-238.*
- 73-** *Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. Harvard review of psychiatry. 2003; 11:113-132.*
- 74-** *Bayraktar E. Obsesif -kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası. 1997; 1:25-32.*
- 75-** *Koran LM, Sallee FR, Pallanti S. Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry. 1997; 154:396-401.*
- 76-** *Biswaranjan M. Management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: An update on therapeutic strategies. Management. 2007;10:145-153.*

- 77-** *Alonso P. Right Prefrontal repetitive Transcranial magnetic stimulation in obsessivecompulsive disorder: A double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry. 2001;158:1143-1145.*
- 78-** *Martin JL, Barbanoj MJ, Pérez V, Sacristán M. Transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive-compulsive disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2003;:CD003387.*
- 79-** *Greenberg BD, George MS, Martin JD, Benjamin J, Schlaepfer TE, Altemus M et al. Effect of prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. Am J Psychiatry. 1997;154:867-869.*
- 80-** *Jenike MA, Baer L, Ballantine T, Martuza RL, Tynes S, Giriunas I, et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. A long-term follow-up of 33 patients. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:548-555.*
- 81-** *Rapoport JL, Inoff-Germain G. Practitioner review: treatment of obsessivecompulsive disorder in children and adolescents.J Child Psychol Psychiatry. 2000;41:419-431.*
- 82-** *Grados MA, Labuda MC, Riddle MA, Walkup JT. Obsessive- children and adolescents. Int Rev Psychiatry. 1997;9:83-98.*
- 83-** *Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S et al. Randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2008;165:621- 630.*
- 84-** *Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Social Science and Medicine, 1994; 38:509-516.*

- 85-** Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:8-19, 1994.
- 86-** Barry MM: Well-Being and life satisfaction as components of quality of life. Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex, Wiley 31-42, 1997.
- 87-** TOP, Mehmet Şerif, Salih Yaşar ÖZDEN, and Meltem EFE SEVİM. "Psikiyatride yaşam kalitesi." *Düşünen Adam* 16.1 (2003): 18-23.
- 88-** Katsching H. How usefull is the concept of quality of life in psychiatry. *Quality of life in Mental Disorders*, H Katsching, H Freeman, N Sartorius (Ed), England: John Wiley&Sons, 1999 s.3-16.
- 89-** Spilker B. Definition of Quality of Life. İçinde: Spilker B (ed). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996.
- 90-** Quilty LC, Van Ameringen M, Mancini C, Oakman J, Farvolden P. Quality of life and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 2003 ; 17 :405-426.
- 91-** Bowling A. The conceptualization of funtioning, health and quality of life. İçinde: Bowling A. (ed). *Measuring Health*. Open University Press, Philadelphia, 1993.
- 92-** Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 102(suppl.407):33-37, 2000.

- 93-** Calman K.C. *Quality of life in cancer patients-an hypotesis. J. Med. Ethics* 10:124-127, 1984.
- 94-** Soygür H. *Sizofreni ve yasam niteligi. Klinik Psikiyatri*; 1:9-14, 2003.
- 95-** Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. *Quality of life community mental health program clients: Validating a measure. Community Ment Health J*, 27(1):43-55, 1991.
- 96-** Eser E. *Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim*, 2006; 1(2):1-5.
- 97-** Katschnig H, Krautgartner M. *Quality of Life: A new dimension in mental health care. Ed: Sartorius N, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Maj M , Psychiatry in Society.Chichester: Wiley, 171–191, 2002.*
- 98-** Lehman AF, Ward NC, Linn LS *Chronic mental patients: The quality of life issue. Am J Psychiatry* 139:1271-1276, 1982.
- 99-** Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. *A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. Qual Life Res*6:21-26, 1997.
- 100-** Malm U, May PR, Dencker SJ. *Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. Schizophr Bull* 7: 477-487, 1981.
- 101-** Katschnig H. *How useful is the concept of quality of life in psychiatry.Current Opinion in Psychiatry*10 (5):337-345, 1997.
- 102-** Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. *Obsessive compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl.8):3-6.

103- World Health Organization. *The “newly defined” burden of mental problems.* Geneva, WHO, 1999.

104- Beşiroğlu, Lütfullah, et al. "Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler." *Anadolu Psikiyatri Derg* 8 (2007): 5-13.

105- Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi.* *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1):13-19.

106- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. *Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder.* *American Journal of Psychiatry*, 1996; 153: 783-788.

107- Srivastava, Shruti, et al. "Quality of life in patients with obsessive compulsive disorder: A longitudinal study from India." *Asian Journal of psychiatry* 4.3 (2011): 178-182.

108- Masellis M, Rector NA, Richter MA. *Quality of life in OCD: differential impact of obsessions and compulsions and depression comorbidity.* *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003;48: 72-79.

109- Stengler-Wenzke, Katarina, et al. "Quality of life in obsessive compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions." *Psychopathology* 40.5 (2007): 282-289.

110- Kugler, Brittany B., et al. "Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the role of mediating variables." *Psychiatry research* 206.1 (2013): 43-49.

- 111-** Gülseren L.Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13/2, 143-151.
- 112-** Özütek SZ. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşiminin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*. 2002 İstanbul.
- 113-**Gümüş Ö.Alkol ve opiyat bağımlılarının ailelerinde oluşturduğu psikososyal ve ekonomik zorlukların araştırılması(uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2001.
- 114-** Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:296–304.
- 115-** Kalra H, Kamath P, Trivedi JK, Janca A. Caregiver burden in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21:70-3
- 116-** Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan S, Goodman W, McDougale C, Price L. Family accommodation in obsessivecompulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:441–443.
- 117-** Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL: Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive and Behaviour Therapy*. 2005; 34:164–175.
- 118-** Schene HA. Objective and subjective dimensions of family burden. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1990 ;25:289-297
- 119-** Wenzke SK, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2004;18:88–96.

- 120-** Wenzke SK, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Coping strategies used by relatives of people with obsessive compulsive disorder. *J Adv Nurs* 2004;48:35–42.
- 121-** Gruraj GP, Math SB, Reddy JYC, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. *J Postgrad Med* 2008;54:91-7
- 122-** Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C, Catapano F. Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Eur Psychiatry* 1996;11:192-7.
- 123-** Kalra H, Nischal A, Trivedi JK, Dalal PK. & Sinha, P.K. Extent and determinants of burden of care in Indian families: A comparison between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 2009; 55:28–38
- 124-** Chakarborti S, Kulhara P, Verma SL. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992; 86, 247–252.
- 125-** Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Torres AR, Torresan RC, Negreiros APM, and Vitorino CN. Emotional Burden in caregivers of patients with obsessive compulsive disorder. *Depression and anxiety* 2008; 25:1020–1027.
- 126-** Vikasn A, Avasthi A, Sharan P. Psychological impact of obsessive compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of social Psychiatry* 2009;10:1160-1271

127- Wenzke KS, Kroll M, Matschinger H, Matthias C. Angermeyer. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47: 523– 527

128- Albert U, Salvi V, Saracco P, Bogetto F, Giuseppe Maina G. Health-Related Quality of Life Among First-Degree Relatives of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder in Italy. *Psychiatric Services* 2007; Vol. 58; 970-976

129- Sandeep Grover, MD* and Alakananda Dutt, MD. Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2011; 65: 416–422

130- Cicek Erdinc, et al. "Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder." *General hospital psychiatry* 35.3 (2013): 253-258.

131- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 199

132- Özkürkçügil, A., et al. "DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması." *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12.4 (1999): 233-6.

133- Goodman, Wayne K., et al. "The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability." *Archives of general psychiatry* 46.11 (1989): 1006-1011.

- 134-** Karamustafalıoğlu, K. O., et al. "Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması." *Bursa Savaş Ofset* (1993): 86.
- 135-** Hamilton, M. "Hamilton depression scale." *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (1976): 179-192.
- 136-** Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4: 251-259.
- 137-**WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-8.
- 138-**Eser E., Fidaner H., Fidaner C., Yalçın Eser S., Elbi H., Göker E. "WHOQOL -100 ve WHOQOL-Bref 'in Psikometrik Özellikleri" 3 P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi , 1999, 7(ek2): 23-40
- 139-** Reinhard SC, Gubman GD, Horwitz AV, Minsky S. Burden Assessment Scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and program planning* 1994; 17:261-9.
- 140-** Aydemir ve ark. Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Güvenilirlik ve Geçerliliği, *Nöropsikiyatri Arflivi* 2012; 49: 276-280.
- 141-** Siu, Bonnie WM, Chi-leung Lam, and Wai-chi Chan. "Pattern and determinants of burden in Chinese families of adults with obsessive-compulsive disorder." *Journal of anxiety disorders* 26.1 (2012): 252-257.

- 142-** Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Family burden of neurosis: extent and determinants. *Hong Kong J. Psychiatry* 1996; 6: 23–28.
- 143-** Josy KT, Kumar PNS, Verma AN, Sinha VK, Andrade C. Psychosocial dysfunction and family burden in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *Indian J. Psychiatry* 2004; 46: 238–243.
- 144-** Ramos-Cerqueira AT, Torres AR, Torresan RC, Negreiros AP, Vitorino CN. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depress. Anxiety* 2008; 25: 1020–1027.
- .
- 145-** Platt, S. (1985) Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383–393.
- 146-** Eser E, Baydur H. The WHOQOL-BREF Questionnaire. Psychometric properties of the Turkish national data pool 2000-2010. 17th ISOQOL Conference, 27-30Ekim, 2010, Londra. *Qual Life Res.* 2010 Oct;19(Suppl 1):135.
- 147-** Holter OG, Svare H and Egeland C. Gender Equality and Quality of Life A Norwegian Perspective. The Nordic Gender Institute (NIKK), Reprosentralen, University of Oslo 2009
- 148-** Bonsaksen T. Exploring gender differences in quality of life. *Mental Health Review Journal*, 2012;17(1):39 – 49.
- 149-** Kivits J, Erpelding ML, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Aug;61 Suppl 3:S189-94.

150- Baydur H, Saatli G, Eser E. *Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) Çevre alanı bir sosyoekonomik gösterge olarak kullanılabilir mi? X .Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 6-8 Ekim 2006;Van.*

151- Schulze B, Angermeyer MC. *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Soc Sci Med 2003;56:299 - 312.*

152- Baumrind, D. (1971).*"Harmonious Parents and Their Preschool Children". Developmental Psychology, 4(1), 99-102.*

153- Baumrind, D. (1980). *"New Directions in Socialization Research". American Psychologist, 35(7), 639-652.*

154- Arkar, Haluk. *"Akıl hastasının sosyal reddedilimi." Düşünen Adam 4.3 (1991): 6-9.*

155- Crisp, Arthur H., et al. *"Stigmatisation of people with mental illnesses." The British Journal of Psychiatry 177.1 (2000): 4-7.*

156- Angermeyer, Matthias C., and Herbert Matschinger. *"Labeling—stereotype discrimination." Social psychiatry and psychiatric epidemiology 40.5 (2005): 391-395.*

157- Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H & Wakai S *Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. Quality of Life Research, 2005; 14: 1783–1789*

158- Leung KF, Wong WW, Tay MSM, Chu MML & Ng SSW. *Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOL-BREF. Quality of Life Research, 2005; 14: 1413–1419*

- 159-** Saxena S, Quinn K, Sharan P, Naresh B, Yuantao-Hao & Power M. *Cross-linguistic equivalence of WHOQOL-100: A study from North India. Quality of Life Research, 2005; 14: 891–897.*
- 160-** Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP & De Vries J. *Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Qual Life Res. 2005; 14: 151–160.*
- 161-** Berlim MT, Pavanello DP, Marco K. Caldieraro A & Fleck MPA. *Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. Qual Life Res. 2005; 14: 561–564.*
- 162-** AKVARDAR Y, AKDEDE BB, ÖZERDEM A, ESER E, TOPKAYA Ş, & ALPTEKIN K. *Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2006; 60, 693–699.*
- 163-** Ulaş H, Akdede BB, Ozbay D, Alptekin K. *Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 32 (2008); 332–335.*
- 164-** Alison J Carr, Barry Gibson, Peter G Robinson *Measuring quality of life Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ, 2001; 322:1240-43.*
- 165-** Guyatt GH, Cook DJ. *Health Status, Quality of Life, and the Individual. JAMA. 1994;272(8):630-631*
- 166-** Covinsky KE¹, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF Jr, Phillips RS, Tsevat J, Dawson NV, Lynn J, Fortinsky RH. *Health status versus quality of life in*

older patients: does the distinction matter? *Am J Med.*1999 Apr;106(4):435-40.

167- Ay S, Eser E, Cemil Özcan. Türkiye’de kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bazı ölçütler ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişki: Bir ekolojik çalışma. *Toplum ve Hekim*, 2004; 19(2): 83-91.

168- Johnson, C. L., & Catalano, D. J. (1983). A longitudinal study of family supports to impaired elderly. *The Gerontologist*, 23, 612–618.

169- Senaratne R, Ameringen MV, Mancini C, Patterson B. The Burden of Anxiety Disorder on the family. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2010;198(12), 876-880

11-EKLER

EK1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (HASTA İÇİN)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (HASTA İÇİN)		
Ad Soyad (Baş harfleri):		.....
1.	Cinsiyet:	(1) Erkek (2) Kadın
2.	Yaş:	.....
3.	Medeni Durum:	(1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış (4) Dul (Eşi hayatta değil)
4.	Çocuk Sahibi Olma Durumu:	(1) Var (2) Yok
	Varsa Sayısı:	.....

5.	Öğrenim Düzeyi:	(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması var (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite
6.	Öğrenim Süresi	.....
7.	Mesleği:	(1) Çiftçi (2) İşçi (3) Memur (4) Esnaf (5) İş Adamı/Kadını (6) Serbest (7) Ev Kadını (8) Öğrenci (9) Emekli (10) İşsiz (11) Diğer
8.	Çalışma Durum:	(1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor
9.	Sağlık Güvencesi:	(1) Var (2) Yok
10.	Gelir Durumu:	(1) Düşük (2) Orta (3) İyi
11.	Doğum Yeri:	(1) Köy (2) Kasaba/İlçe (3) Küçük kent (4) Büyük kent (5) Yurtdışı

12.	Halen Yaşadığı Yer:	(1) Köy (2) Kasaba/İlçe (3) Küçük kent (4) Büyük kent (5) Yurtdışı
13.	Kardeş Sayısı:	.....
14.	Kaçıncı Çocuk Olduğu:	.....
15.	Aile Bütünlüğü:	(1) Anne ve Baba hayatta (2) Yalnız Anne hayatta (3) Yalnız Baba hayatta (4) Anne ve Baba hayatta değil
16.	Baba Eğitim Durumu:	(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması yok (2) Öğrenimi yok, okuma-yazması var (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Üniversite
17.	Anne Eğitim Durumu:	(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması yok (2) Öğrenimi yok, okuma-yazması var (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Üniversite

18.	Birlikte yaşadığı kişiler:	(1) Aile üyelerinden biriyle (2) Çekirdek aile (anne, baba, çocuk) (3) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri ve kardeşler; aynı ev ya da aynı apartmanda) (4) Arkadaşı / partneri ile
19.	Hastalık süresi (klinik olarak anlamlı belirtilerinin başladığı tarihten bugüne kadar yıl olarak geçen süre):	.....
20.	Psikiyatrik ilaç kullanma:	(1) Hiç kullanmamış (2) Geçmişte kullanmış, şu an kullanmıyor (3) Halen kullanmakta
21.	Düzenli psikofarmakolojik tedavi süresi:	.....
22.	Kullandığı ilaçlar:	(1) Antidepresan (2) Antipsikolit (3) Antisiyolitik (4) Diğer
23.	Psikoterapi almış mı?	(1) Evet (2) Hayır
24.	Hastaneye yatış öyküsü:	(1) Var (2) Yok
25.	Hastaneye yatış sayısı:	.....

EK2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (HASTA YAKINI İÇİN)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (HASTA YAKINI İÇİN)		
Ad Soyad (Baş harfleri):		.....
1.	Cinsiyet:	(1) Erkek (2) Kadın
2.	Yaş:	.....
3.	Medeni Durum:	(1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış (4) Dul (Eşi hayatta değil)
4.	Çocuk Sahibi Olma Durumu:	(1) Var (2) Yok
	Varsa Sayısı:	.....
5.	Öğrenim Düzeyi:	(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması var (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite
6.	Öğrenim Süresi	.....
7.	Mesleği:	(1) Çiftçi (2) İşçi (3) Memur (4) Esnaf (5) İş Adamı/Kadını (6) Serbest (7) Ev Kadını (8) Öğrenci (9) Emekli (10) İşsiz (11) Diğer

8.	Çalışma Durum:	(1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor
9.	Sağlık Güvencesi:	(1) Var (2) Yok
10.	Gelir Durumu:	(1) Düşük (2) Orta (3) İyi
11.	Doğum Yeri:	(1) Köy (2) Kasaba/İlçe (3) Küçük kent (4) Büyük kent (5) Yurtdışı
12.	Halen Yaşadığı Yer:	(1) Köy (2) Kasaba/İlçe (3) Küçük kent (4) Büyük kent (5) Yurtdışı
13.	Kardeş Sayısı:	.....
14.	Kaçıncı Çocuk Olduğu:	.....
15.	Aile Bütünlüğü:	(1) Anne ve Baba hayatta (2) Yalnız Anne hayatta (3) Yalnız Baba hayatta (4) Anne ve Baba hayatta değil
16.	Baba Eğitim Durumu:	(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması yok (2) Öğrenimi yok, okuma-yazması var (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Üniversite

17.	Anne Eğitim Durumu:	(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması yok (2) Öğrenimi yok, okuma-yazması var (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Üniversite
18.	Birlikte yaşadığı kişiler:	(1) Aile üyelerinden biriyle (2) Çekirdek aile (anne, baba, çocuk) (3) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri ve kardeşler; aynı ev ya da aynı apartmanda) (4) Arkadaşı / partneri ile
19.	Hasta ile yakınlık derecesi	(1) Anne (2) Baba (3) Eş (4) Kardeş (5) Çocuk (6) Arkadaş (7) Diğer

EK3: YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ**YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ
(9/89)**

HASTA ADI: _____ Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
PROTOKOL : _____ TARİH: _____
HEKİM: _____

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

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi	Geçmişte	
		SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer
		KİRLENME OBSESYONLARI
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

_____	_____	Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
_____	_____	Çocuklar veya inest ilişki ile ilgili
_____	_____	Homoseksüel ilişkili ile ilgili*
_____	_____	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
_____	_____	Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

_____	_____	_____
-------	-------	-------

DİNİ OBSESYONLAR

_____	_____	Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
_____	_____	Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
_____	_____	Diğer

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

_____	_____	Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
_____	_____	Doğüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

_____	_____	Bilme veya hatırlama ihtiyacı
_____	_____	Belirli şeyleri söyleme korkusu
_____	_____	Doğru şeyi söyleyememe korkusu
_____	_____	Birşeyler kaybetme korkusu
_____	_____	İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
_____	_____	Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
_____	_____	Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
_____	_____	Uğurlu veya uğursuz sayılar
_____	_____	Özel anlamı olan renkler
_____	_____	Batıl itikatlar
_____	_____	Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Hastalık ile ilgili* |
| _____ | _____ | Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
(örn. dismorfofobi) |
| _____ | _____ | Diğer |

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Aşırı veya törensel el yıkama |
| _____ | _____ | Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat |
| _____ | _____ | Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili |
| _____ | _____ | Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler |
| _____ | _____ | Diğer |

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü |
| _____ | _____ | Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek |
| _____ | _____ | Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek |
| _____ | _____ | Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek |
| _____ | _____ | Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek |
| _____ | _____ | Somatik obsesyonlara bağlı kontroller |
| _____ | _____ | Diğer |

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Tekrar okuma veya yazma |
| _____ | _____ | Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi
(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma) |
| _____ | _____ | Diğer |

SAYMA KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme töreni davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

EK4: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|---|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik, çaresizlik,
değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca sorulan cevaplarken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyarısı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işler bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme
sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çek
sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrı
kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

17. Durumu hakkında görüşü
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
 0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK5: HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Size, yakınlarınızın hastalığı sırasında insanların karşılaşabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste okuyacağım. Son altı ay içinde bunlardan hangilerinin hangi düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtebilir misiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

(Hastanın adı)'ın hastalığı nedeniyle, ne ölçüde:

___ 1. Maddi sorunlarınız vardı?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 2. İşe (veya okula) kaç gün gidemediniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta güçlük çektiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 4. İşe girmek, tatile çıkmak gibi kendi planlarınızı değiştirmek zorunda kaldınız?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 5. Hiç boş zamanınız kalmadı?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 6. Gündelik ev işlerine sinirlendiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 7. Arkadaşlarınızla geçirecek zamanınız azaldı?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 8. Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını göz ardı ettiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 9. Aile içinde sürtüşme ve tartışma yaşadınız?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 10. Ev dışında komşularınız, arkadaşlarınız veya akrabalarınızla sürtüşme yaşıadıınız?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 11. (Hastanın adı)'in davranışları yüzünden utanç duyduunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 12. Ona yönelik yeterince çaba sarf etmediğiniz için suçluluk duyduunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 13. (Hastanın adı)'a sorun yarattığınız için sorumluluk hissetmeniz nedeniyle suçluluk duyduunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 14. (Hastanın adı)'in sizden çok fazla talebi olduğu için ona iherfediniz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 15. Ona baktığınız için kendinizi kapana kısılmış gibi hissettiniz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 16. (Hastanın adı)'in eskiye göre ne kadar değiştini gördükçe üzüldünüz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 17. (Hastanın adı)'a yönelik davranışlarınızın onun hastalığını ktleştirmesinden kaygı duyduunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 18. (Hastanın adı)'in geleceği konusunda kaygı duyduunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 19. Hastalığın yarattığı damgalamayı üzücü bulduunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

EK6: YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ WHOQOL-BREF(TR)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK 7: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Takıntı Hastalığı Olan Hastalarla Birlikte Yaşayan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve İlişkili Risk Etkenleri

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu tez araştırmasında Obsesif Kompulsif Bozukluk, halk arasında takıntı hastalığı olarak bilinen hastalarıyla birlikte yaşayanlarda ve zamanının önemli bir kısmını onlarla birlikte geçiren kişilerdeki yaşam kalitesi düzeyinin ve yaşam kalitesi düzeyine ilişkin risk etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Hastalığı olan kişi için: Sizden sadece kimlik bilgileriniz (yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitiminiz, gelir durumunuz, yaşadığınız yer, hastalık ile ilgili bilgileriniz) ve 27 tanesi sizin okuyarak cevaplayacağınız, 36 tanesi ben doktorunuz Dr. Didem tarafından yüzyüze görüşme sırasında cevaplayacağınız toplam 63 sorudan oluşan anketler uygulanacaktır. Anketlerle ilgili ayrıntılı bilgi ben doktorunuz Dr. Didem tarafından size verilecektir.

Hastayla birlikte yaşayan kişi için : Sizden sadecekimlik bilgileriniz (yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitiminiz, gelir durumunuz, yaşadığınız yer, hastayla yakınlık derceniz ile ilgili bilgileriniz) ve sizin okuyarak cevaplayacağınız toplam 46 sorudan oluşan anketler uygulanacaktır. Anketlerle ilgili ayrıntılı bilgi ben doktorunuz Dr. Didem tarafından size verilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Obsesif Kompulsif Bozukluk (halk arasında takıntı hastalığı) sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı kişileri de etkileyen bir hastalıktır. Bir taraftan hastanın hastalığın seyrinde bulunan tekrarlayıcı davranışların birlikte yaşayan kişiler üzerindeki olumsuz etkileri bir taraftan da bozukluğun tedavi sürecinde birlikte yaşayan ve zamanının büyük kısmını birlikte geçiren kişilerin hastaya ve hastalığa karşı gösterdikleri tutum ve davranış şekli tedavinin genel olarak sonuçları üzerinde son derece önemli etkide bulunmaktadır. Bozukluğun birlikte yaşayan kişilerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlenmesi hem hastaların tedavi sürecine anlamlı katkı sağlanması hem de hastalarla birlikte yaşayanların alabilecekleri olası psikolojik destek açısından yol gösterilmesi için yararlı olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığınızla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Doktorunuz dosyanızı inceleyebilir. Bazı bilgileriniz T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafından yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, sizden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Prof. Dr. Mehmet Murat DEMET (Öğretim Üyesi) – 0533 4383828

Dr. Didem SÜCÜLLÜOĞLU DİKİCİ (Araştırma Görevlisi) – 0505 5150074

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu

araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

