

**T.C**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ**

**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI**

**Prof.Dr. RAHİM KUCUR**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLU HASTA YAKINLARINDA AİLE YÜKÜ,  
YAŞAM KALİTESİ VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. ERDİNÇ ÇİÇEK**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. NAZMİYE KAYA**

**KONYA**

**2011**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>I</b>
<b>KISALTMALAR</b>	<b>II</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>III</b>
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2. 1. Tanım ve klinik özellikler .....	2
2. 2. DSM IV- TR'ye göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	4
2. 3. Ayırıcı tanı .....	6
2. 4. Epidemiyoloji .....	7
2. 5. Etyoloji .....	8
2. 5. 1. Psikodinamik Etkenler .....	8
2. 5. 2. Bilişsel-Davranışçı Etkenler .....	8
2. 5. 3. Biyolojik Etkenler .....	10
2. 6. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar .....	15
2. 7. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalarda eşlik eden kişilik bozuklukları	16
2. 8. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hasta yakınlarında aile yükü .....	17
2. 9. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hasta yakınlarında yaşam kalitesi	19
2.10. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hasta yakınlarında psikiyatrik bozukluklar	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	22
4. BULGULAR .....	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	44
6. ÖZET ( SUMMARY ) .....	52
7. TEŞEKKÜR .....	54
8. KAYNAKLAR .....	55
9. EKLER .....	63

## KISALTMALAR:

<b>OKB</b>	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>ICD</b>	:	International Statistical Classification of Diseases
<b>DSÖ</b>	:	Dünya sağlık örgütü
<b>DSM-IV TR</b>	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve istatistiksel El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision)
<b>5-HT</b>	:	5-Hidroksitriptamin
<b>ECA</b>	:	Epidemiyolojik Alan Çalışması
<b>MAO</b>	:	Monoaminooksidaz
<b>COMT</b>	:	Katekol-o-metil transferaz
<b>MD</b>	:	Major Depresyon
<b>SERT</b>	:	Platelet serotonin taşıyıcısı
<b>SGİ</b>	:	Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>SSGİ</b>	:	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>5-HIAA</b>	:	5-Hidroksiindolasetikasit
<b>m-CPP</b>	:	Metaklorofenilpiperazin
<b>OFK</b>	:	Orbitofrontal korteks
<b>AGBHS</b>	:	A Grubu Beta Hemolitik Streptokok
<b>PANDAS</b>	:	Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associasted With Streptococcal Infections
<b>BBT</b>	:	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
<b>MRG</b>	:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>SPECT</b>	:	Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (Single Photon Emission Computed Tomography)
<b>PET</b>	:	Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>MRS</b>	:	Manyetik rezonans spektroskopi
<b>NAA</b>	:	N-asetil- aspartat
<b>OKKB</b>	:	Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu
<b>YBOKÖ</b>	:	Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
<b>SCID-I /CV</b>	:	DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version)
<b>SCID-II</b>	:	DSM-III-R Eksen-II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders)
<b>WHOQOL-BREF TR</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu
<b>WHO-DAS-II</b>	:	DSÖ Yeti yitimi değerlendirme ölçeği (World Health Organization Disability Assessment Schedule)
<b>YAB</b>	:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>ZBYÖ</b>	:	Zarit bakım yükü ölçeği
<b>S</b>	:	Sayı

## TABLÖLAR:

- Tablo 1** : OKB'li hastalar ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri
- Tablo 2** : OKB'li hasta ve kontrol grubu yakınlarının sosyodemografik özellikleri
- Tablo 3** : OKB'ye ilişkin özellikler
- Tablo 4** : OKB'li hastalarda cinsiyete göre belirti dağılımı
- Tablo 5** : OKB'li hastalarda eşlik eden duygudurum ve anksiyete bozuklukları
- Tablo 6** : Hasta ve kontrol yakınlarında görülen duygudurum ve anksiyete bozuklukları
- Tablo 7** : Hasta ve kontrol yakınlarında ZBYÖ, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi
- Tablo 8** : Hasta ve yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ZBYÖ toplam puanı korelasyonu
- Tablo 9** : ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik ve klinik değişkenleri arasında ilişki
- Tablo 10** : ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının klinik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları
- Tablo 11** : Hasta yakınlarının yaşam kalitesi alan puanlarının hasta ve yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile korelasyonu
- Tablo 12** : Yaşam kalitesi alan puanları ile hasta ve yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilişkisi
- Tablo 13** : Yaşam kalitesi fiziksel sağlık alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları
- Tablo 14** : Yaşam kalitesi psikolojik sağlık alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları
- Tablo 15** : Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları
- Tablo 16** : Yaşam kalitesi çevre alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları

## 1- Giriş

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), temel özelliği obsesyonel düşünceler ve kompulsif eylemler olan ruhsal bir bozukluktur (1). Yaşam boyu % 0,8-3,2 prevalansı ile toplumda yaygın görülür (2,3). Kişinin sosyal ilişkilerini, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu rahatsızlık, sadece kişiyi değil birlikte yaşadığı aile bireylerini de etkilemektedir (4,5,6).

OKB hastalığının klinik özelliklerinden dolayı hasta yakınları günlük aktivitelerini tümüyle değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Hastanın şüphe obsesyonları, kararsızlığı, güven arama davranışı, kaçınma davranışları ve ritüelleri aile bireylerine aşırı bağımlılık ile sonuçlanabilir (7). Bununla birlikte hastanın birçok günlük yaşam aktivitesi, görev ve sorumluluklarını aile bireyleri yüklenir. Hastanın hastalıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak üzere aile bireylerinin hastanın ritüellerine katılımı olarak tariflenen aile uyumu hastanın anksiyetesini azaltıyor görünmekle birlikte hastalığın gidişini kötüleştirmekte, aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir (7,8).

Aile bireylerinin en sık karşılaştıkları güçlükler aile içi çatışma, depresyon, tükenmişlik, öfke, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler, izolasyon ve damgalanmışlık hisleridir (5, 9,10).

OKB ve şizofreni hastaları ve birinci derece yakınlarının alındığı çalışmalarda OKB' li hasta yakınlarındaki aile yükü şizofreni hastaları ile kıyaslanabilir düzeyde yüksek bulunmuştur. Erken başlangıçlı ve uzun süre tedavi almayan hastalarda hastalığın daha şiddetli seyrettiği ve bu hastalarda da aile yükünün arttığı bildirilmiştir (11, 12). OKB ve depresyon hastaları ve bunların yakınlarının değerlendirilmeye alındığı bir çalışmada; OKB'li hasta yakınlarında günlük yaşam aktivitelerinde, aile içi ilişkilerde ve boş zaman aktivitelerinde bozulma ile birlikte ekonomik yükte artış saptanmış olup, depresif hastalarla karşılaştırıldıklarında OKB'li hasta yakınlarında toplam aile yükü daha yüksek bulunmuştur (13).

OKB'li hastaların yakınlarında yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalarda OKB'li hasta yakınlarındaki yaşam kalitesi genel popülasyondan belirgin olarak düşük bulunmuştur (11,14). Ayrıca OKB'li hastalar ve birinci derece yakınları ile, sağlıklı bireyler ve yakınlarını aldıkları çalışmalarda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında OKB'li hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha sık olduğu saptanmıştır(15).

OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi ve aile yükünü ölçen çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Ulaşabildiğimiz kadarı ile OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi, aile yükü ve psikiyatrik bozuklukları birlikte değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırarak OKB'li hasta yakınlarında psikiyatrik bozukluklar, aile yükü ve yaşam kalitesini değerlendirmeyi planladık.

## **2- GENEL BİLGİLER**

### **2.1- Tanım ve klinik özellikler**

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

Obsesyon, kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Bunlar sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. Obsesyonlar kişinin benliğine yabancı olup denetiminde değildir. Kişi obsesyonları zihninin bir ürünü olarak görüp bastırmaya veya önem vermemeye çalışır (1,16, 17).

Kompulsiyonlar ise kişinin, obsesyonlarına cevap olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Haz alma ya da doyum sağlama amacı yoktur. Bazen hastalar sebebini bilmeden kendilerinin oluşturduğu belli kurallara göre yapılan eylemleri yerine getirirler. Ancak yapılan etkinlik önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır (1). Zihinsel kompulsiyonlar obsesif düşüncelere benzemekle birlikte, kişinin kendi isteği ile oluşturulması ve amaca yönelik olması yönüyle obsesyonlardan ayrılır (19).

OKB tanısı konulabilmesi için, obsesyon ve/veya kompulsiyonların kişide belirgin sıkıntıya neden olması, önemli zaman kaybına yol açması ya da kişinin olağan günlük işlerini etkileyip, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozması gerekir. Bir çok insanın zihnine kısa süreli, benliğe daha az yabancı, kolayca uzaklaştırılan, kişide belirgin sıkıntıya yol açmayan obsesyonel doğada düşünceler gelmekte, fakat bu düşünceler önemli

nötralizasyon çabası gerektirmemektedir (20). Bu yüzden her obsesyon ve/veya kompulsiyonu olan bireye OKB tanısı konulamaz.

Sıklık sırasına göre obsesyonlar; bulaşma, kuşku, somatik, simetri, saldırganlık, cinsel ve dinsel şeklindeyken kompulsiyonlar ise kontrol etme, yıkama, sayma, sormaanlatma ve dua etme, simetri/düzen ve biriktirme şeklinde sıralanır (21).

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 kaçınılırlar. Bulaşma obsesyonuna yanıt olarak temizleme kompulsiyonu gelişir. Sık sık ve uzun süre el yıkama, banyo ve tuvalette uzun süre kalma, sık kıyafet değıştirme ve yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme, yıkanmış çamaşır ve bulaşığı tekrar yıkama şeklinde kompulsiyonlar görülebilir. Çeşitli çalışmalarda kirlilik bulaş obsesyonunun sıklığı %45-84 olarak saptanmıştır (17,22,24).

Şüphe obsesyonu, bir eylemin yapıldığından emin olamama olarak tanımlanmaktadır. Genellikle kontrol etme-denetleme kompulsiyonları ile birlikte dir. Hastalar kapı, çeşme, elektrik, tüp vb nesnelere kapatıp kapatmadığından emin olamaz. Obsesyonları, genelde tehlikeli bir duruma da işaret eder ve güvenliği sağlamak için kontrol etme kompulsiyonu geliştirirler (17).

Saldırganlık obsesyonunda hastalar, kendisine ya da başkalarına yönelik, zarar verebileceğı, saldırabileceğı veya öldüreceğı şeklinde takıntılar içerisindedir. Bu nedenle zarar vermek üzere kullanabileceğini düşündüğü bıçak, makas gibi kesici ve delici nesnelere eline almamaya ve ilgili kişilerle yalnız kalmamaya çalışır. OKB'de saldırganlık obsesyonlarının yaygınlığı %10–20 oranında görülmektedir (17, 21,25).

Simetri ve düzen obsesyonlarına sahip hastalar nesnelere ve olayların tam istedikleri düzende ve mükemmel olması gerektiğı 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 (17).

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 duyabileceğı, ahlaki değerlerine zıt olarak algılanan obsesyonlardır. OKB'de sıklık oranı %13–26 arasında görülmektedir ( 25, 26).

Dini obsesyonlar dini ve ahlaki değerlere küfür etme, karsı 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 (21,25).

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 gctr (17,21).

İstifilik(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 (17, 21).

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 cnc sıklıktaki kompulsiyon olduğu bildirilmiştir (27).

## **2.2-Tanı ltleri**

Psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırılmasında günümüzde, Dünya Sağlık rgt tarafından yayımlanan ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-IV-TR tanı sistemi kullanılmaktadır. Duruma özgü özelliklere vurgu yapan birkaç istisna dışında her iki sınıflandırma sistemi OKB yi benzer şekilde tanımlamaktadır.

OKB; ICD-10'da nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılırken, DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılır. ICD-10'da OKB tanısı için en az 2 hafta süre ile çoğu günlerde obsesif kompulsif belirtilerin bulunması şartı aranırken, DSM-IV-TR' de süre şartı aranmaz. DSM-IV-TR' deki "içgörüsü az olan" tanısız alt tip ICD-10'da yoktur. ICD-10'da kompulsif aktivitelerin hoşnutluk oluşturmaması gerektiği vurgulanırken, DSM-IV-TR' de bu özellik yoktur. DSM-IV-TR zihinsel eylemlerin de kompulsiyon olabileceğini belirtirken, ICD-10'da bundan bahsedilmemektedir (1,28).



## **DSM IV- TR'ye göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri ( 1)**

**A.** Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) 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 baskılamaya çalışır veya 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 aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1). Bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurutulmaya 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 boş harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

**D.** Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örneğin; 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 üzerine düşünüp durma;

hipokondriazisin olası durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin 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 (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da 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.

### 2.3- Ayırıcı Tanı

OKB'nin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gereken başlıca psikiyatrik bozukluklar şizofreni, fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, tik bozuklukları, vücut dismorfik bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, hipokondriyazis ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğudur. Geç başlangıçlı olgularda ise Sydenham koresi, Huntington hastalığı gibi bazal ganglionların etkilendiği nörolojik hastalıklardan ayırt edilmelidir.

OKB şizofreniden diğer şizofreni bulgularının olmaması ile ayırt edilir. Belirtiler daha az tuhaftır. OKB hastaları obsesyon ve kompulsiyonlarını kendi zihinlerinin bir ürünü olarak görür, aşırı ve anlamsız bulurlar. Ancak içgörüsü az olan OKB hastalarının şizofreniden ayrımı zordur (30).

Fobilerde dış bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu vardır ve bu korkular kaçınma ile denetim altına alınmaya çalışılır. Bu durum sıklıkla kendisine ve başkasına zarar verme korkusunun yaşandığı ve bu tür korkuların kompulsif eylemlerle denetim altına alınmaya çalışıldığı OKB hastalarındakinden farklıdır (17).

Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta ritüellere pek rastlanmaz. OKB'li hastalarda panik ataklar görülebilir. Ancak bunların çoğu obsesif korkularına ikincil olarak ortaya çıkar. Panik bozukluk ise yineleyen, beklenmedik panik atakların olması ile belirlidir (17,21).

Vücut dismorfik bozukluğu OKB den ayıran en önemli özellik, kişinin ilgi ve uğraşısının bedeninin bir bölgesinin kusurlu olduğu düşüncesi üzerine odaklanmış olmasıdır. Vücut dismorfik bozuklukta zihinsel meşguliyet daha çok utanma, reddedilmeye duyarlılık ve düşük özsaygı ile ilgilidir. Ayna kontrolü gibi davranışlar anksiyeteyi

azaltmaktan ziyade arttırmaktadır. Bu hastalar düşüncelerinin saçma ve anlamsız olduğunu kabul etmeyip, zayıf içgörü sahibidirler (17).

Bedensel veya mikrop kapma ile ilgili bir obsesyonu hipondriyazisten ayırt etmek güç olabilir. Hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsünde farklı obsesyon ve kompulsiyonlarının olması OKB tanısını destekler. Ayrıca OKB’de obsesyonlar egodistoniktir (17).

Basit motor tikler ani, amaçsız ve istemsiz olmaları ile kompulsiyonlardan kolayca ayrılırlar. Anacak belli nesnelere belli biçimde dokunma gereksinimi gibi kompleks tiklerin bulunduğu Tourette sendromunda ayırım yapmak daha zor olabilir. Yine de bu tikler daha az karmaşık, amaçsız ve istemsiz olmaları ile OKB’den ayrılır (17,21).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda genellikle obsesyon ve kompulsiyonlar yoktur. Ayrıca hastanın işlevselliğini OKB kadar bozmaz (30).

Dürtü kontrol bozukluklarında yapılan eylemden haz alma sözkonusudur. OKB de ise hastalar anksiyetesini azaltmak için kompulsif eylemlerde bulunur (21).

## **2.4-Epidemiyoloji**

Hastalığı kabullenmedeki güçlükler ve belirtilerin hafif seyretmesi gibi nedenlerle hastaların doktora başvurma oranlarının düşük olması OKB ‘nin sıklığını ve yaygınlığını saptamada zorluk oluşturmaktadır.

OKB 1980 ‘li yıllara kadar nadir rastlanan bir hastalık olarak düşünülmüştür. Oysa ki 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 (31, 32).

Weissman ve ark. (33) tarafından ABD dışında OKB yaygınlığı araştırmak için dört kıtada yapılan çalışmada %0.7 oranına sahip Taiwan dışarıda bırakılınca OKB’nin yaygınlığının %2 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada OKB’nin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %0.5-2.5, kadınlarda %0.9-3.4 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de ise yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2–3.7 oranında olduğu tespit edilmiştir (34,35).

Yapılan çalışmalara göre OKB kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir (33,36,37). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da OKB’nin kadınlarda daha sık olduğu gösterilmiştir (25,34 ).

OKB çocuklukta, ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlamaktadır (38). 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 (39,40). Hastalık kadınlarda erkeklerden daha geç yaşta başlamaktadır (34,42).

Elli yaşından sonra OKB daha nadir görülmektedir ve yapısal beyin hasarıyla ilişkili organik nedenler sorumlu tutulmaktadır (41).

Evlilik durumunu değerlendiren bir çalışmada hastaların %43'ünün hiç evlenmediği, %52'sinin evlenmiş olduğu ve %5'inin boşanmış olduğu bulunmuştur (43). Çilli ve ark.nın (34) yaptığı çalışmada ise hastalık bekarlarda daha sık görülürken, dul ve boşanmış olanlarda ve ayrı yaşayanlarda ise dört kat arttığı saptanmıştır. Steketee ve ark.nın (44) yaptığı çalışmada evli olanların bekarlara göre daha yüksek oranda remisyona girdiği bulunmuştur.

## **2.5- Etyoloji**

### **2.5.1- Psikodinamik Etkenler**

OKB ile ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud tarafından geliştirilmiştir. Freud, obsesif kompulsif bozukluğun kişinin ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki psikoseksüel gelişim dönemi olan anal döneme gerilemesi sonucu oluştuğunu bildirmiştir. Ödipal dönemdeki dürtülerden kaçıp anal döneme gerilemiş olan hasta burada da kendisini anal-sadistik dürtülerin rahatsız ettiğini görür. Obsesif kişilikte anal döneme özgü kirlilik, karşıtçılık, saldırganlık, inatçılık eğilimleri kişide bunaltya neden olur. Bunun neden olduğu bunaltyı ise karşıt tepki kurma, yalıtma, yapma-bozma ve yer değiştirme savunma mekanizmaları ile gidermeye çalışır (17,21,45).

Psikanalitik açıdan obsesyon ve kompulsyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu, üst benliğin (süperego) dürtülere karşı tehditlerini ya da üstbenlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir (17).

### **2.5.2- Bilişsel Davranışçı Etkenler**

Çoğu insanın zihnine geçici sıkıntıya neden olabilecek türden, istemsiz düşünceler ve imgeler gelebilmektedir. Bu düşünceler ve imgeler insanların %90'ını etkiler (46). Bilişsel teoriye göre klinik obsesyonlar ile zorlayıcı düşünceler arasındaki farkın, bu

düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil obsesif hastaların zorlayıcı düşünceleri yanlış yorumlamaları ve aşırı değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır (47).

İlk başlarda kolaylıkla zihinden atılabilen ve klinik açıdan anlamı olmayan bu düşünce ve zihinsel uğraşların daha sonraları nasıl klinik önemi olan obsesyonlara dönüştüğü ile ilgili iki farklı varsayım öne sürülmüştür. Bunlardan birincisi kişinin düşüncelerinin sonuçları ve önemi hakkında aşırı değerlendirme eğilimini yansıtan düşünce-eylem kaynaşması (DEK) teorisi (48), ikincisi ise istenmeyen düşünceleri “bilinçli bastırma” çabalarının obsesyonları arttırdığı görüşüdür (49).

Düşünce-eylem kaynaşması, bireylerin istenmeyen, zorlayıcı düşüncelerine özel bir önem verdiği ve bu türden düşüncelerin yanlış yorumlanmasına etki ettiği düşünülen bilişsel bir yanlılıktır (48).

Bilişsel kaçınma stratejilerden biri olan düşünce bastırma, paradoksal bir etki ile kişinin sahip olmayı istemediği, benliğine yabancı olarak algıladığı düşünce ya da hayalleri daha da güçlendirmektedir (50). Sonuçta obsesyonlar bu istenmeyen düşüncelerin sıklığının ve yoğunluğunun artması ile oluşmaktadır (51).

Bununla birlikte işlevsel olmayan inanışların obsesyonların ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir (47,52). Birçok kişi istemediği, zihnini meşgul eden düşüncelere sahip iken, sadece bazı kişilerde klinik olarak anlamlı obsesyonlar gelişmesi bu kişilerin diğerlerinden farklı olarak, birtakım inanç ve önyargılara sahip olmalarıdır (47).

Obsesyonların gelişimi ile ilişkili işlevsel olmayan inanışlar şunlardır.

- 1- Düşüncelerin kontrol edilebilirliği
- 2- Abartılı (patolojik) sorumluluk
- 3- Tehdidin veya riskin aşırı önemsenmesi
- 4- Düşüncelere aşırı önem verme
- 5- Belirsizliğe karşı gösterilen tahammülsüzlük
- 6- Mükemmeliyetçilik

Bu inanışlar ile OKB arasında ilişkiyi araştıran çalışmalarda, mükemmeliyetçilik dışında diğer beş inanış biçiminin OKB hastalarında, diğer anksiyete hastaları ve normal kontrol grubuna göre daha yaygın bulunduğu gösterilmiştir (53).

Davranışçı modele göre ise zorlayıcı düşünceler, kişide anksiyete oluşturmakta ve kişi kaçma, kaçınma ve tekrarlayıcı (kompulsif) davranışlar geliştirmektedir. Bu kaçma, kaçınma ve tekrarlayıcı davranışlar, anksiyeteyi azaltarak pekiştirici rolü oynamaktadır. Özetle bu kuram obsesyonları, anksiyete uyandıran koşullu yanıtlar; kompulsiyonları ise

anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş davranışlar olarak ele alır (17,54).

### **2.5.3- Biyolojik etkenler**

#### **Genetik**

Aile, ikiz, ayrışım çözümlemesi araştırmaları ve moleküler genetik çalışmalar OKB'de genetik geçisin rolü olduğunu göstermektedir. Genetikle ilgili ilk çalışmalar 1930'lu yıllarda başlamış (55), son yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte OKB'nin genetik temeliyle ilgili bilgiler giderek artmıştır (17,56). Aile çalışmalarında genetik geçişin önemli rol oynadığını gösteren çalışmalar (53,54) olduğu gibi bunun tersini gösteren çalışmalarda vardır (59,60).

Aile çalışmalarında OKB hastalarının yakınlarında bozukluktan etkilenme oranı %35 olarak bulunmuştur (61). Pauls ve ark.nın (55) 100 OKB hastası ile 100 kontrol grubunun birinci derece yakınlarını içeren çalışmalarında, OKB'li hastaların yakınlarında OKB % 18.2, kontrol grubunun yakınlarında ise OKB'yi %3.9 bulmuşlardır. Yapılan diğer bir çalışmada ise OKB'li hastaların yakınlarında OKB %11.7, kontrol grubunun yakınlarında OKB ise %2.7 bulunmuştur. Çalışmalarda, obsesyonların kompulsiyonlara oranla daha yüksek genetik geçiş gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB'de ailesel geçişin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (62).

OKB'nin genetik temeli ikiz çalışmaları ile de gösterilmiştir. İkizler arasında yapılan bir çalışmada, monozigot ikizlerde (%90) dizigot ikizlere (%47) göre yüksek oranda OKB konkordansı (eş hastalanım) bulunmuştur (63). Andrew ve ark.(65) OKB için %26, Jonnal ve ark. ( 64) ise obsesyonlar için %33, kompulsiyonlar için %26 oranında genetik geçişin olduğunu bildirmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir ikiz çalışmasında çocuklarda %45-65, yetişkinlerde ise %27-47 genetik geçişin olduğu bildirilmiştir (66).

Ayrışım (segregasyon) çalışmaları otozomal dominant olan major bir genin OKB'nin geçişinde rolü olup olmadığını araştırmak için yapılmaktadır. Aile ve ayrışım çalışmaları Tourette sendromu ile OKB arasında ilişkiye işaret etmektedir. Tourette sendromlu hastaların birinci derece yakınlarında OKB oranı ve OKB'li hastaların birinci derece yakınlarında Tourette sendromu ve kronik motor tik topluma göre daha yüksek oranda bulunmuştur (55,57). Ayrışım çalışmaları OKB'de muhtemelen dominant olan ve kadınlarda daha kuvvetli etkiye sahip olan bir major gen bölgesinin olabileceğine işaret etmektedir (67).

OKB olguları üzerinde yapılan ilk bağlantı çalışmalarında Hanna ve ark. kromozom 9p üzerinde bir çok noktadan bağlantı işareti saptamışlar ancak bu konunun daha ileri araştırmalarla incelenmesi gerektiğini bildirmişlerdir (68).

Moleküler genetik çalışmalarda OKB etyolojisinde sorumlu olduğu düşünülen serotonin, dopamin, glutamat gibi nörotransmitterler ile bu nörotransmitterlerin yıkımından sorumlu monoaminooksidaz (MAO-A), katekolometil transferaz (COMT) gibi enzimleri içeren ve BDNF, glikoproteinler ile ilgili gen çalışmaları yürütülmüştür. Bu genler ile ilgili çalışmalarda özellikle serotonerjik ve dopaminerjik sistemlere ilişkin biyokimyasal bulguları moleküler genetik düzeyde destekleyen sonuçlar bulunmuştur (56, 69).

### **Serotonin Hipotezi**

OKB'de serotonin hipotezi, ilk olarak selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve serotonerjik ajanların OKB belirtilerini azaltmasıyla ilgili klinik gözlemlere dayanır. Serotonin geri alım inhibisyonu yapan ilaçlar OKB'de etkili bulunurken, noradrenerjik ilaçlarla aynı etki elde edilememiştir (71,72).

Bu bulgular patofizyolojide serotoninin rolü olduğunu düşündürmüştü ve varsayım biyolojik göstergelere ilişkin çalışmalarla desteklenmeye çalışılmıştır (21). OKB'de platelet serotonin taşıyıcısı (SERT) bağlama kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir (72). Flament ve ark.nın (73) yaptığı bir çalışma klomipramine yanıtın tedavi öncesi platelet serotonin konsantrasyonu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Tedavi öncesi yüksek platelet serotonin düzeyi iyi yanıtın göstergesidir; daha ciddi düzeyde hastalığı olanlarda platelet serotonin düzeyi düşüktür. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, BOS 5-Hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyi ile klomipramine yanıt arasında güçlü bir ilişki belirlenmiş; 5-HIAA düzeyi yüksek olanların tedaviye daha iyi yanıt verdikleri gösterilmiştir (74). Bir PET çalışmasında ventral prefrontal korteks ve kaudat çekirdekte serotonin sentezinin azaldığını gösterilmiştir (75).

Marazziti ve ark. (76) presinaptik serotonin taşıyıcısının OKB deki rolünü araştırmışlardır. Bu çalışmada ilaç almayan OKB'li hastalarda presinaptik serotonin taşıyıcısının periferik belirteci olan trombosit 3 H- imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında azalma olduğunu bulmuşlardır. Bu hastalarda serotonerjik etkili ilaçlarla yapılan tedavi sonrası trombosit 3 H- imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında artış saptanmış, bu bulgular serotonin taşıyıcısının OKB'de rolü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Değişik serotonin reseptör alt tiplerinin olması, serotonin reseptörlerinin beyin içinde farklı miktarlarda dağılımı, serotoninin farklı merkezi sinir sistemi yolları ve işlevlerini düzenlemesi, OKB etiyolojisini tek başına serotonin disregülasyonuna bağlamaya imkan vermemektedir (77).

Klomipramin ve SSGİ'lerin OKB tedavisinde daha etkili olması, antiobsesyonel etkinin serotonin ve diğer nörotransmitterler arasındaki dengenin değişmesi ve/veya reseptör işlev değişikliği ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (78,79). El Mansari ve Blier (80) OKB'de depresyonla karşılaştırıldığında tedaviye yanıt alınması için SSGİ'lerin daha uzun süre kullanılması gerektiğini, bu gecikmenin orbitofrontal kortekste (OFK) serotonin salınımında SSGİ'lere bağlı değişikliğin geç ortaya çıkmasından kaynaklandığını bildirmişlerdir. Aynı araştırmacılar OFK'deki serotonin salınımında gecikmenin 5-HT otoreseptör duyarsızlaşmasındaki gecikmeye bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ayrıca OKB'de daha yüksek doz SSRI gerekliliğinin terminal otoreseptörlerin duyarsızlaşması için gerektiği şeklinde izah edilmiştir.

5-HT<sub>1A</sub>, 5-HT<sub>1D</sub> ve 5-HT<sub>2C</sub> reseptörlerine yüksek afinitesi olan, bir serotonin agonisti meta-klorofenilpiperazin (m-CCP) ile yapılan serotonerjik zorlama çalışmalarında OKB belirtilerinde alevlenme görülmüştür. Yohimbin, kolesistokinin, laktat, karbondioksit gibi diğer anksiyojenik zorlamaların ise belirtilerde değişikliğe yol açmadığının görülmesiyle, serotonerjik dizgenin OKB'nin patogeneğinde belirgin rolü olduğu öne sürülmüştür (81).

5-HT<sub>1A</sub> ve 5-HT<sub>2C</sub> reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanan MK-212 ve 5-HT<sub>1A</sub> agonisti olan ipsapiron ile yapılan çalışmalarda obsesif belirtilerde artma olmadığı görülmüştür (82,83). Bunlardan OKB belirtilerini arttıran m-CPP'nin diğerlerinden farklı olarak 5-HT<sub>1D</sub> reseptörlerine yoğun ilgi göstermesi bu reseptör alt tipinin OKB etiyolojisinde rolü olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir (17). Stern ve ark.nın (84) 5-HT<sub>1D</sub> agonisti sumatriptan ile yaptığı çalışmada belirtilerin kötüleşmesi de 5-HT<sub>1D</sub> reseptörlerinin OKB'deki rolünü destekleyen bir bulgu olarak bildirilmiştir.

## **Dopamin Hipotezi**

OKB patogeneğinde serotoninle birlikte dopaminerjik sistemin de rolü olabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. OKB tedavisinde SSGİ'lere eklenen antipsikotiklerin olumlu etkileri patofizyolojide dopaminin de rolünün olduğunu düşündürmüştür (85). Bazal gangliyon normal işlevlerinde dopaminin rol oynamakta ve bazal gangliyonlarda



infeksiyöz, toksik, vasküler hasarlardan sonra obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması, Sydenham koresi ve Huntington hastalığı gibi bazı hastalıklarda obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkması; dopamin etyolojisini düşündürmektedir (85,86).

Kokain kullanan kişilerde obsesif kompulsif belirtilerde artma olduğu, kokain kötüye kullanımının ilerleyen dönemlerde OKB gelişmesi için bir risk faktörü olduğu ve Tourette sendromunda tikleri kötüleştirilmesi dopamin varsayımını desteklemektedir (85,87).

Hayvan çalışmalarında amfetamin, bromokriptin, apomorfin ve L-Dopa gibi dopaminerjik ajanların insanlardaki kompulsif davranışlara benzer stereotipik hareketleri tetiklediği gösterilmiştir. Dopamin taşıyıcı sisteminin mutasyonla azaltıldığı ve ekstrasellüler dopamin oranının %70 artırıldığı farelerde gözlenen stereotipik davranışlar da OKB'de hiperdopaminerjik bir durumun varlığını göstermiştir (88).

### **Glutamat Hipotezi**

Son dönemde yapılan çalışmalar OKB'nin, beynin prefrontal bölgesindeki hiperglutamerjik durumla ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir (89,90).

Rosenberg ve Keshavan (70) OKB'de serotonin-glutamat etkileşiminin anormal olduğunu, kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığını ve serotonerjik nöronların glutamaterjik aşırında rol aldığını belirtmişlerdir.

Rosenberg ve ark.nın (91) yaptıkları bir çalışmada kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun kontrole göre arttığı ve paroksetin tedavisi ile glutamat konsantrasyonunun düştüğünü gözlemişlerdir. Kaudat glutamat konsantrasyonundaki düşme ile OK belirti şiddetindeki azalma arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir.

### **Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Görüntüleme çalışmaları ile pek çok psikiyatrik rahatsızlıkta, beyinde yapısal ya da işlevsel olarak anormallikler bulunduğu ortaya konmuştur. OKB'si olan hastalarda da beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bu bulgular hastalığın patofizyolojisini anlamamıza yardımcı olmuştur (92).

OKB hastalarında yapılan beyin BT, MRG çalışmalarında ventrikül beyin parankimi oranı ve kaudat hacimde değişiklikler kontrol gruplarıyla karşılaştırılmıştır. OKB'li hastalarında ventrikül beyin parankimi oranında artış, kaudat hacimde azalma

tespit edilmiştir (93,94). Bazı çalışmalarda ise hastalarla kontrol grubu arasında farklılık olmadığı bulunmuştur (95,96). Atmaca ve ark.(97) OKB hastalarında bilateral amigdala ve hipokampus hacminin sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları MR çalışmalarında hipokampus ve amigdala hacimlerinin OKB'si olan grupta daha küçük olduğunu bulmuşlardır. Rotge ve ark.nın (98) 21 MR görüntüleme çalışmasını içeren bir metaanalizlerinde ise anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks hacim azalmasının olduğu, sağ ve sol talamus hacimlerinde artma olduğu bulunmuştur.

PET çalışmalarında ise orbitofrontal bölge, talamus, serebellum ve bazal ganglionlarda metabolizma artışının olduğu ortaya konmuştur (99,100).

SPECT çalışmalarında bazal ganglionların kanlanmasında artış ya da azalma gibi çelişkili sonuçlar; frontal kortekste belirgin olmak üzere temporal, pariyetal korteks ve talamus kanlanmasında artış tespit edilmiştir ( 101,102).

OKB'de manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) çalışmalarında OKB'nin patogenezinde nöronal kayıp ve kortikolimbik döngüde artma olduğu belirtilip, nöron dejenerasyonunu gösteren N-asetil- aspartat (NAA) seviyelerinin sağ striatum ve anterior singulatta azaldığı bulunmuştur (103).

## **Nöroimmunolojik Etkenler**

Akut romatizmal ateşin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkan Sydenham koresinde A grubu beta hemolitik streptokoklara karşı gelişmiş olan antikorlar, bazal gangliyon nöronları üzerindeki epitoplara ile çapraz reaksiyon verir ve böylece istemsiz hareketler, davranış bozuklukları ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkar (104). OKB etyopatogenezinde streptokokkal otoimmunitenin rolü üzerinde durulmaktadır (105).

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası olduğu bilinen, obsesif-kompulsif belirtiler ve tiklerden oluşan nöropsikiyatrik belirti kümesi streptokok enfeksiyonları ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar (PANDAS) olarak tanımlanmıştır (17).

Romatizmal ateş tanılı bireylerin % 90-% 100'ünde bir lenfosit antijeni olan DR 8/17 pozitifliği saptanmış olup, bunun akut romatizmal ateş gelişimi için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (106). Murphy ve ark.nın (107) yaptıkları çalışmada streptokok enfeksiyonlarına bağlı OKB'si ve Tourette bozukluğu olan çocuklarda da bu antijen yüksek olarak tespit edilmiştir. Ayrıca PANDAS'lı çocukların intravenöz immunoglobulin ve steroidlerle tedavisi sonucu D 8/17 antijen düzeyleri azalma olduğu saptanmıştır. Bu

bulgular beraber değerlendirildiğinde çocuklarda başlayan bazı OKB'lerin etiolojisinde otoimmunitenin rol oynadığı; Sydenham koresi, Tourette bozukluğu ve çocukluk çağı bazı OKB olgularının bazal ganglionları etkileyen benzer mekanizmalarla ortaya çıktığı düşünülebilir (77).

## **2.6- Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar**

Yapılan çalışmalarda OKB' lilerin kliniğe başvurdukları sırada %48-68 inde başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı konulduğu, bu oranın yaşam boyu %86-92 ye kadar çıktığı bildirilmektedir (24,108,109). Bu bozukluklardan en sık görüleni ise major depresyondur (24,110, 111). Depresif belirtiler hastaların % 85'inde OKB'ye ikincil olarak başlamaktadır (112). Bundan dolayı OKB'ye eşlik eden eksen I psikiyatrik bozukluklardan majör depresyon üzerine yoğunlaşmış, major depresyon ek tanısı yaşam boyu %70, hasta değerlendirildiği sırada ise % 30-40 oranlarında bulunmuştur(24,110). OKB'ye eşlik eden major depresyonun kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur (113). Depresyonun varlığı, hastalığın alevlenmesine katkıda bulunmakta, duygudurumdaki olası düzelmeye obsesif-kompulsif semptomlar üzerinde olumlu bir etki yaratabilmektedir (114).

OKB'nin yaşam boyu %40-60 gibi yüksek oranda diğer bir anksiyete bozukluğu ile birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (110). Rasmussen ve Eisen'in (111) yaptığı bir çalışmada 100 OKB hastasına basit fobi %22, sosyal fobi %18, panik bozukluk %12 oranında eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Torres ve ark.nın (115) yaptıkları çalışmada ise yaygın anksiyete bozukluğunun %31.4, panik bozukluğun %22, sosyal fobinin %17, özgül fobinin ise %15 oranında OKB ye eşlik ettiğini bulmuşlardır. Tamam ve ark.nın (116) yaptığı bir diğer çalışmada ise OKB hastalarında en sık görülen komorbid anksiyete bozukluğu özgül fobi (%48.3) bulunmuştur .

Bipolar bozukluk ve OKB birlikteliği ise çeşitli çalışmalarda % 2.7 ile % 21.5 arasında değişmektedir (17). ABD'de yapılan Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area), OKB ve şizofreni birlikteliğinin %12.2, şizofreniform bozukluk birlikteliğinin ise %1.2 olduğu saptanmıştır (32). Eisen ve Rasmussen (117) , OKB hastalarında psikotik bulguları araştırmışlar ve OKB hastalarının % 6'sında tek psikotik bulgunun içgörü yokluğu, % 4'ünde şizofreni, %2'sinde sanrısız bozukluk, % 3'ünde şizotipal kişilik bozukluğu olduğunu saptamışlardır.

Hipokondriyazis, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani, yeme bozuklukları ve kompulsif satın alma, OKB hastalarında yaşam boyu gözlenen en yaygın OK spektrum

bozukluklarıdır (118). Tourette ve diğer tik bozuklukları %7–19, dürtü kontrol bozukluğu %19, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı %14 oranında OKB 'ye eşlik etmektedir (17, 24,119 ,120).

## **2.7- Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalarda eşlik eden kişilik bozuklukları**

Kişilik, genellikle bir kişinin objektif olarak gözlemlenebilen davranışları ile onun bildirdiği öznel iç yaşantılardan oluşmaktadır (29). Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde başlaması, bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların değişmeyen bir biçimde uzun süre bulunması gerekir (45). Kişilik bozukluklarının etyolojisinde genetik, yapısal ve çevresel etkenler sorumlu tutulmaktadır (29, 45).

Kişilik bozuklukları A, B, C grubu ve başka türlü adlandırılmayan kişilik bozuklukları olarak sınıflandırmaktadır. A kümesi paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozukluklarını; B kümesi narsistik, histriyonik, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarını; C kümesi obsesif kompulsif (OKKB), bağımlı, çekingen kişilik bozukluklarını; başka türlü adlandırılmayan kişilik bozuklukları ise depresif, pasif agresif ve sadomazoşistik kişilik bozukluklarını içermektedir (21).

Genel toplumda kişilik bozukluklarının yaygınlığı % 5-20 arasında değişmektedir. Psikiyatrik hastaların ise yaklaşık % 50'si kişilik bozukluklarından en azından bir tanesi için tanı kriterlerini karşılamaktadır (45,121). OKB'li hastalarda ki kişilik bozuklukları ek tanısı yapılan çalışmalarda %9-75 gibi geniş bir aralıkta bildirilmiş (122,123) ancak bu çalışmaların çoğunda ortalama % 50 oranında bulunmuştur (124,125,126).

Uğuz ve ark.nın (124) yaptığı çalışmada OKB' ye en sık eşlik eden kişilik bozuklukları OKKB (%30), çekingen (%28) ve pasif agresif (%12) iken, Baers ve ark.nın (125) yaptığı çalışmada en sık bağımlı (%12), histriyonik (%9) ve OKKB (%6) bulunmuştur.

Albert ve ark.(122) OKB hastalarında OKKB görülme oranını %22,9 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada OKKB' nin OKB de normal popülasyondan sık görüldüğünü, bunun OKB den çok genel aksiyete bozukluklarının bir özelliği olduğunu belirtmişlerdir.

## 2.8- Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların birinci derece yakınlarında aile yükü

OKB kişiler arası, sosyal ve mesleki işlevselliği olumsuz olarak etkileyen kronik ve yeti yitimi ile seyreden bir hastalıktır. Bu hastalık sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkilemektedir (128).

OKB'yi de içine alan anksiyete bozuklukları toplumda hayli sık görülmesine rağmen bu hastalıkların aile üzerine etkileri 1990'lı yıllardan sonra araştırılmaya başlanmıştır. İlk çalışmalar aile bireyleri arasında anksiyete ve depresyona odaklanmıştır (129,130). Daha sonraki çalışmalar da ise OKB'nin aile bireylerinin sağlığı ve aile işlevselliği üzerine olumsuz etkilerini gösteren aile yükü ve uyum üzerinde durulmuştur (9,131).

Psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyle birlikte yaşamamanın aile üyeleri üzerinde bir takım sorunlar oluşturabileceği gösterilmiştir. Bu genel biçimde aileye yük olarak tanımlanmaktadır (132) .

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 (132; 133). Reinhart ve Horwitz öznel yükün utanç, stigmatizasyon, suçluluk, gücenme, küskünlük, bıkkınlık gibi duygusal boyutları olduğunu ifade etmişlerdir ( 134).

Psikiyatrik hastalıkların klinik ve sosyal sonuçlarının aileye etkisini bir çok önemli faktörün etkilediği bulunmuştur. Bu faktörler; hasta ile yakınının aralarındaki ailesel ilişki desteği, hasta yakınlarının hastalara gösterdikleri duygusal ifade ve tutumlar, fiziksel sağlık durumları, yaşları, evlilik ilişkileri, sosyal çevreleri, sosyoekonomik düzeyleri, psikolojik güçleri ile başa çıkma becerileridir (135). Aile bireylerinin en sık karşılaştıkları güçlükler aile içi çatışma, depresyon, tükenmişlik, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler, utanç, öfke, suçluluk hisleridir ( 9, 131).

Hastanın duygulanımındaki dalgalanmalar, komşu ve akrabalarla geçimsizlikler, beden ve ev temizliğinde bozulma, uyku bozuklukları ve tedaviye direnci aile bireyleri üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır (136). 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 (137,138).

OKB hastalığının klinik özelliklerinden dolayı hasta yakınları, günlük aktivitelerini tümüyle değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Hastanın şüphe obsesyonları, kararsızlığı, güven arama davranışı, kaçınma davranışları ve ritüelleri aile bireylerine aşırı bağımlılık ile sonuçlanabilir (139). Bununla birlikte hastanın bir çok günlük yaşam aktivitesi, görev ve sorumluluklarını aile bireyleri yüklenebilir (140). Hasta yakının daha fazla destek olma gerekliliği sadece toplumsal ilişkilerini azaltmaz, mesleki işlevselliğini olumsuz etkiler. Aile bireyleri geleceğe yönelik planlarını tekrar gözden geçirmek zorunda kalabilirler. Hastanın hastalığı nedeniyle çalışmamasından dolayı ailenin ekonomik yükü artabilir (141).

Hastanın huzursuzluğunu azaltmak için aile bireyleri hastanın ritüellerine katılmakta, uyum göstermektedirler (140). Bu uyum başlangıçta hastanın anksiyetesini azaltıyor görünmekle birlikte hastalığın gidişini kötüleştirmekte ve aile içi işlevselliği bozmaktadır (142).

Gururaj ve ark.(11) OKB ve şizofreni hastalarının birinci derecede yakınlarını değerlendirmişlerdir. Bu 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.(143) 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 yükünü benzer olarak bulmuşlardır (12). Her iki grupta hastalığın şiddeti ve yeti yitimi ile aile yükü korele bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, ikamet, aile yapısı, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu gibi sosyodemografik özelliklerin aile yükünü etkilemediği saptanmıştır. Ayrıca hastalığın süresi ile total aile yükü arasında ilişki saptanmamıştır. Gupta ve ark.(9) ile Chakarborti ve ark.nın (144) çalışmalarında ise hastalık süresinin uzun olmasının aile yükünü artırdığı bulunmuştur.

Ramos ve ark.(145) 50 OKB hastasını aldıkları çalışmalarında hastaların %52'sine depresyon eşlik ettiği, depresyon eşlik eden hastalarda aile yükünün daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada depresyon şiddetinin OKB şiddeti ile ilişkili olduğu, OKB şiddeti ile aile yükü arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Halen bir işte çalışan hasta yakınlarında, çalışmayanlara göre daha yüksek aile yükü saptanmıştır.

Yapılan diğerk bir çalışmada 32 OKB hastası ve 30 depresyon hastası ile bunların birinci derece yakınları aile yükü açısından karşılaştırılmıştır. Aile içi ilişkilerde bozulma, fiziksel sağlık üzerine olumsuz etkiler ve toplam aile yükü OKB hastalarında daha yüksek bulunmuştur. Bayanlarda, evlenmemiş olanlarda, düşük sosyoekonomik seviyedeki bireylerde ve kırsal alanda yaşanlarda aile yükü daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın şiddeti, süresi ve hastaneye yatış ile aile yükü arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (13).

## **2.9- Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların birinci derece yakınlarında yaşam kalitesi**

Dünya Sağlık rgt, sağlığı sadece hastalık ya da bedensel gcszlğn olmaması değil, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu çerçevede toplum sağlığının ölçümünde şimdiye kadar kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam süresi kavramlarının artık sağlığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı, sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü ileri sürülmüştür (146).

Yaşam kalitesi kişinin yasadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri kapsayarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (147). Kişinin fiziksel sağlığı, ruh sağlığı, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumunu, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörü içeren bir durumdur ( 148,149,150).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür; ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür (147).

Yaşam kalitesi kavramı, fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon olmak üzere üç ana alandan etkilenmiştir. Fiziksel fonksiyon alanı; hastanın öz bakım aktiviteleri performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir. Ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık belirtileri, bulantı, sa dökülmesi vb. tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir. Psikolojik fonksiyon alanı iyilik hali, psikolojik stres ve mental yeteneklerle ilişkilidir, anksiyete, depresyon ve bilişsel fonksiyonların ölçümüne odaklanmıştır.

Kişilerarası ilişkiler, aile fonksiyonları, seksüel fonksiyonlar ve sosyal katılım gibi sosyal rollerin yerine getirilmesi sosyal fonksiyon alanının içinde yer alır ( 151,152).

Yapılan çalışmalar OKB hastalarının daha düşük işlevsellik düzeyine ve hayat kalitesine sahip olduklarını göstermektedir ( 153,154,155). Aynı zamanda aile ilişkilerinde, sosyal ve mesleki alanlarda yeti yitimi ortaya çıkmaktadır (140,156, 157). OKB hastalarında yaşam kalitesinin diyabetli, depresyonlu, anksiyete bozukluklu ve şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ile kıyaslandığı çalışmalarda benzer ya da daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır (155,157). Tedaviye cevap verenlerde bile hayat kalitesinin düşük olduğu gösterilmiştir (155,158) .

Bununla birlikte OKB aile işlevselliğini de birçok yönde etkilemektedir. OKB hastalarının yakınları hastanın kompulsiyonlarına dahil olduklarında bir çok psikiyatrik hastalığa göre hastalıktan daha fazla etkilenmektedirler (131, 159). Hastaların ellerini yıkayıp yıkamadığı; kapıyı, elektrik düğmesini kapatıp kapatmadığı gibi endişeleri hakkında tekrar tekrar aile üyelerince onaylanma istekleri olabilir. Ayrıca temizlik, sıralama-düzen obsesyonları hem kendisinin, hem de aile üyelerinin gündelik yaşamının kısıtlanmasına neden olabilmektedir (140). Yapılan bir çalışmada OKB'li hasta yakınlarının yaklaşık %75'i hastanın en az bir ritüelini paylaştığı veya hastanın davranışlarına uyum gösterdiği bulunmuştur. Uyum hastaya güvence verme, hastanın sorumluluğu üzerine alma, rutin işleri ve aktiviteleri düzenlemeyi içerir (160,161). Aile üyelerinin %87'si için törensel davranışların çok sıkıcı bir durum haline geldiği saptanmıştır (131). Evli olan hastaların yarısından çoğunda obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili uyum sorunları vardır (162). OKB'nin hastaların aile yaşamlarına olumsuz etkisi en az şizofreni ve depresyon kadar ağırdır (163).

OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi değerlendiren sınırlı sayıda çalışma vardır. Bunlardan Stengler-Wenzke ve ark.(164) OKB'li hasta yakınları ve normal bireylerdeki yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada OKB'li hasta yakınlarında fiziksel iyilik, psikolojik iyilik ve sosyal ilişkileri içeren yaşam kalitesi genel popülasyona göre daha düşük bulunmuştur.

Albert ve ark.(14) yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi genel topluma göre düşük bulunmuştur. Kişilik bozukluğunun eşlik etmesi yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermişlerdir. Cinsiyet, yaş, OKB'nin başlangıç yaşı, eksen I ek tanılarının ise yaşam kalitesini etkilemediği gösterilmiştir.



## 2.10- Obsesif kompulsif bozukluklu hasta yakınlarında psikiyatrik bozukluklar

OKB kronik yeti yitimi ile seyreden bir bozukluk olup hastalar kadar hasta yakınlarını etkilemektedir. OKB'li hasta yakınlarında yapılan araştırmalarda genel topluma göre daha sık psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (15,145,165,166).

OKB'de kalıtımın rolü üzerinde uzun süreden beri durulmaktadır (55-58). Bu konuda yapılan bir çalışmada 100 OKB hasta yakını ile 100 kontrol grubunun birinci derece yakınları alınmış, OKB'li hastaların yakınlarında OKB % 18.2, kontrol grubunun yakınlarında ise OKB'yi %3.9 bulunmuştur (55). Nestadt ve ark. (62) yaptıkları çalışmada ise OKB'li hastaların yakınlarında OKB %11.7, kontrol grubunun yakınlarında OKB ise %2.7 bulunmuştur.

Aile ve ayrışım (segregasyon) çalışmaları OKB ile Tourette sendromu arasında ilişkiye işaret etmektedir. Tourette sendromlu hastaların birinci derece yakınlarında OKB oranı ve OKB'li hastaların birinci derece yakınlarında Tourette sendromu ve kronik motor tik topluma göre daha yüksek oranda bulunmuştur (55,57).

Carter ve ark.(15) 100 hasta ve 466 yakını ile 33 sağlıklı kontrol ve 133 birinci derece yakınının alındığı çalışmada OKB ile anksiyete bozuklukları ve major depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmişler. Bu aile çalışmasında OKB dışı anksiyete bozuklukları ve major depresyon oranı OKB'li hastaların yakınlarında kontrol yakınlarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte OKB'li hasta yakınlarının % 50'sinde en az bir anksiyete bozukluğu olduğunu bulmuşlardır. Hasta yakınlarındaki anksiyete ve depresyon erken başlangıçlı OKB ile ilişkili bulunmuş.

Nestadt ve ark.(165) 80 hasta ve 73 yakını ile 343 kontrol ve 300 kontrol yakını aldıkları çalışmada hasta yakınlarında OKB %16.3, panik bozukluğu %15.6, sosyal fobi %22.9, özgöl fobi %25 ve major depresyon %15 oranında bulunmuştur. OKB, panik bozukluğu, sosyal fobi, özgöl fobi ve major depresyon hasta yakınlarında kontrol yakınlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hasta yakınında OKB varsa diğer anksiyete bozuklukları ve major depresyon daha sık bulunmuş.

Senaratne ve ark. (166) yaptıkları çalışmada OKB' li hasta yakınlarında özgöl fobi %52.5, sosyal fobi %31.1, major depresif bozukluk %14.9, panik bozukluğu %13.5, OKB %12.2, yaygın anksiyete bozukluğu %10.8 oranlarında bulunmuştur. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında hasta yakınlarında yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, OKB, özgöl fobi, sosyal fobi ve major depresyon anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş.

### **3-GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **Örneklemin Seçimi**

Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık olarak başvuran çalışma kriterlerini karşılayan 40 erişkin OKB hastası ve bunların 47 birinci derece yakınları alındı. Kontrol grubu ise benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişiler ve yakınlarından oluşturuldu.

#### **Çalışmaya dahil edilme kriterleri :**

- 1-Hasta ve hasta yakınlarının çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- 2-Hasta ve yakınının 18 yaşından büyük olması ,
- 3-Psikiyatrik görüşmeyi sağlıklı bir şekilde sürdürebilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak,
- 4-Hasta yakınının hastayla en az 1 yıldır birlikte yaşaması,
- 5-Hastanın DSM IV e göre en az 2 yıldır OKB tanı kriterlerini karşılıyor olması,
- 6-Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme ölçeği puanı 18 ve üzerinde olması

#### **Çalışmadan dışlama kriterleri :**

- 1-Hasta ve hasta yakınında mental retardasyon, demans, organik beyin bozukluğu ve ciddi psikotik bozukluğun olması
- 2-Diğer aile üyelerinde OKB dahil herhangi bir psikiyatrik ve kronik fiziksel hastalığın olması
- 3-Herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık (örneğin kontrol altına alınamayan endokrin, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı) öyküsünün olması

#### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini saptamak için araştırmacılar tarafından oluşturulan “katılımcı bilgi formu” ,OKB ve diğer anksiyete bozuklukları ile duygudurum bozuklukları tanımlarını değerlendirmek için SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version), kişilik bozukluklarının

saptanmasında SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders), OKB tanısı konan hastalarda belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Yeti yitimi değerlendirme ölçeği (WHO DAS II) kullanıldı.

Hastanın en az bir yıldır birlikte yaşadığı birinci derece yakınlarına sosyodemografik özelliklerini saptamak için katılımcı bilgi formu uygulandı. Hasta yakınlarındaki duygudurum ve anksiyete bozuklukları DSM IV eksen-I psikiyatrik bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme aracı olan SCID-I ile tarandı. Hasta yakınlarına yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL ) ve bakımveren yükü ölçeği uygulandı.

### **A. Hasta Bilgi Formu**

Olguların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, ikamet adresi ve irtibat telefonu, sosyoekonomik düzeyi gibi sosyodemografik bilgiler ile, hastalığın başlangıç zamanı, görmekte olduğu tedavi, evde kimlerle yaşadığı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın başlangıcı ile tedavi başvurusu arasında geçen süre, tedavi süresi, ilaç öyküsü, hastaneye yatış durumu, madde kullanım öyküsü, OKB belirti profili, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve kişilik bozukluklarını içeren kişisel öykü, fiziksel hastalık öyküsü ve fiziksel hastalıklar için kullandığı tedavileri, birinci derece yakınlarında OKB, depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarının olup olmadığı gibi bilgileri içermektedir (Ek 1).

Hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, hasta ile yakınlık derecesi, fiziksel hastalık, psikiyatrik bozukluk öyküsü ve evde kaç kişinin yaşadığı ayrı bir sosyodemografik veri formu ile değerlendirildi (Ek 2).

### **B. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ( SCID-I / CV)**

DSM IV'e eksen I tanıların konması için geliştirilmiş, eğitilmiş bir görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır (167). Duygudurum epizodları, psikotik ve eşlik eden belirtiler, psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşur. First ve ark.(168) tarafından geliştirilmiş

olan bu görüşme aracı dünyada yaygın kullanım alanı bulmuş, Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (169).

### **C. SCID-II**

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını araştırmak için Spitzer ve ark.(170) tarafından geliştirilen, görüşmeci tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış görüşme aracıdır. Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID kişilik envanterinden sonra uygulanır. Kişilik envanteri 120 sorudan oluşmakta ve kişilik bozukluklarına yönelik tarayıcı sorular içermektedir. Görüşmeci, SCID kişilik envanterinde 'evet' yanıtlanan soruları işaretleyip, bunlarla ilgili konulara odaklanır. Önce görüşme çizelgesindeki ilgili soruları, daha sonra da gerekirse bunlara benzer başka sorular sorarak 'evet' olarak işaretlenen sorularla ilişkili maddeleri açıklığa kavuşturmaya çalışır. Türkçe adı DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu Türkçe Versiyonu'dur (171).

### **D. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ)**

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. (172) tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir. 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. 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. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (173).

### **E. Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Çizelgesi (WHO-DAS-II)**

Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları tespit edebilmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (174). Bu ölçekte hastalık, yaralanma gibi sağlık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar sistematik olarak gruplandırılarak,

yetiyitimi ve işlevsellik sınıflandırılmıştır. 36 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan bu ölçek, birçok kültürde ortak olarak önemli sayılan faaliyetleri içeren 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar:

1) Anlama ve iletişim kurma, 2) Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, 3) Kendine bakım, 4) İnsan ilişkileri, 5) Yaşam faaliyetleri, 6) Toplumsal yaşama katılım başlıkları altında toplanmıştır. Tüm bu alanlarla ilgili sorularda kişinin son 1 ayda o faaliyet sırasında ne kadar güçlük çektiği sorulmakta, hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı/hiç yapamıyorum şeklinde alınan yanıtlar 1-5 arasında puanlanmaktadır. Hastanın güçlükleri nelere bağladığını anlayabilmek amacıyla, yaşadığı güçlükleri bedensel, ruhsal, alkol veya maddeyle ilgili sorunların hangilerine bağladığını puanlaması istenmektedir. Bunların yanı sıra hastanın yaşadığı güçlükleri ne derecede çevresel etkenlere bağladığını anlamaya yönelik sorular vardır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uluğ ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (175).

#### **F. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ)**

Zarit ve ark. tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (176). Bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler; ruhsal ve fiziksel sağlığa, sosyal ve duygusal yaşantılara, ekonomik duruma, kişilerarası ilişkilere yöneliktir. Ölçek ‘‘Hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ya da hemen her zaman’’ şeklinde 0’den 4’e kadar değişen derecelendirmeye sahiptir. Toplam skor 0-88 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci tarafından yapılmıştır (177).

#### **G.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu, (World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version WHOQOL-BREF TR)**

WHOQOL-BREF TR, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır( 178). Orijinal versiyonu 26 sorudan oluşan ölçeğin, Türkçe versiyonu yirmi yedi sorudan ve 5 alandan oluşmaktadır. Bu 5 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre ve ulusal çevre alanlarıdır.

Alan I (Fiziksel alan): Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü

Alan II (Psikolojik alan): Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama

Alan III (Sosyal ilişkiler alanı): Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam

Alan IV (Çevre koşulları alanı): Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım

Alan V (Ulusal çevre alanı): Sosyal baskı

Kişinin, hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin yorumunu içermektedir. Sorulara verilen cevaplar 5 şıklıdır. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Alan puanları 4-20 puan arasında değişmektedir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği, Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve bir çok çalışmada kullanılmıştır (164,179,180).

## **Uygulama ve istatistiksel analiz**

Çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütüldü. Çalışmanın etik kurul onayı Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından 27 Ekim 2010 tarih ve 2010/128 sayılı kararı ile onaylandı. Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM IV-TR'e göre OKB tanısı alan ve çalışma kriterlerini karşılayan hastalar alındı. Tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve konuyla ilgili olarak bilgilendirilmiş onamları alındı. Görüşme sırasında her bir hastanın sosyodemografik özellikleri, hastalıkla ilgili özellikler, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve kişilik bozuklukları ve ailesel psikiyatrik öykü hasta bilgi formuna kaydedildi.

Hastalarla SCID-I aracılığıyla psikiyatrik yapılandırılmış görüşme yapılarak mevcut ve öyküde geçirilmiş duygudurum ve anksiyete bozuklukları tarandı. Hastalarda kişilik bozukluklarını taramak için kişilik bozukluklarına yönelik tarayıcı sorular içeren, hasta tarafından doldurulan SCID kişilik envanterinden sonra tarafımızca SCID-II

uygulandı. Obsesyon ve kompulsyonların türü ve şiddetini belirlemek için YBOKÖ, yeti yitimi ve işlevselliği değerlendirmek için Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi uygulandı.

Hastanın en az bir yıldır birlikte yaşadığı birinci derece yakını ile SCID-I aracılığıyla psikiyatrik yapılandırılmış görüşme yapıldı. Mevcut ve geçirilmiş duygudurum ve anksiyete bozuklukları tarandı. Hasta yakınlarına yaşam kalitesi ölçeği ve bakım veren yükü ölçeği uygulandı.

Kontrol grubunu oluşturan sağlıklı bireyler ve yakınlarına, hasta grubu ve yakınlarında olduğu gibi yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapıp aynı ölçekler uygulandı.

### **Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS programının 16.0 versiyonu kullanıldı. Gruplar arasında kategoriksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare ve gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi; sayısal değerlerin karşılaştırılması için t testi uygulandı. Hasta ve yakınlarının özellikleri ile ZBYÖ ve yaşam kalitesi puanlarının korelasyonları için pearson korelasyon testi kullanılmıştır. ZBYÖ ve yaşam kalitesi puanları ile ilişkili bağımsız değişkenleri saptamak içinse lineer regresyon analizi yapıldı. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  alındı.

#### **4-BULGULAR**

Çalışmamız Ekim 2010 ile mart 2011 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran OKB hastaları ve birinci derece yakınları, sağlıklı kontrol grubu ve bunların yakınları ile yapıldı. Polikliniğe başvuran 83 hastanın 5'i çalışmaya katılmayı kabul etmedi. On yedi hastada YBOKÖ toplam puanı 18 ve altında olduğu için, 3 hasta okuryazar olmadığı için, 10 birinci derece yakınında OKB ve 3 hastanın birinci derece yakınında ciddi psikotik bozukluk olduğu için, 5 hasta yakınında kronik nörolojik veya fiziksel hastalık olduğu için çalışma dışı bırakıldı. Çalışma kriterlerini karşılayan 40 OKB hastası ve bu hastaların 47 birinci derece yakınları, 40 sağlıklı kontrol ve bunların 45 birinci derece yakınları değerlendirmeye alındı.

#### **Sosyodemografik Özellikler**

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması  $32.75 \pm 11.40$  yıl (min:20, mak:59), kontrol grubundaki bireylerin ise  $30.95 \pm 10.34$  yıl (min:19 mak:59) olarak bulundu. Hastaların 25'i (%62.5) kadın, 15'i (%37.5) erkek idi. Hastaların 24'ü (%60) evli olup kalan 16 (%40) hasta bekar ya da dul olarak yaşıyordu. Olguların eğitim durumlarına bakıldığında 20'sinin (%50) ilkokul mezunu, 7'sinin (%17.5) ortaöğretim ve 13'ünün (%32.5) yüksekokul mezunu olduğu görüldü. Hastaların sadece 13'ü (%32.5) halen aktif olarak çalışmakta idi. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri benzer olarak bulundu (Tablo1).



**Tablo 1:** OKB’li hastalar ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

		OKB (s:40)	Kontrol (s:40)	p*
Yaş (yıl), ort ± ss		32.75±11.40	30.95±10.3	0.464*
Cinsiyet ,s (%)	Kadın	25 (62.5)	24 (60)	0.500**
	Erkek	15 (37.5)	16 (40)	
Medeni durum s(%)	Bekar	15 (37.5)	13 (32.5)	0.895***
	Evli	24 (60)	26 (65)	
	Dul	1 (2.5)	1 (2.5)	
Eğitim Durumu, s (%)	İlköğretim	20 (50)	19 (47.5)	0.955***
	Ortaöğretim	7 (17.5)	8 (20)	
	Üniversite	13 (32.5)	13 (32.5)	
Mesleki durum s (%)	Çalışıyor	13 (32.5)	17 (42.5)	0.244**
	Çalışmıyor	27 (67.5)	23 (57.5)	

\*T-testi \*\*Fisher’s Exact Test \*\*\*Chi-square

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının yaş ortalaması  $40.21 \pm 12.37$  yıl, kontrol yakınlarının ise  $41.40 \pm 12.29$  yıl olarak saptandı. Hasta yakınlarının 28’i (%59.6) kadın, 19’u (%40.4) erkek, 40’ı (%85.1) evli olup kalan 7’si (%14.9) bekar ya da dul olarak yaşıyordu. Hasta yakınlarının eğitim durumlarına bakıldığında 24’ünün (%51.1) ilkokul mezunu, 18’inin (%38.3) ortaöğretim ve 5’inin (%10.6) yüksekokul mezunu olduğu görüldü. Hasta yakınlarının 20’sinin (%42.6) halen aktif olarak çalışmakta olduğu, 27’sinin (%57.4) çalışmadığı görüldü. OKB’li hasta yakınları ile kontrol grubu yakınlarının sosyodemografik özellikler yönünden benzer olduğu bulundu (Tablo 2).

**Tablo 2:** OKB’li hasta ve kontrol grubu yakınlarının sosyodemografik özellikleri

		Hasta yakını	Kontrol yakını	p
Yaş (yıl), ort ± ss		40.21±12.37	41.40±12.29	0.646*
Cinsiyet ,s (%)	Kadın	28 (59.6)	26 (57.8)	0.515**
	Erkek	19 (40.4)	19 (42.2)	
Medeni durum s(%)	Bekar	4 (8.5)	3 (6.7)	0.861***
	Evli	40 (85.1)	40 (88.9)	
	Dul	3 (6.4)	2 (4.4)	
Eğitim Durumu, s (%)	İlköğretim	24 (51.1)	28 (62.2)	0.481***
	Ortaöğretim	18 (38.3)	12 (26.7)	
	Üniversite	5 (10.6)	5 (11.1)	
Mesleki durum s (%)	Çalışıyor	20 (42.6)	24 (53.3)	0.204**
	Çalışmıyor	27 (54.4)	21 (46.7)	
Hasta yakınlık derecesi s(%)	Anne-baba	20 (42.6)	20 (44.4)	0.838***
	Eş	20 (42.6)	21 (46.7)	
	Kardeş	3 (6.4)	2 (4.4)	
	Çocuk	4 (8.5)	2 (4.4)	

\*T-testi \*\*Fisher’s Exact Test \*\*\*Chi-square

### Hastalığa ilişkin özellikler

Çalışmamızda hastalığın ortalama başlangıç yaşı  $23.72 \pm 12.61$  yıl, ortalama hastalık süresi  $9.73 \pm 8.28$  yıl olarak bulundu. Şikayetlerinin başlamasından psikiyatriste başvurana kadar geçen süre  $4.87 \pm 5.84$  yıl idi. Hastaların % 82.5’inin halen psikiyatrik bir tedavi aldığı, %35’inin geçmişte tedavi için hastaneye yattığı öğrenildi. Hastaların Y-BOCS toplam puan ortalaması  $28.57 \pm 5.77$  olarak bulundu (tablo 3).

**Tablo 3:**OKB'ye ilişkin özellikler

Başlangıç yaşı (yıl), ort ± ss		23.72 ± 12.61
Hastalık süresi (yıl), ort ± ss		9.73 ± 8.28
Psikiyatriste başvurana kadar geçen süre (yıl), ort ± ss		4.87 ± 5.84
Halen psikiyatrik tedavi durumu, s (%)		
Tedavi alan		33 (82.5)
Tedavi almayan		7 (17.5)
Hastaneye yatış, s (%)		
Var		14 (35)
Yok		26 (65)
Y-BOCS obsesyon alt puanı	ort ± ss	14.22±2.89
Y-BOCS kompulsiyon alt puanı	ort ± ss	14.25±3.02
Y-BOCS toplam puanı	ort ± ss	28.57±5.77

Hastalarda cinsiyete göre obsesyon ve kompulsiyon dağılımına bakıldığında kadın hastalarda en sık kirlilik-bulaş (%84) ve simetri-düzen (%36) obsesyonları olduğu görüldü. Erkeklerde ise en sık kirlilik-bulaş (%53.3), simetri-düzen (%33.3) ve dini (%33.3) obsesyonlar olduğu görüldü. Kadınlarda kirlilik bulaş obsesyonu erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.042). Kadın hastalarda en sık temizlik-yıkama (%80), sayma (%48), kontrol (%48) ve diğer (%48) kompulsiyonlar olduğu görüldü. Erkek hastalarda ise en sık temizlik yıkama (%46.7), yineleme (%46.7) ve kontrol (%33.3) kompulsiyonları görüldü. Kadınlarda yıkama-temizleme kompulsiyonu erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p=0.034)(Tablo 4).

**Tablo 4:** OKB’li hastalarda cinsiyete göre belirti dağılımı

	Kadın s (%)	Erkek s (%)	p*
Obsesyonlar,			
Bulaşma	21 (84)	8 (53.3)	0.042
Cinsel	5 (20)	2 (13.3)	0.467
Dinsel	8 (32)	5 (33.3)	0.599
Somatik	0	2 (13.3)	0.135
Simetri	9 (36)	5 (33.3)	0.571
Biriktirme	0	0	
Diğer	8 (32)	3 (20)	0.329
Kompulsiyonlar,			
Yıkama / temizleme	20 (80)	7 (46.7)	0.034
Kontrol	12 (48)	5 (33.3)	0.283
Sayma	12 (48)	3 (20)	0.074
Yineleme	11 (44)	7 (46.7)	0.564
Sıralama/düzenleme	9 (36)	4 (26.7)	0.401
Biriktirme	1 (4)	0	0.625
Diğer	12 (48)	5 (33.3)	0.283

\*Fisher’s Exact Test

### OKB’ye eşlik eden duygudurum ve anksiyete bozuklukları

Çalışmaya alınan hastaların %57.5’i (s=23) en az bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu ek tanısı aldığı görüldü. Bu tanılardan en sık % 35 (s=14) oran ile major depresyon idi. Bunu %17.5 (s=7) oranı ile sosyal anksiyete bozukluğu %15 (s=3) ile yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve panik bozukluğunun izlediği görüldü (Tablo 5).

**Tablo 5:**OKB’li hastalarda eşlik eden duygudurum ve anksiyete bozuklukları

	Sayı	%
Psikiyatrik bozukluk	23	57.5
Duygudurum bozukluğu		
Major Depresyon	14	35
Anksiyete Bozukluğu	18	45
Panik Bozukluğu	6	15
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	6	15
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7	17.5
Özgül Fobi	6	15
Travma sonrası stres bozukluğu	1	2.25

#### **OKB’ye eşlik eden kişilik bozuklukları**

Çalışmaya alınan hastaların %45’inde (s=18) kişilik bozukluğu bulundu. Bunlardan en sık obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (s=11,%27.5) çekingen kişilik bozukluğu (s=8, %20) görüldü. Bunları bağımlı kişilik bozukluğu (s=4, %10) ve histriyonik kişilik bozukluğu (s=4, %10), sınır kişilik bozukluğu (s=3, % 7.5), pasif agresif kişilik bozukluğu (s=2, %5), şizoid kişilik bozukluğu (s=1, %2.5) izlediği görüldü.

#### **Hasta ve kontrol yakınlarında görülen duygudurum ve anksiyete bozuklukları**

Hasta ve kontrol yakınlarında duygudurum ve anksiyete bozukluklarına bakıldığında; hasta yakınlarında duygudurum bozukluğunun (major depresyon) anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ), anksiyete bozuklukları açısından her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p > 0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6:** Hasta ve kontrol yakınlarında görülen duygudurum ve anksiyete bozuklukları

	Hasta yakını s (%)	Kontrol yakını s(%)	p*
Psikiyatrik bozukluk	16 (34)	8 (17.8)	0.98
Duygudurum bozukluğu	11 (23.4)	2 (4.4)	0.014
Anksiyete Bozukluğu	11 (23.4)	6 (13.3)	0.285
Major depresyon	11 (23.4)	2 (4.4)	0.014
Panik Bozukluğu	4 (8.5)	1 (2.2)	0.362
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4 (8.5)	2 (4.4)	0.677
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	2 (4.3)	2 (4.4)	1
Özgül Fobi	3 (6.4)	4 (8.9)	0.711
Travma sonrası stres bozukluğu	0	0	

\*Fisher's Exact Test

### Hasta ve kontrol yakınlarında ZBYÖ ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

OKB hasta yakınlarının ZBYÖ toplam puan ortalaması 36.25 (ss:21.80), kontrol yakınlarının ZBYÖ toplam puan ortalaması ise 11.02 (ss:8.25 ) olarak bulundu. ZBYÖ toplam puan ortalaması hasta yakınlarında anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

Hasta yakınlarında yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü ( $p<0.05$ )(tablo 7).

**Tablo 7:** Hasta ve kontrol yakınlarında ZBYÖ, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

		Hasta yakını Ort. ± SS	Kontrol yakını Ort. ± SS	p*
ZBYÖ		36.25 ± 21.80	11.02 ± 8.25	0.000
Yaşam kalitesi alan puanları	Fiziksel Sağlık	65.95 ± 18.81	74.71 ± 13.82	0.013
	Psikolojik sağlık	62.40 ± 16.19	70.93 ± 11.92	0.005
	Sosyal ilişkiler	63.02 ± 19.73	72.75 ± 14.48	0.009
	Çevre	62.65 ± 16.11	71.55 ± 12.09	0.004

\*T Test

## ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik, klinik özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

OKB hasta yakınlarının ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının yaşları arasında pozitif yönde; hasta ve hasta yakınlarının eğitim süresi arasında negatif yönde ilişki bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görüldü (Tablo 8).

ZBYÖ toplam puanları ile OKB başlangıç yaşı, hastalık süresi, tanı ile tedavi arasında geçen süre, tedavi süresi, hastane yatış sayısı, obsesyon ve kompulsiyon sayısı, psikiyatrik hastalık sayısı, kişilik bozukluğu sayısı, Yale Brown toplam puanı ve yeti yitimi değerlendirme ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü ( $p=0.00$ )(Tablo 8).

**Tablo 8:** OKB'li hasta ve yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ZBYÖ toplam puanı korelasyonu

	r	p
Hasta Yaş	0.16	0.12
Hasta eğitim süresi	-0.13	0.18
Hasta yakını yaş	0.15	0.14
Hasta yakını eğitim süresi	-0.13	0.20
Hastalık Başlangıç yaşı	0.45	0.00
Hastalık süresi	0.54	0.00
Tedaviye başlayana kadar geçen süre	0.34	0.00
Tedavi süresi	0.59	0.00
Hastane yatış sayısı	0.51	0.00
Yale brown toplam puanı	0.70	0.00
WHODASII	0.72	0.00

ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik ve klinik değişkenleri açısından değerlendirildiğinde duygudurum bozukluğu olanlarda, kötü iç görüye sahip olanlarda, hasta yakını çalışmayanlarda ve hasta yakınında psikiyatrik hastalık olanlarda ZBYÖ toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9:** ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik ve klinik değişkenleri arasında ilişki

		Ort ± ss	p*
Hasta cinsiyet	Kadın (s)	35.56±23.62	0.754
	Erkek (s)	37.73 ±17.97	
Hastada eşlik eden psikiyatrik bozukluk	Var(s)	38.11±23.82	0.521
	Yok (s)	33.95±19.34	
Hastada eşlik eden duygudurum bozukluğu	Var(s)	55.11±23.82	0.038
	Yok (s)	30.95±19.34	
Hastada kişilik bozukluğu	Var (s)	41.76±22.26	0.063
	Yok (s)	30.00±19.94	
Hastada içgörü	İyi (s)	30.72±20.04	0.000
	Zayıf(s)	56.70±15.25	
Hasta yakını cinsiyet	Kadın (s)	40.00±21.79	0.155
	Erkek (s)	30.73 ±21.18	
Hasta yakını çalışma durumu	Çalışıyor(s)	28.25 ±19.06	0.029
	Çalışmıyor (s)	42.18±22.13	
Hasta yakını psikiyatrik bozukluk	Var (s)	44.81±23.29	0.046
	Yok (s)	30.83 ±19.96	
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	Var (s)	50.60±21.93	0.017
	Yok(s)	32.37 ±20.36	

\* T testi

ZBYÖ toplam puanını bağımsız olarak etkileyen değişkenler lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. Hastada duygudurum bozukluğunun olması (b: 3,544, ss: 4,315, p=0.040), hastalık süresinin uzaması (b:1.427, ss :0.392, p=0.000) ve içgörünün zayıf olması (b:22.269, ss:3.167, p=0.000) ZBYÖ toplam puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili etmenler olarak bulundu (Tablo 10).



Hasta yakınlarında ZBYÖ toplam puanları ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ )

**Tablo 10:**ZBYÖ toplam puanı ile hasta ve hasta yakınlarının klinik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları

	b	ss	p
Regresyon analizi birinci adım			
Hasta yakını çalışma durumu	6,333	2,846	0,156
Hastalık süresi	1,427	0,392	0,000
Tedavi süresi	-0,466	0,377	0,220
Başlama yaşı	-0,261	0,146	0,077
Hastane yatış sayısı	4,050	1,016	0,080
Hastada duygudurum bozukluğu	3,618	3,615	0.045
Hasta yakını psikiyatrik hastalık	3.544	4,315	0,064
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-4,095	5,988	0,116
İçgörü	22,269	3,167	0,000
YBOKÖ toplam puanı	-0,110	0,463	0,813
WHODASII	0,218	0,153	0,159
Regresyon analizi son adım			
Hastalık süresi	1,427	0,392	0,000
Hastada duygudurum bozukluğu	3.544	4.315	0.040
İçgörü	-21,203	3,291	0,000

$R=0.793$   $R^2=0.628$   $p=0.000$

### **Yaşam kalitesi alan puanları ile hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik, klinik özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi**

OKB'li hastaların yaşı ile hasta yakınlarının yaşam kalitesi fiziksel sağlık alanı arasında pozitif, psikolojik sağlık alanı, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanı arasında negatif yönde bir ilişki olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulundu. OKB'li hastaların eğitim süresi ile hasta yakınlarının yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık alanı, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanı arasında pozitif yönde bir ilişki olmakla birlikte anlamlı düzeyde değildi. OKB'li hasta yakınlarının yaşı ile yaşam

kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, soysal ilişkiler ve çevre alanı arasında negatif; eğitim süresi ile yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ( $p=0.00$ )(Tablo 10).

OKB başlangıç yaşı, hastalık süresi, tanı ile tedavi arasında geçen süre, tedavi süresi, hastane yatış sayısı, Yale Brown toplam puanı ve yetiyitimi değerlendirme ölçeği puanı ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı arasında negatif yönde bir ilişki olup anlamlı düzeyde olduğu bulundu ( $p<0.05$ )(Tablo 11).

**Tablo 11:** Hasta yakınlarının yaşam kalitesi alan puanlarının hasta ve yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile korelasyonu

	Fiziksel sağlık alanı		Psikolojik Sağlık alanı		Sosyal İlişkiler alanı		Çevre alanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Hasta Yaş	0.06	0.53	-0.13	0.19	-0.17	0.08	-0.11	0.26
Hasta Eğitim süresi	0.01	0.85	0.08	0.41	0.12	0.24	0.18	0.07
Hasta yakını yaş	-0.45	0.00	-0.29	0.00	-0.16	0.12	-0.28	0.00
Hasta yakını Eğitim süresi	0.33	0.00	0.21	0.04	0.17	0.08	0.28	0.00
Hastalık başlangıç yaşı	-0.19	0.04	-0.23	0.02	-0.21	0.02	-0.22	0.02
Hastalık süre	-0.31	0.00	-0.31	0.00	-0.42	0.00	-0.41	0.00
Tedaviye başlayana kadar geçen süre	-0.21	0.04	-0.19	0.06	-0.41	0.00	-0.35	0.00
Tedavi süresi	-0.33	0.00	-0.33	0.00	-0.26	0.01	-0.32	0.00
Hastane yatış sayısı	-0.36	0.00	-0.26	0.01	-0.24	0.02	-0.26	0.01
Yale brown toplam puanı	-0.33	0.00	-0.37	0.00	-0.33	0.00	-0.39	0.00
WHO DAS II	-0.37	0.00	-0.38	0.00	-0.35	0.00	-0.40	0.00

**Tablo 12:** Yaşam kalitesi alan puanları ile hasta ve yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilişkisi

	Fiziksel sağlık alanı		Psikolojik Sağlık alanı		Sosyal İlişkiler alanı		Çevre alanı	
	Ort±ss	p	Ort±ss	p	Ort±ss	p	Ort±ss	p*
Hasta cinsiyet								
Kadın (s)	64.18±19.29	0.352	60.93±17.61	0.387	65.43±16.51	0.224	63.78±15.63	0.492
Erkek(s)	69.73±17.75		65.53±14.85		57.86±25.16		60.26±17.40	
Hastada eşlik eden psikiyatrik bozukluk								
Var (s)	64.80±19.42	0.646	63.69±16.34	0.550	61.76±20.48	0.634	61.46±15.56	0.576
Yok(s)	67.38±18.38		60.80±16.26		64.57±19.14		64.14±17.03	
Hastada kişilik bozukluğu								
Var (s)	63.32±19.99	0.311	60.00±17.33	0.283	61.44±21.79	0.564	60.40±17.25	0.311
Yok (s)	68.95±17.33		65.13±14.70		64.81±17.42		65.22±14.69	
Hastada içgörü								
İyi (s)	69.05±17.59	0.028	65.40±15.74	0.017	65.02±16.47	0.048	65.72±13.64	0.010
Kötü (s)	54.50±19.61		51.30±16.44		51.60±28.74		51.30±20.03	
Hasta yakını cinsiyet								
Kadın (s)	60.60±19.51	0.016	57.21±16.90	0.008	57.32±19.24	0.015	57.35±15.89	0.048
Erkek (s)	73.84±14.93		70.05±13.63		71.42±17.73		69.52±15.58	
Hasta yakını çalışma durumu								
Çalışmıyor (s)	59.14±19.18	0.003	57.48±17.16	0.018	57.14±19.36	0.016	57.35±15.89	0.048
Çalışıyor (s)	75.15±14.07		69.05±14.00		70.95±17.72		69.52±15.58	
Hasta yakını psikiyatrik bozukluk								
Var (s)	57.93±17.88	0.034	55.50±16.42	0.041	54.25±23.78	0.027	51.31±16.57	0.000
Yok (s)	70.09±18.18		65.96±16.04		67.54±15.87		68.51±16.57	
Hasta yakını duygudurum bozukluğu								
Var (s)	48.30±9.14	0.000	45.70±11.12	0.000	41.20±18.83	0.000	43.90±12.12	0.000
Yok (s)	70.72±17.92		66.91±15.15		68.91±15.51		67.72±13.07	

\* T Test

Yaşam kalitesi alan puanları ile sosyodemografik ve klinik değişkenler değerlendirildiğinde kötü içgörüyü sahip hastaların yakınları, çalışmayan hasta yakınları ve psikiyatrik bozukluğu olan hasta yakınlarında yaşam kalitesi puanları anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p<0.05$ )(Tablo 12).

### Yaşam kalitesi alt alanlarını etkileyen bağımsız değişkenlerin değerlendirilmesi

Lineer regresyon analizi ile hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yaşam kalitesi alt alanları ile ilişkisi araştırılmıştır. Hasta yakını yaşı (b:-0.530, ss:0.127,  $p=0.000$ ), hasta yakınında major depresyon olması (b:0.813, ss:4.498,  $p=0.005$ ) ve YBOKÖ toplam puanı (b:0.039, ss:0.410,  $p=0.008$ ) fiziksel sağlık alanı için bağımsız değişkenler olarak bulundu ( Tablo 13).

**Tablo 13:** Yaşam kalitesi fiziksel sağlık alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları

	Fiziksel sağlık alanı		
	b	ss	p
Regresyon analizi birinci adım			
Hasta yakını yaş	-0,530	0,127	0,000
Hasta yakını cinsiyet	7,813	2,849	0,197
Hasta yakını Eğitim süresi	0,424	0,459	0,359
Hasta yakını çalışma durumu	2,068	3,095	0,506
Hastalık süresi	0,038	0,376	0,920
Tedavi süresi	-0,270	0,631	0,662
Başlama yaşı	-0,000	0,180	0,980
Hastane yatış sayısı	-1,500	1,764	0,396
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-16.60	6,185	0,047
İçgörü	-1,180	7,408	0,873
Yale brown toplam puanı	0,039	0,410	0,008
WHODASII	-0,160	0,156	0,924
Regresyon analizi son adım			
Hasta yakını yaş	-0,530	0,116	0,000
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-16,601	4,720	0.001
Yale brown toplam puanı	-0,169	0,062	0,008

R=0.647 R<sup>2</sup>=0.418 p=0.000

Hasta yakını yaşı (b:-0.271, ss:0.121, p=0.027), hasta yakınında major depresyon olması (b:-14.99, ss:5.877, p=0.0013) psikolojik sağlık alanı için bağımsız değişkenler olarak bulundu (Tablo14).

**Tablo 14:** Yaşam kalitesi psikolojik sağlık alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları

	Psikolojik Sağlık alanı		
	b	ss	p
Regresyon analizi birinci adım			
Hasta yakını yaş	-0,271	0,121	0,027
Hasta yakını cinsiyet	7,328	2,759	0,079
Hasta yakını Eğitim süresi	-0,100	0,455	0,811
Hasta yakını çalışma durumu	-0,940	2,941	0,749
Hastalık süresi	0,144	0,357	0,688
Tedavi süresi	-0,540	0,599	0,368
Başlama yaşı	0,058	0,171	0,736
Hastane yatış sayısı	1,214	1,684	0,473
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-14,90	5,877	0,013
İçgörü	-7,140	7,038	0,313
Yale brown toplam puanı	0,051	0,390	0,897
WHODASII	-0,040	0,148	0,776
Regresyon analizi son adım			
Hasta yakını yaş	-0,281	0,112	0,014
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-11,245	4,482	0.014

R=0.524 R<sup>2</sup>=0.275 p=0.000

Hasta yakınında major depresyon olması (b:-1,092, ss:0.329, p=0.001) ve hastalık süresi (b:-26.90, ss:4.713, p=0.000) sosyal ilişkiler alanı için anlamlı düzeyde ilişkili etmenler olarak bulundu (Tablo15).

**Tablo 15:** Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları

	Sosyal İlişkiler Alanı		
	b	ss	p
Regresyon analizi birinci adım			
Hasta yakını cinsiyet	6,569	3,093	0,087
Hasta yakını çalışma durumu	-0,780	3,258	0,810
Hastalık süresi	-1,090	0,329	0,001
Tedavi süresi	0,916	0,580	0,211
Başlama yaşı	-0,090	0,189	0,636
Hastane yatış sayısı	-1,370	1,889	0,469
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-26,90	4,713	0,000
İçgörü	8,450	7,798	0,282
Yale brown toplam puanı	-0,080	0,432	0,851
WHODASII	-0,120	0,164	0,441
Regresyon analizi son adım			
Hastalık süresi	-0,692	0,211	0,002
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-26,486	4,746	0,000

R=0.626 R<sup>2</sup>=0.392 p=0.000

Hastalık süresi (b:-0.547, ss:0.179, p=0.003) ve hasta yakınında major depresyon olması (b:-19,51, ss:4.061, p=0.000) çevre alanı ilişkili bağımsız değişkenler olarak bulundu (Tablo16)

**Tablo 16:** Yaşam kalitesi çevre alanı puanları ile hasta ve hasta yakınlarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin regresyon analizi sonuçları

	Çevre Alanı		
	b	ss	p
Regresyon analizi birinci adım			
Hasta eğitim süresi	0,829	0,297	0,067
Hasta yakını cinsiyet	4,776	2,563	0,066
Hasta yakını eğitim süresi	0,330	0,418	0,432
Hasta yakını çalışma durumu	-0,890	2,758	0,747
Hastalık süresi	-0,540	0,179	0,003
Tedavi süresi	0,393	0,562	0,486
Başlama yaşı	0,031	0,160	0,849
Hastane yatış sayısı	0,616	1,546	0,692
Hasta yakını psikiyatrik bozukluk	-2,560	4,008	0,525
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-19,50	4,061	0,000
İçgörü	-0,950	6,601	0,886
Yale brown toplam puanı	-0,070	0,366	0,829
WHODASII	-0,020	0,139	0,854
Regresyon analizi son adım			
Hastalık süresi	-0,547	0,179	0,003
Hasta yakını duygudurum bozukluğu	-19,516	4,061	0,000

R=0.635 R<sup>2</sup>=0.403 p=0.000

## 5-TARTIŞMA

Çalışma ulaşabildiğimiz kadarıyla OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi, bakım veren yükü ve psikiyatrik bozuklukların birlikte değerlendirildiği ilk çalışmadır. Bu konularda farklı yöntem ve araçlar kullanılarak her bir konuyu ayrı ayrı ele alan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamız hastaların ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, OKB'li hastaların klinik özellikleri ve eşlik eden duyuğu durum, anksiyete bozuklukları ve eksen II bozuklukları, hasta yakınlarındaki psikiyatrik bozuklukların birlikte değerlendirildiği en geniş kapsamlı çalışmadır.

### **Hasta ve kontrol yakınlarında aile yükünün değerlendirilmesi**

Bu çalışmada hasta yakınlarında kontrol yakınlarına göre ZBYÖ toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı ölçek kullanılarak 50 OKB hastası ve 50 hasta yakınının değerlendirildiği bir çalışmada ise, çalışmamıza göre hasta yakınlarında ZBYÖ toplam puanı daha düşük bulunmuş (145). Bu çalışmada kontrol grubu alınmamış ve hastaların Y-BOKÖ toplam puanları bizim çalışmaya alınan hastaların Y-BOKÖ toplam puanlarından düşüktür.

Aile yükünün değerlendirildiği bir başka çalışmada ise OKB ve şizofreni hastalarının birinci derecede yakınları değerlendirilmiştir. Aile yükü ölçeğinin kullanıldığı bu çalışmada ekonomik yük, günlük aktivitelerde bozulma ve tüm aile yükü değerleri ise şizofreniden daha az bulunmakla birlikte; aile içi ilişkilerde ve boş zaman aktivitelerinde bozulma, aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine olumsuz etkiler şizofreni ve OKB'li hasta yakınlarında benzer bulunmuştur (11). OKB ve şizofreni hastalarının birinci derecede yakınlarının aile yükü ölçeği kullanılarak değerlendirildiği diğer bir çalışmada da şizofreni ve OKB'li hasta yakınlarında aile yükü benzer olarak bulunmuştur (12). Otuz iki OKB ve 30 depresyon hastası ile bunların birinci derece yakınlarının aile yükü açısından karşılaştırıldığı çalışmada, aile içi ilişkilerde bozulma, fiziksel sağlık üzerine olumsuz etkiler ve toplam aile yükü OKB hastalarında daha yüksek bulunmuştur (13). Bu çalışmalarda OKB'li hasta yakınları diğer psikiyatrik bozukluğu olan hasta yakınları ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak biz OKB'li hasta yakınlarını sağlıklı kontrollerin yakınları ile karşılatırdık. Bu yöntemsel farklılık çalışmamızın sonucunu bu konuda yapılmış çalışmalarla kıyaslamayı zorlaştırmaktadır.



Yapılan çalışmalarda aile yükü ile hasta ve yakınlarının sosyodemografik özellikleri arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (12,145). Çalışmamızın sonucu bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Örneğimizde çalışmayan hasta yakınlarında çalışanlara göre aile yükü anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu konuda aynı yöntem kullanılarak yapılan bir çalışmada da benzer bulgular saptanmıştır (145). Bu durum çalışmayan hasta yakınlarının hastalar ile aynı ortamı daha uzun süre paylaşmasından, hastalık belirtileri ile daha fazla yüzleşmesinden, hastanın yapamadığı günlük işleri ve sorumluluklarını paylaşmasının getirdiği zorluklarla ilişkili olabilir.

Hastalık süresinin aile yükünü artırdığını gösteren çalışmalar (9,144) yanında etkilemediğini ileri süren çalışmada (12) bulunmaktadır. Çalışmamızda hastalık süresi arttıkça aile yükünün arttığı bulundu. Hastalığın süresi uzadıkça hasta yakınları, hastanın ritüellerine katılmakta ve günlük aktivitelerini değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Bu da aile yükünün artmasına neden olabilir.

OKB başlangıç yaşı ileri olanlarda ve geç tanı alan hasta yakınlarında aile yükünün arttığı bulundu. Erken yaşta başlayan olgularda hasta yakınlarının belirtileri hastalık olarak görmekten çok kişilik özelliği olarak algılaması, bu durumu daha kolay kabullenmelerine neden olabilir. Böylece aile yükünü daha az algılayıp ifade ediyor olabilirler. İleri yaşta ortaya çıkan olgularda ise hasta yakınları bu durumu hastalık olarak görüp daha fazla rahatsızlık duymakta ve bu da aile yükünü arttırıyor olabilir. Toplumumuzda OKB'ye özgü temizlik ile ilişkili obsesyon ve kompulsiyonların titizlik ile açıklanma eğilimi ya da kişilerin dini ibadetleri sırasında gerektiğince yapıp yapmadığı hakkındaki obsesyon ve kompulsiyonların dini bir tanım olan vesvese kavramı ile açıklanma eğilimi OKB'nin tıbbi bir durum olarak algılanmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların belirtileri başlangıçta önemsememesi, kendiliğinden düzelebileceği düşüncesi de doktora başvuruyu geciktirmekte bu da hastalık belirtilerinin şiddetlenmesine ve aile üzerindeki yükün artmasına neden olabilir.

Yapılan çalışmalarda OKB'li hastaların tedavi için başvurduklarında %48-68' inin başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı, %30-40'ının major depresyon ek tanısı aldığı bulunmuştur (24,108,109). Çalışmamızda da benzer şekilde hastaların % 35'inde görüşme sırasında major depresyon saptandı. Hastalarda eşlik eden major depresyonun hasta yakınlarında aile yükünü artırdığı ve ZBYÖ için bağımsız değişkenlerden biri olduğu bulundu. Bu konuda yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hastalarda depresyon tanısının

hasta yakınlarında aile yükünü arttırdığı gösterilmiştir (145). OKB'li hastalarda depresif belirtiler ve anksiyetenin kombine halde olması tedaviye uyumu bozmakta, aile bireyleri üzerindeki yükü arttıracak şekilde işlevsellikte bozulmaya neden olabilir.

Yapılan çalışmalarda OKB'li hastaların yaklaşık yarısının en az bir eksen II bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (124-126). Çalışmamızda hastaların % 45'inde en az bir kişilik bozukluğu saptanmış olup, hastalardaki kişilik bozuklukları ile aile yükü arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ulaşabildiğimiz kadarıyla bu konuda daha önce yapılan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Örnekleminizde Y-BOKÖ ve yeti yitimi değerlendirme ölçeği toplam puanlarının artması ile aile yükünün arttığı bulunmuştur. Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda bulgularımızla uyumlu olarak hastalığın şiddeti ile aile yükünün arttığı gösterilmiştir (9, 12,144). Hastalığın şiddeti arttıkça hastaneye yatış sayısı artabilir, tedavi süresi uzar, ekonomik yük artar.

Çalışmamızda hastaneye yatış sayısı arttıkça aile yükünün arttığı bulundu. Hastalık belirtilerinin tedaviye rağmen kontrol altına alınamaması, özellikle hastalık şiddetine ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak işlevsellikteki bozulma kişilerin daha sık hastaneye yatışına neden olabilir. Bu durumlarda aile yükünün artmasına neden olabilir.

Hasta yakınında duygudurum ve anksiyete bozukluğu bulunmasının aile yükünü arttırdığı görüldü. Bu sonuç yapılan çalışmalarla uyumludur (145,166).

Örnekleminizde zayıf iç görüye sahip hastaların yakınlarında aile yükü anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu da göstermektedir ki zayıf içgörüye sahip hastaların kendilerini hasta görmemeleri, belirtileri kabullenmeleri nedeniyle tedavi başvuruları daha az olmakta, tedavi uyumu bozulmakta ve hastalık daha da şiddetlenmektedir ve bu da hasta yakınları üzerindeki yükü artırmış olabilir.

## **Hasta ve kontrol yakınlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi**

Çalışmada hasta yakınlarında kontrol yakınlarına göre yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanları daha düşük bulundu. Hasta yakınlarında yaşam kalitesini ölçmek için çalışmamızla benzer ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ise OKB'li hasta yakınları ile genel populasyon arasında anlamlı fark bulunmamıştır (164). Bu çalışmada OKB hastaları çalışmaya dahil edilmemiş, hasta ve yakınlarında psikiyatrik bozukluklar değerlendirilmemiştir. Bunlara ilaveten çalışmamızda şiddetli olguların alınması da yaşam kalitesi puanlarının düşük bulunmasını açıklayabilir.

Yaşam kalitesini değerlendirmek için SF 36 kullanılarak Y-BOKÖ puanı 16 ve üstü olan hastaların birinci derece yakınlarında yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde yaşam kalitesi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (14).

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç bu konuda yapılan bir çalışma ile benzerdir (14).

Yapılan çalışmalarda hasta yakını yaşı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (14,164). Çalışmamızın sonucu bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. İleri yaş fiziksel sağlık sorunlarının sık görüldüğü bir dönemdir. Yaşam kalitesindeki düşme ileri yaş döneminin özelliği ile ilişkili olabilir.

Genel toplumda yapılan çalışmalarda işsizlerde ve ekonomik düzeyi düşük olanlarda psikiyatrik bozuklukların daha fazla olduğu ve yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir (181-183). Çalışmayan hasta yakınlarında tüm alanlarda yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. Çalışmayan hasta yakınları hasta ile daha fazla zaman geçirmekte, hastalığı hasta ile bire bir yaşamakta, hastanın sorumluluklarını üstlenmekte ve hastaya daha çok destek olması beklenmektedir. Bu nedenle çalışmayan hasta yakınlarında yaşam kalitesi daha fazla etkilenmiş olabilir.

Bu çalışmada geç yaşta başlayan OKB'nin hasta yakınlarının yaşam kalitesini anlamlı olarak bozduğu bulundu. Ulaşabildiğimiz kadarıyla bu konuda daha önce yapılmış bir çalışma bulunmamakla birlikte, bu durum hasta yakınlarının hastalık belirtilerine daha zor uyum göstermelerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hastalık belirtileri başladıktan bir hekime başvurana kadar geçen süre ne kadar fazla olursa hasta yakınlarında yaşam kalitesinin o oranda bozulduğu bulundu. OKB' de belirtilerin hastalık olarak görülmemesi, hastaların damgalanma endişesi, psikiyatrik hastalıkların ilaçla tedavisine karşı olumsuz tutumlar ve tıp dışı

alanlarda yardım arama davranışı nedeniyle psikiyatrik başvuruları gecikmekte, tedaviye daha geç başlanması da hastalık belirtilerinin şiddetlenmesine ve tedavinin zorlaşmasına yol açabilir. Bu durum hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir.

Hastalık süresi arttıkça, tedavi süresi uzadıkça ve hastaneye yatış sayısı arttıkça hasta yakınlarında yaşam kalitesi bozulmaktadır. Daha önce bu konuda yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde bu değişkenlerin değerlendirilmediği görüldü. Ancak aynı değişkenler çalışmamızda aile yükünü etkileyen etkenlerden olup, aile yükünün artması yaşam kalitesinde bozulma ile birliktelik göstermektedir.

Araştırmamızda yeti yitimi ve obsesif kompulsif belirti şiddetinin artması hasta yakınlarının yaşam kalitesini bozduğu bulundu. Hastalık şiddetinin fazla olması ek psikiyatrik bozuklukların gelişmesine katkıda bulunmakta bu da hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (14,184,185). Hastalığın şiddeti arttıkça tedavi daha uzun sürmekte, tedavi maliyeti artmakta, ek psikiyatrik hastalıklar eklenmekte ve bu da yaşam kalitesinde düşmeye neden olabileceği düşünülmektedir.

Hastada ek psikiyatrik bozukluğun olmasının hasta yakınlarında yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Bu konuda sınırlı çalışma olup, yapılan bir çalışmada benzer sonuç bulunmuştur (14). OKB'nin kendisi kronik, sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi bozulmaya ve yeti yitimine neden olan bir hastalık olması nedeniyle eşlik eden ek psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesini çok fazla etkilemiyor olabilir.

Örneğimizde hastada kişilik bozukluğunun olması yaşam kalitesini değiştirmede bulunmuştur. Bu konuda yapılan bir çalışmada ise kişilik bozukluğunun olması hasta yakınlarında yaşam kalitesini belirgin olarak düşürdüğünü bulmuşlardır (14). Bu durum yöntem farklılığı ile ilişkili olabilir.

Zayıf iç görüye sahip hasta yakınlarında yaşam kalitesi alan puanları düşük bulundu. Zayıf iç görüye sahip hastalar hastalık belirtilerini kabullenmedikleri için tedavi başvuruları ve tedaviye uyumları zordur. Bu durum hasta yakınlarının yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır.

Çalışmamızda hasta yakınında major depresyon olması yaşam kalitesinde anlamlı düşmeye neden olduğu bulundu. Angermeyer ve ark.nın (188) çalışmasında hasta yakınlarında depresyon varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur. Çalışmamızda ve genel toplumda bu konuda yapılan bir çalışmada major depresyon tanısı alanlarda sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesi skorlarının belirgin düşük olduğu bulunmuştur (187). Bu bulgular ışığında major depresyonun tek başına sosyal ve mesleki işlevsellikte

bozulmaya neden olabileceği, aile yükünü arttırabileceği ve bunun sonucu olarak yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabileceği söylenebilir.

Bildiğimiz kadarıyla WQOOL BREEF alan puanlarını ayrı ayrı bağımsız yordayıcılarını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Regresyon analizi ile değerlendirildiğinde içgörü düzeyi, hasta yakınında duygudurum bozukluğunun bulunması, hasta yakını yaşı ve YBOKÖ toplam puanı fiziksel sağlık için bağımsız değişkenler olarak bulundu. Hastaların ritüel davranışları hasta yakınlarında tükenmişlik ve bitkinliğe yol açabilir. Bilindiği gibi fiziksel sağlık alanı; gündelik işleri yürütebilme, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü gibi depresyonun somatik belirtilerini içermektedir. OKB'li hastaların yakınlarında artan yük psikiyatrik bozukluklara neden olabilmekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir.

Regresyon analizine göre içgörü düzeyi, hasta yakınında duygudurum bozukluğunun olması ve hasta yakını yaşı psikolojik sağlık alanı için bağımsız değişkenler olarak bulundu. Aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanamaması, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın, hem de aile bireylerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemiş olabilir.

Yaşam kalitesi sosyal ve çevre alanı için hastalık süresi, içgörü düzeyi, hasta yakınında duygudurum bozukluğunun bulunması bağımsız değişkenler olarak bulundu. OKB'li hasta yakınları hastaların belirtilerinden utanma ve damgalanmışlık hislerinden kaçınmak için, arkadaşlarından ve akrabalarından hastalık belirtilerini gizleme ve inkar etme eğilimindedirler. Bu da hasta yakınlarının hastaları ile birlikte sosyal ortamlara girmelerini arkadaş ilişkileri ve eğlenceye katılmayı etkilemektedir. Hastalığın artan süresi ile bozukluğun belirtilerine bağlı olarak üzerinde artan bir sosyal baskı hissetmesi, işlevselliğinin giderek düşmesi ile maddi kaynaklarının ya da üretkenliğinin azalması ve boş zamanlarını değerlendirme yeteneğinin giderek azalması gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesinin düşebileceği düşünülmektedir.

## **Hasta ve kontrol yakınlarında psikiyatrik bozukluklar**

Hasta yakınları ve kontrol yakınlarında psikiyatrik bozuklukların bakıldığı çalışmalarda major depresyon anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (15,165,166). Çalışmamız bu çalışmalarla benzer olmakla birlikte major depresyon oranı bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya şiddetli hastaların alınması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda hasta yakınlarında duygudurum bozukluğunun bulunması aile yükünü arttırdığı ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu bulundu. Nedenellik saptanamamakla birlikte artan yükün aile üyelerinde anksiyete ve depresif belirtilere neden olabileceği düşünülebilir.

Örnekleminizde hasta yakınlarında kontrol yakınlarına göre anksiyete bozukluğu oranları daha yüksektir ancak anlamlı düzeylere ulaşmamıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise hasta yakınlarında özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (15,165, 166). Bu durum örneklem ve yöntem farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca hasta yakınlarında OKB olanlar çalışma dışı bırakılmış olup anksiyete bozukluklarının düşük olması bundan kaynaklanmış olabilir.

## **Sınırlılıklar**

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Birincisi hastalardaki aile yükü Zarit bakımveren yükü ölçeği ile değerlendirilmiş olmasıdır. Genellikle çalışmalarda aile yükü ölçeği kullanılmakta olup bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olmadığı için çalışmamızda Zarit bakımveren yükü ölçeği kullanılmıştır.

İkincisi örneklemimizin küçük olması nedeniyle bazı spesifik analizlerin gücünü azaltmış olabilir. Örneğin hastalarda eşlik eden kişilik bozukluklarının olması aile yükünü ve hasta yakını yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Ancak kişilik bozuklukları tek tek ele alındığında bazı kişilik bozukluklarının aile yükünü arttırabilirdi.

Üçüncüsü, bu çalışmaya YBOKÖ toplam puanı 18 ve üzerinde olan hastalar dahil edilmiş olup, aile yükü ve hasta yakınlarında yaşam kalitesinde bozulma tüm OKB hastalarına genellenemeyebilir.

Dördüncüsü bu çalışmaya sadece üniversite hastanesine başvuran hastalar alınmıştır. Bu toplumdaki tüm OKB hastalarına genellenemeyebilir.

## **Sonuç**

Sınırlılıklarına rağmen, bu çalışmanın bulguları ile bazı çıkarsamalara varmak mümkündür. OKB’li hasta yakınlarında kontrol yakınlarına göre aile yükü daha yüksek, yaşam kalitesi ise daha düşük olduğu bulundu. Hastada komorbid duygudurum bozukluğu olması aile yükünü daha fazla artırmaktadır. OKB’li hasta yakınlarında yükün artması depresyon ve anksiyete bozukluklarına yol açabilir, bu da yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilir.

OKB’li hasta yakınlarında yük ve etkilenmeyi azaltabilmek için daha fazla destek, eğitim ve uyum programlarına ihtiyaç vardır. Bu programlar aile yükünü azaltabilecek ve hastanın klinik gidişini olumlu etkileyebilecek hasta ve hasta yakınlarına yönelik tedavi girişimlerini içerebilir. Bununla 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.

## 6-ÖZET

### **Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların yakınlarında yaşam kalitesi, aile yükü ve psikiyatrik bozukluklar**

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluklu hasta ve kontrol yakınlarında yaşam kalitesi, aile yükü ve psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya 40 OKB hastası ile 47 birinci derece yakını ve 40 sağlıklı kontrol ile bunların 45 yakını alındı. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve şiddetini saptamak için saptamak Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve yeti yitimi değerlendirme ölçeği kullanıldı. OKB ve diğer anksiyete bozuklukları veya duygudurum bozuklukları tanımlarını değerlendirmek için SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version), komorbid eksen II kişilik bozukluklarının saptanmasında SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders) kullanıldı. Hasta yakınlarında aile yükü Zarit bakımveren yükü ölçeği (ZBYÖ), yaşam kalitesi ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR ) kullanılarak değerlendirildi.

OKB'li hasta yakınlarında ZBYÖ ortalama puanı, kontrol yakınlarına göre anlamlı olarak yüksekti. Lineer regresyon analizi ile hastada major depresyonun bulunması, hastalık süresi ve zayıf içgörü ZBYÖ için bağımsız etkenler olarak bulundu. Yaşam kalitesi alan puanları hasta yakınlarında kontrol yakınlarına göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Hasta yakınlarında major depresyon kontrol yakınlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. Hasta ve kontrol yakınları arasında anksiyete bozuklukları açısından herhangi bir fark bulunmadı.

Çalışmamız OKB'nin sadece hastaları değil aynı zamanda hasta yakınlarını da etkileyen bir hastalık olduğunu göstermektedir. Buna göre hasta yakınlarının da tedaviye dahil olması onların aile yükünü azaltabilir ve bozulmuş yaşam kalitelerinin belli ölçüde düzelmesini sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: OKB,aile, yük, yaşam kalitesi



## **SUMMARY**

### **Quality of life, family burden and psychiatric disorders of relatives of patients with obsessive compulsive disorder**

The aim of this study is to assess the quality of life (Qol), family burden and psychiatric disorders in first degree relatives of patients with OCD and to compare them with healthy controls and their relatives.

Forty patients with OCD and forty seven their first degree relatives, forty healthy person and their forty first degree relatives were recruited in this study. Type and severity of obsessive-compulsive symptoms were assessed with the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) and Disability Assessment Schedule (WHO DAS II). OCD and other anxiety or mood disorders were determined by means of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). Comorbid axis II disorders were diagnosed with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Family burden and Qol were evaluated by Zarit Burden Interview and WHQOOL-BREEF in relatives.

The mean ZBI score of family members of OCD patients were higher than control relatives. The linear regression analysis indicated that the independent factors associated with ZBI were duration of illness, comorbid major depressive disorder and poor insight. Compared with that of control relatives, the Qol of relatives of patients with OCD was significantly lower in all domains. While the diagnosis of major depressive disorder at relatives of OCD patients was explored significantly higher than control relatives, the diagnosis of any anxiety disorder did not differ.

Our study provides evidence that OCD not only affects the lives of patients, but also their family members. Thus, this findings suggest that involving family members in the treatment of OCD could improve their perceived Qol and decrease their burden.

Key words: OCD, family, burden, quality of life

## **7- TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamda, her zaman bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, bilimsel çalışma disiplinini her zaman örnek alacağım sayın hocam Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya tez çalışmam boyunca gösterdiği sonsuz destek, hoşgörü ve sabır için teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Rahim Kucur'a, Sayın Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, Sayın Prof. Dr. Ali Savaş Çilli'ye, Doç. Dr. Faruk Uğuz'a ,uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Desteğini bir an bile eksik etmeyen sevgili eşime ayrıca teşekkür ederim.

**Dr. Erdinç ÇİÇEK**

**KONYA 2011**

## 8-KAYNAKLAR

- 1- Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E (ed.); 2007: 660 – 71
- 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- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, et al. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 2001;16:239-245.
- 4- Stein DJ, Roberts M, Hollander E, et al. Quality of life and pharmaco-economic 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- Hollander E. Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *Br J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 35):7–12.
- 7- 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.
- 8- 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
- 9- 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.
- 10- Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:440–442.
- 11- 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
- 12- 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.
- 13- 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
- 14- 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
- 15- Carter AS, Pollock RA, Suvak MK, Pauls DL. Anxiety and major depression comorbidity in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2004; 20:165-174
- 16- Işık E, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozuklukları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print, 2006:239-285
- 17- 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.
- 18- Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2007;125:347-358
- 19- Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (çev. ed.). Ankara: Güneş Kitapevi, 2003:351–65
- 20- Insel TR phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990: 51 (suppl2):4-8.
- 21- Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Güleç C, Köroğlu E. Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 343–52
- 22- Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Psikofarkoloji Bülteni* 1999;9: 142-7
- 23- Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın E O, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:133-44.

- 24- 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.
- 25- Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kültür S. Phenomenology of obsessions in Turkish series of OCD patients. *Psychopathology* 1997; 30: 106-110.
- 26- 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.
- 27- Foa EB, Kozak MJ. DSM IV-TR field trial: obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 90-96.
- 28- Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B (çev. ed.) Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B(çevirenler).Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993; 134-7
- 29- Saydam MB. Kişilik bozuklukları. Güleç C, Köroğlu E. Editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 493-501
- 30- Pine DS, McClure EB. Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri. Sadock BJ, Sadock VA(editörler). Aydın H, Bozkurt A (çev. ed.) *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Ankara. Sekizinci basım. Güneş Kitabevi. 2007: 1768-80.
- 31- 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
- 32- 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
- 33- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder.*J Clin Psychiatry* 1994 Mar; 55 Suppl: 5-10.
- 34- 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.
- 35- Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi( Uzmanlık Tezi). Manisa:Celal Bayar Üniversitesi,2005.
- 36- 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.
- 37- 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.
- 38- Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E. editör. *Anksiyete monografıları serisi III*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995: 101-42
- 39- Samuels J, Nestadt G: Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry* 1997;9(1):61-72.
- 40- Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 2004;350(3):259-65.
- 41- Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(2), 265-268.
- 42- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990 Feb; 51 Suppl:10-3
- 43-Rasmussen S.A, Eisen, J.L. Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity, and coexistence. The psychobiology of obsessive-compulsive disorder . *J Clin Psychiatry* 1991;13-43
- 44- Steketee G, Eisen JL, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999; 89: 229-238.
- 45- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. baskı. Ankara: Nobel Kitapevi,2002: 365-74.
- 46- Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1978;16, 233-248.
- 47- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35: 793-802.
- 48- Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1996;10: 379-391.

- 49- Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 1994; 62, 615–640.
- 50- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Kara H, Özer ÖA . Beyaz ayı supresyon envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15, 4, 282-290.
- 51- Rassin E, Muris P, Schmidt H, Merckelbach H. Relationships between thought action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38: 889-897.
- 52- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1997;35(7) 667-681.
- 53- Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are obsessive beliefs specific to OCD:A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 469–480.
- 54- Sungur MZ. V. Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi. Tükel R, Alkım T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara. *Türk Psikiyatri Derneği Yayınları* 2006: 363-82.
- 55- Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 512:76-79
- 56- Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15: 45-52
- 57- Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:1180-1182
- 58- Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 1991; 48:154-163
- 59- Rosenberg CM. Familial aspects of obsessional neurosis. *Br J Psychiatry* 1967; 113:405-413
- 60- McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151:528-534
- 61- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15 (4): 759-66.
- 62- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Apr; 57 (4) :358-63.
- 63- Carey G, Gottesman II. Twinn and family studies of anxiety, phobia and obsessive compulsive disorder, İn: Kzlein D, Rapkin J, *Anxiety: New Research and Changing Concepts* New York: Raven pres 1981; 117-136.
- 64- Jonnal AH, Gardner CO, Pressot CA, Kendler KS. Obsessive and Compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *Am J Med Genet* 2000; 96: 791-796.
- 65- Andrews G, Stewart G, Allen R, Henderson AS. The genetics of six neurotic disorders: a twin study. *J Affect Disorder* 1990;19:23-9.
- 66- Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: a population-based twin-family study. *Psychol Med* 2007; 37: 1635–44.
- 67- Grados MA, Walkup J, Walford S. Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain Dev* 2003 Dec; 25 Suppl 1: 55-61
- 68- Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Boehnke M, Himle JA, Curtis GC et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 2002; 114:541-552
- 69- McMahon FJ, Kasem L *Anksiyete bozuklukları: genetik*. Sadock BJ, Sadock A(editörler). Aydın H, Bozkurt A (çev. ed.) *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Ankara. Sekizinci basım. Güneş Kitabevi 2007: 1759-62.
- 70- Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1088-92.
- 71- Flament MF, Rapoport JL, Murphy DL, Berg CJ, Lake CR. Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (3): 219-25
- 72- Westenberg HGM, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums* 2007;12:2(Suppl 3):14-27.

- 73- Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ. Clomipramin treatment of childhood compulsive disorder: a double blind controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42: 977-983.
- 74- Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP. Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 29-36.
- 75- Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* May 1998 ;43(9):623-40.
- 76- Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S, et al. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30: 245-9.
- 77- Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 46-55
- 78- Murphy D, Zohar J, Pato M. Obsessive-compulsive disorder as a 5-HT subsystem behavioral disorder. *Br J Psychiatry* 1989; 155(Suppl):15-24.
- 79- Greist J, Chouinard G, DuBoff E, Halaris A, Kim SW, Koran L. Double-blind paralel comparsion of three doses of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 289-295.
- 80- El Mansari M, Blier P. Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; May; 30 (3): 362-73.
- 81- Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl. 14): 18-21
- 82- Bastani B, Nash JF, Meltzer HY. Prolactin and cortisol responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 833-9.
- 83- Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine1A receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 540-7.
- 84- Stern L, Zohar J, Cohen R, Sasson Y. Treatment of severe, drug resistant obsessive compulsive disorder with the 5-HT1D agonist sumatriptan. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998;8:325-8.
- 85- Stahl SM. Temel Psikofarmaokoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Taneli B, Taneli Y (çev. ed.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2003: 335-45.
- 86- Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. The role of serotonin and dopamine in the pathophysiology of obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 7 Suppl 1:35-8.
- 87- Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug Alcohol Depend* 1994; 35: 25-30.
- 88- Berridge KC, Aldridge JW, Houchard KR. Sequential super-stereotypy of an instinctive fixed action pattern in hiper-dopaminergic mutant mica: a model of compulsive disorder and Tourette's. *British Medical Biolgy* 2005; 14(3): 4.
- 89- Stein DJ: Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorder. *Biol.Psychiatry* 2000; 47(8): 296-304.
- 90- 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.
- 91- Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry* 2000;48(12):1210-22.
- 92- Andreasen NC Brain imaging: applications in psychiatry. *Science* 1988; 239:1381-1388.
- 93- Behar D, Rapoport JL, Berg CJ. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141:363-69
- 94- Scarone S, Colombo C, Livian S. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research* 1992; 45: 15-21
- 95- Insel TR, Donnelly EF, Lalakea ML. Neurobiological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 1983; 18: 741-51
- 96- Kellner CH, Jolley RR, Holgate RC. Brain MRI in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 1991; 36: 45-9



- 97- Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Ozler S, Kara B, Ozler Z ve ark. Hippocampus and amygdalar volumes in patients with refractory obsessive– compulsive disorder, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2008; 32: 1283–1286.
- 98- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Tignol J, Bioulac B, Allard M et al. Meta-Analysis of Brain Volume Changes in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol. Psychiatry* 2009; 65: 75–83.
- 99- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Cuny E, Tignol J, Bioulac B, et al. Provocation of obsessive–compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33: 405–12.
- 100- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS. Caudat cerebral glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681–9
- 101- Alptekin K, Değirmenci B, Kıvırcık B, Durak H, Yemez B, Derebek E, Tunca Z Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. *Psychiatry Res* 2001;1,107: 51–56.
- 102- Rubin RT, Villanueva-Meyer J, Ananth J. Regional 133 Xe cerebral blood flow and cerebral 99m-HMPO uptake in unmedicated obsessive-compulsive disorder patients and matched normal control subjects: Determination by high-resolution single-photon emission computed tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 695–702.
- 103- Ebert D, Speck O, Konig A. H-magnetic resonance spectroscopy in obsessive-compulsive disorder: evidence for neuronal loss in the cingulate gyrus and the right striatum. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 1997; 74: 173–6
- 104- Bronze MS, Dale JB. Epitopes of streptococcal M proteins that evoke antibodies that cross-react with human brain. *J Immunol* 1993; 151: 2820-2828.
- 105- Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB ve ark. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *Am J Psychiatry* 1997; 154:110-112.
- 106- Khanna AK. Presence of a non-HLA B cell antigen in rheumatic fever patients and their families as defined by a monoclonal antibody. *J Clin Invest* 1989; 83: 1710–16
- 107- Murphy TK, Goodman WK, Fudge MW ve ark. B lymphocyte antigen d8/17: a peripheral marker for childhood-onset obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry* 1997;154:402–7.
- 108- Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large sample. *J Abnorm Psychol* 2001; 110: 585-99.
- 109- Denys D, Tenney N, VanMegan JGM, DeGeus F, Westernberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 155-62.
- 110- Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl 10): 15-27
- 111- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(suppl 4): 4–10.
- 112- Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 62–67.
- 113- Hecht H, Von Zerksen D, Krieg C, Possel J, Wittchen HU. Anxiety and depression: comorbidity, psychopathology and social functioning. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 420-3
- 114- Clark DA. *Cognitive–Behavioral Therapy for Obsessive–Compulsive Disorder*. London: Guilford Pres, 2004
- 115- Albina T, Martin J, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Traolach S. Et al. Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006;163:1978-1985, November
- 116- Tamam L, Saygılı M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:69-80)
- 117- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 373 – 9.

- 118- Bartz J, Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog Neuropsychopharm Biol Psychiatry* 2006; 30: 338 – 352
- 119- Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety* 1996;4(3):111-9.
- 120- Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65,1:22–7.
- 121- Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara Günes Kitapevi 2003 : 467-484.*
- 122- Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disord* 1996; 10: 37-46.
- 123- Bejerot S, Ekselius L, von Knorring L Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr* 1998; 97: 398-402
- 124- Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’ de Psikiyatri* 2006; 8: 1-5.
- 125- Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph L Standardized assessment of personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 826-30
- 126- Samuels J, Nestadt G, Bienvenu J, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA. Personality disorder and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-62.
- 127- Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 325-32.
- 128- Stein DJ, Roberts M, Hollander E, et al. Quality of life and pharmaco-economic aspects of obsessive-compulsive disorder. *S Afr Med J* 1996; 36:1579–1585.
- 129- Van Noppen BL, Rasmussen SA, Eisen J, McCarthey L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In: Jenike M, Baer L, Minichiello WE, editors. *Obsessive-compulsive disorder: theory and treatment*. Chicago: Yearbook Medical; 1990. pp. 325–340.
- 130- Cooper M. Report on the findings of study of OCD family members. *OCD Newsletter* 1994; 8:1–2.
- 131- Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:296–304.
- 132- Gülseren L.Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13/2, 143-151.
- 133- Özütek SZ. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşiminin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*. 2002 İstanbul.
- 134- 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.
- 135- Jacqueline MA. Denise. *Families coping with schizophrenia*. Chichester. England, John Wiley and Sons.1995.
- 136- Lefley HP. Family burden and family stigma in major mental illness. *Compr Psychiatry* 1989;44(3):556-560
- 137- 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.
- 138- 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.
- 139- Laidlaw TM, Fallon IRH, Barnfather D, Coverdale JH. The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Comm Ment Health J* 1999;35:443–449.
- 140- Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan S, Goodman W, McDougale C, Price L. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:441–443.
- 141- Schene HA. Objective and subjective dimensions of family burden. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1990 ;25:289-297



- 142- Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Dis* 2006;94:199–209
- 143- 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.
- 144- 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.
- 145- 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.
- 146- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag,1994: 41-57
- 147- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, 2005;20(1):55-62.
- 148- Chung MC, Killingworth A, Nolan P. A critical of the concept of quality of life. *Int J Health Care Qual Asur*. 1997;10(2):80-84.
- 149- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*, 1992; 305:1074-1077.
- 150- Moons P, Budts W, Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:891-901.
- 151- Mandzuk L, McMillan D. A concept analysis of quality of life. *Journal of Oryhopaedic Nursing*, 2005;9:12-18.
- 152- Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(4):336-342.
- 153- Beşiroğlu L, Uguz U, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R, Aydın A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisi *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19(1):38-45k
- 154- Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions and depression comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003;48:72-7.
- 155- Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, SteinDJ. Quality of life in anxiety disorders: A comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder and panic disorder. *Psychopathology* 2003;36:255-62.
- 156- Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can Journal Psychiatry*. 1997;42:919-28
- 157- Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, MaindmentK, et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive compulsive and schizophrenic disorders. *Depression Anxiety* 2001;14:214-8.
- 158- Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singiseti S, Hiremath AS, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1517-23
- 159- Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL: Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive and Behaviour Therapy*. 2005; 34:164–175.
- 160- Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nerv Mental Disorder*. 1999;187:636 - 42.
- 161- Shafran R, Ralph J, Tallis F. Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bull Menninger Clin*. 1995;59:472 - 9.
- 162- Emmelkamp PMG, de Haan E, Hoogduin CAL. Marital adjustment, and obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1990; 156:55-60.
- 163- Magliano L, Tosini P, Guarneri M. Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Eur Psychiatry* 1996; 11:192-197.
- 164- 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

- 165- Nestadt G, Samuels J, Riddle M.A, Liang KY, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R, Grados M, Cullen B. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family study. *Psychological Medicine* 2001;31:481-487
- 166- 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
- 167- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme. Çorapçıoğlu A (çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999
- 168- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.
- 169- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-36.
- 170- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington D.C: American Psychiatric Press, 1990.
- 171- Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, Örnek I, Aydın C, Aktener E. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, Türkçe Versiyonu. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
- 172- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:1006-11.
- 173- Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa: 1993: 86.
- 174- World Health Organisation WHO Disability Assessment Schedule-II (WHO-DAS-II), 1999.
- 175- Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A ve ark: Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2001; 12:121-130.
- 176- Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-55.
- 177- İnci HF. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği (Yüksek lisans tezi). Denizli, 2006
- 178- The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med*. 1998; 46:1569-1585.
- 179- Eser YS, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Brief. *3P Dergisi* 1999;7(Ek.2):5-13.
- 180- Beşiroğlu L, Uğuz F, Yılmaz E, Ağargün MY , Aşkın R, Aydın A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Psikiyatri dergisi*, 2008; 19(1):38-45
- 181- Belek İ. Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler, Antalya' da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10:163-72.
- 182- Boolton W, Oatley K. A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychol Med*. 1987;17:453-60.
- 183- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası. 1995.
- 184- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R ve ark. Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*.1996;153: 783-788.
- 185- Simonds LM, Elliot S. OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, helpseeking, and access to treatment. *Br J Med Psychol*.2001; 74: 431-449.
- 186- Karalı NT, Tükel R, Karayeli D, Kayır A, Keser V, Çalm B İçgörüsü Tam ve İçgörüsü Az Olan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Klinik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(1):9-15.
- 187- Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesbir S, Tolunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri dergisi* 2009;20(3), 205-212
- 188- Angermeyer MC, Kilian R, Wilms HU, Wittmund B. Quality of Life of Spouses of Mentally Ill People. *International Journal of Social Psychiatry*. May 2006; vol. 52 no. 3 ,278-285

## 9-EKLER

### EK 1: KATILIMCI BİLGİ FORMU

#### Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Yaş : .....

Dosya No : .....

Cinsiyet : 1- Kadın 2-Erkek

Medeni Durum : 1. Evli 2. Dul

Mesleği : 1.Çalışıyor 2. Çalışmıyor

Eğitim : 1. İlköğretim 2. Ortaöğretim 3. Üniversite

Eğitim süresi :

Evdeki kişi sayısı:

OKB başlangıç yaşı

OKB süre :

Belirtilerin başlaması ile tedavi arasında geçen süre:

Tedavi süresi :

İlaç kullanma durumu: 1- kullanmıyor 2- kullanıyor

Kullandığı ilaçlar : 1- SSRI 2- TCA 3- AP 4- Diğer

Hastaneye yatış : 0- yok 1- var

Hastaneye yatış sayısı:

Alkol madde kullanımı: 0- yok 1- var

Sigara : 0- yok 1- var

#### OKB Semptom profili

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1- Kirlilik bulaş obsesyonu           | 2-Şüphe obsesyonu                   |
| 3-Simetri düzen obsesyonu             | 4- Dini obsesyon                    |
| 5-Cinsel obsesyon                     | 6-Diğer                             |
| 7-Yıkama temizleme kompulsiyonu       | 8-Kontrol kompulsiyonu              |
| 9-Sayma kompulsiyonu                  | 10- sıralama düzenleme kompulsiyonu |
| 11- tekrarlayıcı törensel davranışlar | 12- Biriktirme                      |
| 13- Diğer Kompulsiyonlar              |                                     |

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar 0-yok 1- var

- |                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 1-Depresyon                  | 2-Panik bozukluğu |
| 3-Yaygın anksiyete bozukluğu | 4-Sosyal fobi     |
| 5-Özgül fobi                 | 6-PTSB            |

**Eşlik eden kişilik bozukluğu:** 0-yok 1- var

1- Çekingen KB

2- Bağımlı KB

3- OKKB

4-Pasif agresif KB

5-Paranoid KB

6-Şizoid KB

7- Şizotipal KB

8-Histiyonik KB

9-Narsist KB

10- Borderline KB

11- Antisosyal KB

## **EK 2: YAKIN BİLGİ FORMU**

**Yaş** :.....

**Cinsiyet** : 1- Kadın 2-Erkek

**Medeni Durum** : 1. Evli 2. Dul

**Mesleği** : 1.Çalışıyor 2. Çalışmıyor

**Eğitim** : 1. İlköğretim 2. Ortaöğretim 3. Üniversite

**Eğitim süresi** :

**Evdeki kişi sayısı:**

**Hasta ile yakınlık derecesi:** 1- Anne 2- Baba 3- Eş 4- Kardeş 5- Çocuk

**Sistemik hastalık** : 0- yok 1- var

**Psikiyatrik rahatsızlık** : 0- yok 1- var

1-Depresyon

2-Panik bozukluğu

3-Yaygın anksiyete bozukluğu

4-Sosyal fobi

5-Özgül fobi

6-PTSB

7- OKB

8- Psikoz- BPB

**Hastaneye yatış sayısı:**

**Alkol madde kullanımı:** 0- yok 1- var

**Sigara** : 0- yok 1- var

### **EK 3. YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (YBOKÖ)**

#### **1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN**

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

#### **2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ**

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır, işgöremez durum

#### **3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ**

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede,
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır

#### **4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME**

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

#### **5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ**

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

**OBSESYON ALT PUANI: .....**

#### **6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE**

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

#### **7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ**

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede

- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır, işgöremez durum

#### **8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ**

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede,
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır

#### **9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME**

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

#### **10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ**

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

**KOMPULSİYON ALT PUANI: .....**

**TOPLAM: .....**

## EK 4:YETİ YİTİMİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (WHO DAS II)

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç
yapamıyorum					
<b>D1.1</b> <u>On dakika süreyle bir işe</u>					
<u>dikkatini verebilme</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.2</b> Yapılması gereken önemli					
<u>şeyleri akılda tutma</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.3</b> Günlük yaşamda ortaya çıkan					
<u>sorunların nedenlerini anlama</u>					
<u>ve çözümler bulma</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.4</b> <u>Yeni işler öğrenme</u>					
( yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
<b>D1.5</b> İnsanların söylediklerini					
genel olarak <u>anlama</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.6</b> <u>Bir sohbeti başlatabilme veya</u>					
<u>sürdürebilme</u>	1	2	3	4	5

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
<b>D2.1</b> <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.2</b> <u>Otururken ayağa kalkma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.3</b> <u>Evin içinde dolaşma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.4</b> <u>Eviden dışarı çıkma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.5</b> <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u>	1	2	3	4	5

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı / hiç yapamıyorum
<b>D3.1</b> <u>Banyo yapma</u>	1	2	3	4	5
<b>D3.2</b> <u>Giyinme</u>	1	2	3	4	5
<b>D3.3</b> <u>Beslenme</u>	1	2	3	4	5
<b>D3.4</b> <u>Birkaç gün yalnız kalma</u>	1	2	3	4	5



Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
<b>D4.1</b> <u>Tanımadığınız insanlarla</u>					
<u>ilişki kurma</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.2</b> <u>Bir arkadaşlığı sürdürme</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.3</b> <u>Yakın olduğunuz insanlarla</u>					
<u>ilişki kurma</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.4</b> <u>Yeni arkadaşlar edinme</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.5</b> <u>Cinsel ilişki</u>	1	2	3	4	5

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
<b>D5.2</b> <u>Evle ilgili sorumlulukları</u>					
yerine getirme	1	2	3	4	5
<b>D5.3</b> <u>Evdeki önemli görevlerinizi</u>					
<u>iyi bir şekilde yapma</u>	1	2	3	4	5
<b>D5.4</b> <u>Yapılması gereken tüm</u>					
<u>ev işlerini bitirme</u>	1	2	3	4	5
<b>D5.5</b> <u>Ev işlerini yeterince hızlı</u>					
yapma	1	2	3	4	5

**D5.6** Son 30 gün içinde sağlık durumunuz nedeniyle ev işlerini yeterince yapmadığınız veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu? *Gün sayısını kaydedin* \_\_\_/\_\_\_

**EĞER KUTU İŞARETLENMİŞSE (DENEK ÇALIŞIYORSA**

**VEYA ÖĞRENCİYSE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKİ** □

**SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN**

Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.

**D5.7** Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? *SAAT OLARAK KAYDEDİN* \_\_\_/\_\_\_

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç      biraz      orta derecede      çok fazla      aşırı/ hiç  
yapamıyorum

**D5.8** Her gün yapmak zorunda      1      2      3      4      5  
olduğunuz işleri yürütme

**D5.9** İşteki önemli görevlerini iyi  
bir şekilde yerine getirme      1      2      3      4      5

**D5.10** Yapılması gereken tüm  
işleri bitirme      1      2      3      4      5

**D5.11** İşleri zamanında bitirme      1      2      3      4      5

Son 30 gün içinde:

hiç hafif orta derecede çok fazla aşırı/ hiç  
yapamıyorum

**D6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar**

katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler,

dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla 1 2 3 4 5  
karşılaştınız?

**D6.2 Çevrenizden kaynaklanan engeller**

yüzünden ne kadar sorunla 1 2 3 4 5  
karşılaştınız?

**D6.3 Diğer insanların davranış ve**

tutumları karşısında kendinize

saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte 1 2 3 4 5  
ne kadar sorunla karşılaştınız?

**D6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı**

sonuçlara ne kadar zaman harcadınız? 1 2 3 4 5

**D6.5 Sağlık durumunuz yüzünden duygusal**

olarak ne kadar etkilendiniz? 1 2 3 4 5

**D6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar**

sizin ve ailenizin ekonomik durumunu

ne kadar etkiledi? 1 2 3 4 5

Son 30 gün içinde:

**D6.7** Sağlık durumunuz yüzünden aileniz

ne kadar sorunla karşılaştı? 1 2 3 4 5

**D6.8** Dinlenmek veya eğlenmek

amacıyla kendi başınıza

birşeyler yapmakta ne kadar 1 2 3 4 5

güçlük çekiyorsunuz?

## EK5: ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, nerdeyse her zaman şeklinde. Yanlış yada doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Nerdeyse her zaman
1- Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınıza bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşündür müsünüz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
10- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11- Yakınınız yüzünden istediğimiz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşündür müsünüz?	1	2	3	4	5
12- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşündür müsünüz?	1	2	3	4	5
15- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paramız olmadığını düşündür müsünüz?	1	2	3	4	5
16- Yakınınıza artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
17- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19- Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
20- Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşündür müsünüz?	1	2	3	4	5
21- Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabiliyordim diye düşündür müsünüz?	1	2	3	4	5
22- Tümüyle değerlendirdiğimizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

## 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 (etrafa dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?