T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA BAKIM VERME DENEYİMİ: PSİKOLOJİK YÜK, AİLE UYUMU VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞININ PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Betül TAŞKOLU

Danışman
Prof. Dr. Orçun YORULMAZ

İZMİR – 2024

TEZ ONAY SAYFASI

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif-Kompülsif Bozuklukta Bakım Verme Deneyimi: Psikolojik Yük, Aile Uyumu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06/03/2024

Betül TAŞKOLU

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Obsesif-Kompülsif Bozuklukta Bakım Verme Deneyimi: Psikolojik Yük, Aile Uyumu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Betül TAŞKOLU

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Bakım verme, özel bir dikkat gerektiren herhangi bir duruma sahip olan bir yakına yardım etmeyi ve destek olmayı içeren aktiviteler ve deneyim olarak tanımlanmakta ve bakım verenler açısından pek çok etkiye neden olmaktadır. Alanyazındaki çalışmalar çoğunlukla fiziksel rahatsızlıklar bağlamındaki bakım vermeye odaklansa da, ruh sağlığı sorunlarından muzdarip insanlara bakım verme konusuna da artan bir ilgi bulunmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, bakım verme deneyimine ilişkin bilimsel açıklama ve bulgular doğrultusunda Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) bağlamında bakım verme deneyiminin ve ilişkili bazı değişkenlerin incelenmesidir. Çalışmada incelenen değişkenler OKB belirtilerinin şiddeti, yakınların göstermiş olduğu aile uyumu davranışları, psikolojik yük, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu değişkenleridir. Araştırmaya 18-50 yaş aralığında OKB tanısı olan 58 kişi (40'ı kadın) ile bu kişilerin 18-50 yaş aralığında olan 58 yakını (37'si kadın) katılmıştır. OKB tanısı olan katılımcılara Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği – Hasta Formu; bu katılımcıların yakınlarına ise Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği – Özbildirim Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın hipotezlerini değerlendirmek amacıyla betimsel analizler, korelasyon ve regresyon analizleri ile düzenleyici değişken analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular, yakınların yaşam doyumu düzeylerinin bozukluğun belirtilerinin şiddeti, psikolojik yük, aile uyumu davranışları ve ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca yakınların yaşam doyumunu yordayan faktörlerin bozukluğa ilişkin olarak deneyimledikleri yük, aile uyumu ve ruh sağlığı okuryazarlıkları olduğu görülmüştür. Yakınların bozukluğun belirtilerine yönelik gösterdiği uyum davranışlarını yordayan değişkenler ise bozukluğun bulaşma/kirlenme belirtilerinin şiddeti, yakınların yük düzeyi ve ruh sağlığı okuryazarlığıdır. Son olarak, ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile aile uyumu ilişkisinde düzenleyici bir rol oynadığı; ruh sağlığı okuryazarlığı yükseldikçe yükün aile uyumunu olumsuz anlamda etkilediği görülmüştür. Çalışma kapsamında bakım verme davranışına ilişkin hasta ve yakınlarından elde edilen sonuçlar, bakım vermeye ilişkin bilimsel bulgular ve ilgili alanyazın çerçevesinde OKB bağlamında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım verme, OKB, Aile Uyumu, Psikolojik Yük, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Psikolojik İyi Oluş.

ABSTRACT

Master's Thesis

Caregiving Experience in Obsessive-Compulsive Disorder: Examination of Psychological Burden, Family Accommodation and Mental Health Literacy on Psychological Well-Being

Betül TAŞKOLU

Dokuz Eylul University

Graduate School of Social Science

Department of Psychology

Clinical Psychology Program

Caregiving is defined as the activities and experiences that involve helping and supporting a relative with a condition that requires special attention and has many implications for caregivers. Although most studies in the literature focus on caregiving in the context of physical conditions, there is a growing interest in caregiving for people suffering from mental health problems. The main purpose of this study is to examine the caregiving experience and some related variables in the context of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in line with scientific explanations and findings on the caregiving experience. The variables examined in the study are the severity of OCD symptoms, family accommodation behaviors shown by relatives, psychological burden, mental health literacy and life satisfaction. Fifty-eight people between the ages of 18-50 (40 of whom were women) with OCD and 58 relatives of these people between the ages of 18-50 (37 of whom were women) participated in the study. The participants diagnosed with OCD were administered the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale - Extended Turkish Form and the Family Accommodation Scale in Obsessive-Compulsive Disorder - Patient Version; the relatives of these participants were administered the Burden Assessment Scale, the Family Accommodation Scale in Obsessive-Compulsive Disorder - Self-Rated Version, the Mental Health Literacy Scale and the Satisfaction with Life Scale. Descriptive analyses, correlation and regression analyses, and moderator variable analyses were conducted to evaluate the

hypotheses of the study. The findings demonstrated that relatives' life satisfaction levels were associated with the severity of symptoms of the disorder, psychological burden, family accommodation behaviors and mental health literacy. In addition, the factors predicting the life satisfaction of the relatives were the burden they experienced regarding the disorder, family accommodation and mental health literacy. The variables predicting the accommodation behaviors of the relatives towards the symptoms of the disorder were the severity of the contamination symptoms of the disorder, the burden level of the relatives and mental health literacy. Finally, it was observed that mental health literacy played a moderator role in the relationship between psychological burden and family accommodation; as mental health literacy increased, burden negatively affected family accommodation. Within the scope of the study, the results obtained from patients and their relatives regarding caregiving behavior were discussed in the context of OCD within the framework of scientific findings on caregiving and related literature.

Keywords: Caregiving, OCD, Family Accommodation, Psychological Burden, Mental Health Literacy, Psychological Well-Being.

OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA BAKIM VERME DENEYİMİ: PSİKOLOJİK YÜK, AİLE UYUMU VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞININ PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLOLAR LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
EKLER LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA (OKB) BAKIM VERME DENEYİMİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	
1.1. OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUK (OKB)	4
1.1.1. Tanısal Özellikler	4
1.1.2. Epidemiyoloji	7
1.1.3. Gidişat ve Tedavi	10
1.2. BAKIM VERME DENEYİMİ	14
1.2.1. Bakım Vermeye Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar	19
1.3. PSİKOLOJİK YÜK	33
1.4. AİLE UYUMU	38

1.5. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI 43
1.6. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE AMACI 51

İKİNCİ BÖLÜM
YÖNTEM VE BULGULAR

2.1. YÖNTEM 55
2.1.1. Örneklem 55
2.1.2. Veri Toplama Araçları 60
2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu (DBF) 61
2.1.2.2. Boyutsal Obsesif-Kompülsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form 61
2.1.2.3. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği 64
2.1.2.4. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği 66
2.1.2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği 67
2.1.2.6. Yaşam Doyumu Ölçeği 68
2.1.3. İşlem 69
2.2. BULGULAR 70
2.2.1. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Değerlendirmeler 71
2.2.2. Ölçüm Araçlarına İlişkin Güvenirlik Analizleri Bulguları 72
2.2.3. Bakım Vermeye Dair Özelliklere İlişkin Analizlerin Bulguları 73
2.2.4. Grup Farkları Analizlerine İlişkin Bulgular 79
2.2.5. Çalışmanın Ana Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkilerin İncelenmesi 82
2.2.6. Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları 89
2.2.7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Analiz Bulguları 93

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

3.1. BAKIM VERME İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ 98

3.2.YAŞAM DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ 102

3.3. AİLE UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ 105

3.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ 111

SONUÇ 114

KAYNAKÇA 117

EKLER

KISALTMALAR

AUÖ-HF	Aile Uyum Ölçeği – Hasta Formu
AUÖ-ÖF	Aile Uyum Ölçeği – Özbildirim Formu
BOKÖ-GTF	Boyutsal Obsesif-Kompülsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form
HYDÖ	Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
RSOY Ölçeği	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
YDÖ	Yaşam Doyumu Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Dağılımı s. 58

Tablo 2: Ölçüm Araçlarına Ait Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve Minimum-Maksimum Değerleri s.71

Tablo 3: Tüm Ölçekler İçin Güvenirlik Analizi Bulguları s.72

Tablo 4: Bakım Vermeye Dair Özelliklere İlişkin Bulgular s.74

Tablo 5: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı s. 75

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı s. 76

Tablo 7: OKB Tanısı Olan Katılımcıların ve Yakınların Bildirdiği Uyum Davranışlarının Sıklığının Dağılımı s. 78

Tablo 8: Yakınların Cinsiyetlerine İlişkin Grup Farkı Analizi Bulguları s. 79

Tablo 9: Yakınların Aile Uyumu Düzeylerine Göre Grup Farkı Analizi Bulguları s.80

Tablo 10: Değişkenlere İlişkin Analizi Bulguları s.87

Tablo 11: Yakınların Yaşam Doyumlarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları s.89

Tablo 12: Aile Uyumu Düzeylerine İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları s. 91

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Stresle Başa Çıkma Modeli s. 6

Şekil 2: Stres Süreci Modeli s. 13

Şekil 3: Çalışmanın Örneklemine Ulaşılmasına İlişkin Süreç s. 36

Şekil 4: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Modeller s. 94

Şekil 5: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Psikolojik Yük İle Aile Uyumu Arasındaki İlişkide Düzenleyici Rolü s. 96

EKLER LİSTESİ

EK 1: Demografik Bilgi Formu (1) ek s.1

EK 2: Demografik Bilgi Formu (2) ek s.3

EK 3: Boyutsal Obsesif-Kompülsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form (BOKÖ-GTF) ek s.5

EK 4: Aile Uyum Ölçeği – Hasta Formu (AUÖ-HF) ek s.17

EK 5: Aile Uyum Ölçeği – Özbildirim Formu (AUÖ-ÖF) ek s.22

EK 6: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) ek s.27

EK 7: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY Ölçeği) ek s.30

EK 8: Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) ek s.33

GİRİŞ

Kronik rahatsızlıklar, sadece kişinin kendisini değil, aynı zamanda onlara bakım sağlayan aile üyelerinin de yaşamını etkilemektedir (Lim ve Zebrack, 2004: 1). Aile üyelerinin kronik bir rahatsızlığı veya engeli bulunan bireylerin bakımı konusunda birincil sorumluluğu üstlendikleri (Brody, 1985: 19; Moroney, 1983: 188; Shanas, 1979: 170) ve herhangi bir yakına bakım vermenin yaygın olarak deneyimlendiği bilinmektedir (Shahly ve diğerleri, 2013: 865; Smith ve diğerleri, 2014: 198). Değer verilen bir ilişkide yaşanan dramatik ve istemsiz bir değişimin kendisi bile başlı başına bir stres kaynağı olabilmektedir (Pearlin, 1983: 23). Kronik bir rahatsızlığı bulunan yakınlarına bakım veren kişilerin bakım vermeyenlere kıyasla önemli düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri ile psikotik ve obsesif-kompulsif belirtiler gösterdikleri bulunmuştur (Anthony-Bergstone, Zarit ve Gatz, 1998: 245). Benzer şekilde, farklı araştırmalarda da bakım verenlerin daha şiddetli düzeyde psikolojik sıkıntı belirtilerine sahip olduğu görülmüştür (Dumont ve diğerleri, 2006: 912; Mitsonis ve diğerleri, 2012: 331; Pakenham, 2001: 13). Psikolojik sıkıntıların yanı sıra bakım verenlerin bakım vermeyen bireylere göre daha yaygın olarak fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları da dikkat çekmektedir. Bakım verenlerin daha fazla ağrı ve aktivitelerinde kısıtlanma yaşadıkları (Goren ve diğerleri, 2016: 1) ve daha sıklıkla sağlık hizmetlerine başvurdukları (Son ve diğerleri, 2007: 871) bildirilmiştir. Prospektif bir çalışmada ise bakım veren yaşlı bireylerin bakım vermeyenlere kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm oranlarına sahip olduğu görülmüştür (Schulz ve Beach, 1999: 2215). Bunlarla birlikte, bakım verenlerin yaşam kalitelerinde daha fazla bozulma deneyimledikleri görülmektedir (Foldemo ve diğerleri, 2005: 135; Patti ve diğerleri, 2007: 415; Thomas ve diğerleri, 2006: 50).

Alanyazına bakıldığında ruh sağlığı bozuklukları bağlamında bakım verme ile ilgili çalışmaların fiziksel rahatsızlıklar bağlamındaki çalışmalara kıyasla daha az olduğu dikkat çekmektedir. Ancak, fiziksel rahatsızlıklar kadar ruh sağlığı sorunlarının da hem bireyin kendisi, hem de yakınları için olumsuz etkileri olmaktadır. Bu bağlamda bakım verenler, bakım verme ile ilgili görevleri yerine getirmekle birlikte, bozukluğun yakınları üzerindeki yıkıcı etkileriyle (Reinhard ve Horwitz, 1995: 741) ve semptomlar ile de başa çıkmak durumunda kalmaktadırlar (Reinhard ve diğerleri,

1994: 261). Ruh sağlığı sorunları olan bir bireye bakım verenler, fiziksel bir rahatsızlığı olan bireylere bakım verenlere göre daha fazla duygusal yük deneyimlemektedir (Settineri ve diğerleri, 2014: 36).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, 2008: 62) tarafından bireyler açısından en çok engel yaratan ve yük oluşturan ruh sağlığı bozukluklarından biri olarak belirtilen Obsesif-Kompülsif Bozukluk (OKB), bozukluğa sahip olan bireylerin yakınlarını da etkilemektedir. OKB, istenmeyen şekilde akla gelen ve belirgin bir düzeyde kaygı ve sıkıntıya neden olan düşünceler, dürtüler ve imgeler olarak tanımlanan obsesyonlar ile kişinin bir obsesyona tepki olarak veya katı bir şekilde uygulanması gereken kurallara göre gerçekleştirmek zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışları veya zihinsel eylemleri ifade eden kompulsiyonlar ile karakterize edilen bir bozukluktur (APA, 2013: 235). OKB'si olan bireylerin yakınları da sıklıkla ritüellere ve bozukluğa ilişkin davranışlara dahil olmaktadır (Calvocoressi ve diğerleri, 1995: 441; Shafran, Ralph ve Tallis, 1995: 472; Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 35). Ayrıca, OKB'nin etkileri ailenin yaşamında baskın hale gelebilmekte ve bozukluğa sahip olan kişinin yakınları arasında nasıl tepki verileceğine dair anlaşmazlıklara neden olabilmektedir (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 35). Bununla birlikte, OKB'si olan bireyler gibi yakınları da damgalama ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ve damgalamaya maruz kaldıklarını bildirmektedir (Mehra, Avasthi ve Grover, 2021: 125; Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 94). OKB'ye sahip olan bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesinin (Bobes ve diğerleri, 2001: 239; Eisen ve diğerleri, 2006: 270; Koran, Thienemann ve Rebecca, 1996: 783; Macy ve diğerleri, 2013: 21) yanında, bu bireylerin yakınlarının yaşam kalitelerinde de bozulmalar ortaya çıkmaktadır (Albert ve diğerleri, 2010: 208; Cherian ve diğerleri, 2014: 377; Grover ve Dutt, 2011: 416).

Alanyazın incelendiğinde, OKB bağlamında bakım verme deneyiminin incelendiği araştırmaların diğer ruh sağlığı rahatsızlıklarına kıyasla daha az sayıda olduğu görülmektedir. Ancak, araştırma bulguları, OKB'nin kişinin yakınları üzerindeki yükünün Şizofreniye kıyasla fazla olduğunu ya da neredeyse aynı düzeyde olduğunu göstermektedir (örn. Jayakumar, Jagadheesan ve Verma, 2002; Kalra ve diğerleri, 2009; Pandey ve diğerleri, 2020). Dolayısıyla OKB tanısı olan bireylerin bakımını sağlayan yakınlarının deneyimlerinin incelenmesi ve bu bireylere yönelik

destek ve müdahale uygulamalarının geliştirilmesi önemli olmaktadır. Bu çalışma kapsamında, bakım vermeye ilişkin kuramsal modeller çerçevesinde OKB tanısı olan kişilere bakım verenlerin deneyimlerinin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM
OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA (OKB) BAKIM VERME DENEYİMİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

1.1. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Bu bölümde, ilk olarak OKB'nin tanımı ve tanı kriterleri açıklanacaktır. Daha sonra, OKB'nin epidemiyolojisi hakkında bilgiler sunulacaktır. Son olarak, OKB'nin klinik gidişatı ve OKB'ye yönelik tedavi seçeneklerine yer verilecektir.

1.1.1. Tanısal Özellikler

Obsesif-Kompülsif Bozukluk (OKB), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer alan ve obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığı ile karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur. DSM-IV-TR'de (APA, 2000) "Kaygı Bozuklukları" içerisinde yer alırken, yapılan araştırmalardan elde edilen kanıtlar OKB ve benzer özellikler gösteren bozukluklara işaret ettiğinden (Abramowitz ve Jacoby, 2014: 224) DSM-5'te (APA, 2013) "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" kategorisi oluşturulmuştur ve DSM-5-TR'de (2022) de bu kategoride yer almaktadır.

"Obsesyon" sözcüğü Latince "kuşatılmak" anlamına gelen "obsidere" sözcüğünden türetilmiştir (Baxter, 2003: 452; Denys, 2011: 2; Fontaine, Mattei ve Robert, 2007: 621; Rachman ve de Silva, 2009: 3). Obsesyonlar, DSM-5-TR'de (APA, 2022: 265) istenmeyen şekilde ve zorla deneyimlenen tekrarlayıcı ve ısrarcı düşünce, dürtü veya imgeler olarak tanımlanmaktadır. Kişinin sevdiklerine zarar verdiğine ilişkin istenmeyen düşünceler veya imgeler, kapıları kilitlemediğine veya elektrikli cihazları kapatmadığına yönelik sürekli şüpheler, kirlendiğine dair istenmeyen düşünceler ve kişinin ahlakını ihlal eden veya cinsel tercihlerine aykırı olan tiksinti verici düşünceler gibi düşünceler obsesyonlara örnek olarak verilebilir (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2009: 491). Obsesyonlar, kişisel konularla ilgili olmalarına rağmen içerik olarak kişinin temel değerleri, idealleri ve inanç sistemiyle uyumsuzdur ve kişinin kendisinden bekleyebileceği düşünceler değildir, yani "ego-distonik" olarak

tanımlanırlar (Abramowitz, 2006: 11; Clark, 2004: 29). Örneğin, yeni bir annenin bebeğini boğduğuna veya dindar bir kişinin Tanrı'nın öldüğüne dair istenmeyen düşünceleri, ahlaki bakış açılarıyla doğrudan çelişmektedir (Abramowitz, 2006: 11). "Kompulsiyon" sözcüğü ise Latincede "zorlanmak, köşeye sıkıştırılmak" anlamlarına gelen "compellere" sözcüğünden türetilmiştir (Baxter, 2003: 452; Fontaine, Mattei ve Robert, 2007: 621; Denys, 2011: 2; Moreno ve Flores, 2012: 647). Kompulsiyonlar, DSM-5'e (APA, 2022: 265) göre kişinin bir obsesyona tepki olarak veya katı bir şekilde uygulanması gereken kurallara göre gerçekleştirmek zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışları veya zihinsel eylemleri ifade etmektedir. Klinik örneklem ile yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %94.4'ünün hem obsesyonlara hem de kompulsiyonlara sahip olduğu bildirilmiştir (Leonard ve Riemann, 2012: 213).

OKB'nin DSM-5-TR'de (APA, 2022: 265) yer alan ilk tanı kriteri obsesyonların, kompulsiyonların veya her ikisinin birden mevcut olmasıdır. Tekrarlayıcı ve ısrarcı düşünceler, imgeler veya dürtüler şeklinde ortaya çıkan obsesyonlar aynı zamanda rahatsız edicidir; istemli olarak deneyimlenmemekte ve çoğu kişide belirgin sıkıntı veya kaygıya neden olmaktadır. Kişi, tetikleyicilerden kaçınma veya düşünce bastırma gibi yöntemlerle bu obsesyonları yok saymaya veya bastırmaya ya da kompulsiyon sergileyerek başka bir düşünce veya eylemle onları etkisiz hale getirmeye çalışmaktadır. Kompulsiyonlar veya ritüeller ise kişinin bir obsesyona tepki olarak veya katı bir şekilde uygulanması gereken kurallara göre gerçekleştirmek zorunda hissettiği yıkama, kontrol etme gibi tekrarlayıcı davranışlar veya sayı sayma, sözcükleri sessizce tekrar etme gibi zihinsel eylemleri içermektedir. Kompulsiyonlar, tipik olarak bir obsesyona yanıt olarak meydana gelmektedir. Örneğin, kirlenmeye dair düşünceler yıkama ritüellerine veya bir şeylerin yanlış olduğu düşüncesi "tam olarak doğru" olduğunu hissedene kadar ritüellerin tekrar edilmesine yol açabilir. Kişilerin kompulsiyonları sergilenmesindeki amaç, obsesyonların neden olduğu sıkıntıyı azaltmak ya da hastalanmak gibi korkulan bir olayın önüne geçebilmektir. Ancak, kompulsiyonlar, sevilen birinin zarar görmesini engellemek için eşyaları simetrik şekilde düzenleme örneğinde olduğu gibi korkulan olayla gerçekçi bir şekilde bağlantılı olmamakta veya her gün saatlerce duş almak gibi net bir şekilde aşırı olmaktadır. Bazı kişilerin kaygı ve sıkıntıdan kurtulmasına neden olsa da kompulsiyonlar, keyif almak için yapılan aktiviteler değildir. DSM-5-TR'deki

(APA, 2022: 265) ikinci tanı kriteri ise, obsesyon ve kompulsiyonların zaman alıcı olması; örneğin, kişinin günde bir saatten fazla zaman harcaması ya da klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ya da diğer önemli alanlarda işlevselliğin bozulmasına neden olmasıdır. Bu tanı kriteri, OKB'yi, genel popülasyonda yaygın olan ve ara sıra meydana gelen düşüncelerden veya tekrarlayan davranışlardan ayırmaya yardımcı olmaktadır (APA, 2022: 265). Çünkü, obsesyonlar (Rachman ve De Silva, 1978: 247; Salkovskis ve Harrison, 1984: 551) ve kompulsiyonlar (Muris, Merckelbach ve Clavan, 1997: 251) neredeyse herkes tarafından deneyimlenmektedir. On üç farklı ülkede klinik olmayan örneklem ile yürütülen geniş kapsamlı daha güncel bir çalışmada, katılımcıların büyük bir bölümü (%93.6) son üç ay içerisinde en az bir kez istenmeyen, girici düşünce deneyimlediğini bildirmiştir (Radomsky ve diğerleri, 2014: 275). Dolayısıyla, OKB'yi yaygın olarak herkes tarafından deneyimlenen durumlardan ayırabilmek için bu tanı kriteri önemli olmaktadır. Obsesyonların ve kompulsiyonların sıklığı ve şiddeti, OKB'si olan bireyler arasında da farklılık göstermektedir. Örneğin, bazı kişiler günde birkaç saatini obsesyon ve kompulsiyonlar ile geçirirken, bazıları neredeyse sürekli olarak bunları deneyimleyebilmektedir (APA, 2022: 268). Diğer bir tanı kriteri ise obsesif-kompulsif belirtilerin bir madde, ilaç veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileriyle açıklanamamasıdır. Bozukluğun başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaması ise son tanı kriteridir (APA, 2022: 266).

Yukarıda açıklanan tanı kriterleri dışında, OKB'ye sahip olan bireyler bozuklukla ilişkili olarak bazı benzer durumları da yaşamaktadır. Bunlardan biri, obsesyonları ve kompulsiyonları tetikleyen durumlarla karşılaştıklarında bazı duygusal tepkileri deneyimlemeleridir. Örneğin, bozukluğa sahip olan birçok kişi, tekrarlayan panik atakları içerebilen belirgin bir kaygı yaşamakta; bazıları ise güçlü bir şekilde tiksinti duygusu hissetmektedir. Kompulsiyonları gerçekleştirirken de bazı kişiler, her şey "tam olarak doğru" görünene, hissedilene veya duyulana kadar rahatsız edici bir eksiklik veya huzursuzluk duygusu yaşamaktadır. Bunun yanı sıra, OKB'si olan bireylerin obsesyonları ve kompulsiyonları tetikleyen insanlardan, yerlerden, nesnelerden, durumlardan vb. kaçınması yaygın olarak görülmektedir. Örneğin, kirlenmeye yönelik endişeleri olan bireyler, korkulan ve kirli olarak gördükleri şeylere maruz kalma durumunu azaltmak için restoranlar, umumi tuvaletler gibi halka açık

yerlerden; zarar verme konusunda istenmeyen girici düşünceleri olan bireyler ise sosyal etkileşimlerden kaçınabilmektedir (APA, 2022: 268-269).

OKB'yi tanımlamak için kullanılan belirtiler heterojendir, yani pek çok farklı obsesyon ve kompulsiyonları içermektedir. Bu nedenle, OKB'den muzdarip olan iki kişi tamamen farklı ve birbiriyle örtüşmeyen belirti örüntülerine sahip olabilmektedir (Abramowitz ve diğerleri, 2010: 181; Fullana ve diğerleri, 2009: 329; Leckman, Bloch ve King, 2009: 21; Mataix-Cols, do Rosario-Campos ve Leckman, 2005: 228). Bu çeşitlilikle birlikte, obsesyon ve kompulsiyonların bazı temalarda ortaklaştığı görülmüş ve araştırmacılar tarafından belirtilere ilişkin yapısal analiz çalışmaları yapılmıştır (örn. Baer, 1994; Leckman ve diğerleri, 1997; Mataix-Cols ve diğerleri, 2005; Summerfeldt ve diğerleri, 1999). Abramowitz ve diğerleri (2010: 181), tutarlı olarak ortaya çıkan belirti boyutlarının şunlar olduğunu belirtmiştir: (1) kirlenme obsesyonları ve yıkama/temizleme kompulsiyonları, (2) zarar verme veya hata yapma sorumluluğuyla ilgili obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları, (3) düzen ve simetriyle ilişkili obsesyonlar ve sıralama/düzenleme kompulsiyonları ve (4) cinsellik, din ve şiddetle ilgili obsesyonlar ve zihinsel kompulsif ritüeller ve düşünce değiştirme gibi diğer örtük etkisizleştirme stratejileri. Bazı araştırmacılar cinsellikle ilişkili obsesyonları incelemiş, analizlerde ayrı bir faktör olarak ortaya çıktığını ve farklı biliş ve kişilik özellikleri ile bağlantılı olduğunu; dolayısıyla din ve şiddetle ilişkili olan boyuttan ayrı bir boyut olarak ele alınması gerektiğini öne sürmüşlerdir (Siev ve diğerleri, 2011: 174-176; Wetterneck ve diğerleri; 2015: 552).

Özetle; OKB istenmeyen, tekrarlayıcı ve ısrarcı düşünce, dürtü ve imgeler şeklinde açıklanan obsesyonlar ve bireylerin bunlara karşı yapmak zorunda hissettiği kompulsiyonlar ile seyreden bir bozukluktur. OKB'si olan bireylerin kaçınma davranışları gibi birçok benzer durumu yaşamasıyla birlikte, belirtilerin kişiden kişiye göre değişkenlik gösterdiği ve bu doğrultuda bozukluğun farklı belirti boyutlarıyla ele alındığı görülmektedir.

1.1.2. Epidemiyoloji

OKB'nin epidemiyolojisine bakıldığında; DSM-5-TR'de (APA, 2022: 267) 12 aylık prevalansının Amerika Birleşik Devletleri'nde %1.2, uluslararası olarak ise %1.1

ile %1.8 arasında olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, OKB'nin erkekler için çocuklukta daha yaygın olduğu, kadınların ise yetişkinlikte erkeklerden daha yüksek oranda OKB'ye sahip oldukları vurgulanmıştır. OKB, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization; WHO) tarafından da bireyler açısından en çok engel yaratan ve yük oluşturan ruh sağlığı bozukluklarından beşincisi olarak listelenmiştir (World Health Organization, 2008: 62). Alanyazına bakıldığında, OKB'nin epidemiyolojisinin incelendiği pek çok araştırma yürütülmüştür. Yaşam boyu prevalansın Amerika'da %1.9-3.3 arasında (Karno ve diğerleri, 1988: 1094; Ruscio ve diğerleri, 2010: 53); Kanada, Porto Riko, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda'da ise sırasıyla %2.3, %2.5, %2.1, %0.7, %1.9 ve %2.2 oranlarında olduğu görülmüştür (Weissman, 1998: 8). İngiltere'de de OKB'nin altı aylık prevalansının %0.7 ile %2.1, yaşam boyu prevalansının %0.3 ile %3.1 arasında değiştiği; ayrıca bir aylık prevalansının erkeklerde %1, kadınlarda %1.5 oranında olduğu ortaya konmuştur (Bebbington, 1998: 2-4). Ülkemizde de OKB'nin yaygınlığını inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Örneğin, bir çalışmada, OKB'nin 12 aylık prevalansının %3 olduğu bulunmuştur (Çilli ve diğerleri, 2004: 367). Başka bir çalışmada ise 65 yaş ve üzeri bireyler arasında OKB'nin nokta ve yaşam boyu prevalansının %3.2 olduğu görülmüştür (Kırmızıoğlu ve diğerleri, 2009: 1031). Üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir araştırmada OKB'nin nokta prevalansının %4.2 olduğu bulunurken (Yoldaşcan ve diğerleri, 2009: 3), lise son sınıf öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada ise %5.9 olduğu görülmüştür (Selvi ve diğerleri, 2010: 8). 15-49 yaş arasındaki kadınlarla yürütülen bir çalışmada da OKB'nin yaşam boyu prevalansı %3.2 olarak bulunmuştur (Şimşek ve diğerleri, 2008: 489).

Alanyazına bakıldığında, OKB'nin ne kadar yaygın olduğunun incelendiği epidemiyolojik araştırmaların yanı sıra bozukluğa ilişkin farklı belirti boyutlarının yaygınlığının da ne oranda olduğunu araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Genel popülasyon ile yürütülen bir çalışmada tüm boyutlar için yaşam boyu prevalansın %13 olduğu; zarar verme/kontrol boyutunun %7.8 oranıyla en yaygın olarak görüldüğü ve bunu somatik obsesyonlar (%4.6) ile simetri/düzen boyutunun (%3.1) takip ettiği bildirilmiştir (Fullana ve diğerleri, 2010: 293). Ülkemizde de OKB tanısı olan kişiler arasında en sık görülen obsesyonların kirlenme (%56.7) ve saldırganlık (%48.9) ile ilişkili olduğu; bunları sırasıyla somatik (%24.1), dini (%19.9), simetriyle ilişkili

(%18.4) ve cinsel (%15.6) obsesyonların takip ettiği ortaya konmuştur. Yıkama kompulsiyonları (%58.2), kontrol etme kompulsiyonları (%52.5) ve ritüellerin (%28.4) ise en sık görülen kompulsiyonlar olduğu görülmüştür (Karadağ ve diğerleri, 2006: 147-148).

Cinsiyetler arası farklılıklara bakıldığında; OKB'nin başlangıç yaşının erkeklerde kadınlara göre daha erken olduğu (Benatti ve diğerleri, 2022: 2; Bogetto ve diğerleri, 1999: 434; Castle, Deale ve Marks, 1995: 114; Lensi ve diğerleri, 1996: 102; Lochner ve diğerleri, 2004: 105; Tükel ve diğerleri, 2004: 365) ve erkeklerde tikle ilişkili bozuklukların eşlik etme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (APA, 2013: 240). Belirti boyutları açısından da cinsiyet farklılıkları bildirilmiştir. Örneğin, kadınların temizlik boyutundaki belirtilere sahip olma olasılığı, erkeklerin ise kabul edilemez düşünceler ve simetri boyutlarında belirtilere sahip olma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, kadınlara özgü bir durum olarak, gebelik veya sonrasındaki dönemde OKB'nin başlayabileceği ya da şiddetlenebileceği; bebekten kaçınmaya yol açan obsesyonlar gibi anne ile bebeğin arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyebilecek belirtilerin ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (APA, 2013: 240; Brandes, Soares ve Cohen, 2004: 99). Genel popülasyon ile yapılan bir çalışmada, kadınların kirlenme/temizlik ve somatik obsesyonlar boyutlarında belirtilere sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu (Fullana ve diğerleri, 2010: 295); OKB tanısı olan bireyler ile yapılan başka bir çalışmada ise kadınların kirlenme/temizlik boyutu belirtilerine, erkeklerin de cinsellik/din içerikli obsesyonlar boyutu belirtilerine daha yüksek düzeyde sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Labad ve diğerleri, 2008: 835). Türkiye'de yürütülen bir araştırmada ise kirlenme ile ilgili obsesyonları kadınların daha yüksek oranda, cinsellik ile ilişkili obsesyonları ise erkeklerin daha yüksek oranda deneyimlediği bildirilmiştir (Tükel ve diğerleri, 2004: 364-365). Başka bir çalışmada da benzer şekilde simetri ve cinsellikle ilişkili obsesyonlar ile kontrol kompulsiyonlarının ve ritüellerin erkeklerde; kirlenme ve bulaşma obsesyonları ile yıkama kompulsiyonlarının kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğü ortaya konmuştur (Karadağ ve diğerleri, 2006: 148).

Özet olarak, OKB'nin farklı toplumlarda benzer yaygınlık oranlarına sahip olduğu, ancak belirti boyutlarının yaygınlıklarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Cinsiyetler arası farklılıklara bakıldığında ise, başlangıç yaşının

erkeklerde daha erken olduğu ve kirlenme/temizlik boyutunun kadınlar arasında daha yaygın olarak görüldüğü, ayrıca kadınlara özgü bir durum olarak gebelikle ilişkili obsesyon ve kompulsiyonlar deneyimleyebildikleri dikkat çekmektedir.

1.1.3. Gidişat ve Tedavi

OKB'nin başlangıç yaşının ortalama olarak 19.5 olduğu ve erkeklerin yaklaşık %25'inde 10 yaşından önce ortaya çıktığı bildirilmiştir. 30'lu yaşlardan sonra ise OKB'nin başlangıcı nadir olarak görülmektedir (Ruscio ve diğerleri, 2010: 56). OKB'si olan çocuk ve ergenlerle yürütülen boylamsal çalışmalarda, katılımcıların yaklaşık olarak yarısı için OKB'nin daha sonraki yıllarda da devam ettiği bildirilmektedir (Leonard ve diğerleri, 1993: 429; Thomsen, 1995: Thomsen ve Mikkelsen, 1995: 1438; 112). OKB'nin erken ve geç yaşta başladığı kişilerle ilgili karşılaştırmaların yapıldığı araştırmalar da yürütülmüştür. Örneğin, bir çalışmanın sonuçları; OKB'si erken yaşta başlayan katılımcıların büyük bir bölümünün erkek olduğunu, daha fazla sayıda klinik açıdan önemli obsesyon ve kompulsiyonlar deneyimlediklerini ve daha fazla sıklıkta tekrarlayıcı ritüeller gösterdiklerini ortaya koymuştur (Fontenelle ve diğerleri, 2003: 127). Başka bir çalışmada ise, geç başlangıç yaşına kıyasla erken başlangıç yaşının daha yüksek düzeyde OKB belirti şiddeti, daha fazla tik benzeri kompulsiyonlar, daha yüksek duyusal deneyim sıklığı ve daha yüksek düzeyde eşlik eden tik bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmüştür (do Rosario-Campos ve diğerleri, 2001: 1901). OKB tanısı olan bireylerin çoğu bozukluğun başlangıcını tetikleyen faktörleri net bir şekilde tanımlamasa da, bazı bireyler için OKB'nin başlangıcında stresli veya travmatik olayların ve deneyimlerin rol oynayabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (de Silva ve Marks, 1999: 946; Frydman ve diğerleri, 2014: 68; Kolada, Bland ve Newman, 1994: 27; Lensi ve diğerleri, 1996: 104). OKB'ye ilişkin risk faktörleri ile ilgili yapılan araştırmalarda da doğum komplikasyonları, ebeveyn yaşı, hamilelik ve doğum sonrası dönem, enfeksiyon (Brander ve diğerleri, 2016: 59); sosyal izolasyon, fiziksel istismar ve olumsuz duygulanım (Grisham ve diğerleri, 2011: 2495); düşük sosyoekonomik durum (Moreso ve diğerleri, 2013: 118) gibi faktörlerin yaşamın ilerleyen dönemlerinde OKB için risk oluşturabileceği bildirilmektedir.

OKB, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization; WHO) tarafından bireyler açısından en çok engel yaratan ve yük oluşturan ruh sağlığı bozukluklarından beşincisi olarak listelenmiştir (World Health Organization, 2008: 62). OKB'nin bireylerin yaşam kalitelerindeki bozulmayla ilişkili olduğuna dair de pek çok kanıt bulunmaktadır (Eisen ve diğerleri, 2006: 273; Koran, 2000: 515; Macy ve diğerleri, 2013: 21; Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2006: 662). OKB'nin gidişatına bakıldığında; OKB'si olan kişiler ortalama olarak yaşamlarının 8.9 yılını bozuklukla birlikte geçirmektedir (Ruscio ve diğerleri, 2010: 60-61). Bununla birlikte, OKB'nin yıllar içerisinde nasıl bir gidişat gösterdiğini inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Örneğin; OKB'si olan bireyler ile yürütülen ve 47 yıllık takip süresi olan boylamsal bir çalışmada, katılımcıların %48'inin 30 yıldan uzun bir süredir OKB'ye sahip olduğu bildirilmiştir. Takip süresi sonunda katılımcıların sadece %20'sinin tam iyileşme gösterdiği, %28'inin ise eşik altı semptomlarla birlikte gelişme gösterdiği görülmüştür. OKB'si olan kişilerin yarısı klinik olarak anlamlı semptomlar yaşamaya devam etmiştir. Başlangıç yaşının erken olması, hem obsesif hem de kompülsif semptomlara sahip olmak, başlangıçtaki sosyal işlevselliğin düşük düzeyde olması ve 1954-1956 yılları arasında OKB'nin kronik bir seyir göstermesi de daha kötü sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Sonuçlar, OKB'nin yaşam boyu artıp azalan semptomlarla birlikte kronik bir seyir izleme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır (Skoog ve Skoog, 1999: 121). Bu sonuçlar, OKB'nin kronik bir seyir izlediğini ve iyileşme oranlarının düşük olduğunu gösteren diğer araştırmalar ile de tutarlıdır (örn. Demal ve diğerleri, 1993; Steketee ve diğerleri, 1999). OKB'nin 5 yıllık gidişatını inceleyen daha güncel bir araştırmada ise OKB'ye sahip olanların yine uzun bir süre (ortalama 22 yıl) bozuklukla birlikte yaşadığı görülmüştür. Takip sonuçları, katılımcıların %39'unun tam (%16.9) veya kısmi remisyon (%22.1) gösterdiğini; ancak remisyon gösterenlerin de %59'unun daha sonra nüks yaşadıklarını ortaya koymaktadır. OKB şiddetinin düşük düzeyde olmasının ve hastalık süresinin kısa olmasının ise iyileşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Eisen ve diğerleri, 2013: 237-238). Özet olarak, OKB tanısına sahip olan kişilerin yaşamlarının uzun bir dönemini bozuklukla birlikte geçirdiği, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, belirtilerin ve şiddetin zaman içerisinde değişkenlik gösterdiği ve tam olarak iyileşme oranlarının düşük olduğu söylenebilmektedir.

Maruz bırakma ve tepki önleme, bilişsel müdahaleler ve serotonerjik ilaçlar gibi OKB'ye yönelik etkili olduğu kanıtlanmış çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır (Abramowitz, 1997: 44; Franklin ve Foa, 2011: 232-235). Ruh sağlığı uzmanlarının görüş birliğine dayanarak OKB'nin tedavisine ilişkin hazırlanan kılavuzlar, OKB için en uygun davranışsal psikoterapi yönteminin maruz bırakma ve tepki önleme olduğunu, bilişsel müdahalelerin de OKB'yi sürdüren çarpıtılmış inançları hedefleyerek veya maruz bırakma ve tepki önlemeye olan uyumu iyileştirerek ek fayda sağlayabileceğini bildirmişlerdir (March ve diğerleri, 1997: 7). Maruz bırakma; kişide korku yaratan durumlarla doğrudan yüzleşerek kasıtlı olarak kaygı uyandırmayı ve korkulan sonuçların gerçekleşmediğini göstermeyi içerirken, tepki önleme ise ritüelistik veya diğer kompulsif davranışlardan uzak durmayı ifade etmektedir. Bu davranışlar, kişilerin kaygıdan kaçınmak için kullandıkları yöntemler olduklarından tepki önlemenin bir işlevi de maruz kalmanın süresini uzatmaktır (Abramowitz, 1996: 584). Maruz bırakma ve tepki önlemenin OKB belirtilerini azalttığını ve etkili bir tedavi seçeneği olduğunu gösteren pek çok araştırma kanıtı bulunmaktadır (örn. Foa ve diğerleri, 2005; Franklin ve diğerleri, 2000; Kozak, Liebowitz ve Foa, 2000; Lindsay, Crino ve Andrews, 1997; Whittal, Thordarson ve McLean, 2005). OKB için etkili olduğu gösterilmiş diğer tedavi seçeneklerinden biri olan bilişsel-davranışçı terapide ise obsesif-kompulsif belirtilerde azalma sağlamak için bozukluğun etiyolojisinde ve sürdürülmesinde rol oynayan hatalı değerlendirmeleri, belirli temel inançları ve işlevsel olmayan etkisizleştirme yanıtlarını değiştirmeyi amaçlayan bilişsel ve davranışsal terapötik değişim stratejileri kullanılmaktadır (Clark, 2004: 187). Maruz bırakma ve tepki önleme ile karşılaştırıldığında bilişsel-davranışçı terapinin tedavi sonrası ve 3 aylık takip değerlendirmesinde OKB belirtileri üzerinde maruz bırakma ve tepki önleme kadar etkili olduğu görülmüştür (Whittal, Thordarson ve McLean, 2005: 1559). Ayrıca, maruz bırakma ve tepki önlemeye ek olarak OKB'nin altında yatan inançların değiştirilmesi ve eşlik eden diğer problemlere yönelik bilişsel terapi müdahaleleri alanların tedaviyi yarım bırakma oranlarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur (Vogel, Stiles ve Götestam, 2004: 275). Bilişsel-davranışçı terapinin OKB için etkili olduğunu gösteren başka randomize kontrollü çalışmalar da bulunmaktadır (örn. Freeston ve diğerleri, 1997; McLean ve diğerleri, 2001; O'Connor ve diğerleri, 1999).

OKB'nin farmakolojik tedavisinde ise trisiklik antidepresan olan klomipramin (örn. Greist ve diğerleri, 1990; Jenike ve diğerleri, 1989; Zohar ve diğerleri, 1996) ve seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubu ilaçların (örn. Chouinard ve diğerleri, 1990; Goodman ve diğerleri, 1989; Jenike ve diğerleri, 1990; Mallya ve diğerleri, 1992; Montgomery ve diğerleri, 1993) etkili olduğu yapılan kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir. Sonuç olarak, OKB için etkili olan farklı tedavi ve müdahale alternatifleri bulunmaktadır. Bozukluktan muzdarip olan kişilere hangi tedavi veya tedavi seçeneklerinin önerileceğine karar verilirken hem ampirik bulgular hem de klinik değerlendirme göz önünde bulundurulmalıdır (Abramowitz ve Schwarz, 2003: 261).

Farklı tedavi seçeneklerinin varlığına ve OKB'nin kronik gidişatına rağmen, OKB'si olan çoğu kişinin bir ruh sağlığı uzmanına başvurmadığı ve çok azının OKB için uygun tedaviler aldığı görülmektedir (Robinson, Rose ve Salkovskis, 2017: 195; Torres ve diğerleri, 2007: 977). Araştırmalar, OKB'si olan bireyler arasında tedaviye başvurmama durumunun %59.6 (Goodwin ve diğerleri, 2002: 147), %63.4 (Mayerovitch ve diğerleri, 2003: 164), %89.8 (Subrananiam ve diğerleri, 2012: 2038) gibi yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, tedaviye başvuran pek çok kişinin de bu başvuruyu erteleyerek gerçekleştirdiği görülmektedir. Tedavi başvurularının ne kadar ertelendiğini ve bu ertelemenin nedenlerini de inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Örneğin, Lensi ve diğerleri (1996: 103), bozukluğun başlangıcı ile ilk psikiyatrik yardım başvurusu arasındaki ortalama sürenin 2 yıl olduğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise bu ertelemenin yaklaşık 3,5 yıl olduğu; OKB belirtilerinin erken başlangıcının da daha uzun erteleme süresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca problemi reddetme, ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili damgalanma korkusu ve bozukluk hakkında bilgi eksikliği faktörlerinin tedaviye başvurmayı ertelemenin en sık belirtilen nedenleri olduğu görülmüştür (Belloch ve diğerleri, 2009: 260). OKB tanısı olan bireylerle yapılan başka bir çalışmada da, OKB semptomları başladıktan sonra katılımcıların üçte birinin tedaviye başlamasının 2 yıl, diğer üçte birinin tedaviye başlamasının 2-9 yıl, ve kalan üçte birinin tedaviye başlamasının ise 10 yıl ve daha fazla sürdüğü görülmüştür. Tedavideki daha uzun gecikmenin ise ileri yaş, OKB semptomlarının erken başlangıcı, kontaminasyon/temizlik boyutuyla ilişki belirtilerin varlığı ve bireyin tam zamanlı olarak çalışması ile ilişkili olduğu ortaya

konmuştur (da Conceiçao Costa ve diğerleri, 2022: 3). İlgili alanyazına bakıldığında, OKB için tedavi aramanın önündeki yaygın engellerin bozukluğun semptomlarından veya tedavi istemekten utanma, nereden yardım bulacağını bilmeme ve tedaviyle ilgili zorluklar olduğu görülmektedir (Garcia-Soriano ve diğerleri, 2014: 1).

Özetle, OKB'nin başlangıcında farklı risk faktörlerinin rol oynayabileceği; erken ve geç yaşta başlayabildiği, ancak erken başlangıcının daha olumsuz bir gidişat ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, OKB'nin uzun yıllar boyunca sürdüğü, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği ve iyileşme oranlarının düşük olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, OKB'ye yönelik etkili tedavi seçenekleri bulunmasına rağmen bireylerin damgalanma, utanç, bilgi eksikliği gibi faktörler nedeniyle tedaviye başvurmadıkları veya geç başvurdukları görülmektedir.

1.2. BAKIM VERME DENEYİMİ

Çoğu kişi, hayatının herhangi bir noktasında bir sağlık sorunu, engellilik veya yaşlılık nedeniyle problemler yaşayan bir yakınına yardımcı olmakta (Schulz ve Eden, 2016: 73; Shahly ve diğerleri, 2013: 865; Turcotte, 2013: 1), yani bakım vermektedir. Bakım verme, bir aile üyesine veya arkadaşa kendisinin sağlayamadığı durumlarda yardım etmeyi ve destek olmayı kapsayan aktiviteleri ve deneyimi ifade ederken (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583); bakım verenler; hastalık, engellilik veya özel bir dikkat gerektiren herhangi bir durumla karşı karşıya kalan birine gönüllü olarak bakım sağlayan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Savage ve Bailey, 2004: 103; Schulz ve Tompkins, 2010: 117; Schulz ve diğerleri, 2020: 636). Bakım verme deneyimi giyinmek, yemek yemek, tuvalete gitmek, banyo yapmak gibi basit günlük yaşam aktivitelerine yardım etme; ulaşım, alışveriş, yemek hazırlama, ilaç kullanımı, maddi konuları yönetme gibi daha karmaşık olan günlük faaliyetleri yürütme ve bakım verilen kişinin sağlığını takip etme, sağlık profesyonelleri ile iletişim kurma gibi pek çok sorumluluğu içermektedir (National Alliance for Caregiving and AARP, 2015). Ayrıca bakım verenler, endişeleri dinleyerek ve arkadaşlık ederek duygusal destek sağlama konusunda da rol oynarlar (Lim ve Zebrack, 2004: 2). İlgilenmek ve bakım vermek her yakın ilişkinin özünde olduğundan bakım vermenin kendisi ayrı bir rol olmamakta; bunun yerine karı-koca, çocuk-ebeveyn gibi var olan roller bağlamında

bulunan belirli eylemleri ifade etmektedir (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Bakım verenler, ortaya çıkan çeşitli ihtiyaçlara esnek bir biçimde yanıt vermelerini gerektiren karmaşık bir rol içinde bulunmaktadır (Feeney ve Collins, 2003: 950).

Bakım vermenin ne kadar yaygın olarak deneyimlendiğine bakıldığında, 19 yaş ve üzerinde olan 13.017 kişi ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların %15'inin herhangi bir engelliliğe veya kronik bir rahatsızlığa sahip olan bir aile üyesine veya bir arkadaşa bakım verdikleri rapor edilmiştir (Marks, 1996: 29). 15-64 yaş arasındaki kişilerle yürütülen bir çalışmada da, benzer şekilde ciddi veya kronik bir fiziksel, ruhsal veya gelişimsel problemleri olan bir yakınlarına bakım verenlerin oranı %15 olarak bulunmuş ve erkeklere kıyasla kadınların daha çok bakım veren oldukları görülmüştür (Cochrane, Goering ve Rogers, 1997: 2004). 7403 kişi ile yürütülen daha güncel bir çalışmada ise, tüm katılımcıların %25'i (n= 1883) uzun süreli fiziksel veya ruhsal rahatsızlığı, engeli veya yaşla ilgili sıkıntıları olan bir aile üyelerine, arkadaşlarına, komşularına veya başka bir yakınlarına bakım verdiklerini belirtmiştir. Ayrıca kadınların kendilerini bakım veren olarak tanımlama ve bakım verme aktivitelerine katılma olasılıklarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bakım verenlerin evli olma, işsiz olma ve son bir yıl içinde çalışmamış olma olasılıklarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur (Smith ve diğerleri, 2014: 198). 3001 kişi ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise katılımcıların %30'u yaşamlarının bir noktasında bakım veren rolünde olduğunu bildirmiştir. Yine kadınların erkeklere göre bir yakınlarına daha fazla bakım verdiği ve yaş grupları açısından da 50-64 yaş arasındaki yetişkinlerin diğer yaş gruplarına göre daha çok bakım veren rolünde oldukları görülmüştür. Bakım vermeyen kişilere (%24) kıyasla bakım verenler kendilerinin de herhangi bir engellilik durumuna sahip olduklarını daha yüksek oranda (%34) bildirmişlerdir. Bakım verenlere ilişkin diğer demografik özelliklere bakıldığında ise çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, medeni durum ve gelir düzeyi açısından tüm grupların bir yakınlarına bakım verme olasılıkları açısından farklılaşmadığı görülmüştür (Fox ve Brenner, 2012: 4-6). Sağlık problemleri, kronik rahatsızlıkları veya engeli olan bir arkadaşa veya aile üyesine bakım verenlerin oranının %24.7 olarak bulunduğu başka bir çalışmada ise, bakım verenlerin diğer katılımcılara kıyasla daha kötü sağlık durumu, daha fazla fiziksel ve

psikolojik sıkıntı ve daha düşük düzeyde yaşam memnuniyeti bildirdikleri rapor edilmiştir (Anderson ve diğerleri, 2013: 2).

Bakım verme deneyimi, bakım veren ve bakım alan arasındaki karşılıklı bir etkileşimi kapsadığından her ikisine ilişkin pek çok faktörün bakım vermeyi farklılaştırdığı söylenebilir. Bu bağlamda, bakım veren bireyler, bakım verdikleri kişilerin yaşlarına göre üç grup olarak ele alınabilmektedir. Kronik bir hastalığı ve engeli olan çocuklara genellikle genç yetişkin ebeveynleri tarafından bakım verilmektedir. Ruh sağlığı sorunları gibi rahatsızlıkları olan yetişkin çocuklara ise çoğunlukla orta yaştaki ebeveynleri bakım vermektedir. Yaşlı bireylerin bakımlarını ise genelde eşleri veya orta yaşta olan çocukları sağlamaktadır (Schulz ve Tompkins, 2010: 118; Schulz ve diğerleri, 2020: 637). Engeli olan çocuklar herhangi bir bozukluğa, aktivitelerinde zorluklara veya günlük hayata katılımlarında kısıtlanmaya neden olan bir duruma veya dezavantajlara sahip olan çocuklar olarak tanımlanabilmektedir (WHO, 2007: 10). Bakım vermek, küçük bir çocuğun ebeveyni olmanın doğal bir parçası olsa da, işlevselliği kısıtlayan uzun süreli problemler yaşayan bir çocuğun ihtiyaç duyduğu bakımın düzeyi bakım verenler için yük oluşturabilmekte; bakım verenin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkileyebilmektedir (Raina ve diğerleri, 2004: 2). Geniş bir örneklem ile yürütülen bir araştırmada, ailelerin %12.8'i en az bir yıl süren veya sürmesi beklenen bir tıbbi, davranışsal veya başka bir sağlık sorunu olan çocuğa sahip olduklarını bildirmiştir. Bu ailelerin %14.9'u çocuklarının bakımı için her hafta 10 saat ve üzerinde zaman harcadığını belirtmiştir. Ayrıca %20.9'u çocuklarının rahatsızlığı nedeniyle finansal problemler yaşadığını ve %29.9'u en az bir aile üyesinin iş yükünü azaltmak veya işi bırakmak zorunda kaldığını rapor etmiştir (van Dyck ve diğerleri, 2004: 886-887). Diğer ebeveynler ile karşılaştırıldığında bir engele veya kronik bir rahatsızlığa sahip olan bir çocuğa bakım veren ebeveynlerin daha fazla ruh sağlığı sorunları (Emerson, 2003: 390; Gallagher ve Hannigan, 2014: 448; Guillamon ve diğerleri, 2013: 1579); fiziksel sağlık problemleri (Brehaut ve diğerleri, 2009: 1254; Grosse ve diğerleri, 2009: 578); stres (Dyson, 1997: 267; Hoffmann ve diğerleri, 2009: 178; McKinney ve Peterson, 1987: 139; Schieve ve diğerleri, 2007: 114; Silver, Westbrook ve Stein, 1998: 11); somatik belirtiler (Ha, Greenberg ve Seltzer, 2011: 407); uyku problemleri (Gallagher, Phillips ve Carroll, 2010: 728; Grosse ve diğerleri, 2009: 577) ve daha düşük düzeyde yaşam kalitesi

(Guillamon ve diğerleri, 2013: 1579; Mugno ve diğerleri, 2007: 5) rapor ettikleri görülmektedir. Yapılan meta-analiz çalışmalarında da diğer ebeveynlere kıyasla kronik bir rahatsızlığı olan çocukların ebeveynlerinin daha yüksek düzeyde ebeveyn stresi (Pinquart, 2018: 197); daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları (Cohn ve diğerleri, 2020: 166) ve daha yaygın olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu yaşadıkları (Cabizuca ve diğerleri, 2009: 379) ortaya konmuştur.

Bakım veren ile bakım alan kişi arasındaki farklı ilişki türlerinin birbirleriyle pek çok benzer yönü olmasına rağmen, yaşam boyu süren bir engele sahip yetişkin çocuklara bakım veren yaşlı ebeveynlerin karşılaştığı kendilerine özgü zorluklar ve özel gereksinimleri bulunmaktadır (Kelly ve Kropf, 1995: 3). Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte, yaşlı bireylerin kendilerinden genç aile üyelerinin hastalıklarından etkilenme ve yetişkin çocuklarına ciddi sağlık sorunları yaşadıkları dönemlerde, hatta bazen ölüme kadar eşlik etme ihtimalleri daha yüksek olmaktadır (Benkel ve Molander, 2015: 165; Roberto, 1993: 40). 45 yaş ve üzerinde olan 43.099 kişi ile yürütülen bir araştırmada, katılımcıların %12'si kronik bir rahatsızlığı veya engeli olan bir aile üyesine sürekli olarak bakım sağladığını rapor etmiştir. Ayrıca, kadınların bakım veren olma olasılığının erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Roth ve diğerleri, 2009: 682). Gelişimsel bozukluğu olan 41-70 yaş arasındaki 48 kişi ve 60-89 yaş arasında olan bakım verenleri ile yürütülen bir çalışmada, bakım verenlerin %85'inin ebeveynler, %15'inin ise kız kardeşler olduğu ve ortalama bakım verme süresinin 39.6 yıl olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bakım verenlerin %12'si sağlık durumlarının kötü olduğunu bildirmiştir. Bakım verenlerin son 10 yıl içinde bakım verme durumuyla ilgili algıladıkları değişime bakıldığında ise en büyük değişikliklerin meydana geldiği alanların fiziksel yük (%39.6 artış), duygusal yük (%40.9 artış), sosyal aktivitelere ayırdıkları süre (%25.6 azalma) ve bakım vermenin finansal yükü (%20.8 artış) olduğu görülmüştür (Roberto, 1993: 43-44). Bakım alan kişiler yetişkinler olduğunda, dikkat çeken konulardan biri de ruh sağlığı sorunları olmaktadır. Bu tür sorunlar genellikle uzun süren ve kronik rahatsızlıklar olduğundan çoğunlukla en fazla destek sağlayanların ebeveynler olduğu görülmektedir (Johansson, Andershed ve Anderzen-Carlsson, 2014: 497; Kaufman, 1998: 37). Otizm spektrum bozukluklarına sahip olan yetişkin çocuklarına bakım veren 50-70 yaş arasındaki ebeveynlerin deneyimlediği bakım verme yükünün yaşam

kalitelerini yordadığı bulunmuştur (Marsack-Topolewski ve Church, 2019: 150). Şizofreni tanısı olan bireylere bakım verenlerin de psikolojik iyi oluş düzeylerinin bakım vermeyenlere kıyasla daha kötü olduğu (Chen ve diğerleri, 2004: 600), daha fazla kronik sağlık sorunları (Magana, Greenberg ve Seltzer, 2004: 713), uyku problemleri, ağrı, reflü, depresyon ve anksiyete (Gupta ve diğerleri, 2015: 4) deneyimledikleri bildirilmiştir.

Sağlık alanındaki ve tıbbi teknolojilerdeki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresinin uzaması (Aneshensel ve diğerleri, 1995: 5), ciddi kronik rahatsızlığı veya engeli olan yaşlı yetişkinlerin aile üyelerinin üzerine düşen bakım yükünün artmasına neden olmaktadır (Schulz ve diğerleri, 2020: 636). Kanser, kalp yetmezliği veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan 60 yaşın üzerindeki kişilerin bakım verenlerinin %90'ı bakım verme yükü deneyimlediklerini bildirmiştir (Garlo ve diğerleri, 2010: 2315). Alzheimer olan yakınlarına bakım verenlerin %25'inin anksiyete ve %10'unun depresyon için şiddetli düzeyde belirtilere sahip olduğu bulunmuştur (Mahoney ve diğerleri, 2005: 799). Yaşlı bireylere bakım verenlerin psikolojik sıkıntı açısından bakım vermeyen kişilerle karşılaştırıldığı çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, demansı olan bireylere bakım verenlerin bakım vermeyenlere kıyasla daha çok psikolojik sıkıntı belirtileri gösterdiği bulunmuştur (Anthony-Bergstone, Zarit ve Gatz, 1988: 245). Başka bir çalışmada da demansı, depresyonu veya fiziksel engeli olan yaşlı bireylere bakım verenler bakım vermeyen kişilere göre daha fazla depresyon belirtileri göstermiştir (Livingstone, Manela ve Katona, 1996: 154). Bakım vermeyen kişilerle karşılaştırıldığında demansı olan eşlerine bakım verenlerin bakım verdikleri süre boyunca daha yüksek oranda depresyon bozuklukları deneyimlediği, bakım verme sürecinden önce ise farklılaşmadıkları görülmüştür (Dura, Stukenberg ve Kiecolt-Glaser, 1990: 284). Benzer şekilde, bakım vermeyen kişilerle karşılaştırıldığında demansı olan ebeveynlerine bakım veren yetişkin çocukların da bakım verdikleri yıllarda daha fazla depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşadığı, bakım verme sürecinden önce ise bakım vermeyen kişilerle benzer oranlarda bu bozukluklara sahip oldukları bulunmuştur (Dura, Stukenberg ve Kiecolt-Glaser, 1991: 471).

Özetle, herhangi bir rahatsızlığı veya engeli olan bir yakına bakım vermenin birçok farklı aktiviteyi kapsayan karmaşık bir rol olduğu ve toplum içerisinde yaygın

olarak deneyimlendiği görülmektedir. Bakım veren bireylerin bakım vermeyle ilişkili benzer stres faktörlerine maruz kaldığı ve benzer sonuçlar yaşadıkları görülse de; bakım alan kişi ile ilişkileri veya bakım alan kişinin rahatsızlığının ne olduğu gibi unsurların bu deneyimleri farklılaştırdığı söylenebilmektedir. Sonraki bölümde, bakım vermeye yönelik kuramsal modeller ve bunlar doğrultusunda gerçekleştirilen araştırmaların bulgularına yer verilecektir.

1.2.1. Bakım Vermeye Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

Bireylerin ilişkilerinde yaşadıkları dramatik ve istemsiz değişimler başlı başına bir stres kaynağı olabilmekte (Pearlin, 1983: 23); bakım verme ise kalıcı bir stres için potansiyel bir zemin oluşturabilmektedir (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Dolayısıyla, bakım verme deneyimi, stres kavramı çerçevesinde ele alınmakta ve bakım verme deneyimini açıklamaya yönelik modellerin temeli genellikle Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli'ne dayanmaktadır (Aktaş ve Sertel-Berk, 2019: 406). Dolayısıyla, bu bölümde ilk olarak bu model üzerinde durulacaktır.

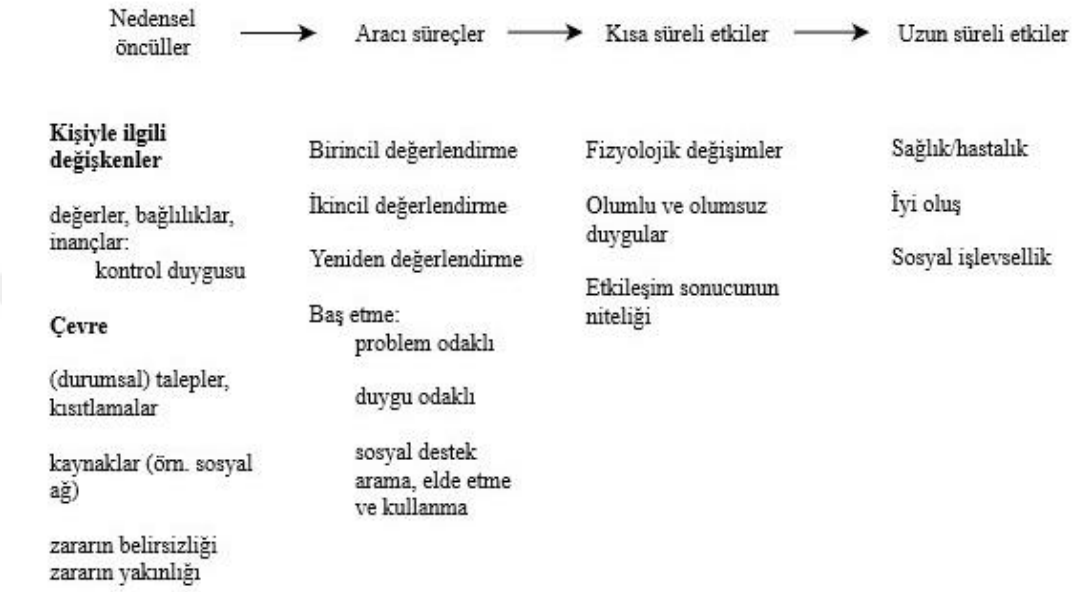
Lazarus ve Folkman (1984: 21), stresi bir uyaran veya tepki olarak değil, birey ve çevre arasındaki bir etkileşim olarak ele almaktadır. Bu ilişki, hem bireyin özelliklerini hem de çevresel olayın doğasını göz önünde bulundurmaktadır. Dolayısıyla, psikolojik stres, birey tarafından kaynaklarını zorladığı veya aştığı, iyi oluş halini tehlikeye attığı yönünde değerlendirilen birey ve çevre arasındaki bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984: 21). Araştırmacılara göre, benzer koşullar altında bireyler arasındaki farklılıkları anlamak için karşılaşma ile tepki arasına giren bilişsel süreçleri ve bu süreçlerin doğasını etkileyen faktörleri dikkate almak gerekmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984: 23). Dolayısıyla "bilişsel değerlendirme" kavramından bahsetmiş ve bunu "birincil değerlendirme", "ikincil değerlendirme" ve "yeniden değerlendirme" olarak üç aşamalı şekilde ele almışlardır. Modele göre "birincil değerlendirme"; bir olayla karşılaştığımızda ilgisiz, zararsız/olumlu veya stres verici olduğu şeklindeki yargılarımızdan oluşmaktadır. Stres verici değerlendirmeler de zarar/kayıp, tehdit ve meydan okuma olarak üç şekilde olabilmektedir. Zarar/kayıp değerlendirmelerinde kişi fiziksel bir hastalık veya yaralanma, benlik saygısının zarar görmesi veya sevilen bir kişiyi kaybetmek gibi bir

zarara uğramıştır (Lazarus ve Folkman, 1984: 32). Tehdit değerlendirmelerinde ise henüz gerçekleşmemiş olan ancak ortaya çıkabilecek olası zararlar değerlendirilmektedir. Burada zarar/kayıp değerlendirmelerinden farklı olarak kişi, olayla başa çıkabilmek için önceden çalışabilmekte, plan ve hazırlık yapabilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984: 33). Meydan okuma değerlendirmeleri de başa çıkma çabalarının harekete geçirilmesini içerdiğinden tehdit değerlendirmeleriyle pek çok ortak noktaya sahiptir; ancak meydan okuma değerlendirmeleri kişinin heves, heyecan ve coşku gibi olumlu duyguları deneyimlemesine neden olurken tehdit değerlendirmeleri korku, kaygı ve öfke gibi olumsuz duygular deneyimlemesine yol açmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984: 33).

Lazarus ve Folkman'a (1984) göre, stres değerlendirmesi ister tehdit ister meydan okuma şeklinde olsun, kişi tehlikede olduğunda durumu yönetebilmek için bir şey yapmalıdır. Bu durumda da kişinin neler yapabileceğini değerlendirdiği "ikincil değerlendirme" olarak adlandırılan değerlendirme biçimi ortaya çıkmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984: 35). İkincil değerlendirme hangi başa çıkma seçeneklerinin olduğunun, bir başa çıkma seçeneğinin beklenen şeyi gerçekleştirme olasılığının ve kişinin bir stratejiyi veya stratejiler dizisini etkili bir şekilde uygulayabilme olasılığının incelendiği karmaşık bir değerlendirme süreci olarak açıklanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984: 35). Özetle, olayı şekillendirme, yönetme ve çözme çabalarını içermektedir (Dewe ve Cooper, 2007: 144). İkincil değerlendirmenin sonucunda, durumun kişinin sahip olduğundan daha fazla başa çıkma kaynağı gerektirdiği sonucu ortaya çıkarsa kişi bir tehdit duygusu yaşamakta ve bu da stres tepkisine yol açmaktadır (Harrington, 2012: 24). İkincil değerlendirmenin sonucunun kişinin sahip olduğu kaynakların yeterli olduğu yönünde olduğu durumlarda ise kişinin stres tepkisinin olmadığı veya düşük olduğu, baş etme stratejilerini uygulamak için harekete geçtiği söylenebilir. Modele göre "yeniden değerlendirme" ise çevreden gelen yeni bilgiler veya kişinin kendi tepkilerinden gelen bilgiler doğrultusunda değişen bir değerlendirme olarak ele alınmaktadır. Bu süreçte, tehdit şeklindeki değerlendirme asılsız olarak yeniden değerlendirilebilmekte veya zararsız bir değerlendirme tehdit değerlendirmesine dönüşebilmekte ve bu durum, birbirini izleyen değişen duygulara ve değerlendirmelere neden olabilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984: 38). Bu yeniden değerlendirme süreci, kişinin gelecekteki stres tepkilerini

yönetmesine ve dengeyi tekrar sağlamasına yardımcı olmaktadır (Harrington, 2012: 24). Şekil 1'de modelin gösterimi yer almaktadır.

Şekil 1: Stresle Başa Çıkma Modeli



(Lazarus ve Folkman, 1984: 305)

Başta da belirtildiği gibi, bakım verme deneyimine ilişkin modellerin temelinin çoğunlukla Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli'ne dayanmasıyla birlikte (Aktaş ve Sertel-Berk, 2019: 406), alanyazında bakım verme bağlamında bu modeli inceleyen çalışmalar da yapılmıştır. Demans hastalarına bakım veren aile üyeleriyle yürütülen bir araştırmada, bakım vermeyle ilgili stres faktörlerinin şiddetinin kontrol edildiği durumda bile değerlendirme, başa çıkma tepkileri, sosyal destek ve aktivite değişkenlerinin bakım veren kişiler için sonuç değişkenlerinin önemli yordayıcıları olduğu görülmüştür. Bulgular, demans hastalarına bakım verme deneyimine ilişkin Stresle Başa Çıkma Modeli'nin (Lazarus ve Folkman, 1984) yararlı bir çerçeve sunduğunu ortaya koymuştur (Haley ve diğerleri, 1987: 323). Pakenham ise (2001: 13), multipl sklerozun (MS) hastaların

çoğunun genç yaşta olması, hastalığın seyrinin öngörülememesi, kesin bir tedavisinin olmaması, nörolojik semptomları gibi faktörlerden dolayı bakım veren kişiler için de daha fazla yük oluşturabileceğini belirtmiştir. Araştırmasının sonuçlarında, bakım veren kişilerin yaklaşık üçte birinin klinik olarak önemli düzeyde psikolojik sıkıntı bildirdiği görülmüştür. Ayrıca, sonuçlar bakım verenlerin yaşamlarına müdahale eden birçok stres faktörü deneyimlediklerini göstermekte ve MS hastalığında bakım verme deneyimini açıklamada Stresle Başa Çıkma Modeli'nin (Lazarus ve Folkman, 1984) yararlılığını desteklemektedir (Pakenham, 2001: 23). Kolorektal kanser hastalarına bakım veren kişiler ile yapılan başka bir çalışmada ise, bakım verenin daha iyi uyum sağlamasının daha yüksek sosyal destek, daha düşük stres ve daha yüksek meydan okuma değerlendirmeleri ve daha az kaçınma ve madde kullanımı baş etme yöntemleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Fitzell ve Pakenham, 2010: 1171). Çalışmanın bulguları, kolorektal kanser hastalarına bakım veren kişiler için hem olumlu hem olumsuz uyum sonuçları açısından modelin tutarlı ve yararlı olduğunu ortaya koymaktadır (Fitzell ve Pakenham, 2010: 1177). Başka bir araştırmada ise Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli çerçevesinde şizofreni hastalarının sağlıklı kardeşlerinin iyi oluş hali ile ilişkili olabilecek potansiyel değişkenler incelenmiştir. Sonuçlar, kardeşlerin iyi oluşlarının çocukluk döneminde algılanan annenin aşırı koruma düzeyi, algılanan sosyal destek, problem odaklı başa çıkma ve dolaylı başa çıkma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Avcıoğlu ve diğerleri, 2019: 258). Araştırmacılar, hastalığı bulunan bir kardeşe sahip olmanın stresli bir yaşam olayı olarak kabul edildiğinde, Stresle Başa Çıkma Modeli'nin sağlıklı olan kardeşler için uyarlanabileceğini ve gelecekte bu bireylere yönelik müdahaleler geliştirmek için uygun bir başlangıç noktası olarak geçerli olduğunu ifade etmişlerdir (Avcıoğlu ve diğerleri, 2019: 259).

Bu çalışmaların yanı sıra, Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli'ne dayanarak farklı değişkenlerin etkilerinin incelendiği araştırmalar da yapılmıştır. Örneğin daha güncel bir çalışmada, özofagus (yemek borusu) kanseri hastalarına bakım veren kişiler için bakım veren yükü ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkide fayda bulmanın aracılık etkisi incelenmiştir. Bakım veren kişilerin %88.6'sı orta ve yüksek düzeyde bakım veren yükü rapor etmiştir. Ayrıca, araştırmanın sonuçları daha yüksek düzeydeki bakım veren yükünün daha yüksek düzeydeki

anksiyete ve depresyon ve daha düşük düzeydeki fayda bulma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Wen ve diğerleri, 2021: 7647). Araştırmacılar, Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli'nde bireylerin strese tepki verirken öz-yeterliklerini başlatabileceklerinin vurgulandığını belirtmiştir. Araştırmanın bulgularının da bakım veren kişiler için fayda bulmanın bakım verme yükü ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkide aracı bir rol oynadığını göstererek Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli'ni desteklediğini ifade etmişlerdir (Wen ve diğerleri, 2021: 7649). Meme kanseri hastalarına bakım veren kişiler ile yürütülen başka bir çalışmada ise benlik saygısının bakım verme talepleri, etkili başa çıkma, yük ve sağlık ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları stresli durumlarla etkili bir şekilde başa çıkabilen bakım verenlerin daha yüksek düzeyde benlik saygısına sahip olduklarını göstermiştir. Ayrıca, daha yüksek düzeydeki benlik saygısının bakım verme yükünü azalttığı ve bakım veren kişilerin genel sağlığını iyileştirdiği ortaya konmuştur. Benlik saygısının belirli durumların taleplerini çözmek için başa çıkma süreci başlatıldığında ortaya çıktığı belirtilmiş ve sonuçların model ile uyumlu olduğu ifade edilmiştir (Yang ve diğerleri, 2022: 824).

Modelin incelendiği çalışmalara ek olarak, bakım veren kişilere yönelik müdahale çalışmalarında da Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli temel alınmıştır. Örneğin, bir çalışmada bu modele dayanarak felçli hastalara duygusal ve fiziksel destek sağlayan bakım verenlere yönelik grup destek programı ve bireysel ev ziyaretleri olmak üzere müdahaleler yürütülmüştür. Duyguları ifade etme, bilgi edinme ve aktif başa çıkma stratejilerinin nasıl kullanılacağını öğrenme şeklindeki üç unsura dayanan bu iki programda temel olarak, bakım verenlerin aktif başa çıkma düzeylerini ve bilgilerine olan güvenlerini artırmak amaçlanmıştır. Programların ikincil amacının ise bakım veren kişilerin zorlanmalarını azaltarak ve ruhsal iyi oluşlarını, girişkenliklerini, sosyal destek düzeyleri ile sosyal destekten memnuniyetlerini iyileştirerek genel iyi oluşlarının geliştirilmesi olduğu belirtilmiştir. Grup oturumları ikişer saatlik toplam sekiz oturum, ev ziyaretleri ise ikişer saatlik toplam dört oturum şeklinde yürütülmüştür. Sonuçlar, her iki programın da çalışmanın temel amaçlarına katkıda bulunduğunu ve programlardan en çok fayda sağlayan katılımcıların genç kadın bakım verenler olduğunu göstermektedir (van den Heuvel ve diğerleri, 2002: 292-297). Başka bir çalışmada ise Lazarus ve Folkman'ın (1984)

Stresle Başa Çıkma Modeli'ne dayanan ve demansı olan kişilerin çalışan bakım verenlerine internet üzerinden sunulan bir multimedya destek programı yürütülmüştür. Yazılı materyaller ve videolardan oluşan programda, içeriğin katılımcıların ihtiyaçlarına göre uyarlanması ve kişiselleştirilmesi amacıyla bazı sorular yer almaktadır. Örneğin; bakım alan kişi ile ilişkisini eş olarak seçen bakım verenlere maddi konular, sosyalleşme, yol arkadaşını kaybetme gibi konularla ilgili bilgi sunulmakta; bakım alan kişilerin yetişkin çocuğu olduklarını belirten katılımcılar ise ebeveyni kaybetme, uzaktan bakım verme ve ebeveynin eşine yardım etme gibi konularda bilgi almaktadır. Program bakım veren olma, duygularla başa çıkma ve sık karşılaşılan zorluklar olmak üzere üç modülden oluşmaktadır. Bakım veren olma modülünde katılımcıların bakım verme deneyimi ile ilgili yaygın sorunlar hakkında eğitilmesi amaçlanmıştır. Duygularla başa çıkma modülünde ise katılımcıların suçluluk, öfke, hüzün, kırgınlık, korku, kaygı, çaresizlik gibi sıklıkla deneyimlenen duygularla başa çıkmalarına yardımcı olacak bilişsel ve davranışsal stratejiler üzerinde durulmaktadır. Sık karşılaşılan zorluklar modülünde ise demansın şiddetine göre deneyimlenen yaygın zorluklar ele alınmaktadır. Araştırmanın sonuçları, programın bakım veren kişilerin bilişsel değerlendirmelerini önemli düzeyde iyileştirdiğini, bakım vermeyle ilgili kazanım algılarını ve öz-yeterliklerini artırdığını ve depresyon, kaygı ve gerginlik düzeylerini azalttığını göstermektedir (Beauchamp ve diğerleri, 2005: 795-799).

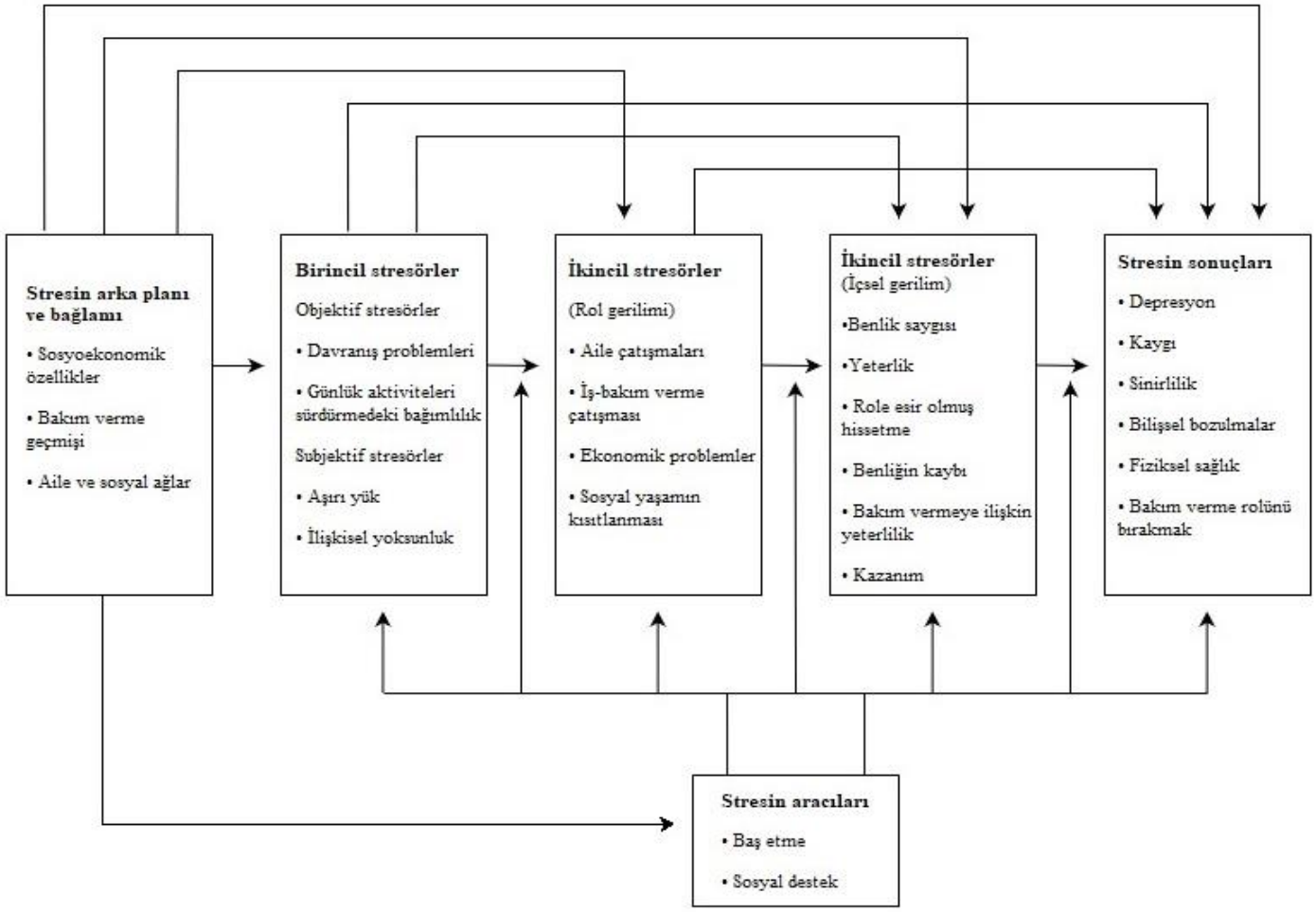
Sonuç olarak, stresi genel bir çerçevede açıklayan Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stresle Başa Çıkma Modeli bakım verme deneyimini anlamada da yardımcı olmaktadır. Farklı hastalıklar ve problemler bağlamında modeli test eden araştırmaların yanı sıra, bu modele dayanarak bakım veren kişilere yönelik müdahale ve destek çalışmaları da yürütülmüştür. Bunlarla birlikte, bakım verme deneyimine ilişkin diğer bilimsel modeller de temelini bu modelden almaktadır.

Bakım verme deneyimini açıklama amacıyla ortaya konan bilimsel modellerden biri Stres Süreci Modeli'dir (Pearlin ve diğerleri, 1990). Pearlin (1983: 29), olay odaklı değişimleri stresin özel ve başlıca öncülleri olarak görmenin yanıltıcı olduğunu ifade etmiş ve bunların aksine, rol gerilimleri kavramının deneyimin zaman içinde şekillenen unsurlarına dikkat çektiğini belirtmiştir. İnsanların olağan sosyal rolleri bağlamında gerilim yaşayabilecekleri çeşitli deneyimleri belirlemiştir:

Gerçekleştirilemeyen veya zarar veren rol görevleri nedeniyle ortaya çıkan zorluklar, aynı rolü paylaşan diğer kişilerle yaşanan çatışmalar, kişinin içinde bulunduğu çoklu rollerin talepleri arasındaki çatışmalar, istenmeyen bir rolün içinde olmak, rollerin planlı veya plansız olarak kaybedilmesi ya da kazanılması ve rollerin yeniden yapılandırılması ve değişimi (Pearlin, 1983: 29). Bakım vermek de bazı durumlarda, birbiriyle yakın ilişki içinde olan insanlar arasındaki sıradan bir yardım alışverişinden olağanüstü ve eşit olmayan bir şekilde dağıtılmış bir yüke dönüşebilmekte; kronik ve ilerleyen problemler bağlamında ilişkinin neredeyse tamamını kapladığı noktaya kadar genişleyebilmektedir (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Stres Süreci Modeli de bakım verme deneyimini stres süreci perspektifiyle ele almaktadır. Süreç kavramı, kişisel strese yol açan birçok koşul arasındaki ilişkileri ve bu ilişkilerin zaman içinde gelişme ve değişme biçimlerini vurgulamaktadır (Pearlin ve diğerleri, 1990: 585). Modelde "stresin arka planı ve bağlamı", "stresörler", "stresin aracıları" ve "stresin sonuçları" olmak üzere dört temel alan yer almaktadır. Stresin arka planı ve bağlamı yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi bakım veren kişinin özellikleri; bakım alan kişi ile bakım veren kişinin ilişkisi, bakım verme süresi gibi bakım verme öyküsüne ilişkin özellikler ve bakım verenin sosyal ağlarını ifade etmektedir. Modelde birincil ve ikincil olmak üzere iki şekilde ele alınan stresörler ise genel olarak insanlar için sorun yaratan; yani onları tehdit eden, çabalarını engelleyen, yoran koşullar, deneyimler ve aktiviteleri ifade etmektedir. Birincil stresörler bakım alan kişinin problematik davranışları, bakım verme görevleri, günlük ihtiyaçların karşılanmasıyla ilgili aktiviteler gibi objektif stresörleri içermektedir. Subjektif stresörler ise bakım verenin hissettiği aşırı yük ve tükenmişlik ile ilişkisel yoksunluğu ifade etmektedir. Araştırmacılara göre, birincil stresörler hem kalıcı olabilmekte hem de zamanla yoğunlaşabilmektedir. Dolayısıyla modelde ikincil stresörler olarak ele alınan diğer stresörleri üretmektedirler. Bunlar ise rol gerilimini ve içsel gerilimi kapsamaktadır. Rol gerilimi aile, iş yaşamı, ekonomik durum ve sosyal yaşam alanlarında yaşanan zorluklar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. İçsel gerilim ise benlik kavramının boyutlarını ve psikolojik durumları ifade etmektedir. Benlik saygısı ve yeterlik; değerlendirmeleri belli bir bağlama bağlı olmayan yapılardır, yani benliğin genel ve kapsayıcı unsurlarını temsil etmektedirler. Bunlara ek olarak araştırmacılar, bakım verme durumuna özgü olan benlik kavramı boyutlarını da ele almışlardır. Bunlardan ilki, isteksiz bir şekilde

bakım veren rolünde olmayı ifade eden role esir olmuş hissetmektir. Bir diğeri ise benliğin kaybıdır; bakım veren kişinin kimliği ve hayatı bakım alan kişiye sıkı sıkıya bağlandıkça bakım veren kişi kendi kimliğini kaybetme deneyimi yaşayabilmektedir. Bakım verme durumuna ilişkin yeterlilik ve kazanım ise içsel gerilim alanındaki olumlu kavramlardır. Yeterlilik, bakım veren kişinin bakım vermeyle ilgili performansını yeterli olarak görmesini; kazanım ise bakım vermenin zorluklarıyla karşı karşıya kalırken bir miktar içsel gelişim yaşamayı başardığını ifade etmektedir. Araştırmacılar ayrıca, benzer stres faktörlerine maruz kalan insanların bu faktörlerden farklı şekillerde etkilendiklerini belirtmiş ve modeldeki "stresin aracıları" alanında baş etme ve sosyal destek değişkenlerine yer vermişlerdir. "Stresin sonuçları" alanı ise bakım veren kişilerin psikolojik ve fiziksel iyi oluş hallerini ifade etmektedir. Psikolojik iyi oluş bağlamında depresyon, kaygı, sinirlilik ve bilişsel bozulmalar ele alınmaktadır. Ayrıca bakım veren kişilerin fiziksel sağlıkları, olağan aktivitelere katılma becerilerindeki sınırlılıklar ve sakatlanma/yaralanma gibi durumlar yaşamaları da göz önünde bulundurulmaktadır. Modelde yer alan stresin başka bir önemli sonucu ise bakım verme ile ilgili faaliyetlerin sona ermesidir. Bu durum kademe kademe veya ani bir şekilde olabilmekte; sorumlulukların başka birine devredilmesini veya bakım alan kişinin bir kuruma yerleştirilmesini gerektirebilmektedir (Pearlin ve diğerleri, 1990: 586-590). Stres Süreci Modeli'nin gösterimine Şekil 2'de yer verilmiştir.

Şekil 2: Stres Süreci Modeli



(Pearlin ve diğerleri, 1990: 586)

Stres Süreci Modeli'nin (Pearlin ve diğerleri, 1990) ortaya konmasından sonra bakım verme alanyazınında modelin kullanıldığı çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Schumacher, Dodd ve Paul (1993) bu modele dayanarak kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarına bakım veren kişilerin deneyimini incelemiştir. Modelde yer alan stresin arka planı ve bağlamı alanında bakım veren kişinin yaşı ve cinsiyeti ile hastanın yaşı ve cinsiyeti değişkenlerini incelemişlerdir. Birincil stresörler olarak hastanın işlevsellik durumu ve hastalığın yinelemesi değişkenlerini; ikincil stresör olarak ise bakım verme rol gerilimini ele almışlardır. Başa çıkma stratejilerine ilişkin algılanan etkinlik ve sosyal desteğe ilişkin algılanan yeterlilik değişkenlerine ise modelde aracı değişken olarak yer vermişlerdir. Sonuç alanı için ise, ruh sağlığı ile ilgili sonuçlar bağlamında bakım veren kişilerin depresyon düzeyini incelemişlerdir. Araştırmanın sonuçları genel olarak Stres Süreci Modeli'ni desteklemiştir. Bulgular, bakım veren kişinin yaşı ve cinsiyeti, hastanın yaşı ve cinsiyeti; hastanın işlevsellik durumu ve hastalığın yinelemesi değişkenlerinin bakım verme rol gerilimini (%23) depresyondan (%13) daha çok açıkladığını göstermektedir. Aracı değişkenler olan başa çıkma stratejilerine ilişkin algılanan etkinlik ve sosyal desteğe ilişkin algılanan yeterlilik ise, depresyondaki varyansı (%24) gerginlikten (%9) daha fazla açıklamıştır. Örneklemin büyük çoğunluğunun meme kanseri hastalarına bakım veren kişilerden oluşması, bazı bakım verenlerin hastayla birlikte yaşarken bazılarının ayrı yaşaması, bazı bakım verenlerin hastayla akrabalık ilişkileri varken bazılarının akraba olmaması gibi sınırlılıklara rağmen; araştırmanın sonuçları, Stres Süreci Modeli'nin kemoterapi tedavisi sırasında bakım veren kişilerin tepkilerini açıklama konusunda yararlı olduğunu göstermektedir (Schumacher, Dodd ve Paul, 1993: 397-402). Yapılan ilk çalışmalardan başka birinde ise bu modele dayanarak Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme deneyimleri boylamsal olarak incelenmiştir. 122 aile üyesi ile yürütülen çalışmada, bir yıllık süre sonunda Alzheimer hastalarının kendine bakım becerilerinde bozulma ve bellek ve davranış problemlerinde artış olduğu görülmüştür. Analiz bulguları, bu birincil stres faktörlerindeki artışın bakım verenlerin ruh sağlığı ve fiziksel sağlıkları ile ilgili sonuç değişkenlerini doğrudan etkilemediğini göstermiştir. Değerlendirme, başa çıkma tepkileri ve sosyal destek değişkenlerinin ise bakım veren kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını etkilediği görülmüştür (Goode ve diğerleri, 1998: 195-196). Chronister ve Chan (2006) ise

travmatik beyin yaralanması hastalarına bakım veren kişiler için Stres Süreci Modeli'ni test ettikleri bir çalışma yürütmüştür. Çalışma bulgularının modeli desteklediği; başa çıkma, sosyal destek ve bakım vermeyle ilgili değerlendirmelerin bakım veren kişilerin yaşam kalitesine katkıda bulunduğu sonucuna ulaşmışlar ve modelin gelecekteki araştırmalar ve klinik müdahaleler için yararlı olduğunu belirtmişlerdir (Chronister ve Chan, 2006: 190). Başka bir çalışma ise palyatif bakımda olan demans ve akciğer hastalarına bakım veren eşleri ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonuçlarında bakım veren eşin cinsiyetinin kadın olmasının, sağlık sorunlarının olmasının ve olumsuz sosyal etkileşimlerin bakım veren eşlerin iyi oluşlarının olumsuz etkilenmesi açısından risk faktörleri olduğu görülmüştür. Ayrıca bakım verme görevlerini sübjektif olarak daha az stresli olarak değerlendiren, bakım vermenin anlamını ve sübjektif faydalarını bulan ve daha fazla sosyal kaynağa sahip olan bakım veren eşlerin, hastalığın durumu ve bakım vermeye ilişkin değerlendirme değişkenleri kontrol edildiğinde bile daha düşük depresyona ve daha yüksek yaşam doyumuna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Haley ve diğerleri, 2003: 215).

Modelin farklı rahatsızlıklar bağlamında incelendiği çalışmaların yanı sıra bakım verenler açısından karşılaştırmaların yapıldığı araştırmalar da yürütülmüştür. Örneğin; bir çalışmada Stres Süreci Modeli kullanılarak bakım veren ebeveynler ile bakım veren yetişkin çocuklar, sağlıkla ilgili sonuçlar açısından karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonuçları, bakım alan kişiyle aradaki aile ilişkisinden bağımsız olarak, aile talepleri yüksek olan bakım verenlerin, aile talepleri düşük olan bakım verenlere göre daha fazla kronik sağlık sorunu yaşadığını ortaya koymuştur. Ayrıca sonuçlar, bakım veren ebeveynlerin bakım veren yetişkin çocuklara kıyasla sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirdiğini ve daha fazla kronik sağlık sorunlarına sahip olduğunu göstermektedir (Zehner Ourada ve Walker, 2014: 163). Bookwala ve Schulz (2000) ise işlevselliği iyi olmayan yaşlı bireylere bakım veren kadın eşler ile erkek eşler arasındaki farklılıkları inceledikleri bir çalışma yürütmüştür. Stres Süreci Modeli'ni temel alan çalışmada, modelle tutarlı olarak, bakım alan kişinin zorlayıcı davranışları ve bakım veren eşin bakım alana günlük yaşam aktivitelerinde sağladığı yardımın miktarı birincil stresörler olarak ele alınmıştır. Bakım veren eşin kişisel ve sosyal faaliyetlere katılımı ile bakım verme sırasında bakım alan kişi ile ilişkinin kalitesi ise ikincil stresörler olarak dahil edilmiştir. Sonuç değişkeni olarak ise bakım

veren eşlerin depresif belirtilerinin düzeyi incelenmiştir (Bookwala ve Schulz, 2000: 608). Araştırmanın sonuçları, genel olarak bakım veren erkek eşlerin kadın eşlere göre daha az stresöre maruz kaldığını ve daha düşük düzeyde depresif belirti gösterdiklerini ortaya koymuştur. Bakım verme stresörleri açısından erkek eşler ve kadın eşler arasında farklılıklar görülse de bulgular; her iki grup için bakım verme deneyiminin karmaşıklığını ve modelin geçerli olduğunu göstermektedir (Bookwala ve Schulz, 2000: 614). Bakım veren kişi ile bakım alan kişinin ilişkisi ve cinsiyet ile ilgili karşılaştırmaların yapıldığı çalışmalara ek olarak, farklı kültürlerden bakım veren kişilerin deneyimi de model kapsamında incelenip karşılaştırılmıştır. Örneğin; Amerika'da yapılan bir çalışmada ise bu modeli temel alarak Alzheimer hastalarına bakım veren Siyahi ve Beyaz kişilerin bakım verme deneyimleri incelenmiştir. Siyahi bakım verenler, Beyaz bakım verenlere göre hastanın problemlerini daha az stres verici olarak değerlendirmiş ve bakım vermeyle ilgili sorunlarını yönetmede daha yüksek düzeyde öz-yeterlilik ve daha düşük düzeyde depresyon rapor etmişlerdir. Araştırmanın bulguları, iki grubun iyi oluş halindeki farklılıkların kapsamlı bir stres süreci modeli kullanılarak açıklanabileceğini göstermektedir (Haley ve diğerleri, 1996: 126). Yine Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerle yürütülen başka bir çalışmada ise Stres Süreci Modeli çerçevesinde Afrika kökenli Amerikalı bireyler ile Latin kökenli Amerikalı bireylerin bakım verme deneyimleri karşılaştırılmıştır. Araştırmacılar, sonuçların Latin kökenli Amerikalı bakım verenlerin her bir stres faktörüne karşı daha savunmasız olduğunu gösterdiğini; bunun da daha fazla sayıda aile üyesine bakım vermeleri, daha genç yaşta olmaları ve anlamlı destekleyici ilişkilerinin eksikliğine bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca bakım verme deneyimine ilişkin kültürel farklılıkların daha iyi anlaşılması ve kültüre uygun müdahalelerin geliştirilmesi için gelecekte daha büyük örneklemler ile çalışmaların yapılmasının gerekli olduğunu ifade etmişlerdir (Cox ve Monk, 1996: 93-104). Patterson ve diğerleri (1998) ise model doğrultusunda, Alzheimer hastalarına bakım veren Amerikalı ve Çinli bireylerin psikolojik ve fiziksel tepkilerini inceledikleri ve bu bakım verenleri bakım vermeyen kişilerden oluşan kontrol gruplarıyla karşılaştırdıkları bir araştırma yürütmüştür. Çalışma sonunda her iki ülkeden bakım veren kişilerin bakım vermeyen kişilere kıyasla daha yüksek düzeyde depresif ve fiziksel belirti gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Model doğrultusunda yapılan analiz

bulguları ise iki grup için diğer değişkenler ile ruhsal ve fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin çok benzer olduğunu ortaya koymuştur (Patterson ve diğerleri, 1998: 1081). Özetle, farklı rahatsızlıklar ve sorunlar bağlamında bakım veren bireylerle yürütülen araştırmalarda Stres Süreci Modeli'nin (Pearlin ve diğerleri, 1990) bakım verme deneyimini açıklamada yararlı bir çerçeve sunduğu görülmüştür. Ayrıca, model, bakım alan kişi ile farklı akrabalık ilişkileri içerisinde bulunan ve farklı kültürlerden olan bakım verenlerin deneyimlerinin karşılaştırıldığı araştırmalarda da kullanılmıştır.

Alanyazına bakıldığında Stres Süreci Modeli'ni (Pearlin ve diğerleri, 1990) inceleyen araştırmaların bağlamını çoğunlukla fiziksel rahatsızlıkların oluşturduğu, psikolojik rahatsızlıklarla ilgili çalışmaların sayıca çok daha az olduğu görülmektedir. Kronik fiziksel hastalıklar, yalnızca hasta olan kişinin kendisini değil, aynı zamanda ona bakım veren aile üyelerini de etkilemekte (Lim ve Zebrack, 2004: 1); kronik hastalığı olan kişilere bakım verenlerin üstlendiği birçok farklı sorumluluk, bakım vermeyi karmaşık bir deneyim haline getirmektedir (Revenson ve diğerleri, 2016: 5). Ancak, aile üyelerinin ruh sağlığı rahatsızlıkları olan bireylere bakım vermeleri de oldukça zorlayıcı olmaktadır; çünkü bakım verenler, bakım alan kişinin temel ihtiyaçlarını karşılamanın yanı sıra rahatsızlık veren belirtilerle de başa çıkmak zorunda kalmaktadır (Reinhard ve diğerleri, 1994: 261). Psikolojik rahatsızlıklar bağlamında Stres Süreci Modeli'ni inceleyen çalışmalardan biri, Anoreksiya Nervoza tanısı olan kişilere bakım verenler ile yürütülmüştür. Çalışmada modeli kullanarak, Anoreksiya Nervoza'da bakım verenin psikolojik sıkıntı düzeyini ve aile işlevselliğini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bulgular; bakım verme yükünün, Anoreksiya Nervoza'nın şiddeti hakkındaki çatışmanın, diğer aile üyelerinin Anoreksiya Nervoza tanısı olan kişiye ve bakım veren kişiye karşı tutum ve eylemlerinin, aileye yönelik damgalamanın ve sosyal desteğin aile işlevselliğini yordadığını göstermiştir. Araştırmacılar, çalışmanın bulgularının Anoreksiya Nervoza bağlamında modelin kullanımının yararlı ve bakım veren kişilerle çalışan klinisyenler için müdahalelerin hedeflerini belirlemede yol gösterici olduğunu ifade etmiştir (Dimitropoulos ve diğerleri, 2008: 744-739). Anoreksiya Nervoza tanısı olan kişilere bakım verenlerle yürütülen başka bir çalışmada ise, bakım verenlerin %50'sinden fazlasının anksiyete, %13'ünün ise depresyon için klinik eşik ve üzerinde puan aldığı

ve bulguların modeli desteklediği görülmüştür (Kyriacou, Treasure ve Schmidt, 2008: 239). Şizofreni, Bipolar Bozukluk ve Majör Depresif Bozukluk tanısı bulunan kişilere bakım verenlerle yürütülen başka bir çalışmada ise Stres Süreci Modeli'ne dayanarak, psikolojik dayanıklılığın cinsiyet ve bakım veren yükü arasındaki ilişki üzerindeki aracı ve düzenleyici etkisi incelenmiştir. Bulgular, modelle uyumlu olarak, psikolojik dayanıklılığın bakım verenlerin cinsiyeti ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Ayrıca, bakım veren yükü ile anlamlı bir şekilde ilişkili olan bakım verme stresörlerin bakım verme süresinin daha uzun olması, algılanan destek eksikliği ve bakım alan kişilerin davranış bozuklukları deneyimlemesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mulud ve McCarthy, 2017: 29). Çin'de yürütülen daha güncel bir çalışmada da, Şizofreni tanısı olan bireylere bakım verme bağlamında algılanan bakım verme yükünün, aile işlevselliğinin ve bakım verenlerin bakım verme konusundaki olumlu duygularının bakım alan kişinin genel işlevselliği ile bakım verenin depresif belirtileri arasındaki ilişkide aracı etkisini incelemek için Stres Süreci Modeli kullanılmıştır. Ayrıca modelin bakım alan kişinin ebeveyni olan bakım verenler ve eşi olan bakım verenler için farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bakım alan kişinin genel işlevselliğinin bakım verenin depresif semptomlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bakım vermeye ilişkin değerlendirme, algılanan bakım verme yükü, aile işlevselliği ve bakım verenin bakım vermeye yönelik pozitif duygularının; bakım alan kişinin genel işlevselliği ile bakım verenin depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ve algılanan bakım veren yükünün en güçlü etkiye sahip olduğu görülmüştür. Modelin ebeveyn olan bakım verenler ve eş olan bakım verenler arasında farklılık gösterdiği bulunmuş; algılanan bakım yükü hem eş hem de ebeveyn bakım verenler için aracılık etkisi gösterirken, aile işlevselliği sadece ebeveynler için aracılık etkisi göstermiştir. Bulgular, genel olarak Şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenlerinde modelin uygulanmasının faydalı olduğunu ortaya koymuştur (Yu ve diğerleri, 2020: 5).

Özet olarak, Stres Süreci Modeli (Pearlin ve diğerleri, 1990) yalnızca fiziksel sıkıntıları olan kişilere bakım verenlerin deneyimini anlamada değil, aynı zamanda psikolojik rahatsızlık ve problemlerin bakım veren kişilere olan etkisini ve bu bireylerin deneyimlediği süreçlerin anlaşılmasında da oldukça kullanışlı bir kuramsal çerçeve sunmaktadır. Bununla birlikte, modelde de ele alınan psikolojik yük kavramı

özellikle OKB bağlamında önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple, bir sonraki bölümde psikolojik yük kavramından bahsedilecektir.

1.3. PSİKOLOJİK YÜK

Bakım vermeyle ilgili konuların incelendiği kronik rahatsızlıkların büyük bir bölümünü iyi bir seyir izlemeyen bozukluklar oluşturmaktadır; genellikle bu rahatsızlıklar aylarca hatta yıllarca uzayabilmekte, bireyde ve ailede sıklıkla olumsuz veya yıkıcı olarak görülen değişikliklere neden olabilmektedir (Hoffmann ve Mitchell, 1998: 5). Yük kavramı da bakım veren kişilerin yakınlarına bakım vermeyi kendi duygusal veya fiziksel sağlıkları, sosyal hayatları ve finansal durumları açısından ne ölçüde zarar verici olarak algıladıkları (Zarit, Todd ve Zarit, 1986: 261) veya bakım verme deneyimiyle ilişkili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal stres faktörlerine verilen çok boyutlu bir tepki şeklinde tanımlanmaktadır (Kasuya, Polgar-Bailey ve Takeuchi, 2000: 119).

Çeşitli fiziksel rahatsızlıklar bağlamında, bakım veren kişilerin deneyimlediği yükle ilgili pek çok araştırma yapılmıştır. Örneğin, kanser tanısı sadece kişinin kendisini değil, birçok açıdan yakınlarını da etkilemektedir (Nijboer ve diğerleri, 1998: 3). Kanser hastalarına bakım veren kişilerin anksiyete ve depresyon belirtileri (Friethriksdottir ve diğerleri, 2011: 252), uyku bozukluğu, yorgunluk, ağrı (Fletcher ve diğerleri, 2008: 599) ve bakım veren yükü (Grant ve diğerleri, 2013: 337; Grunfeld ve diğerleri, 2004: 1795; Halpern, Fiero ve Bell, 2017: 1593; Rha ve diğerleri, 2015: 376; Stenberg ve diğerleri, 2014: 289) bildirdikleri görülmüştür. Benzer şekilde, felçli bireylere bakım veren kişiler de anksiyete, depresif belirtiler, yaşam kalitelerinde bozulma ve önemli düzeyde bakım veren yükü rapor etmişlerdir (McCullagh ve diğerleri, 2005: 2183; Morimoto, Schreiner ve Asano, 2003: 218; Pont ve diğerleri, 2018: 3; Rigby, Gubitz ve Phillips, 2009: 285). Travmatik beyin hasarı olan hastalara bakım verenlerle yürütülen çalışmalar da bu kişilerin önemli düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri ve yük deneyimlediklerini göstermektedir (Marsh ve diğerleri, 1998a: 1045; Marsh ve diğerleri, 1998b: 225; Marsh ve diğerleri, 2002: 434; Nabors, Seacat ve Rosenthal, 2002: 1039).

Fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra, ruh sağlığı sorunları olan bireylere bakım vermek özellikle zorlayıcı olmaktadır, çünkü bakım verenler temel bakım ihtiyaçlarını karşılamakla birlikte rahatsızlık veren semptomlarla da başa çıkmak zorunda kalmakta (Reinhard ve diğerleri, 1994: 261) ve bozukluğun yakınları üzerindeki yıkıcı etkilerine tanık olmaktadırlar (Reinhard ve Horwitz, 1995: 741). Fiziksel rahatsızlığı olan birine bakım veren kişiler ile ruh sağlığı sorunları olan bir bireye bakım veren kişiler karşılaştırıldığında, ruh sağlığı sorunları olan bireye bakım verenlerin daha fazla duygusal yük ve daha kötü yaşam kalitesi düzeyi bildirdikleri görülmektedir (Settineri ve diğerleri, 2014: 36). Ruh sağlığı sorunları bağlamında bakım verme yükü, bakım veren kişilerin ruh sağlığı sorunları olan bir bakım alan için ücretsiz ve beklenmedik bir şekilde sorumluluk üstlendiklerinde ortaya çıkan olumsuz etkiler olarak tanımlanmaktadır (Schene, Tessler ve Gamache, 1994: 229). Özellikle 1960'lı yıllarda başlayan kurumsuzlaştırma, yani ruh sağlığı hastanelerinde yatan bireyleri topluma kazandırma hareketi ile birlikte birçok aile ruh sağlığı sorunları olan bir yakınlarına bakmak durumunda kalmış ve bakım verme görevleriyle başa çıkmaya başlamıştır (Aviram, 1990: 72; Baronet, 1999: 819; Hatfield, 1987: 51; Schene, Tessler ve Gamache, 1994: 228). Alanyazında da ruh sağlığı sorunları olan bireylere bakım verenlerin deneyimlerini inceleyen çalışmaların hız kazandığı görülmektedir.

Farklı psikolojik rahatsızlıklar bağlamında bakım veren bireylerin deneyimlediği yük ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Örneğin, Şizofreni tanısı olan bireylere bakım veren ebeveynlerle yürütülen bir araştırmada, bakım verenlerin kontrol grubuna kıyasla daha düşük düzeyde yaşam kalitesi rapor ettikleri ve düşük düzeydeki yaşam kalitesinin yüksek düzeydeki bakım verme yükü ile ilişkili olduğu görülmüştür (Foldemo ve diğerleri, 2005: 135). Başka bir çalışmada ise, bozukluğun akut döneminde bakım verenlerin yüksek düzeyde yük deneyimledikleri ortaya konmuştur. Bu yükün de rahatsız edici davranışlar gibi bozukluğun doğası ile ilgili faktörler, bakım alan kişi ile geçirilen zaman ve bakım verenlerin daha düşük düzeyde sosyal aktivitelere katılımı gibi bakım vermenin sonuçları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lauber ve diğerleri, 2003: 288). Farklı çalışmalarda da Şizofreni tanısı olan bireylere bakım verenlerin önemli düzeyde bakım verme yükü deneyimlediği tutarlı olarak ortaya konmuştur (örn. Dyck, Short ve Vitaliano, 1999; Grandon, Jenaro ve Lemos, 2006; Hou ve diğerleri, 2008; Hsiao, Lu ve Tsai, 2020; Möller-Leimkühler

ve Wiesheu, 2008; Ribe ve diğerleri, 2018; Yazıcı ve diğerleri, 2016; Zhou ve diğerleri, 2016). Benzer şekilde, Bipolar Bozukluk tanısı olan bireylere bakım veren kişilerin de en az %93'ü orta düzeyde ve %54'ü yüksek düzeyde bakım veren yükü deneyimlemektedir (Perlick ve diğerleri, 1999: 60). Bununla birlikte, Bipolar Bozukluğun epizodik ve döngüsel doğası nedeniyle bakım verenlerin maruz kaldığı stres ve hastanın durumu arasındaki ilişki, diğer ruh sağlığı sorunları bağlamında bakım verme deneyiminden farklı olarak ilerleyebilmektedir (Erten ve diğerleri, 2014: 1; Ogilvie, Morant ve Goodwin, 2005: 25; Perlick ve diğerleri, 2001: 32; Van der Voort, Goossens ve Van der Bijl, 2007: 685). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğa ek olarak, Yeme Bozuklukları (örn. Highet, Thompson ve King, 2005; Padierna ve diğerleri, 2013; Stefanini ve diğerleri, 2019), Anksiyete Bozuklukları (örn. Kalra ve diğerleri, 2008; Senaratne ve diğerleri, 2010) ve Depresyon (örn. da Silva ve diğerleri, 2014; Zendjidjian ve diğerleri, 2012) gibi ruh sağlığı sorunları olan bireylere bakım verenlerin de bakım vermeye ilişkin yük deneyimlediklerini gösteren araştırmalar mevcuttur.

Yukarıda açıklanan ruh sağlığı rahatsızlıklarında olduğu gibi, Obsesif-Kompülsif Bozukluğu (OKB) olan kişilerin çoğu da bakımları için aile üyelerine bağımlı olmaktadır. Aile üyeleri de sıklıkla OKB'si olan yakınlarının ritüellerine ve bozukluğa ilişkin davranışlarına dahil olmakta; bu durum ailenin yaşamında baskın hale gelebilmekte ve aile üyeleri arasında nasıl tepki verileceği konusunda yoğun bir anlaşmazlığa neden olabilmektedir. Ayrıca madde kullanımı, depresyon, suçlama ve sosyal damgalanma gibi eşlik eden semptomlar ve ikincil etkiler de kişi ile yakınları arasındaki etkileşimleri etkilemekte ve ailelerde duygusal stres, yeti yitimi ve yüke neden olmaktadır (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 35). OKB tanısı olan bir yakını bulunan aile üyelerinin %82'si kişisel yaşamlarında aksama olduğunu, %76'sı bakım verme yükünün bir aile üyesi tarafından deneyimlendiğini belirtmektedir. Ayrıca %72'si kişilerarası ilişkilerde bir kayıp yaşadıklarını ve %69'u da OKB'nin bir sonucu olarak evlilik içerisinde anlaşmazlık yaşadıklarını bildirmektedir. Bunlarla birlikte %64'ü boş zaman kaybı ve %62'si finansal problemler rapor etmiştir (Cooper, 1996: 299-300). OKB'ye sahip olan kişiler utanç duymaları, diğer insanların olumsuz tepkiler verme ihtimali gibi nedenlerle obsesyonlarının içeriğini ve sıklığını uzun süreler saklayabilmekte ve yalnızca birkaç yakınları ile paylaşabilmektedirler (Newth

ve Rachman, 2001: 461-462). Bununla birlikte, yalnızca OKB'si olan kişinin kendisi değil, aile üyeleri de damgalama ile ilgili sıkıntılar yaşamaktadır (Mehra, Avasthi ve Grover, 2021: 125). OKB tanısı olan bireylerin ebeveynleri, eşleri ve çocukları bozukluğun başlangıcında, çevreyle etkileşimlerinde, aile içerisinde, tıbbi tedavi hizmetlerinde vb. gibi yaşamlarının farklı alanlarında damgalama korkusu yaşadıklarını ve damgalamayla karşılaştıklarını bildirmektedir (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 94).

Alanyazın incelendiğinde Şizofreni, Bipolar Bozukluk gibi ruh sağlığı rahatsızlıklarına kıyasla OKB tanısı olan bireylere bakım verenlerin deneyimlediği yük ile ilgili yapılan araştırmaların daha az sayıda olduğu görülmektedir. Ancak, araştırma bulguları, OKB'nin neden olduğu bakım verme yükünün Şizofreniye kıyasla fazla olduğunu ya da neredeyse aynı düzeyde olduğunu göstermektedir (örn. Jayakumar, Jagadheesan ve Verma, 2002; Kalra ve diğerleri, 2009; Pandey ve diğerleri, 2020). OKB ve Şizofreni tanısı bulunan kişilere bakım verenler; fiziksel ve zihinsel sağlık, sosyal destek, bakım verenin rutini, bakım alanın desteği, sorumluluk alma ve toplam yük açısından benzer düzeylerde yük bildirmişlerdir. Eş ile ilgili alanda ve bakım vermeye ilişkin stratejiler alanında OKB tanısı olan kişilere bakım verenlerin Şizofreni tanısı olan kişilere bakım verenlere kıyasla daha yüksek düzeyde yük bildirdikleri görülmüştür (Jayakumar, Jagadheesan ve Verma, 2002: 339-340). Başka bir çalışmada da Şizofreni ve OKB'nin aile üyelerinin psikolojik ve fiziksel sağlıkları üzerindeki yükünün benzer düzeyde olduğu ve OKB tanısı olan kişilerin işlevselliğindeki bozulmaların finansal yük, aile rutininin bozulması, ailenin boş zaman aktivitelerinin bozulması ve aile etkileşimlerinin bozulması şeklindeki dört bakım verme yükü alanıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Thomas ve diğerleri, 2004: 241-242). Bu bulgulara ek olarak, OKB tanısı olan bireylere bakım verenlerin, Şizofreni tanısı olan bireylere bakım verenlere kıyasla daha çok anksiyete ve uyku bozukluğu yaşadıkları (Oza, Parikh ve Vankar, 2017: 36) ve Depresyon tanısı olan bireylere bakım verenlere kıyasla aile etkileşimlerinin bozulması, fiziksel sağlık ve toplam aile yükü açısından daha fazla yük deneyimledikleri görülmüştür (Vikas, Avasthi ve Sharan, 2011: 48). Sonuç olarak, OKB de diğer rahatsızlıklar gibi bakım veren kişilerin yaşamını ciddi derecede etkilemekte ve bakım vermeye ilişkin yük yaşamalarına neden olmaktadır.

Diğer ruhsal rahatsızlıklarla karşılaştırmaların yapıldığı çalışmaların yanı sıra, OKB tanısı olan bireylere bakım verenlerin deneyimlediği yükü ve ilişkili faktörleri inceleyen başka araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Laidlaw ve diğerleri (1999), OKB tanısı olan bireylere bakım verenlerin %48'inin orta düzeyde ve %28'inin yüksek düzeyde yük bildirdiklerini belirtmiştir. Bakım veren kişilerin %57'si fiziksel bir sağlık sorununa, %13'ü ise ruhsal bir rahatsızlığa sahip olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, bakım verenler yaşamlarındaki stres kaynaklarını değerlendirmiş ve yaşam olaylarının etkisi ile OKB'nin neden olduğu sıkıntıyı en yüksek stres kaynakları olarak rapor etmişlerdir. %35'i ise bakım verme rolünün devam etmesi ihtimali nedeniyle yüksek düzeyde sıkıntı hissettiğini ifade etmiştir (Laidlaw ve diğerleri, 1999: 447-448). Ramos-Cerqueira ve diğerleri de (2008), OKB tanısı olan 50 kişi ve bakım verenleri ile yürüttükleri çalışmada, bakım verenlerin %42'sinin bir ruhsal bozukluk için yeterli puan aldıklarını, ancak sadece %8'inin tedavi almakta olduğunu, %24'ünün ise daha önce psikolojik veya psikiyatrik bir tedavi aldığını rapor etmişlerdir. Ayrıca, bakım verenler için ruh sağlığı sorunlarının varlığı ve bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri yükün bakım vermenin yarattığı sıkıntı düzeyi, sağlık durumları ve bakım alanların depresif ve obsesif-kompülsif semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Ramos-Cerqueira ve diğerleri, 2008: 1023-1024). Başka bir çalışmada ise OKB bağlamında bakım vermeye ilişkin yükün boyutları incelenmiştir. OKB'si olan kişiyle birlikte yaşamanın rahatsızlık veya tahammülsüzlük duyguları boyutu ile, OKB'si olan kişinin ebeveyni veya çocuğu olmanın ise güvensizlik duygusu boyutu ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Cinsiyetler açısından, bakım verenin cinsiyetinin kadın olması, güvensizlik duygusu ve utanç boyutu ile ilişkili bulunmuştur. Bakım verenin çalışmıyor olmasının ise bakım verenin kişisel yaşamına müdahale, bakım alanın bağımlılık düzeyine ilişkin algı, güvensizlik duygusu ve utanç boyutları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bakım verenlerin sağlık durumunun kötü olması da bakım verenin kişisel yaşamına müdahale, güvensizlik duygusu ve utanç boyutlarıyla ilişkilidir. Bakım verme yükünün tüm boyutlarının daha yüksek düzeyde OKB şiddeti ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım verenin kişisel yaşamına müdahale, bakım alanın bağımlılık düzeyine ilişkin algı, güvensizlik duygusu ve utanç

boyutlarının ise bakım verenin daha yüksek psikolojik sıkıntı düzeyi ile ilişkili bulunduğu belirtilmiştir (Torres ve diğerleri, 2012: 435).

Özetle, kronik bir rahatsızlığı olan birine bakım vermek, bakım veren kişilerin önemli düzeyde psikolojik yük deneyimlemesine neden olmaktadır. Fiziksel rahatsızlıklar bağlamında, bakım verme yükünün incelendiği pek çok araştırmanın yürütüldüğü görülmektedir. Bununla birlikte, ruh sağlığı sorunları olan bir yakına bakım vermek de fiziksel rahatsızlıkları olan birine bakım vermek kadar zorlayıcı olabilmektedir. Özellikle, OKB'nin kronik seyirli ve bireyin yaşamına müdahale eden doğası göz önünde bulundurulduğunda, OKB tanısı olan kişilere bakım verenlerin de önemli düzeyde psikolojik yük deneyimledikleri görülmektedir. Sonraki bölümde, OKB'den muzdarip kişileri ve yakınlarını etkileyen başka bir faktör olarak aile uyumundan söz edilecektir.

1.4. AİLE UYUMU

OKB; genellikle kişinin ailesinin de dikkatini çeken ve aile üyelerinde sempati, endişe, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk gibi bir dizi tepkiye neden olan bir bozukluktur. Bozukluğa sahip olan kişinin yakınları duygusal olarak aşırı ilgili hale gelebilmekte, OKB semptomlarına aşırı uyum gösterebilmekte veya hoşgörüsüz ve karşıt olabilmektedir. Kişinin farklı yakınlarının birbirinden farklı tepkiler verebildiği gibi, bir yakının tepkileri de değişkenlik gösterebilmektedir; bazen anlayışlı bazen de eleştirel, hatta düşmanca tepkiler verebilmektedir (Abramowitz, 2006: 129; Steketee ve diğerleri, 1998: 74). Aile üyelerinin %60'ının OKB'si olan yakınlarının ritüellerine dahil olduğu görülmüştür (Shafran, Ralph ve Tallis, 1995: 472). Calvocoressi ve diğerleri (1995) de OKB'si olan kişinin yakınlarının %88.2'sinin OKB semptomlarına uyum gösterdiğini bildirmiştir. Yakınların OKB'si olan kişinin semptomlarına katılımı temizleme ritüellerine dahil olmayı, basit görevlerde yardımcı olmayı ve aile üyeleriyle fiziksel temastan kaçınmayı içermekle birlikte, birçok yakın da kişisel ve aile rutinlerinde daha kapsamlı değişiklikler rapor etmiştir. Ayrıca yakınların deneyimlediği sıkıntı, OKB'si olan yakınlarına ne kadar uyum gösterdikleriyle ilişkili bulunmuştur. OKB'ye sahip olan kişinin ihtiyaçlarına uyum göstermeyi reddettiklerinde ise yakınların bir bölümü sözlü (%23.5) ve fiziksel (%5.9) olarak

olumsuz davranışlara maruz kaldıklarını ve yaklaşık üçte biri ise OKB'si olan yakınının şiddetli veya engelleyici düzeyde anksiyete yaşadığını bildirmiştir (Calvocoressi ve diğerleri, 1995: 441-442).

"Aile uyumu" OKB'si olan kişinin kirli veya potansiyel olarak bulaşıcı herhangi bir şeye dokunmadan doğru duş alıp almadığının kontrol edilmesi, havluların kirli yüzeylere temas etmemesine özellikle dikkat edilerek kişiye verilmesi gibi kompulsiyonlara doğrudan katılma veya kişi ritüellerini gerçekleştirirken yardım etme şeklindeki davranışları içermektedir. Ayrıca, bulaşma obsesyonu olan bir kişi için eve girmeden önce soyunmak, kıyafetleri evde belirli bir yere koymak, evi bu kirli giysiler ile kirletmekten kaçınmak ve kirli olmayan odalara girmeden hemen önce yıkanmak zorunda kalmak gibi OKB'si olan kişinin obsesyon ve kompulsiyonlarını tetikleyebilecek tetikleyicilerden kaçınmasına yardımcı olmayı da kapsamaktadır (Albert, Baffa ve Maina, 2017: 294). Bunlarla birlikte yakınlar güvence sağlayarak; çalışma programı, boş zaman etkinlikleri ve aile etkileşimleri gibi unsurları içeren kişisel rutinlerini OKB'si olan kişinin semptomlarına uyacak şekilde düzenleyerek de uyum gösterebilmektedir (Albert ve diğerleri, 2010: 205). Bir çalışmada, OKB'si olan kişilerin yakınlarının %96.9'unun uyum gösterdiği ve %59.1'inin en az her gün bu davranışları sergilediği görülmüştür. En yaygın uyum davranışlarının ise güvence sağlamak ve ritüelin tamamlanmasını beklemek olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, OKB belirti şiddetinin ve temizlik/kirlenme belirtilerinin varlığının yakınların uyum davranışlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Stewart ve diğerleri, 2008: 67-68). Verma ve diğerleri (2018) de benzer şekilde, yakınların %97.45'inin günlük rutinlerinde OKB belirtilerine uyum gösterdiğini ve kirlenme/temizlik boyutundaki belirtilerin şiddeti arttıkça yakınların daha çok uyum davranışı sergilediklerini ortaya koymuştur (Verma ve diğerleri, 2018: 60). Başka bir çalışmada da en yaygın uyum davranışlarının güvence sağlamak (%87.5) ve tetikleyicilerden kaçınmaya yardım etmek (%71.9) olduğu ve toplamda yakınların %96.9'unun uyum davranışları gösterdiği rapor edilmiştir. Ayrıca Depresyon tanısı olan kişilere kıyasla OKB tanısı olanların, yakınları uyum davranışları sergilemediğinde daha yüksek düzeyde öfke gösterdikleri bildirilmiştir (Vikas, Avasthi ve Sharan, 2011: 48-49). Ebeveynler, eşler, kardeşler ve çocuklarla birlikte aile dışından olan yakınlar veya bakım verenler de OKB'si olan kişinin semptomlarına yönelik uyum davranışları gösterebilmektedir (Albert, Baffa ve

Maina, 2017: 294). Uyum davranışları sergilemenin nedenlerine bakıldığında, yakınlar genellikle, OKB semptomlarıyla yüzleşmekten kaçınmak için veya sevdiklerinin yoğun bir kaygı içerisinde sıkıntı yaşadığını görmek istemediklerinden dolayı uyum davranışları sergilemektedir (Abramowitz, 2006: 129; Steketee ve Van Noppen, 2004: 59). Ayrıca, OKB'si olan yakının kompulsiyon ve ritüellerle daha az zaman geçirmesini sağlamak için de uyum gösterebilmektedirler (Lee ve diğerleri, 2015: 2).

Uyum göstermenin OKB tanısı olan bireylerin yakınları açısından çeşitli olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Aile üyelerinin, OKB'si olan yakınları nedeniyle rutinlerini değiştirmek zorunda kalmalarının daha fazla depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmüştür. OKB'si olan kişiye yardım etmemeleri nedeniyle üzülmesinin ise yakınlardaki daha fazla depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Yakınların uyum göstermeyi reddetmelerinin ve OKB'si olan kişinin ritüellerine yardım etmelerinin de depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Amir, Freshman ve Foa, 2000: 213). Bunlara ek olarak, OKB'si olan kişinin yakınlarının OKB semptomlarına daha çok uyum göstermesi daha yüksek düzeydeki bakım verme yükü (Cherian ve diğerleri, 2014: 374; Lee ve diğerleri, 2015: 8; Ramos-Cerqueira ve diğerleri, 2008: 1024; Torres ve diğerleri, 2012: 435) ve daha düşük düzeydeki yaşam kalitesi (Albert ve diğerleri, 2010: 208; Cherian ve diğerleri, 2014: 377) ile ilişkili bulunmuştur.

Aile uyumu, OKB tanısı olan kişilerin yakınlarını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, OKB'si olan kişi ve bozukluğun gidişatı üzerinde de olumsuz etkilere yol açmaktadır. Genel olarak, aile uyumu daha şiddetli psikopatoloji ve daha kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir (Lebowitz, Panza ve Bloch, 2016: 45). Yakınlar, OKB'nin neden olduğu sıkıntıyı hafifletmek, kompulsiyonların veya ritüellerin aldığı zamanı azaltmak amacıyla veya uyum göstermeyi reddettiklerinde OKB'si olan kişi öfkelendiği için uyum gösterseler de; uyumun OKB'si olan kişinin korktuğu durumlarla yüzleşmesini engelleyerek bozukluğu sürdüğü düşünülmektedir (Albert, Baffa ve Maina, 2017: 297; Wu ve diğerleri, 2016: 35). Aile üyesi ritüele katıldığı zaman OKB'si olan yakınının istenmeyen düşüncesinin önemli olduğu ve yanıtlaması gerektiği yönündeki inancını dolaylı olarak pekiştirmektedir (Strauss, Hale ve Stobie, 2015: 96). Uyum devam ettikçe OKB'ye sahip olan bireylerin kaçınma davranışlarında ve kompulsif davranışlarda bulunmaya devam etme olasılığı da daha yüksek olmakta ve OKB ile

ilişkili sıkıntılarıyla başa çıkmak için daha uyumlu değerlendirmeler ve davranışlar geliştirmelerinin engellendiği olumsuz bir pekiştirme döngüsü ortaya çıkmaktadır (Wu ve diğerleri, 2016: 35). OKB'si olan bireylerde bozukluğun gidişatının 1 yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada, iyileşme göstermeyen OKB'li bireylerin ailelerinin, iyileşme gösterenlerin ailelerine kıyasla başlangıçta daha yüksek düzeyde aile uyumu gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca, başlangıçta daha yüksek düzeydeki aile uyumunun iyileşmeye kadar geçen süreyi önemli ölçüde yordadığı görülmüştür. Bozukluğa sahip olan kişinin yakınlarının semptomlara uyum göstermesinin OKB'nin gidişatı üzerinde önemli olumsuz etkileri olduğu ifade edilmiştir (Cherian ve diğerleri, 2014: 374-375). Bozukluğun gidişatının yanı sıra, aile uyumunun tedavi sonuçlarını da önemli ölçüde etkilediği ve tedaviye ilişkin dirençle ilişkili olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur. OKB'si olan çocukların ebeveynlerinin semptomlara uyum düzeyinin düşük olması daha iyi tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (Garcia ve diğerleri, 2010: 1030; Gorenstein ve diğerleri, 2015: 164; Merlo ve diğerleri, 2009: 358-359; Piacentini ve diğerleri, 2011: 1156; Rudy ve diğerleri, 2014: 438; Whiteside ve diğerleri, 2014: 444). OKB'ye sahip olan yetişkinler için de aile uyum düzeyinin yüksek olması tedavi sonrasındaki OKB semptom şiddetinin daha yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur (Amir, Freshman ve Foa, 2000: 215). OKB'si olan kişiler ve romantik partnerleri ile yürütülen başka bir çalışmada ise tedavi sonrasındaki partnerlerin semptomlara uyum düzeyi ile OKB semptom şiddetinin ilişkili olduğu görülmüştür (Boeding ve diğerleri, 2013: 320). Yetişkinlerle yürütülen başka bir çalışmada ise OKB'de tedaviye ilişkin direnç ile ilişkili faktörleri araştırmak için tedaviye direnç gösteren OKB'si olan 23 kişi ve tedaviye yanıt veren OKB'si olan 26 kişi karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarında, cinsel/dini içerikli semptomların varlığı ve düşük sosyoekonomik düzey ile birlikte aile uyum düzeyinin direnç ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler olduğu ortaya konmuştur (Ferrao ve diğerleri, 2006: 205). Bilişsel-davranışçı terapi alan OKB'ye sahip bireyler ve yakınları ile yürütülen daha güncel bir çalışmada da aile uyumunun tedavi öncesinden tedavi sonrasına kadar önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Ayrıca bulgular, aile uyumundaki azalmanın daha çok olmasının tedavi sonrasında daha düşük OKB semptom şiddeti seviyeleri ve daha iyi genel işlevsellik düzeyleri ve iyileşme durumuna ulaşma olasılığının daha yüksek olması ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (van den Berg, van der Veld ve Kampman, 2022: 5).

Alanyazına bakıldığında, yakınların OKB semptomlarına katılımının olumsuz etkilerinin gösterildiği çalışmaların yanı sıra, uyum davranışlarını azaltmaya yönelik müdahale çalışmalarının yapıldığı da görülmektedir. Thornicroft, Colson ve Marks (1991) yakınların semptomlara katılımını azaltmak amacıyla yatarak tedavi gören kişilerle yürüttükleri maruz bırakma ve tepki önleme müdahalesine yakınların bozukluğa sahip olan kişinin davranışlarını izlemesini ve maruz bırakma uygulamalarını teşvik etmesini içeren bir eğitim bileşenini eklemişlerdir. Sonuçlarda, büyük bölümü OKB'ye sahip olan katılımcıların semptomlarında %45 düzeyinde azalma olduğu, müdahalenin kazanımlarının 6 aylık takip süresi sonunda da sürdürüldüğü ve yakınların deneyimlediği yükün de azaldığı görülmüştür (Thornicroft, Colson ve Marks, 1991: 365). Başka bir araştırmada ise, yalnızca maruz bırakma ve tepki önleme müdahalesi uygulanan OKB'ye sahip bireyler ile bu müdahaleyle birlikte bir aile üyelerinin de 8 haftalık aile müdahale grubuna katıldığı OKB'si olan kişiler karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, aile üyesi müdahale grubuna dahil olan katılımcıların, aile üyesi dahil olmayanlara kıyasla OKB belirtilerinde daha fazla azalma yaşadığını göstermektedir. Ayrıca aile üyesi müdahale grubunda olan OKB'si olan katılımcıların depresif semptomlarda daha büyük bir azalma gösterdiği bulunmuştur. OKB'si olan kişiler dışında, müdahale alan gruptaki aile bireylerinin de anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen kazanımların 1 aylık takip süresi sonrasında da korunduğu belirtilmiştir (Grunes, Neziroğlu ve McKay, 2001: 811-812). Thompson-Hollands ve diğerleri (2015) ise OKB'si olan kişilerin yakınlarında aile uyumunu azaltmayı amaçlayan bir müdahale geliştirmiş ve etkilerini incelemiştir. Yukarıda anlatılan diğer çalışmalarda olduğu gibi, OKB'si olan 18 kişi maruz bırakma ve tepki önleme müdahalesi almışlardır. OKB'si olan kişilerin yakınlarına yönelik müdahale ise 2 hafta ara ile 2 saat süren oturumlar şeklinde gerçekleştirilmiştir. İlk oturum OKB ve maruz bırakma ve tepki önleme müdahalesi hakkında psikoeğitim ile başlamıştır. Daha sonra uyum kavramı tanıtılmış, hangi yollarla uyum gösterilebileceği ve uyum davranışlarının kompulsiyonlara benzer şekilde işlev gösterdiği tartışılmış; yakınların bu davranışları nasıl azaltabileceği ise problem çözme yaklaşımı ile ele alınmıştır. Ayrıca bu değişiklikleri nasıl yapacakları ve OKB'si olan yakınlarının tepkilerine nasıl karşılık verecekleriyle ilgili canlandırma uygulamaları yapılmıştır. İkinci oturumda ise problem çözme,

planlama ve yakınların soruları gibi konular üzerine odaklanılmıştır (Thompson-Hollands ve diğerleri, 2015: 221). Araştırmanın sonuçları, müdahalenin aile uyum düzeylerini başarılı bir şekilde azalttığını ortaya koymuştur. Ayrıca, yakınları müdahale alan OKB'si olan kişilerin yakınları müdahale almayanlara göre OKB semptom şiddetinde daha fazla düşüş yaşadığı görülmüştür. Başlangıçtan itibaren aile uyum düzeylerindeki değişimin OKB semptomlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Thompson-Hollands ve diğerleri, 2015: 223-224). Başka bir çalışmada ise OKB'ye yönelik yürütülen bilişsel-davranışçı grup terapisinin iki oturumuna aile üyeleri dahil edilmiştir. Bu iki oturumda OKB, bilişsel-davranışçı terapi ve uyum davranışlarının nasıl azaltılabileceği hakkında psikoeğitim sağlamak amaçlanmıştır. Sonuçlar, müdahale sonrasında aile uyum düzeylerinin önemli ölçüde azaldığını göstermektedir (Gomes ve diğerleri, 2016: 72-73). Takip çalışmasında da aile uyumundaki azalmanın tedaviden sonra %39, 3 yıl sonunda ise %51 oranında devam ettiği görülmüş ve aile uyumunu değerlendirmenin ve aile üyelerini tedaviye dahil etmenin önemli olduğu vurgulanmıştır (Gomes, Cordioli ve Heldt, 2017: 108).

Sonuç olarak, OKB semptomlarına yönelik uyum davranışları göstermek OKB'ye sahip olan bireylerin yakınları arasında yaygın bir tepki olmakta ve bu kişilerin iyilik halini önemli ölçüde etkilemektedir. Aile uyumu, aynı zamanda, bozukluğun gidişatını ve tedavi sonuçlarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, OKB bağlamında hem bakım verenler hem de bozukluğa sahip olan kişiler için aile uyumunun göz önünde bulundurulması önemli olmaktadır. Aile uyumunu azaltmaya yönelik müdahale ve tedavi çalışmaları, OKB'si olan bireyler ve yakınları için olumlu etkiler sunmaktadır. Sonraki bölümde ise yakınların OKB belirtilerine yönelik tepkilerini etkileyen diğer bir faktör olarak ruh sağlığı okuryazarlığından bahsedilecektir.

1.5. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI

"Sağlık okuryazarlığı" kavramı, bireylerin sağlıklarını geliştirecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil etmekte (Nutbeam, 1998: 357; Nutbeam, 2000: 263-264; Nutbeam ve Kickbush, 2000: 183) ve

gözlemlenebilir bu becerilerin düzeyi kişiden kişiye göre değişmektedir (Nutbeam ve Lloyd, 2021: 161). Dolayısıyla, bireylerin sağlık okuryazarlıklarının ne düzeyde olduğunu inceleyen araştırmalar yürütülmüştür. Örneğin, iki farklı örneklem ile ve farklı ölçüm araçları kullanılarak İrlanda'da sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelendiği bir çalışmada, toplum örnekleminde bireylerin %18.4-%57.2 oranlarında kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip oldukları; hastalar ve aile üyelerinin ise %14.1-%21.9'unun sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kısıtlı olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar, katılımcıların en az %14'ünün sağlığı geliştirme, koruma ve yönetme becerileri etkileyebilecek sınırlı bir sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ifade etmiştir (Sahm ve diğerleri, 2012: 106). Çin'de gerçekleştirilen bir araştırmada ise 15-69 yaş arasındaki bireylerin %84.5'inin düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (Wu ve diğerleri, 2017: 6). Amerika'da yürütülen 85 çalışmanın sonuçları incelediğinde, düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı yaygınlığının %68'e kadar çıkabildiği, ortalama olarak ise %26 olduğu ortaya konmuştur (Paasche-Orlow ve diğerleri, 2005: 175). Avrupa'da da düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı yaygınlığının %27 ile %48 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (Baccolini ve diğerleri, 2021: 753). İngiltere'de ise düşük sağlık okuryazarlığı yaygınlığına dair sonuçların %11.4 ile %52 arasında değiştiği görülmektedir (Protheroe ve diğerleri, 2016: 112; Simpson, Knowles ve O'Cathain, 2020: 5; von Vagner ve diğerleri, 2007: 1086). Diğer çalışmalara bakıldığında, düşük sağlık okuryazarlığı oranları Japonya'da %15.5 (Tokuda ve diğerleri, 2009: 413), Tayvan'da %30.3 (Lee ve diğerleri, 2020: 4) ve Nijerya'da %25.2 (Kuyinu ve diğerleri, 2020: 6) olarak bulunmuştur. Ülkemizde ise birinci basamak sağlık hizmetine başvuran yetişkinlerin %73.5 (Özkan ve diğerleri, 2020: 31) ve %75.7'sinin (Yakar, Gömleksiz ve Pirinççi, 2019: 27); ebeveynlerin %62.8'inin (Ertuğrul ve Albayrak, 2021: 186) ve üniversite öğrencilerinin %57.8'inin (Şahinöz, Şahinöz ve Kıvanç, 2018: 71) düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulunmuştur.

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlığa ilişkin davranışlarını etkilemekte; buradan hareketle sağlık sonuçlarının da sağlık okuryazarlığından etkilendiği bildirilmektedir (Baker, 2006: 880; Berkman ve diğerleri, 2011: 97; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007: 19; Parker, 2000: 277; von Vagner ve diğerleri, 2009: 860). Genel örneklemler ile yürütülen çalışmalarda, yetersiz düzeydeki sağlık

okuryazarlığının daha kötü fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Amoah, 2018: 266; Lee ve diğerleri, 2010: 5; Suka ve diğerleri, 2015: 666; Tokuda ve diğerleri, 2009: 411; Zhang, Or ve Chung, 2021: 617). Bununla birlikte, belirli bir rahatsızlık veya engele sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Örneğin, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan diyabetli bireylerin daha kötü glisemik kontrol (Ferguson ve diğerleri, 2015: 314; Powell, Hill ve Clancy, 2007: 147) ve daha çok göz ile ilgili komplikasyonlar gösterdikleri (Schillinger ve diğerleri, 2002: 475) bulunmuştur. Astımı olan kişilerde de düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin uzun vadede daha kötü astımla ilişkili yaşam kalitesi ve fiziksel işlevsellik ve daha fazla acile başvuru ile ilişkili olduğu görülmüştür (Adams ve diğerleri, 2009: 602; Mancuso ve Rincon, 2006: 814). Başka bir araştırmada da benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek olan astımlı bireylerin daha iyi düzeyde tedaviye uyum, astım kontrolü ve astımla ilişkili yaşam kalitesine sahip oldukları rapor edilmiştir (Apter ve diğerleri, 2013: 324). Yaşlı bireyler arasında da sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının daha kötü fiziksel ve psikolojik sağlık düzeyi ile rutin aktivitelerde daha fazla kısıtlanma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Wolf, Gazmararian ve Baker, 2005: 1949). Prospektif çalışmalarda, yaşlı bireylerde düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı ile ölüm oranları ilişkili bulunmuş; ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan yaşlı bireylerin kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölüm riskinin daha yüksek olduğu (Baker ve diğerleri, 2007: 1507) ve daha fazla depresif semptom, kronik hastalık ve fiziksel kısıtlanma deneyimledikleri görülmüştür (Bostock ve Steptoe, 2012: 3). Benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan yaşlı bireylerin daha kötü sağlık durumu değerlendirmelerine; daha yüksek düzeyde ağrı, artrit ve hipertansiyon yaşama oranlarına; daha kötü fiziksel işlevsellik düzeyine ve daha fazla aktivite kısıtlamasına sahip oldukları rapor edilmiştir (Kim, 2009: 2337).

Bakım verme; sağlık uzmanlarıyla bakım alan kişinin durumu ve ihtiyaçlarıyla ilgili iletişim kurma, ilaç takibi ve beslenme gibi karmaşık tıbbi konuları yönetme ve sağlık hizmetleriyle ilgili kararlar alma gibi görevleri de içerdiğinden (Bevan ve Pecchioni, 2008: 357; Schulz ve Tompkins, 2010: 123), bakım veren bireylerin sağlık okuryazarlıklarının ne düzeyde olduğunun da sağlık sonuçlarını etkileyebileceği söylenebilir. Örneğin, alanyazına bakıldığında, ebeveynlerin sağlık

okuryazarlıklarının çocukların sağlık sonuçları üzerindeki etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ebeveynlerin düşük sağlık okuryazarlığı, çocukların daha yüksek oranda acil serviste tedavi almalarıyla ilişkilidir (Morrison ve diğerleri, 2014: 309). Ayrıca, tip-1 diyabetli çocukların ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması çocukların daha iyi kan şekeri kontrolü (Pulgaron ve diğerleri, 2014: 69) ve astımı olan çocukların ebeveynlerinin daha iyi sağlık okuryazarlığı ise çocukların daha iyi astım kontrolü ile ilişkili bulunmuştur (Harrington ve diğerleri, 2015: 22). Benzer şekilde ebeveynlerin daha iyi düzeydeki sağlık okuryazarlığının çocuklarının diş ile ilgili sağlık sonuçlarının daha iyi olmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Bridges ve diğerleri, 2014: 441; Miller ve diğerleri, 2010: 107). Yaşlı bireylere bakım verenlerin sağlık okuryazarlıklarının düşük olmasının ise bakım alanların daha sık hastaneye yatışı, yatış süresinin daha uzun olması ve daha kötü sağlığa ilişkin yaşam kaliteleri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Rahman, 2014: 380). Meme kanseri olan kadınlar ve bakım verenleri ile yürütülen bir çalışmada ise bakım verenlerin daha iyi düzeydeki sağlık okuryazarlığı, bakım alanların daha düşük düzeydeki depresif semptomları ve daha iyi düzeyde yaşam kaliteleri ile ilişkili bulunmuştur (Hoeg ve diğerleri, 2021: 732).

Bakım veren bireyler sağlık hizmetlerini birincil olarak alan kişiler olmadıklarından sağlığa ilişkin bilgiler ve sağlık sistemi ile etkileşimlerinde bakım veren rolüne özgü birtakım zorluklarla karşılaşabilmektedir (Yuen ve diğerleri, 2015: 295). Dolayısıyla, bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı ile bakım alanların sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin yanı sıra, sağlık okuryazarlığının bakım verenler için de etkilerinden söz etmek mümkün olmaktadır. Tip-2 diyabetli bireylere bakım verenlerle yürütülen bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile bakım verme yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Gibson, 2013: 91). Başka bir çalışmada da kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri yükün azaldığı görülmüştür (Barutçu, 2019: 164). Alanyazındaki daha güncel çalışmalarda bakım veren bireyler için yük ile birlikte sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu başka değişkenlerin de incelendiği görülmektedir. Örneğin, omurilik yaralanması olan kişilerin bakım verenleriyle yürütülen bir çalışmada, yüksek düzeydeki sağlık okuryazarlığı daha düşük düzeydeki bakım verme yükü ile ilişkili bulunmuş; ayrıca bakım verme yükünün sağlık

okuryazarlığı ile bakım verenlerin kendi sağlık değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür (Diviani ve diğerleri, 2020: 1533). Başka bir çalışmada da demansı olan kişilere bakım verenlerde sağlık okuryazarlığı, bakım verme yükü ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Haikiö, Cloutier ve Rugkasa, 2020: 7). Travmatik beyin hasarı olanlara bakım veren kişiler arasında ise düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha yüksek düzeyde bakım verme yükü, daha kötü fiziksel sağlık durumu, bakım alan kişiyle ilişkilerine dair daha az memnuniyet ve bakım vermeye ilişkin daha az yeterlik bildirdikleri rapor edilmiştir (Hahn ve diğerleri, 2020: 401).

Özetle, bireylerin sağlık okuryazarlıklarının yetersiz olmasının sağlıkla ilgili davranışlarını ve sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilmektedir. Bakım verme bağlamında ise bakım veren bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, hem bakım alan kişinin sağlık sonuçları hem de bakım verenin iyilik hali ile ilişkili olmaktadır.

Ruh sağlığı bağlamında bireylerin sahip oldukları bilgi ve beceri düzeyinden bahsettiğimizde ise "ruh sağlığı okuryazarlığı" kavramından söz etmek gerekmektedir. İnsanlar, engelleyici psikolojik semptomlar yaşadıklarında veya bu tür sorunları olan başka kişilerle yakın temas halinde olduklarında bu semptomları yönetmeye çalışmaktadırlar. İnsanların bu semptomları nasıl yönettikleri ise ruh sağlığı okuryazarlıklarından etkilenmektedir (Jorm, 2000: 396). Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı, ilk olarak Jorm ve diğerleri (1997: 182) tarafından sağlık okuryazarlığından yola çıkarak ortaya atılmış ve ruhsal bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar olarak tanımlanmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı şu bileşenleri içermektedir: (a) belirli bozuklukları veya farklı psikolojik sıkıntı türlerini tanıma yeteneği, (b) bozukluklara ilişkin risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar, (c) kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi ve inançlar, (d) mevcut profesyonel yardımlar hakkında bilgi ve inançlar, (e) bozuklukları tanımayı ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve (f) ruh sağlığı hakkındaki bilgilerin nasıl aranacağına yönelik bilgiler (Jorm ve diğerleri, 1997: 182; Jorm, 2000: 396; Jorm, 2012: 231). Ruh sağlığı okuryazarlığının çoğu bileşeni tüm toplumu ilgilendirmekte; ancak bazıları özellikle ruhsal bozukluklardan birebir olarak etkilenen kişilerle ilgili olmaktadır. Bunlar, ruh sağlığı bozukluklarına sahip olan bireylerin

rahatsızlıklarını yönetebilmeleri için bilmesi gerekenler ile aile üyelerine etkili bir şekilde destek sağlamak için bakım veren bireylerin bilmesi gerekenleri içermektedir (Jorm, 2012: 231-232). Ayrıca, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yardım arama davranışları üzerinde potansiyel bir rolü olduğu düşünülmektedir (Coles ve Coleman, 2010: 69; Garcia-Soriano ve diğerleri, 2014: 7; Stewart ve diğerleri, 2019: 74). Ruh sağlığı okuryazarlığı daha yüksek olan bireylerin kendi öz-bakımlarını gerçekleştirme ve ailelerinden, sosyal yapılarından, toplumdan ve sağlık sistemlerinden kaynak arama olasılıkları da daha yüksek olmaktadır (Calvalho ve diğerleri, 2022: 7). Yüksek düzeydeki ruh sağlığı okuryazarlığının daha iyi yaşam kalitesi (Jafari ve diğerleri, 2021: 4) ve daha az depresif belirti şiddeti (Lam, 2014: 6) ile ilişkili olduğu görülmüştür. Dolayısıyla, ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı bozukluklarının tanınması ve bu bozukluklara yönelik müdahalelerin gerçekleştirilmesi için bir ön koşul olarak ortaya çıkmaktadır (Mehrotra, Nautiyal ve Raguram, 2018: 58).

Sağlık okuryazarlığında olduğu gibi, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin de bireyler arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin araştırmalarda, farklı popülasyonlar ile çeşitli bozukluklara dair ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri incelenmiştir (Loo, Wong ve Furnham, 2012: 113). İlk olarak Jorm ve diğerleri (1997), katılımcıların %72'sinin Depresyonun anlatıldığı vaka öyküsü için, %84'ünün ise Şizofreninin anlatıldığı vaka öyküsü için bir ruh sağlığı rahatsızlığının varlığını bildirdiğini; ancak bozuklukları doğru bir şekilde tanıma oranlarının Depresyon ve Şizofreni için sırasıyla %39 ve %27 olduğunu belirtmiştir. Hangi uzmanların daha çok yardımcı olacağına yönelik değerlendirmelerde ise katılımcıların Depresyon için sırasıyla pratisyen hekimler (%83), danışmanlar (%74), psikiyatristler (%51) ve psikologlar (%49); Şizofreni için ise sırasıyla danışmanlar (%81), pratisyen hekimler (%74), psikiyatristler (%71) ve psikologlar (%62) şeklinde değerlendirdiği görülmüştür (Jorm ve diğerleri, 1997: 183-185). Benzer bir çalışmada da, Depresyonun katılımcıların yaklaşık %75'i, Şizofreni ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun %35'i, Sosyal Fobinin ise %9'u tarafından doğru bir şekilde tanındığı görülmüştür. En faydalı olacak uzmanlar ise Depresyon ve Şizofreni için pratisyen hekimler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Sosyal Fobi için ise danışmanlar olarak bildirilmiştir (Reavley ve Jorm, 2011: 950). Üniversite öğrencileri ve çalışanlarının ise yaklaşık %75'inin Depresyonu doğru bir şekilde tanıdığı ve %83'ünün benzer bir

problem yaşadıklarında yardım arama davranışı göstereceklerini bildirdikleri görülmüştür (Reavley, McCann ve Jorm, 2012: 45). Daha güncel bir çalışmada, depresyon ve madde kötüye kullanımı ile ilgili maddelerin daha yüksek doğru yanıt oranlarına sahip olduğu, kaygı ve psikoz ile ilgili maddelerin ise daha düşük doğru yanıt oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca herhangi bir ruh sağlığı eğitimi almış kişilerin ve kendilerinin veya bir arkadaşlarının ya da aile üyelerinin ruh sağlığı sorunlarıyla ilgili deneyimleri olduğunu bildiren kişilerin doğru yanıt verme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cutler, Reavley ve Jorm, 2018: 9-10). Daha önce bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı almış üniversite öğrencilerinin de tanı almamış olanlara kıyasla daha yüksek düzeyde bir ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (Gorczynski ve Sims-Schouten, 2022: 3). Bireylerin kaygı bozukluklarına ilişkin ruh sağlığı okuryazarlıkları incelendiğinde ise bozuklukları doğru bir şekilde tanıma düzeylerinin bozukluklar arasında değişiklik gösterdiği; OKB'nin en yüksek tanınma oranına (%64) sahip olduğu ve bunu sırasıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu (%41), Agorafobi (%37), Özgül Fobi (%34), Sosyal Fobi (%10), Ayrılma Kaygısı Bozukluğu (%6), Yaygın Kaygı Bozukluğu (%2) ve Panik Bozukluğun (%1) takip ettiği görülmüştür (Furnham ve Lousley, 2013: 529). OKB'ye yönelik ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin yürütülen bir çalışmada ise, katılımcıların büyük bir bölümünün (%67) OKB'nin anlatıldığı vaka örneğini OKB olarak belirtemediği görülmüştür. Ayrıca, vaka örneğini doğru bir şekilde OKB olarak belirleyen katılımcıların %99'u profesyonel yardım alınması gerektiğini bildirirken vaka örneğini OKB olarak belirtmeyen katılımcıların %84'ü profesyonel yardım alınması gerektiğini bildirmiştir (Coles, Heimberg ve Weiss, 2013: 781). Başka bir çalışmada da katılımcıların %13.6'sı OKB'yi daha önce hiç duymadığını, %46.5'i ise OKB tanısı olan bir kişi ile obsesif-kompulsif olan biri arasında fark bulunmadığını belirtmiştir. Bu farkın nedenine ilişkin en yaygın (%39.5) yanıtın ise belirtilerin şiddeti ve işlevsellikteki bozulmanın düzeyi olduğu görülmüştür (Stewart ve diğerleri, 2019: 77-78). Türkiye'de OKB belirti boyutları hakkındaki ruh sağlığı okuryazarlığına dair yürütülen bir çalışmada ise en yüksek oranda saldırganlık ve kirlenme boyutlarının bir ruh sağlığı sorunu olarak belirtildiği ve tıbbi sebepler ile ilişkilendirildiği görülmüştür (Beşiroğlu ve diğerleri, 2010: 135).

Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde, ruh sağlığı bozuklukları bağlamında bakım veren kişilerin ruh sağlığı okuryazarlıklarının fiziksel rahatsızlıklarda bakım verenlerin sağlık okuryazarlıklarına kıyasla çok daha az çalışıldığı görülmektedir. Ancak bakım vermeye ilişkin kuramsal yaklaşımlara bakıldığında, ruh sağlığı okuryazarlığı ve ilişkili birtakım faktörlerin ele alındığı görülmektedir. Örneğin, demansı olan bireylere bakım verenlere yönelik Bakıcı Stresi ve Yükü Modeli'nde (Sörensen ve diğerleri, 2006: 962) demans hakkında bilgi eksikliği ile resmi hizmetlere ve resmi olmayan destek ağlarına ulaşabilme gibi ruh sağlığı okuryazarlığı bileşenlerinin bakım vermeyle ilgili stres faktörleri ile bakım verenler için sonuç değişkenleri arasında düzenleyici olarak ele alındığı görülmektedir. Benzer şekilde, Judge, Menne ve Whitlatch (2010: 296) da demansı olan kişilere ilişkin önerdikleri modelde hastalık hakkındaki bilgi düzeyini aracı değişkenlerden biri olarak ele almışlardır. Bir literatür inceleme çalışmasında da, çalışmaların hiçbirinin bakım veren bireylerin ruh sağlığı okuryazarlıklarını incelemediğini; ancak yük, bakım sürecinde bilgi ve destek eksikliği gibi faktörlerin incelendiği araştırmalar olduğu belirtilmiştir (Andrade ve diğerleri, 2022: 1). Örneğin, ruh sağlığı rahatsızlığı olan bireylerin çocuklarında ruh sağlığı sorunları hakkındaki daha yüksek bilgi ve farkındalık düzeyi daha yüksek düzeydeki yaşam doyumu ile ilişkili bulunmuştur (Fraser ve Pakenham, 2009: 579). Şizofreni ve psikoza sahip olan bireylere bakım verenler ile yapılan bir çalışmada da, bakım verenlerin önemli düzeyde yük ve yaşam kalitesinde bozulma deneyimlediği görülmüş; %78'i kaygı, %49'u sosyal aktivitelerinde azalma ve %45'i uyku problemleri yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca, bakım alan kişi veya diğer aile bireyleri ile bakım verme konusunda yaşanan çatışmaların en sık belirtilen nedenlerinin bakım verenin bozukluğun semptomlarını bilmemesi (%56), diğer aile üyelerinin bozukluğun semptomlarını bilmemesi (%46) ve bakım alan kişinin ilaç almayı reddetmesi (%43) olduğu ortaya konmuştur (Wan ve Wong, 2019: 10-11). Şizofreni tanısı olan kişilere bakım verenlerin deneyimlediği bakım verme yükü; sağlık okuryazarlığının sınırlı olması, finansal kaynakların eksikliği ve profesyonel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması durumunda daha da ağırlaşabilmektedir (Nuraini ve diğerleri, 2021: 792). Ruh sağlığı rahatsızlığı olan bir aile üyesi, akraba veya arkadaşa bakım verenler ile yürütülen betimsel bir çalışmada ise, %55.9'u kendilerinin bir ruh sağlığı bozukluğu yaşamaları durumunda diğer insanların

bilmesini istemeyeceklerini, %47.8'i ise diğer insanların aile üyelerinin bir ruh sağlığı bozukluğu tanısına sahip olmasını bilmelerinden utanacaklarını belirtmiştir. Ayrıca %47.2'si bireylerin ruh sağlığı sorunlarını ailelerinden saklaması gerektiğini ve %44.7'si ruh sağlığı rahatsızlıklarının tedavi edilemeyeceğini bildirmiştir (Poreddi ve diğerleri, 2015: 358).

Özet olarak, sağlık okuryazarlığında olduğu gibi ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri de bireyler arasında değişkenlik göstermektedir. Bakım verme kapsamında, sağlık okuryazarlığına kıyasla ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin araştırmaların sınırlı olmasıyla birlikte, daha düşük düzeydeki ruh sağlığı okuryazarlığının bakım verenler için daha olumsuz sonuçlar ile ilişkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, OKB tanısı olan kişilere bakım verenlerin deneyimleri incelenirken ruh sağlığı okuryazarlıklarının ne düzeyde olduğu da önemli bir faktör olmaktadır.

1.6. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE AMACI

Rahatsızlığı veya engeli olan bir yakına bakım vermenin bakım veren kişinin üzerinde önemli etkileri olmaktadır. Bakım veren bireylere yönelik alanyazın incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan bir yakınına bakım verenlerin deneyimlerinin fiziksel bir rahatsızlığı olan kişilere bakım verenlere kıyasla çok daha az incelendiği görülmektedir. Ancak ruh sağlığı bozukluklarına sahip olan kişilerin yakınları da bu durumdan ciddi derecede etkilenebilmektedir. Ruh sağlığı sorunlarına sahip olan bir yakınına bakım veren kişilerin fiziksel bir rahatsızlığı olan bireylere bakım verenlere kıyasla daha yüksek düzeyde duygusal yük deneyimledikleri ve daha kötü düzeyde yaşam kalitesi bildirdikleri görülmüştür (Settineri ve diğerleri, 2014: 36). Dolayısıyla, bakım verme bağlamında ruhsal bozukluklar da fiziksel rahatsızlıklar kadar önemli olmaktadır. Ruhsal bozukluklara bakıldığında da, OKB'nin kişinin yakınları ve aile yaşamı üzerinde önemli etkileri olduğu görülmektedir. OKB tanısı olan bireylerin yakınları damgalama ile ilgili sıkıntılar yaşamakta (Mehra, Avasthi ve Grover, 2021: 125; Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 94), psikolojik sıkıntı ve bakım vermeye ilişkin yük deneyimlemekte (Laidlaw ve diğerleri, 1999: 447; Torres ve diğerleri, 2012: 435) ve yaşam kalitesinde bozulmalar (Cherian ve diğerleri, 2014: 377) bildirmektedir. Ayrıca alanyazına bakıldığında, OKB'nin kişinin yakınları üzerindeki

etkileriyle birlikte, yakınların bozukluğa ilişkin nasıl tepki verdiklerinin de önemli olduğu dikkat çekmektedir. Belirtilere yönelik uyum davranışları göstermek, yakınlar için bakım verme yükü ile ilişkili olmaktadır (Cherian ve diğerleri, 2014: 374; Ramos-Cerqueira ve diğerleri, :1024). Bununla birlikte, yakınların OKB belirtilerine yönelik uyum davranışları göstermesi, bozukluğun daha kötü sonuçları ile de ilişkilidir (Lebowitz, Panza ve Bloch, 2016: 45). Çünkü, yakınların gösterdiği bu davranışların OKB'si olan kişinin korktuğu durumlarla yüzleşmesini engelleme yoluyla bozukluğun devam etmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Albert, Baffa ve Maina, 2017: 297; Wu ve diğerleri, 2016: 35). Dolayısıyla, OKB bağlamında bakım verme deneyimini inceleyen bu çalışmada, OKB'ye özgü bir durum olan aile uyumunun incelenmesi yönüyle alanyazına katkı sağlaması amaçlanmaktadır. Bununla birlikte, aile uyumunu değerlendirmek amacıyla hem OKB'si olan kişiler (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği – Hasta Formu; Wu ve diğerleri, 2016) hem de yakınları (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği – Özbildirim Formu; Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi, 2013) için geliştirilen farklı ölçüm araçları bulunmakta ve alanyazındaki çalışmalarda yer alan örneklemlere göre bu iki ölçüm aracından birinin kullanıldığı görülmektedir. Bu noktada, OKB'si olan bireyin ve yakınının uyum davranışlarını nasıl değerlendirdiği önemli olmaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmanın alanyazına diğer bir katkısının hem OKB tanısı olan kişilerin hem de yakınlarının örnekleme dahil edilmesi ve iki ölçüm aracının da kullanılması olduğu düşünülmektedir. Aile uyumunun yanı sıra, ruh sağlığı sorunları bağlamında ruh sağlığı okuryazarlığı da bakım verme sürecinde bireylerin bozukluğa yönelik tepkileri üzerinde etkili olan bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak alanyazında OKB tanısı olan kişilere bakım verenler arasında ruh sağlığı okuryazarlığıyla ilgili çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmektedir. Alanyazına bakıldığında ruh sağlığı okuryazarlığının farklı rahatsızlıklar bağlamında düzenleyici veya aracı değişken olarak ele alındığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın, yakınların ruh sağlığı okuryazarlığının diğer değişkenler ile ilişkilerinin ve düzenleyici etkilerinin incelenmesi yönüyle de alanyazına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Genel olarak, bakım vermeye ilişkin ulusal alanyazın incelendiğinde OKB ile ilişkili çok az sayıda ve betimsel çalışma yapıldığı; ancak bu çalışmada ele alınacak olan ilişkili değişkenleri inceleyen görgül bir araştırma olmadığı görülmüştür.

Uluslararası alanyazında ise OKB bağlamında bakım verme deneyiminin incelendiği araştırmaların diğer fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklara göre sayıca çok az olduğu dikkat çekmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın, hem OKB'nin kişinin yakınlarını ne şekilde etkilediğini hem de bakım verme ile ilgili modeller kapsamında değişkenler arasındaki ilişkileri incelemesi ile ulusal ve uluslararası alanyazına özgün katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bunların incelenmesinin bakım veren kişilere yönelik geliştirilecek psikolojik değerlendirme ile psikolojik destek ve müdahale çalışmaları açısından da olumlu etkileri olacağı beklenmektedir.

Özet olarak, bu çalışmada OKB bağlamında bakım verme deneyimi ve bununla ilişkili değişkenlerin bakım vermeye yönelik Stres Süreci Modeli'nden (Pearlin ve diğerleri, 1990) hareketle incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla bozukluğun şiddeti, psikolojik yük, aile uyumu ve ruh sağlığı okuryazarlığının birbirleri ile ve bakım verenlerin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkileri incelenecektir. Bu doğrultuda çalışmanın araştırma soruları ve hipotezleri aşağıda verilmiştir:

Araştırma soruları:

1. OKB tanısı olan kişilerin yakınları cinsiyetlerine göre psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılaşmakta mıdır?
2. OKB tanısı olan kişilerin yakınları aile uyumu düzeylerine göre psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılaşmakta mıdır?
3. OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının aile uyumu düzeyi değerlendirmeleri birbiri ile ilişkili midir?
4. Bozukluğun şiddeti, psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu birbiri ile ilişkili midir?
5. Ruh sağlığı okuryazarlığının bozukluğun şiddeti ile psikolojik yük arasındaki ilişkide düzenleyici bir rolü var mıdır?
6. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile aile uyumu arasındaki ilişkide düzenleyici bir rolü var mıdır?
7. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide düzenleyici bir rolü var mıdır?

Hipotezler:

1. OKB tanısı olan kişilerin kadın ve erkek yakınları psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılaşmaktadır.
2. OKB tanısı olan kişilerin yakınları aile uyumu düzeylerine göre psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılaşmaktadır.
3. OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının aile uyumu düzeyi değerlendirmeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.
4. Bozukluğun şiddeti, psikolojik yük ve aile uyumu yaşam doyumu ile negatif yönde ilişkili; ruh sağlığı okuryazarlığı ise yaşam doyumu ile pozitif yönde ilişkilidir. Bozukluğun şiddeti ve psikolojik yük aile uyumu ile pozitif yönde ilişkili, ruh sağlığı okuryazarlığı ise aile uyumu ile negatif yönde ilişkilidir.
5. Ruh sağlığı okuryazarlığının bozukluğun şiddeti ile psikolojik yük arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olması beklenmektedir.
6. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile aile uyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olması beklenmektedir.
7. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olması beklenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM
YÖNTEM VE BULGULAR

2.1. YÖNTEM

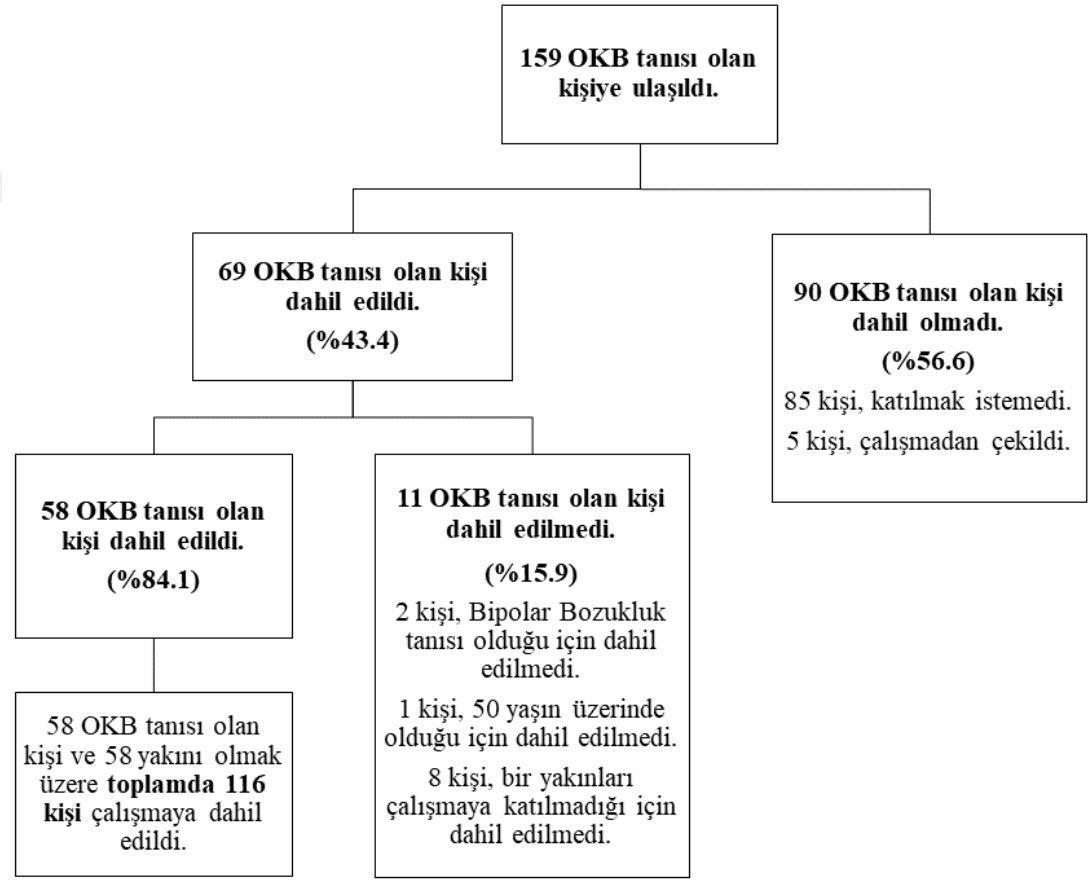
Bu bölümde, araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgiler verilecektir. İlk olarak, OKB tanısı olan bireyler ve yakınlarından oluşan araştırmanın örneklemiyle ilgili özellikler sunulacaktır. Daha sonra, anket setlerinde kullanılan ölçüm araçları tanıtılacak ve psikometrik özelliklerinden bahsedilecektir. Ardından veri toplama işlemi ve istatistiksel analizler hakkındaki bilgilere yer verilecektir.

2.1.1. Örneklem

Çalışmanın hem OKB ile ilişkili özellikler hem de bakım vermeye yönelik değişkenleri inceleme amacı doğrultusunda, örneklemde iki grup yer almaktadır. Bu gruplardan ilki, OKB tanısı olan kişilerden oluşmaktadır. Bunun için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri bölümünden tedavi alan OKB tanılı kişilerden yüz yüze veri toplanmıştır. Ayrıca çevrimiçi platformlar aracılığıyla diğer illerde yaşayan ve yine bir devlet hastanesinden OKB tanısı almış olan kişilerden ise veri toplanmıştır. 18-50 yaş arasında ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan, en az ilkokul mezunu; veri setini doldurmalarına engel oluşturabilecek psikotik bozukluklar, madde kullanım bozukluğu, nörolojik rahatsızlıklar gibi rahatsızlıkları olmayan ve son 6 ay içerisinde EKT tedavisi almamış olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Yanı sıra epizodik gidişatı nedeniyle bakım verme sürecinde farklı etkileri olabileceği için (ör., Erten ve diğerleri, 2014: 1; Ogilvie ve diğerleri, 2005: 25; Perlick ve diğerleri, 2001: 32; Van der Voort ve diğerleri, 2007: 685) Bipolar Bozukluk tanısı almış olmak dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Şekil 3'te görüldüğü gibi, çalışmaya toplamda OKB tanısı olan 159 kişi davet edilmiştir. Ancak bunlardan 85'i araştırmaya katılmak istemediğini, 5'i ise araştırmaya katıldıktan sonra çekilmek istediğini bildirmiştir. Dolayısıyla, çalışmaya davet edilen OKB tanısı olan kişilerden 69'u (%43.4) katılmıştır; fakat 2 katılımcı Bipolar Bozukluk tanısı olduğu için, 1 katılımcı 50 yaşın üzerinde olduğu için ve 8 katılımcının bir yakını araştırmaya katılmak istemediği için örneklemden

çıkarılmıştır. Sonuç olarak, OKB tanısı olan katılımcılardan oluşan örneklem için 58 kişi çalışmaya dahil olmuştur. İzmir ilinde yaşamakta olan 46 kişiden (%79.3) yüz yüze, örneklemi genişletebilmek ve genellenebilirliğini artırabilmek amacı ile diğer illerde yaşamakta olan 12 kişiden (%20.7) ise çevrimiçi şekilde veri toplanmıştır. Çalışmaya ilişkin veri toplama süreciyle ilgili Şekil 3'te bilgi verilmiştir.

Şekil 3: Çalışmanın Örneklemine Ulaşılmasına İlişkin Süreç



OKB tanısı olan kişilerden oluşan grubun diğer demografik özelliklerine bakıldığında yaşlarının 18 ile 50 arasında değişmesiyle birlikte, yaş ortalamasının 28.96 (*SS* = 8.823), %69'unun kadın, %31'inin erkek olduğu bulunmuştur. Bu grubun medeni durumlarına ilişkin bilgilere bakıldığında %29.3'ünün evli, %69'unun bekar ve %1.7'sinin boşanmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde %53.4'ünün lise mezunu, %31'inin ise üniversite mezunu olduğu

görülmektedir. Katılımcıların anne-babalarının eğitim durumları incelendiğinde, annelerinin %79.3'ünün lise ve altı eğitim düzeyine, %20.7'sinin de üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Babalarının ise %63'ünün lise ve altı eğitim düzeyine, %37'sinin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Bu gruptaki katılımcıların %44.8'i bir işte çalıştığını bildirirken %55.2'si ise çalışmadığını rapor etmiştir. Aylık gelir düzeyi açısından ise %22.4'ünün düşük, %70.7'sinin orta, %6.9'unun ise yüksek gelir düzeyine sahip olduklarını bildirdiği görülmüştür. Katılımcıların kimlerle beraber yaşadığına dair verilere bakıldığında %81.2'sinin ailesiyle, %10.3'ünün yalnız, %8.5'inin ise yurtta veya ev arkadaşı ile vb. yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Psikiyatrik tanı durumuna bakıldığında bu grubun tamamının OKB tanısı olmasıyla birlikte, %22.4'ünün anksiyete bozuklukları, %20.6'sının depresyon bozuklukları ve %5.1'inin kişilik bozuklukları tanısı olduğu görülmektedir. Bu gruptaki katılımcılar için OKB tanısının alındığı yaşın ortalaması ise 22.98 (SS = 8.509) olarak bulunmuştur. Bozukluğun süresi ise ortalama 72.56 (SS = 64.73) (Min. = 6 ay, Max. = 276 ay) olarak bulunmuştur. OKB'ye yönelik önceden alınan tedavilere dair veriler incelendiğinde %1.7'sinin herhangi bir tedavi almamış olduğu; %48.3'ünün psikiyatrik ilaç tedavisi, %5.2'sinin psikoterapi ve %44.8'inin psikiyatrik ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı görülmektedir. Bu katılımcıların şu an alıyor oldukları tedavilere bakıldığında da %31'inin herhangi bir tedavi almadığı; %44.8'inin psikiyatrik ilaç tedavisi, %5.2'sinin psikoterapi ve %19'unun psikiyatrik ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yakın çevrelerinde psikiyatrik tanı alanların varlığı açısından %53.4'ü yakın çevrelerinde birinin psikiyatrik tanı aldığını belirtirken %46.6'sı yakın çevrelerinde psikiyatrik tanı alan birinin olmadığını bildirmiştir.

Araştırmanın örnekleminde ikinci grup olarak ise çalışmaya katılan OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarından veri toplanmıştır. Bu amaçla, OKB tanısı olan katılımcılara bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmak için gönüllü olabilecek yakını bulunan katılımcılar aracılığı ile yakınlar çalışmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmak için gönüllü olan, 18-50 yaş arasında olan, en az ilkokul mezunu ve anket setini doldurmaya engel olabilecek herhangi bir psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu, nörolojik rahatsızlıklar gibi rahatsızlıkları olmayan yakınlar örnekleme dahil edilmiştir. Sonuç olarak, çalışmanın örneklemini OKB tanısı olan 58 katılımcı

ve 58 yakını olmak üzere toplam 116 kişi oluşturmaktadır. Yakınların yaşları ise 18 ile 50 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 34.15 (*SS* = 9.374) olarak bulunmuştur.

OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarından oluşan grubun diğer demografik özellikleri incelendiğinde, %63.8'inin kadın, %36.2'sinin erkek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Medeni durum olarak %50'si evli, %43.1'i bekar ve %6.9'u ise boşanmış olduğunu rapor etmiştir. Eğitim durumlarına ait verilere bakıldığında %44.8'inin üniversite mezunu, %39.7'sinin lise mezunu olduğu söylenebilmektedir. Bu grubun annelerinin %87.9'unun lise ve altı, %12.1'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu; babalarının ise %79.3'ünün lise ve altı, %20.7'sinin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu grubun %55.2'sinin çalıştığı, %44.8'inin ise herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi açısından da %15.5'i düşük, %77.6'sı orta, %6.9'u ise yüksek bir gelir düzeyine sahip olduklarını bildirmiştir. Bu grubun kimlerle yaşadığına ilişkin bilgilere bakıldığında %93.2'sinin ailesiyle birlikte, %3.4'ünün yalnız, diğer %3.4'ünün ise ev arkadaşı vb. ile birlikte yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu grubun psikiyatrik tanı alma durumları incelendiğinde %17.2'sinin psikiyatrik bir tanı aldığı, %82.8'inin ise herhangi bir psikiyatrik tanı almadığı görülmektedir. Tanıların ise anksiyete bozuklukları (%8.6), depresyon bozuklukları (%8.6) ve DEHB (%1.7) olduğu rapor edilmiştir. Yakın çevrelerindeki psikiyatrik tanı durumuna bakıldığında ise bu grubun tamamı OKB tanısı olan grubun yakınlarını kapsadığından, hepsinin yakın çevrelerinde psikiyatrik tanı alan biri olduğunu bildirdikleri görülmektedir. Tüm örneklemin demografik özelliklerine ait ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	OKB Tanısı Olan Katılımcılar (*n*= 58)	Yakınlar (*n*= 58)
Yaş, Ort. (±S.S.), yıl	28.96 (8.823)	34.15 (9.374)

OKB tanısının alındığı yaş, Ort. (±S.S.), yıl		22.98 (8.509)	
Bozukluğun süresi, Ort. (±S.S.), ay		72.56 (64.73)	
Cinsiyet, *n* (%)	Kadın	40 (%69.0)	37 (%63.8)
	Erkek	18 (%31.0)	21 (%36.2)
Medeni durum, *n* (%)	Evli	17 (%29.3)	29 (%50.0)
	Bekar	40 (%69.0)	25 (%43.1)
	Boşanmış	1 (%1.7)	4 (%6.9)
Eğitim durumu, *n* (%)	İlkokul mezunu	1 (%1.7)	5 (%8.6)
	Ortaokul mezunu	3 (%5.2)	2 (%3.4)
	Lise mezunu	31 (%53.4)	23 (%39.7)
	Yüksekokul mezunu	2 (%3.4)	1 (%1.7)
	Üniversite mezunu	18 (%31.0)	26 (%44.8)
	Yüksek lisans mezunu	0 (%0.0)	1 (%1.7)
	Doktora mezunu	3 (%5.2)	0 (%0.0)
Çalışma durumu, *n* (%)	Çalışıyor	26 (%44.8)	32 (%55.2)
	Çalışmıyor	32 (%55.2)	26 (%44.8)
Aylık gelir düzeyi, *n* (%)	Düşük	13 (%22.4)	9 (%15.5)
	Orta	41 (%70.7)	45 (%77.6)
	Yüksek	4 (%6.9)	4 (%6.9)
Kimlerle yaşadığı, *n* (%)	Yalnız	6 (%10.3)	2 (%3.4)
	Aile	47 (%81.2)	54 (%93.2)
	Diğer	5 (%8.5)	2 (%3.4)
Annenin eğitim düzeyi, *n* (%)	Lise ve altı	46 (%79.3)	51 (%87.9)
	Üniversite ve üstü	12 (%20.7)	7 (%12.1)

Babanın eğitim düzeyi, *n* (%)	Lise ve altı	31 (%63)	46 (%79.3)
	Üniversite ve üstü	18 (%37)	12 (%20.7)
Psikiyatrik tanı alma durumu, *n* (%)	Evet	58 (%100)	10 (%17.2)
	Hayır	0 (%0)	48 (%82.8)
Psikiyatrik tanılar, *n* (%)	OKB	58 (%100.0)	0 (%0.0)
	Anksiyete bozuklukları	13 (%22.4)	5 (%8.6)
	Depresyon bozuklukları	12 (%20.6)	5 (%8.6)
	Kişilik bozuklukları	3 (%5.1)	0 (%0.0)
	DEHB	0 (%0.0)	1 (%1.7)
OKB'ye yönelik alınan önceki tedavi, *n* (%)	Hayır, tedavi almadım.	1 (%1.7)	
	Psikiyatrik ilaç tedavisi	28 (48.3)	
	Psikoterapi	3 (%5.2)	
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	26 (%44.8)	
OKB'ye yönelik şu an alınan tedavi, *n* (%)	Hayır, tedavi almıyorum.	18 (%31)	
	Psikiyatrik ilaç tedavisi	26 (%44.8)	
	Psikoterapi	3 (%5.2)	
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	11 (%19)	
Yakın çevredeki psikiyatrik tanı durumu, *n* (%)	Evet	31 (%53.4)	58 (%100.0)
	Hayır	27 (%46.6)	0 (%0.0)

Notlar: OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla iki katılımcı grubuna ayrı anket setleri hazırlanmıştır. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı olan katılımcılar için

Demografik Bilgi Formu, Boyutsal Obsesif-Kompülsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği – Hasta Formu kullanılmıştır. OKB tanısı olan katılımcıların yakınları için ise Demografik/Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği – Öz bildirim Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır. Bu bölümde, çalışmada kullanılan veri toplama araçları tanıtılacak ve bu araçlara ait bilgiler ayrıntılı olarak sunulacaktır.

2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu (DBF)

Demografik bilgi formları bu çalışmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş öz-bildirim şeklindeki formlarıdır. OKB tanısı olan katılımcılar için oluşturulan formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi gibi demografik bilgilere ilişkin sorularla birlikte OKB tanısının alındığı yaş, OKB'ye yönelik geçmişte ve şu an alınan tedaviler, daha önce alınan tedavinin süresi ve başka bir fiziksel veya psikiyatrik rahatsızlığın olup olmadığı gibi OKB'ye yönelik soruları içermektedir. OKB tanısı olan katılımcılar için kullanılan Demografik Bilgi Formu Ek 1'de sunulmuştur.

OKB tanısı olan katılımcıların yakınları için kullanılan formda ise yine cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi gibi demografik bilgileri içeren sorular bulunmaktadır. Ardından OKB tanısı olan kişiyle yakınlık derecesi, birlikte yaşayıp yaşamama durumu, birlikte yaşama süresi ve OKB tanısı olan yakınla haftada ortalama olarak birlikte geçirilen süre gibi bakım verme sürecine ilişkin sorular yer almaktadır. OKB tanısı olan katılımcıların yakınları için kullanılan Demografik Bilgi Formu Ek 2'de verilmiştir.

2.1.2.2. Boyutsal Obsesif-Kompülsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form (BOKÖ-GTF)

Boyutsal Obsesif Kompulsif Ölçeği (BOKÖ) (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale), Abramowitz ve diğerleri (2010: 180-198) tarafından obsesif-

kompülsif belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek; bulaşma/kirlenme, zarar verme ve kötü şans hakkında sorumluluk, simetri/sıralama ve kabul edilemez düşünceler şeklindeki dört belirti boyutunu içermekteıdir. Her boyut için ilk olarak, o boyutta gözlemlenen obsesyon ve kompulsiyon örnekleri sunulmuştur. Ardından her boyut için obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen süre, kaçınma davranışları, belirtilerin neden olduğu sıkıntı, işlevsellikte bozulma ve belirtileri kontrol etmede güçlük düzeylerini sorgulayan 5 madde yer almaktadır. Dolayısıyla ölçek toplam olarak 20 maddeden oluşmaktadır. Her madde (0: Hiç ve 4: Aşırı düzeyde bir şiddeti ifade edecek şekilde) 0 ile 4 arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan ise 0-80 arasında değişmektedir. Ölçeğin psikometrik özellikleri tanısı olan ve tanısı olmayan örneklemler ile incelenmiştir. Ölçeğin toplam ve alt boyutlar için içsel tutarlık değerleri OKB tanısı olan örneklemde .90 üzeri, diğer kaygı bozuklukları tanısı olan örneklemde .84 ve üzeri, tanısı olmayan örneklemde ise .83 ve üzeri olarak bulunmuştur. Alt boyutların ölçeğin toplam puan ile ilişkisine bakıldığında ise korelasyon değerlerinin OKB tanısı olan örneklemde .61 ile .72, diğer kaygı bozuklukları tanısı olan örneklemde .68 ile .78, tanısı olmayan örneklemde ise .77 ile .83 arasında değiştiği rapor edilmiştir. 12 haftalık bir aralık ile yapılan değerlendirmeler test-tekrar test güvenirlik değerlerinin toplam puan için .66, bulaşma/kirlenme boyutu için .58, zarar verme ve kötü şans hakkında sorumluluk boyutu için .56, simetri/sıralama boyutu için .66 ve kabul edilemez düşünceler boyutu için .55 olduğunu göstermiştir. Ölçeğin OKB belirtilerini değerlendiren diğer ölçeklerle olan korelasyonu incelendiğinde ise, uyum geçerliği için değerlerin OKB tanısı olan, diğer kaygı bozuklukları tanısı olan ve tanısı olmayan örneklemler için .54 ve .71 arasında olduğu gösterilmiştir. Ayırt edici geçerlik için de ölçeğin toplam puanının depresyon, genel kaygı ve stres ve sosyal kaygı ölçümleriyle ilişkisi incelenmiştir. Bu korelasyon değerlerinin .08 ile .52 arasında değiştiği; dolayısıyla, ölçeğin bu diğer ölçümlere kıyasla OKB ölçümleriyle daha güçlü bir şekilde ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca OKB tanısı olan kişilerin hem diğer kaygı bozuklukları tanısı olan kişilerden hem de tanısı olmayan kişilerden daha yüksek puan aldığı; yani ölçeğin kriter geçerliğinin iyi düzeyde olduğu ortaya konmuştur (Abramowitz ve diğerleri, 2010: 183-189).

OKB'nin belirti boyutlarıyla ilgili alanyazına bakıldığında, cinsel düşüncelerin ayrı bir belirti boyutu olarak ele alınması gerektiği yönünde bulgular yer almaktadır (Siev ve diğerleri, 2011: 167; Williams ve diğerleri, 2012: 145). Bu doğrultuda, Wetterneck ve diğerleri (2015), ölçeğe bu boyutu eklemiş ve bu değişiklik ile birlikte ölçeği, toplam 5 boyuttan ve 25 maddeden oluşan haline getirmişlerdir. Ölçekten alınan toplam puan ise 0-100 arasında olacak şekilde değişmiştir. Klinik olmayan örneklem ile yapılan çalışmada içsel tutarlık değerleri bulaşma/kirlenme boyutu için .82, zarar verme ve kötü şans hakkında sorumluluk boyutu için .87, simetri/sıralama boyutu için .80, kabul edilemez düşünceler boyutu için .90 ve cinsel düşünceler boyutu için ise .84 olarak bulunmuştur. OKB tanısı olan örneklemde ise bu boyutların içsel tutarlık değerleri sırasıyla .97, .96, .96, .95 ve .97 olarak bulunmuştur. Geçerlik için cinsel düşünceler boyutunun diğer alt boyutlar ile ilişkisine bakıldığında, Pearson korelasyon katsayılarının .26 ile .42 arasında; kısmi korelasyon katsayılarının ise .23 ile .38 arasında değiştiği görülmüştür. Uyum geçerliğini incelemek için ise cinsel düşünceler boyutunun anksiyete, depresyon, stres, obsesif inançlar ve olumsuz duygulanım ile ilişkisi incelenmiş; anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu (r = .18-.27) görülmüştür. Ayırt edici geçerlik için de cinsel düşünceler boyutunun olumlu duygulanım ile anlamlı şekilde ilişkili olmadığı bulunmuştur (Wetterneck ve diğerleri, 2015: 544-552).

Ölçeğin cinsel düşünceler boyutu eklenerek genişletilmiş halinin Türkçe uyarlama çalışması Devrim-Ader (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinaline uygun şekilde beş boyutlu yapıya sahip olduğu görülmüştür. İç tutarlık değerleri ise bulaşma/kirlenme boyutu için .81, zarar verme ve kötü şans hakkında sorumluluk boyutu için .85, simetri/sıralama boyutu için .87, kabul edilemez düşünceler boyutu için .86 ve cinsel düşünceler boyutu için ise .81 olarak bulunmuştur. Uyum geçerliği için de ölçeğin Foa ve diğerleri (2002: 485) tarafından geliştirilen Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Formu ile ilişkisine bakılmış ve iyi düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu (r = .68) olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir (Devrim-Ader, 2017: 46-53). Bu çalışmada BOKÖ-GTF, OKB tanısı olan katılımcıların belirtilerini ve bozukluğun şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ek 3'te BOKÖ-GTF'ye yer verilmiştir.

2.1.2.3. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği (AUÖ)

Aile uyumunu ölçmek amacıyla ilk olarak Calvocoressi ve diğerleri (1999: 636), Aile Uyumu Ölçeği – Görüşmeci Formu'nu (Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated) geliştirmişlerdir. Ölçek, OKB tanısı olan kişinin yakınlarına klinisyenler tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. İlk kısımda yakının farkında olduğu OKB belirtilerini görmek ve klinisyenin uyum davranışlarını tespit edebilmesine yardımcı olması amacıyla bir belirti listesi yer almaktadır. İkinci kısım ise yakının geçen hafta içinde gerçekleştirdiği uyum davranışlarını değerlendiren toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 1 ile 4 arasında derecelendirilmektedir (1: Hafif, 4: Çok). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .82 olarak bulunmuş ve iyi düzeyde iç tutarlığa sahip olduğu belirtilmiştir. Değerlendiriciler arası güvenirliği ölçmek için ise üç farklı görüşmeci tarafından gerçekleştirilen değerlendirme süreçleri video kaydına alınmış, daha sonra bunlar farklı iki kişi tarafından bağımsız olarak puanlanmıştır. Bütün maddeler için korelasyon katsayıları .91 ile .99 arasında değişmektedir. Uyum geçerliğini değerlendirmek için ise ölçek puanları ile OKB tanısı olan kişinin semptom ve işlevsellik düzeyi ve aile işlevselliği ölçümleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Aile uyumu puanları ile bu ölçümlerin anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür (r = .38-.73). Ayırt edici geçerliği değerlendirmek amacıyla da aile uyumunun finansal stres ve bilişsel bozukluğu, fiziksel engeli veya ölümcül bir hastalığı olan bir yakına bakım vermeye ilişkin stres ile ilişkisi incelenmiş ve aile uyumunun bu ölçümlerle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Calvocoressi ve diğerleri, 1999: 636-640). Bu ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması henüz gerçekleştirilmemiştir.

Daha sonra Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi (2013: 457) tarafından bu ölçeğe dayanarak OKB'si olan kişinin yakını tarafından doldurulan öz-bildirim formu (Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Self-Rated) geliştirilmiştir. Bu ölçeğe ait bilgiler aşağıda daha detaylı olarak açıklanacaktır.

Ardından Wu ve diğerleri (2016: 251), OKB'si olan bireylerin tedaviye sıklıkla yalnız başvurduklarını ve bozuklukla ilgili bilgilerin kişinin kendisinden alınmasının da önemli olduğunu belirtmiş ve ölçeğin OKB'si olan kişinin kendisi tarafından

doldurulan formunu (Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder–Patient Version) geliştirmişlerdir. Ölçeğin bu formu da ilk bölümde bir OKB belirti kontrol listesini içermektedir. İkinci bölümde ise 19 madde ile yakınının geçen hafta boyunca göstermiş olduğu uyum davranışlarının sıklığı değerlendirilmektedir. Maddeler 0 ile 4 arasında (0: Hiç/Asla, 1: 1 gün: 2: 2-3 gün, 3: 4-6 gün, 4: Her gün) derecelendirilmektedir. Toplam puan bu 19 maddeden alınan puanlar toplanarak hesaplanmakta ve daha yüksek puanlar aile uyumu düzeyinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Psikometrik özelliklerine bakıldığında Cronbach Alpha değerinin .88 olduğu görülmüştür. Uyum geçerliği için ise ölçeğin toplam puanının aile uyumunun öz-bildirim ölçümü, OKB belirti şiddeti, OKB ile ilişkili aile işlevselliği, anksiyete ve işlevsellikte bozulma ölçümleri ile anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkili (r= .34 - .58) olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ayırt edici geçerlik için aile uyumu ölçümünün depresif belirtiler ve dürtüsellik ölçümleri ile anlamlı ilişkiler göstermediği görülmüştür (Wu ve diğerleri, 2016: 257-258).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çöldür (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. OKB tanısı olan 107 kişi ve bir yakınları ile yürütülen çalışmada, ölçeğin iç tutarlık katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği için ise 2 hafta sonra 22 katılımcıya ölçek tekrar uygulandığında Cronbach Alpha değerinin .87 olduğu ve ölçeğin iyi düzeyde test-tekrar test güvenirliğine sahip olduğu görülmüştür. Uyum geçerliği için de ölçeğin yakının hastalık yükü, işlevsellik ve OKB belirti şiddeti ölçümleri ile ilişkisine bakılmış ve anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmüştür (r= .64 - .75). Sonuç olarak, ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ifade edilmiştir (Çöldür, 2018: 59-86). Bu çalışmada, AUÖ-HF OKB'si olan kişinin, yakınının göstermiş olduğu uyum davranışları düzeyini değerlendirmesi amacıyla dahil edilmiştir. AUÖ-HF, Ek 4'te sunulmuştur.

Yukarıda da açıklandığı gibi AUÖ-ÖF; Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi (2013: 457) tarafından uyum davranışlarının düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve OKB'si olan kişinin yakını tarafından doldurulan bir öz-bildirim formudur. AUÖ-HF gibi, bu ölçek de ilk kısımda bulunan OKB belirti kontrol listesinden ve ikinci kısımda yer alan uyum davranışlarını sorgulayan 19 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte de maddeler 0 ile 4 arasında (0: Hiç/Asla, 1: 1 gün: 2: 2-3 gün, 3: 4-6 gün, 4: Her gün) değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması

yakının uyum davranışları düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin psikometrik özellikleri OKB tanısı olan 41 kişi ve birer yakınlarından oluşan örneklem ile yürütülen çalışmada incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısının .90 olduğu bulunmuştur. Uyum geçerliğine bakıldığında ise AUÖ-ÖF puanlarının OKB şiddeti, bakım alanın işlevselliği, aile işlevselliği ve psikolojik sıkıntı ölçümleri ile anlamlı olarak ilişkili olduğu (r = .39 - .57) bulunmuştur (Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi, 2013: 457-461). Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması ise Çöldür (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada AUÖ-ÖF, OKB tanısı olan kişilerinin yakınlarının uyum davranışlarını bildirmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçek, Ek 5'te görülebilir.

2.1.2.4. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ)

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) (Burden Assessment Scale), ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere bakım veren kişilerin deneyimlediği yükü değerlendirmek amacıyla Reinherd ve diğerleri (1994: 261) tarafından geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, yakınların günlük yaşamlarının bozukluk sebebiyle ne ölçüde değiştiğini ve yakınların bozukluğa sahip olan kişi için ne düzeyde kaygı duyduklarını değerlendiren 19 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü Likert tipi derecelendirmeye sahiptir (1: Hiç, 2: Çok az, 3: Biraz, 4: Çok). Yapılan faktör analizlerinde ölçeğin etkinliklerde bozulma, kişisel sıkıntı, zamanla ilgili problemler, suçluluk ve sosyal işlevsellikte bozulma olarak beş alt boyuttan oluştuğu görülmüştür. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerin dahil olduğu iki farklı örneklem ile gerçekleştirilen değerlendirmelerde ölçeğin iç tutarlık katsayıları ise .89 ve .91 olarak bulunmuştur (Reinhard ve diğerleri, 1994: 261-265).

HYDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve diğerleri (2012: 276) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren 100 katılımcı oluşturmuştur. Sonuçlar, ölçeğin Türkçe formunun orijinaline benzer şekilde beş alt boyuttan oluştuğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ise .89 olarak bulunmuştur. Uyum geçerliğini değerlendirmek amacıyla da ölçeğin Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ; Levene, Lancee ve Seeman, 1996: 151) ve Zarit Aile Yükü Ölçeği (ZAYÖ; Zarit, Reever ve

Bach-Peterson, 1980: 649) ile ilişkisi incelenmiştir. HYDÖ'nün AAYÖ ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve korelasyon katsayısının .48 olduğu görülmüştür. ZAYÖ ile de anlamlı düzeyde ilişkili ve korelasyon katsayısı .61 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, HYDÖ'nün Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır (Aydemir ve diğerleri, 2012: 276-279). Bu araştırmada, OKB tanısı olan bireylere bakım verenlerin deneyimlediği bakım verme yükünü ölçmek amacıyla HYDÖ kullanılmıştır. Ölçeğe Ek 6'da yer verilmiştir.

2.1.2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY)

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY) (Mental Health Literacy Scale), bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının ne düzeyde olduğunu değerlendirebilmek amacıyla Jung, von Sternberg ve Davis (2016: 278) tarafından geliştirilmiş öz-bildirim şeklinde bir ölçüm aracıdır. Toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Bilgi odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı, inanç odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı ve kaynak odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin psikometrik özelliklerini incelemek için 211 kişiden oluşan örneklem ile analizler yürütülmüştür. İç tutarlık değeri .83 olarak bulunmuştur. Boyutlara ilişkin iç tutarlık değerlerinin ise bilgi odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı boyutu için .76, inanç odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı boyutu için .77, kaynak odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı boyutu için .84 olduğu görülmüştür. Ölçeğin sosyal mesafe ölçümüyle ilişkisine bakıldığında ise iyi düzeyde uyum geçerliğine sahip olduğu görülmüştür (Jung, von Sternberg ve Davis, 2016: 278-283).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Göktaş ve diğerleri (2019: 424) tarafından yapılmıştır. Toplam 205 kişiden oluşan örneklem ile ölçeğin psikometrik özellikleri incelenmiştir. Orijinaline benzer şekilde bilgi odaklı, inanç odaklı ve kaynak odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta ve bu boyutlar sırasıyla 10, 8 ve 4'er madde içermektedir. Ölçek toplamda 22 maddeden oluşmaktadır. İlk 18 madde 6'lı Likert tipi derecelendirmeye sahip olup "1: Kesinlikle katılıyorum, 2: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılmıyorum, 6: Bilmiyorum" olarak değerlendirilmektedir. Diğer 4 madde ise "Evet" ve "Hayır" şeklinde değerlendirilmektedir. "Kesinlikle katılıyorum", "Katılıyorum" ve "Evet"

yanıtları 1 puan olarak; “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle katılmıyorum”, “Bilmiyorum” ve “Hayır” yanıtları ise 0 puan sayılmaktadır. Dolayısıyla ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 22 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısına bakıldığında .71 olduğu görülmüştür. Üç haftalık süre ile test-tekrar test güvenirliği incelendiğinde de ölçeğin iyi düzeyde test-tekrar test güvenirliğine sahip olduğu görülmüştür. Eşdeğer ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla da ölçeğin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32; Abacıgil, Harlak ve Okyay, 2016: 21) ile ilişkisi incelenmiş ve anlamlı düzeyde ilişkili oldukları görülmüştür. Sonuç olarak, RSOY Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir (Göktaş ve diğerleri, 2019: 424-431). RSOY Ölçeği bu araştırmada, OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğe Ek 7’de yer verilmiştir.

2.1.2.6. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (Satisfaction with Life Scale), Diener ve diğerleri (1985: 71) tarafından bireylerin yaşamlarından ne düzeyde memnun olduklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Araştırmacılar, ölçeğin bireyin kendi kriterlerini kullanarak yaşamına dair bilinçli bir şekilde değerlendirme yapmasını sağladığı için psikopatoloji veya duygusal iyi oluş üzerine odaklanan ölçeklere göre kapsamlı olduğunu önermektedir (Pavot ve Diener, 1993: 164). Ölçek tek boyuttan ve toplam 5 maddeden oluşmaktadır. Üniversite öğrencilerinden oluşan örneklem ile psikometrik özelliklerine bakıldığında iç tutarlık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Uyum geçerliği incelediğinde ölçeğin diğer iyi oluş ölçümleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca yaşlı bireylerden oluşan bir örneklem ile de ölçeğin özellikleri incelenmiştir. Madde-toplam korelasyonlarının .63 ve .81 arasında değiştiği ve ölçeğin iyi bir iç tutarlığa sahip olduğu görülmüştür. Uyum geçerliği için de başka bir yaşam doyumu ölçümü ile .46 düzeyinde anlamlı bir korelasyonel ilişkiye sahip olduğu rapor edilmiştir (Diener ve diğerleri, 1985: 71-74). Bakım veren bireyler ile yürütülen bir çalışmada da ölçeğin iyi düzeyde ayırt edici geçerliğe sahip olduğu bildirilmiştir (Vitaliano ve diğerleri, 1991: 81).

Ölçek Türkçeye Dağlı ve Baysal (2016: 1250) tarafından uyarlanmıştır. 5 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir (1: Hiç katılmıyorum, 2: Çok az katılıyorum, 3: Orta düzeyde katılıyorum, 4: Büyük oranda katılıyorum, 5: Tamamen katılıyorum). Cronbach Alpha katsayısı .88 olarak bulunmuştur. İki hafta ara ile uygulanan ölçümler arasındaki korelasyonun da .97 değerinde olduğu ve ölçeğin iyi düzeyde test-tekrar test güvenirliğine sahip olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu ifade edilmiştir (Dağlı ve Baysal, 2016: 1250-1262). YDÖ, bu çalışmada OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarının yaşam doyumu düzeylerini belirlemek amacıyla dahil edilmiştir. Ölçek, Ek 8'de sunulmuştur.

2.1.3. İşlem

İlk olarak, çalışma ile ilgili gerekli belgeler hazırlanıp Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'na etik onay için başvuru yapılmıştır. Etik kurul onayının alınmasının ardından (21.02.2023 tarihinde 4 sayılı karar ile) veri toplama aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada ilk olarak, OKB tanısı olan bireylere ulaşılması hedeflenmiştir. Bunun için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri bölümünden gerekli izinler alınıp OKB tanısı olan kişilere ulaşılmıştır. Araştırmanın kapsamı hakkında bilgi verildikten sonra kişiler çalışmaya davet edilmiştir. Ayrıca, çalışmaya katılma konusunda gönüllü olacak yakınlarının da davet edilmesi rica edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden OKB tanısı olan kişiler ve yakınlarına Bilgilendirilmiş Onam Formu ve kağıt-kalem formu şeklinde hazırlanan anket setleri teslim edilmiştir. Öncelikle, katılımcılardan çalışmaya ilişkin ayrıntılı bilgilerin yer aldığı formu dikkatlice okumaları rica edilmiş, ardından araştırmaya gönüllü bir şekilde katıldıkları yönünde onam vermeleri beklenmiştir. Daha sonra anket seti ve nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir. OKB tanısı olan kişiler ve yakınları arasındaki eşleştirmelerin yapılabilmesi için kişisel bilgilerini içermeyecek bir şekilde ortak bir kod belirlemeleri ve anket setlerinin başındaki ilgili bölüme bu kodu yazmaları istenmiştir. Sormak istedikleri bir nokta olması durumunda sorabilecekleri belirtilmiş ve katılımcıların anket setlerini doldurmaları beklenmiştir. Genel olarak, katılımcıların anket setlerini yaklaşık 15-20

dakikalık bir sürede tamamladıkları görülmüştür. Katılımcıların tamamlamış olduğu anket setleri teslim alındıktan sonra eksiksiz bir şekilde doldurulup doldurulmadığı kontrol edilmiştir. Çevrimiçi olarak katılımcılara ulaşmak için ise öncelikle çeşitli sosyal medya platformları üzerinden araştırmayı açıklayan duyuru afişi ve bilgi metni ile çalışmanın duyurusu yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, bir devlet hastanesinden OKB tanısı almış ve bir yakınlarının da katılma konusunda gönüllü olduğu kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Yüz yüze formlarda olduğu gibi her iki grup için de hazırlanmış olan çevrimiçi anket setlerinden önce de araştırma ile ilgili detaylı bilgilerin açıklandığı Bilgilendirilmiş Onam Formu yer almış ve katılımcılardan araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair onam vermeleri beklenmiştir. Ayrıca, sormak istedikleri bir şey olması durumunda araştırmacıya ulaşabilecekleri ifade edilmiş ve araştırmacının iletişim bilgilerine yer verilmiştir. Yine yüz yüze formlarda olduğu gibi anket setlerinin en başında OKB tanısı olan kişiler ile yakınları arasında eşleştirmelerin gerçekleştirilebilmesi için kişisel bilgilerini içermeyen ortak kodlarını belirtmeleri rica edilmiştir. Ayrıca çevrimiçi anket setlerinde katılımcıların dikkatli bir şekilde yanıt verip vermediklerinin anlaşılabilmesi amacıyla kontrol sorularına yer verilmiş, katılımcılardan gelen sorular ise araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır.

İstatistiksel analizlerin yürütülmesi amacıyla Statistical Package for the Social Sciences 27 (SPSS 27) programı kullanılmıştır. Tamamlanan anket setlerinin veri girişi yapıldıktan sonra veri girişinin kontrolü ve veri temizleme işlemleri gerçekleştirilmiştir. Sonrasında betimsel analizler ve değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için korelasyon ve regresyon analizleri yürütülmüştür. Ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici etkisini inceleyebilmek için ise PROCESS Macro eklentisi aracılığıyla analizler gerçekleştirilmiştir.

2.2. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak, araştırmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin betimsel değerlendirmeler ve güvenirlik analizlerinin bulguları sunulacaktır. Daha sonra, çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla gerçekleştirilen grup farkı, korelasyon, hiyerarşik regresyon analizleri ve düzenleyici değişkene ilişkin gerçekleştirilen analizlerin sonuçlarına yer verilecektir.

2.2.1. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Değerlendirmeler

Araştırmada yer olan değişkenleri ölçmek amacıyla kullanılan ölçüm araçlarının sonuçlarına ilişkin betimleyici analizler gerçekleştirilmiş ve elde edilen veriler incelenmiştir. OKB tanısı olan katılımcılara ve yakınlarına uygulanan tüm ölçüm araçlarına dair ortalama, standart sapma, çarpıklık, basıklık ve minimum-maksimum değerleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2: Ölçüm Araçlarına Ait Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve Minimum-Maksimum Değerleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Minimum-Maksimum
BOKÖ-GTF	31.43	18.10	.95	1.02	1-84
Bulaşma/kirlenme	7.84	6.18	.32	-1.20	0-20
Zarar verme	6.63	5.35	.65	-.47	0-20
Kabul edilemez düşünceler	7.60	5.93	.60	-.70	0-20
Simetri/sıralama	5.82	5.64	.77	-.40	0-20
Cinsel düşünceler	4.98	4.99	1.07	.58	0-20
AUÖ-HF	20.43	15.60	1.50	1.79	0-76
HYDÖ	38.41	12.35	.93	.48	21-72
AUÖ-ÖF	24.39	16.09	1.01	1.14	1-73
RSOYÖ	16.48	3.18	-.20	-1.07	10-21
YDÖ	13.32	4.27	.06	-.84	5-22

Notlar: BOKÖ-GTF: Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği Genişletilmiş Türkçe Form, AUÖ-HF: Aile Uyumu Ölçeği-Hasta Formu, HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, AUÖ-ÖF: Aile Uyumu Ölçeği-Özbildirim Formu, RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği.

2.2.2. Ölçüm Araçlarına İlişkin Güvenirlik Analizleri Bulguları

Çalışmanın hipotezlerini sınamak amacıyla yapılacak olan analizlere başlamadan önce, daha önce psikometrik özellikler açısından geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiş olan ölçüm araçları uygulansa da, bu çalışmada yer alan ölçeklerin güvenirliğine ilişkin değerlerin kontrol edilmesi amacıyla iç tutarlık değerlerine yönelik analizler yapılmış ve bu doğrultuda Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıştır. OKB tanısı olan katılımcılara ve yakınlarına uygulanan tüm ölçeklere ilişkin güvenirlik değerlerine ait detaylı bilgiler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Tüm Ölçekler İçin Güvenirlik Analizi Bulguları

Değişkenler	İç Tutarlık Değeri (α)	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyon Min.-Max. Değerleri
BOKÖ-GTF	.92	.12-.74
Bulaşma/kirlenme	.95	.77-.95
Zarar verme	.95	.82-.91
Kabul edilemez düşünceler	.94	.76-.89
Simetri/sıralama	.94	.82-.88
Cinsel düşünceler	.92	.64-.92
AUÖ-HF	.93	.21-.79
HYDÖ	.93	.30-.78
AUÖ-ÖF	.92	.43-.76
RSOYÖ	.70	.19-.60
YDÖ	.88	.63-.81

Notlar: BOKÖ-GTF: Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği Genişletilmiş Türkçe Form, AUÖ-HF: Aile Uyumu Ölçeği-Hasta Formu, HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, AUÖ-ÖF: Aile Uyumu Ölçeği-Özbildirim Formu, RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik değerlerini incelemek için yapılan güvenirlik analizinin sonuçları incelendiğinde, tüm ölçeklere ait Cronbach Alpha katsayılarının .70 ile .95 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Yanı sıra, BOKÖ-GTF'nin alt boyutları için de iç tutarlık değerleri hesaplanmış ve Cronbach Alpha katsayılarının .92 ile .95 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç olarak, çalışmada kullanılan ölçeklerin Cohen (1977, 1988) tarafından önerilmiş olan kriterlere göre kabul edilebilir düzeyde iç tutarlık değerlerine sahip olduğu söylenebilmektedir.

2.2.3. Bakım Vermeye Dair Özelliklere İlişkin Analizlerin Bulguları

Bu bölümde, OKB tanısı olan kişilere bakım veren yakınlarının bakım verme sürecine ilişkin özelliklerini incelemek amacıyla yürütülen analizlerden elde edilen bulgulara yer verilecektir.

İlk olarak, yakınların OKB tanısı olan kişi ile yakınlık derecesine bakıldığında %27.6'sının çocuklarının OKB tanısına sahip olduğunu bildirdiği görülmüştür. Ardından sırasıyla %24.1'inin eşlerinin, %19'unun kardeşlerinin, %12.1'inin partnerlerinin OKB tanısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. %12.1'inin ise OKB tanısı olan kişi ile yakınlık derecelerini "diğer" olarak belirttikleri görülmüştür. Veriler incelendiğinde, bu 7 katılımcının 5 tanesinin OKB tanısı olan kişi ile yakınlık derecelerini "arkadaş", 1 tanesinin "kuzen", 1 tanesinin ise "yeğen" olarak belirttiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bakım veren yakınların OKB tanısı olan kişilerle bir haftada ortalama olarak geçirdikleri vakte dair verilere bakıldığında, yarısından fazlasının (%55.2) OKB tanısı olan yakınları ile haftada ortalama 50 saat ve üzeri geçirdikleri görülmektedir. Bununla birlikte, bir haftada ortalama olarak %8.6'sının 0-9 saat, %6.9'unun 10-19 saat, %12.1'inin 20-29 saat, %10.3'ünün 30-39 saat ve %6.9'unun 40-49 saat kadar bir süreyi OKB tanısı olan kişilerle birlikte geçirdikleri bulunmuştur. Ayrıca yakınların %72.4'ünün OKB tanısı olan kişiyle birlikte yaşadıklarını, %27.6'sının ise OKB tanısı olan kişi ile birlikte yaşamadıklarını bildirdiği görülmektedir. Birlikte yaşadığını bildiren 42 yakının OKB tanısı olan kişi ile birlikte yaşadıkları toplam süreye dair verilere bakıldığında, bu sürenin ortalama olarak 173 ay (SS = 113.512) (14 yıl, 5 ay) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgulara ilişkin ayrıntılı bilgiler Tablo 4'te sunulmuştur

Tablo 4: Bakım Vermeye Dair Özelliklere İlişkin Bulgular

Bakım verme sürecine ilişkin değişkenler		Frekans (Yüzde) (n= 58)
OKB tanısı olan kişi ile yakınlık derecesi, *n* (%)	Çocuğum	16 (%27.6)
	Eşim	14 (%24.1)
	Kardeşim	11 (%19)
	Partnerim (sevgili, nişanlı vb.)	7 (%12.1)
	Diğer	7 (%12.1)
	Annem	3 (%5.2)
	Babam	0 (%0.0)
OKB tanısı olan kişi ile haftada ortalama olarak geçirilen vakit, *n* (%)	0-9 saat	5 (%8.6)
	10-19 saat	4 (%6.9)
	20-29 saat	7 (%12.1)
	30-39 saat	6 (%10.3)
	40-49 saat	4 (%6.9)
	50 saat ve üzeri	32 (%55.2)
OKB tanısı olan kişi ile birlikte yaşama durumu, *n* (%)	Evet	42 (%72.4)
	Hayır	16 (%27.6)
OKB tanısı olan kişi ile birlikte yaşanılan toplam süre, *ay*	Min.-Max.	Ort. (±S.S.), ay
	5-336	173.04 (113.512)

Bakım verme sürecine ilişkin özelliklerin yanı sıra, OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının yaş gruplarına göre nasıl bir dağılım gösterdikleri incelenmiştir. Bulgulara bakıldığında, en yüksek oranda hem yakınların hem de OKB tanısı olan kişilerin 26-33 yaş arasında olduğu görülmektedir. Yani, OKB tanısı olan kişi ve yakınından oluşan 58 katılımcı çiftinin %20.7'sinde hem OKB tanısı olan kişilerin hem de yakınlarının 26-33 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, benzer şekilde katılımcı

çiftlerinin %17.2'sinde de hem OKB tanısı olan kişinin hem de yakınlarının 18-25 yaş arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine 58 çiftten %17.2'sinde yakınların 42-50 yaş arasında olduğu, bakım verdikleri OKB tanısı olan kişilerin ise 18-25 yaş arasında olduğu görülmüştür. %8.6'sında yakınların 34-41 yaş arasında olduğu, OKB tanısı olanların 18-25 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Yakınların 18-25 yaş arasında, OKB tanısı olanların ise 26-33 yaş arasında olduğu çiftler ise tüm çiftlerin %5.2'sini oluşturmaktadır. Benzer şekilde, yakınların 42-50 yaş arasında, OKB tanısı olanların 34-41 yaş arasında olduğu çiftler de tüm çiftlerin %5.2'sini oluşturmaktadır. Yakınların 26-33 yaş arasında, OKB olanların 42-50 yaş arasında ve yakınların 34-41 yaş arasında, OKB olanların ise 42-50 yaş arasında olduğu çiftlerin de tüm çiftlerin %5.2'sini oluşturduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımına dair ayrıntılı bilgiler Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	OKB tanısı olan grubun yaşı				
Yakınların yaşı	18-25 yaş *n* (%)	26-33 yaş *n* (%)	34-41 yaş *n* (%)	42-50 yaş *n* (%)	Toplam *n* (%)
18-25 yaş *n* (%)	10 (%17.2)	3 (%5.2)	0 (%0)	0 (%0)	13 (%22.4)
26-33 yaş *n* (%)	1 (%1.7)	12 (%20.7)	1 (%1.7)	3 (%5.2)	17 (%29.3)
34-41 yaş *n* (%)	5 (%8.6)	1 (%1.7)	2 (%3.4)	3 (%5.2)	11 (%19)
42-50 yaş *n* (%)	10 (%17.2)	2 (%3.4)	3 (%5.2)	2 (%3.4)	17 (%29.3)
Toplam *n* (%)	26 (%44.8)	18 (%31)	6 (%10.3)	8 (%13.8)	58 (%100)

OKB tanısı olan katılımcıların ve yakınlarının yaş gruplarına göre nasıl bir dağılım gösterdiğinin yanı sıra, cinsiyetlere göre nasıl bir dağılım gösterdikleri de incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, katılımcı çiftlerinin %39.7'sinde hem OKB tanısı olan kişinin hem de yakınının kadın olduğu görülmektedir. Ardından %29.3'ünde OKB tanısı olan kişinin kadın, yakınının ise erkek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcı çiftlerinin %24.1'inde ise OKB tanısı olan katılımcıların erkek, yakınlarının ise kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak, katılımcı çiftlerinin %6.9'unda hem OKB tanısı olan kişinin hem de yakınının erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

	OKB olan grubun cinsiyeti		
Yakınların cinsiyeti	Kadın *n* (%)	Erkek *n* (%)	Toplam *n* (%)
Kadın *n* (%)	23 (%39.7)	14 (%24.1)	37 (%63.8)
Erkek *n* (%)	17 (29.3)	4 (%6.9)	21 (%36.2)
Toplam *n* (%)	40 (%69)	18 (%31)	58 (%100)

Ayrıca OKB bağlamında bakım vermeye özgü bir unsur olarak OKB tanısı olan kişilerin yakınlarının bozukluğun belirtilerine yönelik ne kadar sıklıkla uyum davranışları gösterdikleri incelenmiştir. Genel olarak bakıldığında, OKB tanısı olan kişilerin %98'i yakınlarının haftada en az bir kez bir uyum davranışı gösterdiğini bildirmiştir. OKB tanısı olan kişilerin yakınlarının ise tamamı bozukluğun belirtilerine ilişkin haftada en az bir kez bir uyum davranışı sergilediklerini rapor etmiştir. Hangi uyum davranışlarının en sık olarak bildirildiği incelendiğinde, OKB tanısı olan katılımcıların %81'i yakınlarının haftada en az bir gün olmak üzere obsesyonlara ilişkin güvence sağlama davranışı (*Ort*.= 1.62, *SS*= 1.24) gösterdiklerini bildirmiştir. Bunun ardından, %77.6'sı yakınlarının haftada en az bir gün kompulsiyonlarla ilgili güvence sağladıklarını (*Ort*.= 1.56, *SS*= 1.24) belirtmiştir. Yakınların en sık olarak bildirdiği uyum davranışlarına bakıldığında ise %89.7'si haftada en az bir gün obsesyonları veya kompulsiyonları ortaya çıkarabilecek şeyler hakkında konuşmaktan kaçındıklarını (*Ort*.= 2.15, *SS*= 1.28) rapor etmiştir. Ardından, yakınların özbildirimlerine göre %84.5'inin obsesyonlara ilişkin güvence sağlama davranışı (*Ort*.= 2.13, *SS*= 1.33) gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar

incelendiğinde, en az bildirilen uyum davranışının ise iş veya okul programını değiştirme olduğu görülmüştür. OKB tanısı olan kişilerin yalnızca %22.4'ü (*Ort*.= 0.36, *SS*= 0.33), yakınların ise %24.1'i (*Ort*.= 0.39, *SS*= 0.87) yakınlar tarafından haftada en az bir gün bu davranışın gösterildiğini bildirmiştir. Uyum davranışlarının sıklığı ile ilgili ayrıntılı bilgilere Tablo 7'de yer verilmiştir.

Tablo 7. OKB Tanısı Olan Katılımcıların ve Yakınlarının Bildirdiği Uyum Davranışları Sıklığının Dağılımı

	Hiç/Asla		Haftada 1 gün		Haftada 2-3 gün		Haftada 4-6 gün		Her gün		Ort. (±SS)	
Maddeler	**O** *n* (%)	**Y** *n* (%)	**O** *n* (%)	**Y** *n* (%)	**O** *n* (%)	**Y** *n* (%)	**O** *n* (%)	**Y** *n* (%)	**O** *n* (%)	**Y** *n* (%)	**O**	**Y**
1.Güvence sağlama (obsesyon)	11 (19.0)	9 (15.5)	19 (32.8)	8 (13.8)	16 (27.6)	19 (32.8)	5 (8.6)	10 (17.2)	7 (12.1)	12 (20.7)	1.62 (1.24)	2.13 (1.33)
2.Güvence sağlama (kompulsiyon)	13 (22.4)	13 (22.4)	17 (29.3)	11 (19.0)	16 (27.6)	11 (19.0)	6 (10.3)	12 (20.7)	6 (10.3)	11 (19.0)	1.56 (1.24)	1.94 (1.44)
3.Kompulsiyonlar nedeniyle bekleme	17 (29.3)	20 (34.5)	16 (27.6)	16 (27.6)	16 (27.6)	9 (15.5)	2 (3.4)	4 (6.9)	7 (12.1)	9 (15.5)	1.41 (1.28)	1.41 (1.42)
4.Kompulsiyonlara katılma	32 (55.2)	32 (55.2)	13 (22.4)	14 (24.1)	3 (5.2)	3 (5.2)	8 (13.8)	4 (6.9)	2 (3.4)	5 (8.6)	0.87 (1.21)	0.89 (1.29)
5.Kompulsiyonları kolaylaştırma	34 (58.6)	31 (53.4)	9 (15.5)	6 (10.3)	9 (15.5)	10 (17.2)	2 (3.4)	5 (8.6)	4 (6.9)	6 (10.3)	0.84 (1.22)	1.12 (1.41)
6.Gerekli eşyaları sağlama	33 (56.9)	33 (56.9)	9 (15.5)	11 (19.0)	8 (13.8)	6 (10.3)	2 (3.4)	1 (1.7)	6 (10.3)	7 (12.1)	0.94 (1.34)	0.93 (1.36)
7.Kaçınmayı kolaylaştırma	26 (44.8)	26 (44.8)	14 (24.1)	9 (15.5)	11 (19.0)	11 (19.0)	3 (5.2)	3 (5.2)	4 (6.9)	9 (15.5)	1.05 (1.22)	1.31 (1.47)
8.Karar vermede yardım etme	20 (34.5)	14 (24.1)	19 (32.8)	17 (29.3)	10 (17.2)	17 (29.3)	5 (8.6)	7 (12.1)	4 (6.9)	3 (5.2)	1.20 (1.21)	1.44 (1.14)
9.Kişisel görevlerde yardım etme	40 (69.0)	33 (56.9)	7 (12.1)	15 (25.9)	6 (10.3)	5 (8.6)	2 (3.4)	2 (3.4)	3 (5.2)	3 (5.2)	0.63 (1.13)	0.74 (1.10)
10.Yemek hazırlama	30 (51.7)	22 (37.9)	8 (13.8)	18 (31.0)	9 (15.5)	9 (15.5)	5 (8.6)	3 (5.2)	6 (10.3)	6 (10.3)	1.12 (1.40)	1.18 (1.29)
11.Aile/ev sorumluluklarını üstlenme	23 (39.7)	19 (32.8)	10 (17.2)	14 (24.1)	15 (25.9)	10 (17.2)	4 (6.9)	5 (8.6)	6 (10.3)	10 (17.2)	1.31 (1.34)	1.53 (1.46)
12.Konuşmaktan kaçınma	18 (31.0)	6 (10.3)	11 (19.0)	13 (22.4)	17 (29.3)	17 (29.3)	4 (6.9)	10 (17.2)	8 (13.8)	12 (20.7)	1.53 (1.36)	2.15 (1.28)
13.Bir şeyleri yapmaktan kaçınma	20 (34.5)	15 (25.9)	14 (24.1)	9 (15.5)	14 (24.1)	12 (20.7)	4 (6.9)	9 (15.5)	6 (10.3)	13 (22.4)	1.34 (1.30)	1.93 (1.50)
14.Bahane üretme/yalan söyleme	38 (65.5)	40 (69.0)	10 (17.2)	8 (13.8)	7 (12.1)	5 (8.6)	1 (1.7)	3 (5.2)	2 (3.4)	2 (3.4)	0.60 (1.01)	0.60 (1.07)
15.Durdurmaya çalışmama	22 (37.9)	24 (41.4)	15 (25.9)	6 (10.3)	11 (19.0)	17 (29.3)	5 (8.6)	6 (10.3)	5 (8.6)	5 (8.6)	1.24 (1.28)	1.34 (1.35)
16.Alışılmadık durumlara katlanma	25 (43.1)	24 (41.4)	11 (19.0)	11 (19.0)	8 (13.8)	6 (10.3)	4 (6.9)	8 (13.8)	10 (17.2)	9 (15.5)	1.36 (1.51)	1.43 (1.52)
17.Boş zaman aktivitelerini kısıtlama	38 (65.5)	29 (50.0)	10 (17.2)	17 (29.3)	5 (8.6)	3 (5.2)	1 (1.7)	6 (10.3)	4 (6.9)	3 (5.2)	0.67 (1.16)	0.91 (1.20)
18.İş/okul programını değiştirme	45 (77.6)	44 (75.9)	9 (15.5)	9 (15.5)	1 (1.7)	3 (5.2)	2 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.7)	2 (3.4)	0.36 (0.83)	0.39 (0.87)
19.Aile sorumluluklarını erteleme	40 (69.0)	30 (51.7)	7 (12.1)	15 (25.9)	3 (5.2)	5 (8.6)	4 (6.9)	2 (3.4)	4 (6.9)	6 (10.3)	0.70 (1.25)	0.94 (1.30)

Notlar: O: OKB tanısı olan katılımcılar, Y: OKB tanısı olan katılımcıların yakınları.

2.2.4. Grup Farkları Analizlerine İlişkin Bulgular

Bakım verme ile ilgili alanyazında cinsiyetler arası farklara ilişkin bazı bulguların rapor edilmesinden dolayı, bu çalışmada da OKB tanısı olan kişilere bakım veren katılımcıların çalışmanın ana değişkenleri için cinsiyetler açısından farklılaşıp farklışmadığına yönelik analizler de yürütülmüştür. Kadın ve erkek bakım verenler olmak üzere iki grup arasındaki farklılıkları değerlendirebilmek amacıyla bağımsız örneklemler t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçlarıyla ilgili detaylı bilgiler Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Yakınların Cinsiyetlerine İlişkin Grup Farkı Analizi Bulguları

	Kadın		Erkek		*t*(56)	*p*	Cohen *d*
	Ort.	SS	Ort.	SS			
AUÖ-HF	21.18	18.05	19.09	10.21	0.48	.62	0.13
AUÖ-ÖF	24.70	17.46	23.85	13.74	0.19	.85	0.05
HYDÖ	39.00	12.86	37.38	11.62	0.47	.63	0.13
RSOYÖ	16.56	3.26	16.33	3.11	0.26	.79	0.07
YDÖ	13.02	4.30	13.85	4.28	0.70	.48	0.19

Notlar: AUÖ-HF: Aile Uyumu Ölçeği-Hasta Formu, AUÖ-ÖF: Aile Uyumu Ölçeği-Özbildirim Formu, HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği.

Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde, kadın (*Ort*.= 21.18, *SS*= 18.05) ve erkek bakım verenlerin (*Ort*.= 19.09, *SS*= 10.21) OKB tanısı olan kişiler tarafından bildirilen aile uyumu düzeyleri açısından anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur (*t*(56)= 0.48, *p*= .62, *d*= 0.13). Benzer şekilde, kadın (*Ort*.= 24.70, *SS*= 17.46) ve erkek bakım verenlerin (*Ort*.= 23.85, *SS*= 13.74) kendilerinin bildirmiş olduğu aile uyumu düzeyleri açısından da anlamlı olarak farklılaşmadığı tespit edilmiştir (*t*(56)= 0.19, *p*= .85, *d*= 0.05). Bakım verenler için psikolojik yük düzeylerinin cinsiyetler arasında anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, kadın (*Ort*.= 39.00, *SS*= 12.86) ve erkeklerin (*Ort*.=

37.38, *SS*= 12.62) psikolojik yük açısından anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (*t*(56)= 0.47, *p*= .63, *d*= 0.13). Bununla birlikte, analiz bulguları incelendiğinde kadın (*Ort*.= 16.56, *SS*= 3.26) ve erkek bakım verenlerin (*Ort*.= 16.33, *SS*= 3.11) ruh sağlığı okuryazarlığı (*t*(56)= 0.26, *p*= .79, *d*= 0.07) ile kadın (*Ort*.= 13.02, *SS*= 4.30) ve erkek bakım verenlerin (*Ort*.= 13.85, *SS*= 4.28) yaşam doyumu düzeyleri (*t*(56)= 0.70, *p*= .48, *d*= 0.19) açısından farklılaşmadıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Cinsiyetler arası grup farkı analizine ilişkin bulguları genel olarak özetlemek gerekirse, çalışmadaki ana değişkenler açısından kadın bakım verenler ile erkek bakım verenler arasında anlamlı farklılıklar olmadığı söylenebilir.

Grup farkı analizlerinde, bakım verenlerin OKB belirtilerine ilişkin gösterdikleri uyum davranışlarının düzeyi açısından da karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu amaçla, bakım veren katılımcılar kendi bildirdikleri aile uyumu düzeylerinin ortalamalarına göre üç grup olarak ele alınmış ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu analize ilişkin sonuçlar Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9: Yakınların Aile Uyumu Düzeylerine Göre Grup Farkı Analizi Bulguları

	Grup 1 (Düşük Aile Uyumu Gösterenler)		Grup 2 (Orta aile Uyumu Gösterenler)		Grup 3 (Yüksek Aile Uyumu Gösterenler)				
	Ort.	*SS*	*Ort.*	*SS*	*Ort.*	*SS*	*F*	*df*	η^2
HYDÖ	28.60	8.04	40.50	7.81	48.85	13.88	17.92***	2, 28.75	.40
RSOYÖ	17.90	2.69	15.91	2.93	15.42	3.71	3.38*	2, 55	.11
YDÖ	16.00	3.02	11.87	4.14	12.00	4.43	7.27**	2, 55	.20

p< .05*, *p*< .01**, *p*< .001***

Notlar: HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği.

Analiz sonuçları incelendiğinde düşük, orta ve yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri psikolojik yük açısından anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur (*F*(2, 28.75)= 17.92, *p*< .001, η^2= .40). Karşılaştırılan grupların varyanslarının homojen olmamasından dolayı, analiz sonuçları değerlendirilirken Welch F testi kullanılmıştır. Grupların birbirinden nasıl

farklılaştığını değerlendirebilmek için ise post-hoc karşılaştırmaları gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, düşük düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin (*Ort*.= 28.60, *SS*= 8.04) psikolojik yük düzeyinin orta düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerden (*Ort*.= 40.50, *SS*= 7.81) daha düşük olduğunu göstermektedir (p< .001). Benzer şekilde, düşük düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin psikolojik yük düzeylerinin yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerden de (*Ort*.= 48.85, *SS*= 13.88) daha az olduğu bulunmuştur (p< .001). Orta düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenler ile yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenler arasında ise psikolojik yük açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir (p= .125).

Sonuçlar incelendiğinde, OKB belirtilerine farklı düzeylerde aile uyumu davranışları gösteren bakım verenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı açısından da anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir (F(2, 55)= 3.38, p= .041, η^2= .11). Yapılan post hoc karşılaştırmalar incelendiğinde ise düşük düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin (*Ort*.= 17.90, *SS*= 2.69) orta düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerden (*Ort*.= 15.91, *SS*= 2.69) daha yüksek düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p= .037). Bununla birlikte, düşük düzeyde aile uyumu davranışı gösteren bakım verenlerin yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerden de (*Ort*.= 15.42, *SS*= 3.71) daha yüksek düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığına sahip oldukları bulunmuştur (p= .024). Sonuçlara bakıldığında, orta düzeyde ve yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenler arasında ise ruh sağlığı okuryazarlığı açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür (p= .637).

Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına bakıldığında, OKB belirtilerine farklı düzeylerde uyum davranışı gösteren bakım verenlerin yaşam doyumu açısından da anlamlı bir şekilde farklılaştıkları görülmüştür (F(2, 55)= 7.27, p= .002, η^2= .20). Hangi grupların birbirinden farklılaştığını görmek amacıyla yapılan post hoc karşılaştırmaları sonucunda ise düşük düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin (*Ort*.= 16.00, *SS*= 3.02) orta düzeyde aile uyumu gösterenlerden (*Ort*.= 11.87, *SS*= 4.14) daha yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahip oldukları bulunmuştur (p= .002). Benzer şekilde, düşük düzeyde aile uyumu davranışları gösteren grubun yüksek düzeyde aile uyumu gösterenlerden de (*Ort*.= 12.00, *SS*= 4.43) daha yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahip olduğu görülmüştür (p= .012). Orta düzeyde aile

uyumu gösterenler ile yüksek düzeyde aile uyumu gösterenlerin ise yaşam doyumu düzeyleri açısından anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (p= .995).

Aile uyumu davranışlarının düzeyine göre yapılan grup farklı analizlerinin sonuçlarını toparlamak gerekirse, düşük düzeyde aile uyumu davranışı gösteren yakınların orta ve yüksek düzeyde aile uyumu davranışı gösteren yakınlara göre daha az psikolojik yük deneyimledikleri ve daha iyi düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığı ile yaşam doyumu düzeylerine sahip oldukları söylenebilmektedir.

2.2.5. Çalışmanın Ana Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkilerin İncelenmesi

Araştırmada bakım verme ile ilgili değişkenler; OKB tanısı olan katılımcılarda bozukluğun şiddeti, aile uyum değerlendirmeleri; OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarının yüke ilişkin değerlendirmeleri, aile uyumu değerlendirmeleri, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki korelasyonel ilişkiler incelenmiştir. Bu bölümde, bu korelasyonel ilişkilere dair analiz bulgularına yer verilecektir.

Çalışmada yer alan ana değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin bulguları Tablo 10'da görülebilmektedir. Sosyodemografik değişkenler ve bakım verme ile ilişkili değişkenlere ilişkin analiz sonuçlarına bakıldığında; OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının birlikte yaşadıkları toplam sürenin yakınların deneyimledikleri yük ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (r= .28, p< .05). Diğer deyişle, yakınların OKB tanısı olan kişiler ile birlikte yaşadıkları süre arttıkça bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri yükün arttığı, süre azaldıkça ise yükün azaldığı söylenebilir. Bununla birlikte, yakınların OKB tanısı olan kişiler ile haftada ortalama olarak birlikte geçirdikleri vakit ile deneyimledikleri yük arasında negatif yönde ve anlamlı yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.25, p< .05). Yakınların yaşı ile yaşam doyumu düzeyleri arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (r= .25, p< .05). Dolayısıyla, yakınların yaşı arttıkça yaşam doyumu düzeyleri artmakta, yaşları azaldıkça yaşam doyumu düzeyleri de azalma göstermektedir.

Diğer değişkenlere ilişkin analiz bulguları incelendiğinde, OKB tanısı olan kişilerin aile uyumu değerlendirmeleri (AUÖ-HF) ile yakınların aile uyumu değerlendirmeleri (AUÖ-ÖF) arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (r= .81, p< .01). Yani, OKB tanısı olan kişilerin yakınlarının göstermiş olduğu uyum davranışlarının sıklığına yönelik değerlendirme düzeyleri arttıkça yakınların kendi göstermiş oldukları uyum davranışlarına yönelik değerlendirme düzeyleri de artmakta; aynı şekilde biri azaldıkça diğeri de azalma göstermektedir. Bununla birlikte, daha önce belirtildiği gibi yakınların ve OKB tanısı olan kişilerin uyum davranışlarının sıklığını nasıl değerlendirdikleri ve bu değerlendirmeler arasındaki farkın ne düzeyde olduğu da önemli olmaktadır. Bu doğrultuda, katılımcıların aynı uyum davranışlarını 5'li likert tipi derecelendirme ile değerlendirdiği AUÖ-HF ve AUÖ-ÖF toplam puanları arasındaki fark hesaplanarak "uyum değerlendirmeleri farkı" (UDF) değişkeni olarak analize dahil edilmiştir. Bu farka ilişkin sonuçlar incelendiğinde, yakınların deneyimlediği yük ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (r= .31, p< .01). Yani, OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının uyum davranışlarının düzeyine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki fark arttıkça yakınlardaki yükün düzeyinin arttığı, değerlendirmeler arasında fark azaldıkça yakınlardaki yükün düzeyinin de azaldığı söylenebilmektedir. Ayrıca, bu farkın düzeyi ile yakınların ruh sağlığı okuryazarlıkları düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (r= -.22, p< .05). Dolayısıyla, yakınlar ile OKB tanısı olan kişilerin, yakınların göstermiş oldukları uyum davranışlarının düzeyine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki fark arttıkça yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin azaldığı, uyum davranışları değerlendirmeleri arasındaki fark azaldıkça yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin arttığı söylenebilir.

OKB'nin şiddeti ile ilişkili korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; BOKÖ-GTF toplam puanının OKB tanısı olan kişinin aile uyumu değerlendirmesi ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki gösterdiği görülmektedir (r= .31, p< .01). Dolayısıyla, bozukluğun şiddeti arttıkça bozukluğa sahip olan kişinin değerlendirmesine göre, yakınının gösterdiği uyum davranışlarının sıklığı artmaktadır. Benzer şekilde, bozukluğun şiddeti azaldıkça uyum davranışları da azalmaktadır. Ayrıca, OKB şiddetinin yakınların değerlendirmesine göre de uyum davranışlarının

sıklığı ile anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (r= .35, p< .01). Başka bir ifadeyle, bozukluğun şiddeti arttıkça OKB tanısı olan kişinin yakını tarafından öz-bildirim şeklinde değerlendirilen uyum davranışlarının sıklığı da artmakta, bozukluğun şiddeti azalırken uyum davranışlarının sıklığı da azalmaktadır. Bunlarla birlikte, BOKÖ-GTF ile yakınların psikolojik yüke ilişkin değerlendirmeleri (HYDÖ) arasında da anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (r= .33, p< .01). Yani, bozukluğun şiddeti arttıkça OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının deneyimlediği psikolojik yük düzeyleri artış göstermekte, bozukluğun şiddeti azaldıkça da yakınların deneyimlediği psikolojik yük düzeyleri azalmaktadır. Bozukluğun şiddeti ile yakınların yaşam doyumu düzeyleri arasında ise anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.29, p< .05). Yani, OKB tanısı olan katılımcılarda bozukluğun belirtilerinin şiddeti arttıkça yakınlarının yaşam doyumu düzeyleri azalmakta, belirtilerin şiddeti azaldıkça da yakınların yaşam doyumu düzeyleri artmaktadır.

İlaveten, BOKÖ-GTF'nin alt boyutları ile diğer değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkiler de incelenmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında, bulaşma/kirlenme alt boyutunun hem OKB tanısı olan kişinin aile uyumu değerlendirmesi ile (r= .56, p< .01) hem de yakının aile uyumu değerlendirmesi ile (r= .56, p< .01) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Yani, OKB tanısı olan katılımcıların bulaşma/kirlenme alt boyutundan almış olduğu puanlar arttıkça yakınların uyum davranışlarının sıklığının arttığı söylenebilmektedir. Ayrıca, bulaşma/kirlenme alt boyutu puanları ile yakınların psikolojik yük düzeyleri arasında da anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (r= .48, p< .01). Buradan hareketle, OKB tanısı olan bireylerin bulaşma/kirlenme alt boyutundaki belirtilerinin şiddeti arttıkça yakınlarının bozukluğa ilişkin olarak deneyimledikleri yükün düzeyinin arttığı, bu boyuttaki belirtilerin şiddeti azaldıkça ise yakınların deneyimledikleri yükün düzeyinin azaldığı söylenebilmektedir.

Diğer alt boyutlara dair analiz sonuçları incelendiğinde, OKB tanısı olan kişilerin BOKÖ-GTF'nin simetri/sıralama boyutundaki puanları ile yakınların aile uyumu değerlendirmeleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (r= .22, p< .05). Yani, OKB tanısı olan katılımcıların simetri/sıralama boyutundaki belirtilerinin düzeyi arttıkça yakınların değerlendirmelerine göre uyum

davranışlarının düzeyinin arttığı, belirtilerin düzeyi azaldıkça ise uyum davranışlarının düzeyinin azaldığı söylenebilmektedir. OKB tanısı olan kişilerin simetri/sıralama boyutundaki puanları ile yakınların deneyimlediği yükün düzeyi arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (r= .28, p< .05). OKB tanısı olan kişilerin bu boyuttan aldığı puanlar ile yakınlarının yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (r= -.31, p< .01). Yani, OKB tanısı olan katılımcılarda simetri/sıralama ile ilişkili belirtilerin şiddeti arttıkça yakınlarının yaşam doyumu düzeylerinin azaldığı, bu belirtilerin şiddeti azaldıkça yakınların yaşam doyumu düzeylerinin arttığı söylenebilir. Benzer şekilde, OKB tanısı olan kişilerin zarar verme boyutundan aldığı puanlar ile yakınlarının yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (r= -.24, p< .05). Dolayısıyla, OKB tanısı olan kişilerin zarar verme ile ilişkili belirtilerinin düzeyi arttıkça yakınlarının yaşam doyumu düzeylerinin azaldığı, belirtilerin düzeyi azaldıkça yakınların yaşam doyumu düzeylerinin arttığı görülmüştür.

BOKÖ-GTF'nin alt boyutları ile OKB tanısı olan kişiler ve yakınlarının aile uyumu davranışları düzeyi değerlendirmeleri arasındaki farkla ilgili analiz sonuçları incelendiğinde ise, bulaşma/kirlenme alt boyutu (r= .43, p< .01) ve kabul edilemez düşünceler alt boyutu (r= .23, p< .05) puanlarının farkın düzeyi ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Buradan hareketle, OKB tanısı olan kişilerin bu boyutlardaki belirtilerinin düzeyi arttıkça, kendilerinin ve yakınlarının uyum davranışlarına ilişkin değerlendirmeleri arasındaki farkın düzeyinin arttığı söylenebilmektedir.

Analiz sonuçlarına göre diğer değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkileri incelendiğinde, yakınların bozukluğa ilişkin deneyimledikleri psikolojik yük düzeyleri ile OKB tanısı olan katılımcıların uyum davranışları değerlendirmeleri (r= .76, p< .01) ve yakınlarının uyum davranışları değerlendirmeleri (r= .67, p< .01) arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyonel ilişki olduğu görülmektedir. Yani, uyum davranışları arttıkça yakınların deneyimlemiş olduğu psikolojik yük artmakta; uyum davranışları azaldıkça da yakınların deneyimlemiş olduğu psikolojik yük azalmaktadır. Yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ile OKB tanısı olan katılımcıların uyum davranışları değerlendirmeleri (r= -.28, p< .05) ve yakınlarının uyum davranışları

değerlendirmeleri (r= -.25, p< .05) arasında ise anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yani yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri arttıkça bozukluğun belirtilerine yönelik gösterdikleri uyum davranışlarının azaldığı veya uyum davranışlarının düzeyi azalırken yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Analiz sonuçları incelendiğinde, yakınların yaşam doyumu düzeyleri hem OKB tanısı olan kişilerin aile uyumu değerlendirmeleri (r= -.26, p< .05) hem de yakınların aile uyumu değerlendirmeleri (r= -.36, p< .01) ile anlamlı ve negatif yönde ilişkili olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, yakınların gösterdiği uyum davranışları arttıkça yaşam doyumu düzeylerinin azaldığı ya da uyum davranışları azaldıkça yaşam doyumu düzeylerinin arttığı söylenebilmektedir. Bununla birlikte, yakınların yaşam doyumu düzeyleri ile deneyimledikleri yük arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (r= -.39, p< .01). Bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri yük arttıkça yaşam doyumu düzeylerinin azaldığı veya yük azalırken yaşam doyumu düzeylerinin arttığı söylenebilir. Yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (r= .45, p< .01). Yani, yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri arttığında yaşam doyumu düzeylerinin arttığı ya da ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri azaldığında yaşam doyumu düzeylerinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 10: Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. OKB tanısı olan kişinin yaşı																		
2. Yakının yaşı	.07																	
3. OKB tanısının alındığı yaş	.80**	.10																
4. Bozukluğun süresi	.37**	-.03	-.26*															
5. Birlikte yaşadıkları süre	-.01	.46**	-.03	.05														
6. Haftada ort. birlikte geçirilen vakit	.06	.09	.14	-.11	-.16													
7. BOKÖ-GTF	.03	-.14	.09	-.08	.03	-.07												
8. Bulaşma/kirlenme	.26*	.16	.28*	-.03	.29*	-.05	.35**											
9. Zarar verme	-.08	-.15	.05	-.09	-.19	-.08	.79**	-.05										
10. Kabul edilemez düşünceler	-.05	-.34**	-.05	.01	-.07	-.10	.76**	-.02	.59**									
11. Simetri/sıralama	-.04	-.03	.05	-.15	.04	.02	.76**	.18	.63**	.44**								
12. Cinsel düşünceler	-.10	-.12	-.07	-.05	-.07	-.04	.75**	-.03	.63**	.56**	.49**							

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
13. AUÖ-HF	.18	-.14	.16	.04	.15	-.06	.31**	.56**	.08	.18	.14	.03						
14. AUÖ-ÖF	.20	-.09	.16	.07	.16	-.07	.35**	.56**	.13	.15	.22*	.07	.81**					
15. UDF	-.10	.01	-.12	.01	.17	-.11	.18	.43**	-.06	.23*	.01	-.10	.46**	.57**				
16. HYDÖ	.20	-.04	.14	.10	.28*	-.25*	.33**	.48**	.15	.15	.28*	.04	.76**	.67**	.31**			
17. RSOYÖ	.01	.07	-.01	.05	.11	.05	-.18	-.04	-.11	-.13	-.21	-.17	-.28*	-.25*	-.22*	-.18		
18. YDÖ	-.08	.25*	.09	-.15	.10	.19	-.29*	-.12	-.24*	-.21	-.31**	-.15	-.26*	-.36**	-.19	-.39**	.45**	

p< .05*, *p*< .01**

Notlar: BOKÖ-GTF: Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği Genişletilmiş Türkçe Form, AUÖ-HF: Aile Uyumu Ölçeği-Hasta Formu, AUÖ-ÖF: Aile Uyumu Ölçeği-Özbildirim Formu, UDF: Uyum Değerlendirmeleri Farkı, HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği.

2.2.6. Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Çalışmanın amaçlarından biri olan OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının yaşam doyumlarını hangi değişkenlerin ne düzeyde yordadığını değerlendirmek amacıyla hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizine dahil edilen değişkenlerin neler olacağına ve hangi sıra ile dahil edileceklerine daha önce açıklanan korelasyon analizi bulguları ve alanyazındaki mevcut bilgiler doğrultusunda karar verilmiştir. İlk aşamada bozukluğun şiddeti; ikinci aşamada OKB tanısı olan kişi tarafından bildirilen aile uyumu düzeyi, yakın tarafından bildirilen aile uyumu düzeyi ve uyum değerlendirmeleri arasındaki fark değişkenleri enter yöntemiyle analize girilmiştir. Üçüncü aşamada yakının deneyimlemiş olduğu psikolojik yük ve son aşamada ise yakının ruh sağlığı okuryazarlığı değişkenleri analize dahil edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Yakınların Yaşam Doyumu Düzeylerine İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

		β	*t*	*R*	ΔR^2	*ΔF*
1	Sabit			.29	.08	5.24
	OKB şiddeti	-.29	-2.29*			
2	Sabit			.40	.08	1.66
	OKB şiddeti	-.19	-1.42			
	OKB olan kişinin bildirdiği aile uyumu	.09	.45			
	Yakının bildirdiği aile uyumu	-.38	-1.62			
	Uyum değerlendirmeleri farkı	.02	.14			
3	Sabit			.47	.06	4.06
	OKB şiddeti	-.15	-1.19			
	OKB olan kişinin bildirdiği aile uyumu	.35	1.44			
	Yakının bildirdiği aile uyumu	-.31	-1.36			
	Uyum değerlendirmeleri farkı	-.01	-.12			
	Psikolojik yük	-.39	-2.01*			
4	Sabit			.61	.15	12.27
	OKB şiddeti	-.11	-.91			
	OKB olan kişinin bildirdiği aile uyumu	.46	2.08*			
	Yakının bildirdiği aile uyumu	-.33	-1.56			
	Uyum değerlendirmeleri farkı	.02	.19			

Psikolojik yük	-.42	-2.40*
Ruh sağlığı okuryazarlığı	.41	3.50***

p<.05*, *p*<.01**, *p*<.001***

Yapılan regresyon analizinin sonuçları incelendiğinde, birinci aşamanın varyansın %8'ini anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .08, F(1, 56)= 5.24, p< .05), ikinci aşamanın varyansın %16'sını anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .16, F(4, 53)= 2.61, p< .05), üçüncü aşamanın ise varyansın %22'sini anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .22, F(5, 52)= 3.02, p< .05) sonucuna ulaşılmıştır. Regresyon analizinin son aşamasının ise varyansın %37'sini anlamlı olarak açıkladığı görülmüştür (R^2= .37, F(6, 51)= 5.11 , p< .001). Bu aşama değerlendirildiğinde, OKB tanısı olan kişinin bildirdiği aile uyumunun yakınların yaşam doyumunu pozitif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (β= .46, t(51)= 2.08, p= .043). Diğer deyişle, OKB tanısı olan kişilerin yakınların gösterdikleri uyum davranışlarına ilişkin değerlendirmelerinin düzeyi arttıkça yakınların yaşam doyumu düzeylerinin arttığı söylenebilmektedir. Bununla birlikte, yakınların deneyimlediği psikolojik yükün yaşam doyumlarını negatif yönde yordadığı görülmüştür (β= -.42, t(51)= -2.40, p= .02). Diğer bir deyişle, yakınların bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri psikolojik yük arttıkça yaşam doyumu düzeyleri azalmaktadır. Analiz sonuçları incelendiğinde, yakınların ruh sağlığı okuryazarlığının ise yaşam doyumlarının pozitif bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur (β= .41, t(51)= 3.50, p< .001). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, yakınların ruh sağlığı okuryazarlıkları arttıkça yaşam doyumu düzeyleri artış göstermektedir.

Regresyon analizinin son aşamasına bakıldığında, OKB şiddeti (β= -.11, t(51)= -.91, p= .363), yakınların bildirdiği aile uyumu (β= -.33, t(51)= -1.56, p= .124) ve uyum değerlendirmeleri farkı (β= .02, t(51)= .19, p= .850) değişkenlerinin ise yakınların yaşam doyumunun anlamlı bir yordayıcısı olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının bozukluğun belirtilerine yönelik gösterdikleri uyum davranışlarının düzeyini yordayan değişkenleri değerlendirmek amacıyla hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Analize dahil edilecek değişkenlerin neler olacağına ve hangi sıra ile analize girileceklerine korelasyon analizi bulguları ve alanyazındaki mevcut bilgiler ışığında karar

verilmiştir. İlk olarak, OKB tanısı olan kişilerin bildirdiği aile uyumu düzeyine yönelik regresyon analizi gerçekleştirilmiş ve ilk aşamada OKB şiddeti; ikinci aşamada bulaşma/kirlenme ve simetri/sıralama belirtilerinin şiddeti, üçüncü aşamada ruh sağlığı okuryazarlığı ve son aşamada psikolojik yük değişkenleri analize dahil edilmiştir. OKB tanısı olan kişilerin yakınlarının bildirdiği aile uyumu düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizinde de bağımlı değişkenler yukarıda açıklanan sıra ile analize girilmiştir. Analizlerin sonuçlarına Tablo 12'de yer verilmiştir.

Tablo 12: Aile Uyumu Düzeylerine İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

		β	*t*	*R*	ΔR^2	*ΔF*
AUÖ-HF toplam puanı						
1	Sabit			.31	.10	6.16
	OKB şiddeti	.31	2.48*			
2	Sabit			.58	.24	9.88
	OKB şiddeti	.23	1.29			
	Bulaşma/kirlenme belirti şiddeti	.50	4.22***			
	Simetri/sıralama belirti şiddeti	-.13	-.747			
3	Sabit			.63	.06	5.40
	OKB şiddeti	.22	1.25			
	Bulaşma/kirlenme belirti şiddeti	.50	4.40***			
	Simetri/sıralama belirti şiddeti	-.17	-1.01			
	Ruh sağlığı okuryazarlığı	-.25	-2.32*			
4	Sabit			.82	.28	45.84
	OKB şiddeti	.18	1.41			
	Bulaşma/kirlenme belirti şiddeti	.23	2.49*			
	Simetri/sıralama belirti şiddeti	-.24	-1.99			
	Ruh sağlığı okuryazarlığı	-.17	-2.12*			
	Psikolojik yük	.62	6.77***			
AUÖ-ÖF toplam puanı						
1	Sabit			.35	.12	7.95
	OKB şiddeti	.35	2.82**			
2	Sabit			.58	.22	9.14
	OKB şiddeti	.18	1.00			
	Bulaşma/kirlenme belirti şiddeti	.50	4.22***			

	Simetri/sıralama belirti şiddeti	-.08	-.04			
3	Sabit			.62	.04	3.36
	OKB şiddeti	.17	.95			
	Bulaşma/kirlenme belirti şiddeti	.50	4.31***			
	Simetri/sıralama belirti şiddeti	-.04	-.24			
	Ruh sağlığı okuryazarlığı	-.20	-1.83			
4	Sabit			.74	.16	18.74
	OKB şiddeti	.14	.90			
	Bulaşma/kirlenme belirti şiddeti	.29	2.64*			
	Simetri/sıralama belirti şiddeti	-.10	-.67			
	Ruh sağlığı okuryazarlığı	-.14	-1.45			
	Psikolojik yük	.48	4.32***			

$p<.05$*, $p<.01$**, $p<.001$***

Notlar: AUÖ-HF: Aile Uyumu Ölçeği-Hasta Formu, AUÖ-ÖF: Aile Uyumu Ölçeği-Özbildirim Formu.

OKB tanısı olan kişilerin bildirdiği aile uyumuna ilişkin regresyon analizinin sonuçları incelendiğinde, birinci aşamanın varyansın %10'unu anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .10, F(1, 56)= 6.16, p< .05), ikinci aşamanın varyansın %34'ün anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .34, F(3, 54)= 9.29, p< .001), üçüncü aşamanın ise varyansın %40'ını anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .40, F(4, 53)= 8.89, p< .001) bulunmuştur. Regresyon analizinin son aşamasının ise varyansın %68'ini anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir (R^2= .68, F(5, 52)= 22.30, p< .001). Bu aşama incelendiğinde, bulaşma/kirlenme belirti şiddetinin aile uyumunu pozitif yönde yordadığı görülmektedir (β= .23, t(52)= 2.49, p= .016). Başka bir deyişle, OKB tanısı olan kişilerin bulaşma/kirlenme alt boyutundaki belirtilerinin şiddeti arttıkça yakınlarının bozukluğun belirtilerine yönelik gösterdiği uyum davranışlarının düzeyi artmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığının ise aile uyumunu negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir (β= -.17, t(52)= -2.12, p= .039). Diğer bir ifadeyle, yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri azaldıkça uyum davranışları düzeyleri artış göstermektedir. Sonuçlara bakıldığında, psikolojik yükün aile uyumunun pozitif yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (β= .62, t(52)= 6.77, p< .001). Yani, yakınların bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri psikolojik yük arttıkça bozukluğun belirtilerine yönelik sergiledikleri uyum davranışlarının düzeyinin arttığı söylenebilmektedir.

Regresyon analizinin son aşamasına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, OKB şiddeti (β= .18, t(52)= 1.41, p= .165) ve simetri/sıralama belirti şiddeti (β= -.24, t(52)= -1.99, p= .052) değişkenlerinin ise OKB tanısı olan kişilerin bildirdiği aile uyumunun anlamlı yordayıcıları olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Yakınların bildirdiği aile uyumuna ilişkin regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında, birinci aşamanın varyansın %12'sini anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .12, F(1, 56)= 7.95, p< .01), ikinci aşamanın varyansın %34'ün anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .34, F(3, 54)= 9.51, p< .001), üçüncü aşamanın ise varyansın %38'ini anlamlı bir şekilde açıkladığı (R^2= .38, F(4, 53)= 8.28, p< .001) bulunmuştur. Regresyon analizinin son aşamasının ise varyansın %54'ünü anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir (R^2= .54, F(5, 52)= 12.59, p< .001). Bu aşama değerlendirildiğinde, bulaşma/kirlenme belirti şiddetinin aile uyumunu pozitif yönde yordadığı bulunmuştur (β= .29, t(52)= 2.64, p= .011). Başka bir şekilde ifade edilirse, OKB tanısı olan kişilerin bulaşma/kirlenme boyutundaki belirtilerinin düzeyi arttıkça yakınların uyum davranışlarının arttığı söylenebilir. Psikolojik yükün de aile uyumunu pozitif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (β= .48, t(52)= 4.32, p< .001). Yani, yakınların bakım vermeye ilişkin psikolojik yük düzeyleri arttıkça bozukluğun belirtilerine yönelik daha çok uyum davranışı sergilediği söylenebilmektedir.

Yapılan regresyon analizinin son aşamasında, OKB şiddeti (β= .14, t(52)= .90, p= .369), simetri/sıralama belirti şiddeti (β= -.10, t(52)= -.67, p= .504) ve ruh sağlığı okuryazarlığı (β= -.1, t(52)= -1.45, p= .152) değişkenlerinin ise yakınların bildirdiği aile uyumunun anlamlı yordayıcıları olmadığı tespit edilmiştir.

2.2.7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Analiz Bulguları

Çalışmada, ruh sağlığı okuryazarlığının OKB bağlamında bakım verme sürecindeki etkilerini keşfetmek amacı doğrultusunda düzenleyici değişken analizleri gerçekleştirilmiştir. Bunlar, analizlerin yapıldığı Statistical Package for the Social Sciences 27 (SPSS 27) programında Hayes'in geliştirmiş olduğu PROCESS Macro (v4.2) eklentisi aracılığıyla yürütülmüştür. Analizlerde Hayes (2013) tarafından önerilen ve bir düzenleyici değişkenin yer aldığı Model 1 kullanılmıştır. İlk olarak,

OKB şiddeti yordayıcı değişken, psikolojik yük yordanan değişken olarak analize girilmiştir. Diğer modelde ise yordayıcı değişken olarak OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarının deneyimlediği psikolojik yük, yordanan değişkenler olarak ise aile uyumu ve yaşam doyumu kullanılarak analizler yürütülmüştür. Elde edilen modeller Şekil 4'te görülebilmektedir.

Şekil 4: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Modeller

a)

b)

Ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici etkilerine ilişkin gerçekleştirilen analizlerin bulgularına Tablo 13'te yer verilmiştir.

Tablo 13: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Analiz Bulguları

Yordayıcı değişken	Yordanan değişken	*β*	*SH*	*%95 GA*	*t*	ΔR^2	*ΔF*	*p*
a) OKB şiddeti	Psikolojik yük	.02	.02	-.030, -.081	0.91	.01	0.83 (1,54)	.36
b) Psikolojik yük	Aile uyumu (O)	-.07	.03	-.140, -.012	-2.36	.03	5.59 (1,54)	.02*
	Aile uyumu (Y)	.01	.04	-.066, .097	0.38	.00	0.15 (1,54)	.69
	Yaşam doyumu	.00	.01	-.032, .017	-0.64	.00	0.42 (1,54)	.51

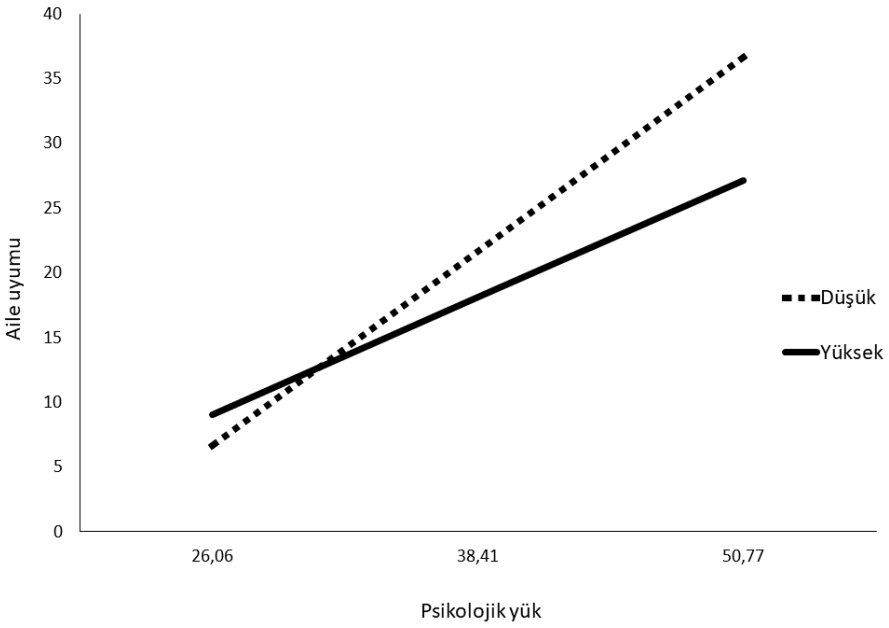
*$p < .05$

OKB şiddeti ile psikolojik yük arasındaki ilişkide ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici rolünü incelemeye yönelik gerçekleştirilen analizin sonuçlarına bakıldığında, modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ($F(1, 54)=0.83$, $p= .36$). Elde edilen bulgulara göre, OKB şiddeti ile psikolojik yükün birlikte etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır ($\beta= .02$, $SH= .02$, $p= .36$, %95 GA [-.030, -.081]). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, ruh sağlığı okuryazarlığının OKB şiddeti ile psikolojik yük arasındaki ilişkide düzenleyici bir rolü olmadığı görülmektedir.

Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile OKB tanısı olan katılımcıların bildirdiği aile uyumu arasındaki ilişkideki düzenleyici rolünü incelemek amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular incelendiğinde, modelin varyansın %3.7'sini anlamlı olarak açıkladığı görülmüştür ($F(1, 54)=5.59$, $p<.05$). Sonuçlara göre, psikolojik yük ve ruh sağlığı okuryazarlığının ortak etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta= -.07$, $SH= .03$, $p< .05$, %95 GA [-.140, -.012]). Yani, ruh sağlığı okuryazarlığının yakınların bakım vermeye ilişkin deneyimlediği psikolojik yük ile aile uyumu düzeyleri arasındaki ilişkide düzenleyici bir rolü olduğu söylenebilmektedir. Şekil 5'te gösterilen basit eğim analizine bakıldığında, ruh sağlığı okuryazarlığının düşük ($\beta= 1.21$, $t= 7.63$, $p< .001$, %95 GA [.896, 1.535]) ve yüksek ($\beta= 0.73$, $t= 5.43$, $p< .001$, %95 GA [.462, 1.002]) olduğu durumlarda düzenleyici etkilerinin anlamlı olduğu görülmektedir. Bulgular incelendiğinde, ruh sağlığı

okuryazarlığının düşük olduğu durumdaki düzenleyici etkisinin yüksek olduğu durumdaki düzenleyici etkisine kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Şekil 5: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Psikolojik Yük İle Aile Uyumu Arasındaki İlişkide Düzenleyici Rolü



Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile yakınların bildirdiği aile uyumu arasındaki ilişkideki düzenleyici rolüne ilişkin analiz bulgularına bakıldığında, modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ($F(1, 54)=0.15$, $p= .69$). Sonuçlara göre, psikolojik yük ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki etkileşimin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($\beta= .01$, $SH= .04$, $p= .69$, %95 GA [-.066, .097]). Başka bir ifade ile, psikolojik yük ile yakınların bildirdiği aile uyumu arasındaki ilişkide ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici bir rolü olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Psikolojik yük ile yakınların yaşam doyumlarının arasındaki ilişkide ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici rolüne dair analiz sonuçları incelendiğinde, modelin anlamlı olmadığı görülmüştür ($F(1, 54)=0.42$, $p= .51$). Sonuçlar, psikolojik yük ve ruh sağlığı okuryazarlığı etkileşiminin anlamlı olmadığını göstermektedir ($\beta= .00$, $SH= .01$, $p= .51$, %95 GA [-.032, .017]). Diğer bir deyişle, yakınların bakım vermeye ilişkin

deneyimledikleri psikolojik yük ile yaşam doyumları arasında ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici rolü olmadığı görülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TARTIŞMA

Bu çalışmada genel olarak, alanyazında bakım verme deneyimini açıklamak amacıyla kullanılan Stres Süreci Modeli'nden (Pearlin ve diğerleri, 1990) hareketle Obsesif-Kompulsif Bozukluğun (OKB) kişinin yakınları üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaçla, araştırmada; OKB bağlamında bakım verme deneyimine ilişkin özellikler ile bozukluğun şiddeti, yakınların bozukluğa yönelik gösterdikleri uyum davranışları, ruh sağlığı okuryazarlıkları ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu bölümde ise bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular, alanyazındaki ilgili mevcut bulgular çerçevesinde tartışılacaktır.

3.1.BAKIM VERME İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Alanyazında, OKB bağlamında bozukluğun kişinin yakınlarına olan etkisini ve OKB tanısı olan kişilere bakım verme deneyimiyle ilgili özellikleri kapsamlı bir şekilde inceleyen çalışmaların sınırlı olması nedeniyle mevcut çalışmada yürütülen tanımlayıcı analizler sonucunda elde edilen bulguların önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla, ilk olarak bu bulgulara değinilecektir.

Bakım verme deneyiminden söz edildiğinde, bakım alan kişinin rahatsızlığı ve bu rahatsızlığa ilişkin özellikler bakım verme sürecini ve bakım verenlerin deneyimini etkilemektedir (Mackay ve Pakenham, 2012:452; Pearlin ve diğerleri, 1990: 583; Sörensen ve diğerleri, 2006: 962). Bu çalışmada da OKB tanısı olan kişiler için bozukluğa ilişkin özelliklere bakıldığında, bozukluğun ortalama başlangıç yaşının genç yetişkinlik dönemi içerisinde olduğu görülmektedir. Alanyazında bozukluğun başlangıç yaşıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, ortalama olarak 13-20 arasında değiştiğini gösteren bulgular mevcuttur (Brakoulias ve diğerleri, 2017: 79; Diniz ve diğerleri, 2004: 24; Mathis ve diğerleri, 2008 :189; Ruscio ve diğerleri, 2010: 56). Bu çalışmada ortalama başlangıç yaşının bu bulgulara kıyasla daha geç olması, örnekleme dahil edilen katılımcıların yetişkin bireylerden oluşmasından dolayı kaynaklanabilmektedir. Ayrıca, cinsiyetlere göre bakıldığında kadınlarla karşılaştırıldığında erkek katılımcılarda bozukluğun ortalama olarak daha erken

yaşlarda başladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu değerlendirmenin istatistiksel bir karşılaştırma olmadığı, yalnızca genel bir değerlendirme yapıldığına dikkat etmekle birlikte, OKB'nin başlangıç yaşı ile ilgili alanyazındaki bulgular da bozukluğun başlangıç yaşının kadınlara kıyasla erkeklerde daha erken olduğunu ortaya koymaktadır (örn. Benatti ve diğerleri, 2022: 2; Bogetto ve diğerleri, 1999: 434; Lensi ve diğerleri, 1996: 102; Lochner ve diğerleri, 2004: 105; Tükel ve diğerleri, 2004: 365). Çalışmada, OKB tanısı olan kişilerde bozukluğun toplamda ne kadar süredir devam ettiği incelendiğinde ise OKB'nin ortalama olarak yaklaşık altı yıl boyunca sürdüğü görülmektedir. Alanyazındaki mevcut bulgulara bakıldığında, OKB'nin ortalama olarak 8-19 yıl boyunca devam ettiği rapor edilmektedir (Anholt ve diğerleri, 2014: 188; Diniz ve diğerleri, 2004: 24; Mathis ve diğerleri, 2008: 189; Ruscio ve diğerleri, 2010: 60-61). Başlangıç yaşında olduğu gibi, bozukluğun süresine ilişkin bulguları değerlendirirken de örneklemin yaş aralığını göz önünde bulundurmak önemli olmaktadır. 50 yaş ve üzerinde olan kişiler örnekleme dahil edilmediğinden alanyazındaki diğer bulgulara kıyasla bozukluğun ortalama süresinin daha kısa olduğu sonucu elde edilmiş olabilir.

OKB tanısı olan katılımcılarla ilgili klinik özellikler bağlamında, OKB ile birlikte diğer psikolojik rahatsızlıkların varlığı da önemli olmaktadır. Mevcut çalışmada, katılımcıların OKB ile birlikte anksiyete bozukluklarına, depresyon bozukluklarına ve kişilik bozukluklarına sahip olduğu görülmektedir. Alanyazındaki çalışma sonuçları incelendiğinde de, OKB'ye en sık olarak eşlik eden bozuklukların anksiyete bozuklukları (%76), duygudurum bozuklukları (%63), dürtü kontrol bozuklukları (%56) ve madde kullanım bozuklukları (%39) olduğu (Ruscio ve diğerleri, 2010: 58) ve Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğunun da (OKKB), OKB tanısı olan kişiler arasında yaygın olduğu (%23-%32) görülmektedir (APA, 2013: 242). Bununla birlikte, çalışmaya psikotik bozukluklar, madde kullanım bozukluğu, nörolojik rahatsızlık vb. rahatsızlıkları olmayan katılımcıların dahil edildiği ve Bipolar Bozukluk tanısı almış olan katılımcıların veri setinden çıkarılarak analizlere dahil edilmediği göz önünde bulundurulmalıdır.

OKB tanısı olan katılımcıların bozukluğa yönelik aldıkları tedavi durumu incelendiğinde, katılımcıların tamamının daha önce bir tedavi aldığı, ancak önemli bir bölümünün şu an herhangi bir tedavi almadığını rapor ettiği görülmektedir. OKB'ye

sahip olan kişilerin tedaviye başvurmama durumunun %59.6 ile %89.8 arasında değiştiği (Goodwin ve diğerleri, 2002: 147, Mayerovitch ve diğerleri, 2003: 164, Subrananiam ve diğerleri, 2012: 2038) ve OKB'si olan bireylerin çok azının uygun bir tedavi aldığı (Robinson, Rose ve Salkovskis, 2017: 195) bildirilmektedir.

Mevcut çalışmadaki OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarına ilişkin özellikler incelendiğinde ise, cinsiyetler açısından büyük bir bölümünün kadın olduğu dikkat çekmektedir. Alanyazında geniş örneklemler ile fiziksel veya psikolojik herhangi bir rahatsızlığı bulunan bir yakına bakım vermenin yaygınlığının ve bakım verenlerin özelliklerinin incelendiği çalışmaların bulguları, erkeklere kıyasla kadınların kendilerini daha çok bakım veren olarak tanımladıkları ve bakım verme faaliyetlerine daha yüksek düzeyde dahil olduklarını göstermektedir (Cochrane, Goering ve Rogers, 1997: 2004; Fox ve Brenner, 2012: 4-6; Smith ve diğerleri, 2014: 198). Bu çalışmanın örneklemi için öncelikle OKB tanısı olan katılımcılara ulaşıldığı ve bakım veren olarak tanımladıkları yakınlarını araştırmaya davet etmelerinin istendiği düşünüldüğünde, bozukluğa sahip olan kişilerin de daha çok kadın cinsiyetteki yakınlarını bakım veren olarak gördükleri söylenebilmektedir.

Yakınların psikolojik rahatsızlık durumları incelendiğinde ise dikkate değer bir bölümünün psikiyatrik bir tanı aldığı görülmektedir. Bakım verenler ile yürütülen araştırmalarda da kronik bir rahatsızlığı bulunan yakınlarına bakım veren kişilerin önemli düzeyde psikolojik sıkıntı bildirdikleri ortaya konmuştur (ör., Anthony-Bergstone, Zarit ve Gatz, 1998: 245; Mitsonis ve diğerleri, 2012: 331; Pakenham, 2001: 13). Benzer şekilde, OKB'ye sahip olan bireylere bakım veren kişilerin de psikolojik sıkıntı deneyimlediği görülmektedir (ör., Laidlaw ve diğerleri, 1999: 447; Torres ve diğerleri, 2012: 435). Dolayısıyla, alanyazındaki bulgularla tutarlı olarak mevcut çalışmada elde edilen sonuçlar, OKB tanısı olan kişilerin yakınlarının önemli oranda psikiyatrik rahatsızlık deneyimlediğini göstermektedir.

OKB'nin kişinin yakınları üzerindeki etkisinden ve OKB bağlamında bakım verme deneyiminden söz edildiğinde, bu çalışmanın da ana değişkenlerinden biri olan aile uyumu davranışları oldukça önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Mevcut araştırmaların bulguları, OKB'ye sahip olan bireylerin yakını olan kişilerin bozukluğun belirtilerine yönelik yüksek düzeyde (%60-%97) uyum davranışları sergilediklerini göstermektedir (Calvocoressi ve diğerleri, 1995: 441; Shafran, Ralph

ve Tallis, 1995: 472; Stewart ve diğerleri, 2008: 67; Verma ve diğerleri, 2018: 60; Vikas, Avasthi ve Sharan, 2011: 48). Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında da OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarının tamamı en az bir uyum davranışı gösterdiğini rapor etmiştir. Alanyazında, yakınların hangi uyum davranışını ne sıklıkla gösterdiğini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin bir çalışmada, yakınlar tarafından en yüksek oranda güvence sağlama (%91.5) ve kaçınmayı kolaylaştırma (%89.4), en düşük oranda ise gerekli eşyaları sağlama (%38.3) davranışlarının sergilendiği rapor edilmiştir (Albert ve diğerleri, 2010: 207). Başka bir çalışmada ise yakınların en fazla OKB ile ilişkili davranışları tolere etme (%86) ve güvence sağlama (%65.8), en az ise kaçınmayı kolaylaştırma (%25.4) davranışlarını gösterdikleri bildirilmiştir (Gomes ve diğerleri, 2014: 626). Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi (2013: 461) ise en yüksek oranda gösterilen uyum davranışlarının obsesyonlara ilişkin güvence sağlama (%63.4) ve konuşmaktan kaçınma (%56.1), en az sıklıkla gösterilen uyum davranışının ise kişisel görevlerde yardım etme (%7.3) olduğunu rapor etmiştir (Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi, 2013: 461). Benzer şekilde, başka bir çalışmada da kişisel görevlerde yardım etme (%6) yakınlar tarafından en az sergilenen uyum davranışı olarak bildirilmiş, bunu bahane üretme/yalan söyleme davranışı (%10) takip etmiştir. En yüksek sıklıkta gösterilen uyum davranışlarının ise obsesyonlara ilişkin güvence sağlama (%56) ve kompulsiyonların tamamlanmasını bekleme (%56) olduğu rapor edilmiştir (Wu ve diğerleri, 2016: 257). Bu çalışmada da, OKB tanısı olan katılımcıların ve yakınların bildirdiklerine göre genel olarak, yakınların OKB belirtilerine yönelik en sık gösterdiği davranışların obsesyonlara ve kompulsiyonlara ilişkin güvence sağlama ve obsesyonları veya kompulsiyonları ortaya çıkarabilecek şeyler hakkında konuşmaktan kaçınma davranışları olduğu görülmektedir. En az gösterilen uyum davranışının ise iş veya okul programını değiştirme olduğu görülmüştür. Alanyazındaki uyum davranışlarının sıklığına yönelik bulguların da değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bu sebeple, bu bulgular ile çalışmada elde edilen sonuçlar arasında çok net bir kıyaslamanın yapılabilmesinin mümkün olmamasıyla birlikte, özellikle güvence sağlama davranışının yakınlar tarafından önemli bir oranda sergilendiği söylenebilmektedir.

3.2. YAŞAM DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Değişkenler arasında gerçekleştirilen korelasyon analizinin bulgularına bakıldığında, OKB tanısı olan kişilerin yakınlarının yaşam doyumu düzeyleri ile OKB tanısı olan katılımcılardaki bozukluğun şiddeti arasında anlamlı düzeyde ve negatif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani OKB tanısı olan bireylerde belirtilerin şiddeti arttıkça yakınlarının yaşam doyumu düzeylerinde azalma görülmektedir. Alanyazında, OKB'si olan bireylerle yapılan çalışmalarda bozukluğun şiddetinin kişilerin yaşam kalitelerindeki bozulma ile ilişkili olduğuna dair pek çok bulguya rastlanmaktadır (ör., Bobes ve diğerleri, 2001: 239; Hollander ve diğerleri, 1996: 3; Eisen ve diğerleri, 2006: 273; Koran, 2000: 515; Macy ve diğerleri, 2013: 21; Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2006: 662). OKB'nin ve belirtilerin şiddetinin kişinin yakınlarının yaşamlarına ilişkin değerlendirmeleri ile olan ilişkisinin incelendiği araştırmaların ise sayıca daha az olduğu dikkat çekmekle birlikte, bozukluğun şiddeti arttıkça yakınların yaşamlarına ilişkin daha olumsuz değerlendirmeler bildirdiğini ortaya koyan bulgular mevcuttur (Grover ve Dutt, 2011: 419). Dolayısıyla, alanyazındaki bulgularla tutarlı olarak, OKB belirtilerinin şiddeti ile yakınların yaşam doyumlarının ilişkili olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmanın korelasyonel bulguları incelendiğinde, OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının bozukluğa ilişkin deneyimledikleri psikolojik yük ile yaşam doyumlarının anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu, yük arttıkça yaşam doyumu düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yapılan regresyon analizlerinin sonuçları da yakınların deneyimledikleri psikolojik yükün yaşam doyumlarını negatif yönde yordadığını, yani psikolojik yük arttıkça yaşam doyumlarının azaldığını göstermektedir. Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Örneğin bir yakınlarına kişisel veya günlük aktivitelerinde yardım eden bakım verenlerle yürütülen bir çalışmada, bakım vermeye ilişkin daha çok zorlanma deneyimlediklerini bildirenlerin daha kötü düzeyde yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna sahip oldukları görülmüştür (Dahlrup ve diğerleri, 2015: 261). Bununla birlikte, farklı rahatsızlıklar bağlamında bakım veren bireyler için bakım verme yükü ile yaşamlarına dair değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yürütülmüştür. İnme geçiren kişilere bakım verenlerle yürütülen bir çalışmada, yaşamlarından memnun olmadıklarını bildiren

bakım verenlerin daha yüksek düzeyde bakım veren yükü deneyimledikleri görülmüştür (Bergström ve diğerleri, 2011: 5). Benzer şekilde, demans ve kanseri olan hastalara bakım verenlerde bakım verme görevlerini daha az stres verici olarak değerlendirenlerin daha yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahip oldukları bildirilmiştir (Haley ve diğerleri, 2003: 215).

Alanyazındaki ilgili çalışmalara bakıldığında, bakım verme yükü ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin daha çok fiziksel rahatsızlığı olan bir yakınına bakım verenler ile araştırıldığı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, psikolojik rahatsızlıklar bağlamında da bakım vermeye yönelik yükün bakım verenlerin yaşamlarına yönelik değerlendirmeleri ile ilişkili olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Örneğin Şizofrenik bozukluk tanısı olan bireylerin yakınları ile gerçekleştirilen bir araştırmada, yakınların yüksek düzeyde bakım verme yükü deneyimlemesinin yaşam kalitelerini daha olumsuz değerlendirmeleri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Foldemo ve diğerleri, 2005: 135). Daha güncel bir çalışmada ise Şizofreni ve Bipolar Bozukluk tanısı olan kişilere bakım verenlerin deneyimlediği bakım verme yükünün yaşam doyumlarını ters yönde yordadığı ortaya konmuştur (Emad ve diğerleri, 2021: 19). Benzer şekilde, OKB'ye sahip olan bireylerin yakınları ile yürütülen çalışmalarda da yakınların yük düzeyinin yaşam kalitelerine dair daha kötü düzeydeki değerlendirmeleri ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Grover ve Dutt, 2011: 419; Kaushal ve diğerleri, 2016: 53). Özetlemek gerekirse, çalışmada OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının deneyimlediği yük ile yaşam doyumları değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair elde edilen bulguların alanyazındaki hem diğer rahatsızlıklar hem de OKB bağlamında gerçekleştirilen araştırma bulguları ile tutarlı olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.

Çalışmada elde edilen korelasyonel bulgular bağlamında, hem OKB tanısı olan kişiler hem de yakınlar tarafından bildirilen aile uyumu düzeylerinin yakınların yaşam doyumları ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Alanyazına bakıldığında da, bakım verenlerin OKB belirtilerine daha yüksek düzeyde uyum göstermelerinin daha olumsuz yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile ilişkili olduğunu gösteren sonuçlar bulunmaktadır (ör., Cherian ve diğerleri, 2014: 374; Wu ve diğerleri, 2018: 46). Ancak, OKB tanısı olan kişilere bakım verenler ile aile uyumu ve yaşamlarına ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişkilerin incelendiği kapsamlı çalışmaların sınırlı

olduğu dikkat çekmektedir. Bu çalışmada gerçekleştirilen regresyon analizlerinin sonuçları, OKB tanısı olan kişilerin bildirdiği aile uyumu düzeyinin yakınların yaşam doyumunun pozitif bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Yakınların kendilerinin bildirdikleri aile uyumu davranışları ise yaşam doyumlarını anlamlı bir şekilde yordamamaktadır. Bu bulguyu yorumlamak gerekirse, OKB tanısı olan kişilerin, yakınları tarafından daha çok uyum davranışı gösterildiğini bildirmesi daha az çatışma yaşamaları ve yakınların yaşamlarına yönelik daha olumlu değerlendirmeler yapmaları ile ilişkili olabilir. Alanyazındaki bulguların sınırlılığı nedeniyle bu çalışmadaki bulguları değerlendirmek zorlaşsa da OKB bağlamında bakım veren bireylerin bozukluğa yönelik tepkileri ve bozukluğun bakım verenler üzerindeki etkilerininin anlaşılması açısından elde edilen sonuçların ilgili alanyazına önemli katkılar sunduğu düşünülmektedir.

Çalışmada gerçekleştirilen korelasyonel analizlerin bulguları ayrıca yakınların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ile yaşam doyumu düzeylerinin anlamlı olarak pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Regresyon analizleri sonucunda da yakınların ruh sağlığı okuryazarlıklarının yaşam doyumlarının pozitif bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Alanyazında diğer rahatsızlıklar bağlamında bakım veren bireylerin sağlık okuryazarlıklarının ilişkili olduğu faktörlerin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, demansı olan bireylere bakım veren kişiler ile yürütülen bir çalışmada, bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Haikiö, Cloutier ve Rugkasa, 2020: 7-8). Alanyazında ruh sağlığı rahatsızlıkları bağlamında bakım veren bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini inceleyen araştırmaların daha az olduğu görülmekle birlikte, yapılan bir meta-analiz çalışmasında bakım verenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu rapor edilmiştir (Hurley ve diğerleri, 2020: 2-21). Ruh sağlığı sorunları olan ebeveynlerin çocukları ile yürütülen bir çalışmada ise bu çalışmada elde edilen sonuçlarla paralel olarak çocukların ruh sağlığı okuryazarlıklarının yüksek olması daha iyi düzeydeki yaşam doyumları ile ilişkili bulunmuştur (Fraser ve Pakenham, 2009: 579). Özellikle ulusal alanyazında ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların çok sınırlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, OKB bağlamında bireyin yakınlarının ruh sağlığı okuryazarlığını

incelemesi yönüyle bu çalışmanın alanyazına özgün katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

3.3. AİLE UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Aile uyumuna ilişkin bulguların tartışılmasında ilk olarak alanyazında aile uyumunu ölçmek için geliştirilen farklı ölçüm araçlarından ve bunlarla ilgili çalışmadaki bulgulardan bahsetmek gerekmektedir. Daha önce de açıklandığı gibi, aile uyumunu ölçmek amacıyla geliştirilen ilk ölçüm aracı görüşmeci tarafından OKB tanısı olan kişinin yakını ile yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında gerçekleştirilen formudur (Aile Uyumu Ölçeği – Görüşmeci Formu; Calvocoressi ve diğerleri, 1999: 636). Fakat Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi (2013: 458) bu aracın yaygın olarak kullanılmasına rağmen görüşmeci tarafından uygulanmasının getirdiği bazı dezavantajları olduğunu ortaya atmışlardır. Bu dezavantajların ilkinin aracı uygulayacak olan görüşmecilere yönelik eğitim sağlanması gerektiği için maliyetli olması olduğunu belirtmişlerdir. Diğer bir dezavantaj olarak ise aracın uygulanmasının yaklaşık 30 ile 45 dakika sürmesinden, dolayısıyla uzun bir zaman almasından bahsetmişlerdir. Son olarak yüz yüze yapılan bir değerlendirmede aile bireyleri, özellikle OKB ile ilgili talepleri mantıksız olarak gördüklerinde, bu davranışları kabul etmekte isteksiz olabileceklerinden bazı uyum davranışlarının gözden kaçabileceğini ifade etmişlerdir. Araştırmacılara göre, uyum davranışlarını OKB'ye sahip olan bireylerin yakınları tarafından öz-bildirim şeklinde değerlendirildiği bir ölçüm aracının geliştirilmesi bu dezavantajları ortadan kaldıracak ve uyum davranışlarıyla ilgili yapılacak olan araştırmalar için kolaylık sağlayacaktır. Bu amaçla, Aile Uyumu Ölçeği – Öz bildirim Formu'nu geliştirmişlerdir (Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi, 2013: 457-458). Wu ve diğerleri (2016: 253) ise özellikle klinik uygulamalar açısından OKB'si olan kişinin kendisi tarafından doldurulan bir ölçüm aracı olmamasının problemli olduğunu belirtmiştir. OKB'ye sahip olan bireylerin tedaviye genellikle tek başlarına başvurduklarını, bozukluğun semptomları ve bununla ilişkili davranışlar hakkında doğrudan bilgi alınabilecek kişiler olduklarını ve OKB tanısı olan kişilerin yakınlarından bilgi almanın pratik olmadığını ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda, OKB'ye sahip olan kişinin kendisi tarafından öz-bildirim şeklinde değerlendirilen Aile

Uyumu Ölçeği – Hasta Formu'nu geliştirmişlerdir (Wu ve diğerleri, 2016: 251-253). Her iki formun da farklı açılardan çeşitli avantajlarının olmasıyla birlikte, uyum davranışlarının OKB'si olan kişi ve yakını tarafından nasıl algılandığı, değerlendirildiği, bildirildiği ve birbirlerinden ne ölçüde farklılaştığı konusu önemli olmaktadır. Alanyazına bakıldığında Türkiye'de, ölçeğin bu iki formunun incelendiği ve OKB'si olan kişiler ile yakınlarının bildirdiği uyum davranışı düzeylerinin karşılaştırıldığı bir bilimsel çalışma olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, bu çalışmada elde edilen bulguların ölçüm araçlarına ilişkin de oldukça önemli bilgiler sağladığı düşünülmektedir. Sonuçlar, OKB tanısı olan katılımcıların bildirdiği aile uyumu davranışlarının düzeyi ile yakınların bildirdiği aile uyumu davranışları düzeyinin birbiriyle anlamlı olarak ve yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlara bakıldığında, OKB tanısı olan katılımcıların bildirdiği aile uyumu davranışlarının (AUÖ-HF) ortalaması ile yakınların bildirdiği aile uyumu davranışlarının (AUÖ-ÖF) ortalamasının benzer olduğu bulunmuştur. Ayrıca OKB tanısı olan katılımcıların ve yakınlarının bildirdiği uyum davranışlarının sıklıkları ayrı ayrı incelendiğinde, genel anlamda benzerlikler olduğu görülmektedir. Bu bulguları toparlamak gerekirse, mevcut çalışmada OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının uyum davranışlarına yönelik değerlendirmelerinin birbiri ile tutarlı olduğu, ancak birebir aynı olmadığı söylenebilmektedir. Çalışmada, bu uyum değerlendirmeleri arasındaki farklılığın etkilerini daha iyi bir şekilde anlayabilmek amacıyla fark değişkeni de analizlere dahil edilmiştir. Bununla ilişkili bulgulara da aşağıda değinilecektir.

Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için yapılan korelasyon analizinin sonuçları incelendiğinde, hem OKB tanısı olan katılımcılar hem de OKB tanısı olan katılımcıların yakınları tarafından bildirilen uyum davranışları düzeyinin yakınların bozukluğa dair deneyimledikleri psikolojik yük ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle, yakınların deneyimlemiş olduğu yük arttıkça gösterdikleri uyum davranışlarının sıklığı da artış göstermektedir. Benzer şekilde, yapılan regresyon analizi bulguları da psikolojik yükün hem OKB tanısı olan kişilerin hem de yakınlarının bildirdiği aile uyumunun anlamlı bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Grup farkı analizleri sonucunda da düşük düzeyde aile uyumu davranışı gösteren yakınların orta ve yüksek düzeyde aile uyumu davranışı gösteren

yakınlara göre daha az psikolojik yük deneyimlediği görülmüştür. Bu sonuçlar, alanyazında daha yüksek düzeydeki aile uyumu davranışlarının daha yüksek düzeydeki bakım verme yükü ile ilişkili olduğunu gösteren araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (Cherian ve diğerleri, 2014: 374; Lee ve diğerleri, 2015: 8; Ramos-Cerqueira ve diğerleri, 2008: 1024; Torres ve diğerleri, 2012: 435). Bununla birlikte, yapılan korelasyonel analizlerden elde edilen bulgular OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının uyum değerlendirmeleri arasındaki farkın da yakınların bakım vermeye ilişkin deneyimledikleri yük ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yani, uyum değerlendirmeleri arasındaki fark arttıkça yakınların deneyimlediği psikolojik yük de artmaktadır. Yakınların bozukluğun belirtilerine yönelik sergiledikleri uyum davranışlarının düzeyinin OKB'si olan kişi tarafından farklı değerlendirilmesinin yakınlardaki daha fazla psikolojik yükle ilişkili olmasının farklı nedenleri olabilir. Yakınların bozukluğun belirtilerine yönelik uyum davranışları göstermeyi reddettiklerinde, OKB'si olan kişinin şiddetli düzeyde anksiyete deneyimlediği ve yakına yönelik olumsuz davranışlar sergilediği bilinmektedir (Calvocoressi ve diğerleri, 1995: 441-442). Dolayısıyla, OKB'si olan kişinin yakının bozukluğun belirtilerine ilişkin uyum göstermediğini düşünmesi yakınına karşı daha olumsuz davranışlar göstermesine ve OKB ile ilgili daha çok çatışma yaşamalarına neden olabilir, bu da yakının bakım vermeye dair daha fazla yük deneyimlemesiyle ilişkili olabilir. Diğer bir neden olarak da OKB'si olan kişinin değerlendirmesinden daha fazla uyum davranışlarını sergilediğini bildiren yakınlar bakım vermeye ilişkin daha çok psikolojik yük deneyimleyenler olabilir. Bununla birlikte, bu bulguyu yorumlarken bu ilişkinin korelasyonel olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çalışmanın korelasyonel analizlerinden elde edilen bulguları, hem OKB tanısı olan katılımcılar tarafından hem de yakınları tarafından bildirilen uyum davranışları düzeyinin bozukluğun belirtilerinin şiddetiyle de anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. Regresyon analizlerinin bulguları detaylı olarak incelendiğinde ise OKB belirtilerinin şiddetinin tek başına yakınların sergilediği aile uyumu davranışlarını yordadığı, ancak çalışmadaki diğer değişkenlerin dahil edildiği son aşamada yalnızca bulaşma/kirlenme alt boyutundaki belirtilerin şiddetinin aile uyumunun bir yordayıcısı olduğu dikkat çekmektedir. Daha önce yapılan başka bir çalışmada, OKB belirtilerinin şiddetinin aile uyumu davranışlarını yordayan

faktörlerden biri olduğu ortaya konmuştur (Stewart ve diğerleri, 2008: 65). Diğer çalışmalarda da OKB tanısı olan katılımcılardaki bozukluğun şiddeti ile yakınlarının uyum davranışı düzeyleri arasında güçlü ilişkiler olduğunu gösteren bulgular olduğu görülmektedir (örn. Pinto, Van Noppen ve Calvocoressi, 2013: 461; Storch ve diğerleri, 2007: 207; Van Noppen ve Steketee, 2009: 22). Ancak, bozukluğun şiddeti ile aile uyumu davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren sonuçlar da mevcuttur (örn. Peris ve diğerleri, 2008: 1173). Bulgular arasındaki bu farklılıkların çalışmalardaki örneklemlerin özelliklerinden veya aile uyumu değerlendirmek için görüşmeci formu ya da öz-bildirim formu gibi farklı ölçüm araçlarının kullanılmasından dolayı ortaya çıkmış olabileceği söylenmektedir (Wu ve diğerleri, 2016: 36). OKB belirtileri şiddeti ile uyum davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların değerlendirildiği iki meta-analiz çalışmasında ise aradaki ilişkinin etki büyüklüğünün anlamlı ve orta düzeyde (r = .35 - .42) olduğu gösterilmiştir (Strauss, Hale ve Stobie, 2015: 95; Wu ve diğerleri, 2016: 34). Özetlemek gerekirse, alanyazında da OKB şiddeti ile aile uyumu davranışları arasındaki ilişkilere dair bulgular değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada da, OKB olan kişilerde bozukluğun şiddeti ile yakınların göstermiş olduğu uyum davranışları arasında korelasyonel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu, ancak regresyon analizlerinde diğer değişkenler dahil edildiğinde bozukluğun şiddetinin uyum davranışlarının anlamlı bir yordayıcısı olmadığı bulunmuştur. Bu noktada, OKB şiddeti ile aile uyumu davranışları arasındaki ilişkilerin farklı ve daha geniş örneklemler ile incelenmesi önemli olmaktadır.

OKB'nin belirti boyutları açısından değerlendirildiğinde çalışmanın sonuçlarında, her iki grup tarafından bildirilen aile uyum davranışlarının BOKÖ-GTF'nin temizlik/kirlenme alt boyutu ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, temizlik/kirlenme alt boyutu belirtilerinin şiddetinin yine hem OKB tanısı olan kişilerin hem de yakınlarının bildirdiği aile uyumu davranışlarını anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazın incelendiğinde OKB'si olan bireylerin temizlik/kirlenme boyutundaki belirtilerinin şiddetinin yakınlarının aile uyum davranışlarının sıklığını yordadığını ortaya koyan benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Albert ve diğerleri, 2010: 204; Stewart ve diğerleri, 2008: 65). Bu çalışmadaki diğer belirti boyutlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, OKB tanısı olan kişilerde simetri/sıralama boyutu belirtileri şiddetinin yakınların bildirdiği aile uyumu

davranışlarının düzeyi ile korelasyonel olarak anlamlı bir ilişki gösterdiği görülmektedir. Ancak yapılan regresyon analizlerinin sonucunda, simetri/sıralama belirtilerinin şiddetinin aile uyumu davranışlarının anlamlı bir yordayıcısı olmadığı görülmüştür. Diğer çalışmalarda da OKB'nin simetri/sıralama belirtilerinin aile uyumu davranışlarını yordamadığı bildirilmektedir (Albert ve diğerleri, 2010: 204; Gomes ve diğerleri, 2014: 621; Stewart ve diğerleri, 2008: 65). Çalışmanın sonuçları, OKB'nin diğer belirti boyutları ile aile uyumu davranışları arasında anlamlı ilişkiler olmadığını göstermektedir. Diğer belirti boyutlarından ziyade temizlik/kirlenme boyutu belirtilerinin aile uyumu davranışlarıyla ilişkili olması bu boyuttaki belirtilerin özelliklerinden kaynaklanabilir. OKB'si olan kişinin kirli olduğunu düşündüğü nesnelerden kaçınması veya temizlikle ilgili ritüeller gibi belirtiler diğer boyutlardaki belirtilere kıyasla kişinin yakınları tarafından daha kolaylıkla fark edilebilir. Böylelikle, yakınların daha açık olan bu belirtilere yönelik uyum davranışları sergilemeleri de daha kolay olabilir.

OKB'nin belirti boyutlarıyla ilgili bulgular ayrıca, OKB tanısı olan kişilerin ve yakınlarının aile uyumu davranışlarının düzeyine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki farkın temizlik/kirlenme boyutu belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. OKB tanısı olan kişilerin bu boyuttaki belirtilerinin şiddeti arttıkça yakınlarla aile uyum davranışlarının düzeylerini daha farklı değerlendirmektedirler. Bu ilişki, yine yakınların bu boyuttaki belirtilere yönelik uyum davranışları göstermesinin daha olası olması ile bağlantılı olabilir. Bu belirtiler daha belirgin olduğu için temizlik/kirlenme belirtileri arttıkça OKB'si olan kişiler de yakınların daha çok uyum davranışı göstermesini bekliyor ve uyum davranışlarının düzeyini yakınlarından daha farklı değerlendiriyor olabilir. Bununla birlikte, çalışmada elde edilen bulgular OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının aile uyumu davranışlarına ilişkin değerlendirmeleri arasındaki farkın kabul edilemez düşünceler boyutundaki belirtilerin şiddeti ile de ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu boyut, genel olarak dini veya şiddet içerikli istenmeyen ve girici nitelikteki obsesyonlar ve bunları etkisiz hale getirmeye veya kontrol etmeye yönelik gerçekleştirilen örtük ritüeller ile karakterize edilmektedir (Abramowitz ve diğerleri, 2010: 197). Bu belirtileri deneyimleyen kişiler açık kompulsif davranışlardan ziyade daha örtük olan zihinsel eylem ve ritüeller gerçekleştirmeye eğilim göstermektedir (Abramowitz ve diğerleri, 2003: 1049;

Williams ve diğerleri, 2011: 496). Aile uyumu davranışları açısından bakıldığında, kişinin yakınlarının bu örtük eylem ve ritüelleri fark etmesi, dolayısıyla da bu belirtilere yönelik uyum davranışları sergilemesi diğer belirti boyutlarına kıyasla daha zor olabilir. Buradan hareketle, OKB'si olan kişilerde bu belirtilerin şiddeti arttıkça yakınlarının bozukluğun belirtilerine ilişkin uyum davranışları göstermediğini bildirmeleri daha olası olabilir. Bu nedenle de, aile uyumu davranışlarına ilişkin değerlendirmeleri yakınlarının aile uyumu davranışları değerlendirmelerinden farklılaşıyor olabilir. Ayrıca, kabul edilemez düşünceler deneyimleyen kişilerin damgalanma ve utanç deneyimleme ve bu belirtileri gizleme eğilimleri daha yüksek olmaktadır (Glazier ve diğerleri, 2015: 4; Newth ve Rachman, 2001: 459; Weingarden ve Renshaw, 2015: 74). Dolayısıyla, bu boyuttaki belirtilere daha çok sahip olan OKB'li kişiler bu belirtileri yakınlarından gizli tutmak isteyebilir ve yakınlarının belirtilerine yönelik uyum davranışları göstermeleri doğrultusunda herhangi bir talepleri olmayabilir. Bu sebeple, kendilerinin ve yakınlarının aile uyumu davranışlarına yönelik değerlendirmeleri farklılaşıyor olabilir. Bu noktada, ortaya konan bu ilişkilerin korelasyonel olmasına dikkat edilmesinin gerekliliği vurgulanmalıdır.

Düzenleyici değişken analizi ile ilgili bulgular incelendiğinde, ruh sağlığı okuryazarlığının yalnızca psikolojik yük ile OKB tanısı olan katılımcıların bildirdiği aile uyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğu görülmektedir. Sonuçlara detaylı olarak bakıldığında ise ruh sağlığı okuryazarlığının düşük olduğu durumdaki düzenleyici etkisinin yüksek olduğu durumdaki düzenleyici etkisine kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alanyazına bakıldığında, OKB bağlamında bakım veren kişiler için ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici etkilerine ilişkin gerçekleştirilen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, farklı rahatsızlıklar bağlamında bakım verme ile ilgili önerilen modellerde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili faktörlerin düzenleyici değişken olarak ele alındığı görülmektedir (örn. Sörensen ve diğerleri, 2006). Mevcut bulguların sınırlılığı nedeniyle, bu çalışmanın bulgularını yorumlamak zorlaşsa da düzenleyici değişken analizlerinin ruh sağlığı okuryazarlığının etkilerini keşfetmek için yapıldığını hatırlatmakta fayda vardır. Sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili davranışları, ruh sağlığı okuryazarlığının ise ruh sağlığı ile ilgili davranışları etkilediği bilinmektedir. Buradan hareketle, OKB

bağlamında kişinin yakınlarının bozukluğa ilişkin deneyimledikleri psikolojik yük ile bozukluğa yönelik tepkilerini ifade eden aile uyumu davranışları arasındaki ilişkide ruh sağlığı okuryazarlığının düzenleyici etkisinin olması mantıklı görünmektedir.

Özetlemek gerekirse, çalışmada elde edilen sonuçların hem bozukluğun genel belirti şiddeti hem de alt boyutların aile uyumu ile ilişkisi açısından alanyazındaki bulgular ile genel olarak paralellik gösterdiği söylenebilmektedir. Ancak, alanyazında aile uyumu davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçüm araçlarından elde edilen verilerin ve diğer değişkenler ile ilişkilerinin ne ölçüde farklılaştığına dair henüz ayrıntılı çalışmalar yürütülmemiştir. Dolayısıyla, bu çalışmada mevcut bulgular ile detaylı kıyaslamalar yapılması pek mümkün olmasa da, elde edilen sonuçların bu alanda önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

3.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1. OKB tanısı olan kişilerin kadın ve erkek yakınları psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılaşmaktadır.

Bu hipotez desteklenmemiştir. OKB tanısı olan katılımcıların kadın ve erkek yakınları psikolojik yük, aile uyumu, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılık göstermemiştir.

Hipotez 2. OKB tanısı olan kişilerin yakınları aile uyumu düzeylerine göre psikolojik yük, ruh sağlığı okuryazarlığı ve yaşam doyumu açısından farklılaşmaktadır.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Aile uyumu düzeylerine göre yakınlar psikolojik yük açısından farklılık göstermiştir. Düşük düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin orta ve yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlere göre daha az psikolojik yük deneyimlediği görülmüştür. Orta ve yüksek düzeyde aile uyumu gösteren bakım verenlerin ise psikolojik yük açısından farklılaşmadığı bulunmuştur. Aile uyumu düzeylerine göre yakınlar ruh sağlığı okuryazarlığı açısından da farklılaşmaktadır. Düşük düzeyde aile uyumu gösterenler orta ve yüksek düzeyde aile uyumu gösterenlerden daha yüksek düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığına sahiptir. Orta ve yüksek düzeyde aile uyumu gösterenler ise ruh sağlığı okuryazarlığı açısından farklılaşmamaktadır. Bakım verenler aile uyumu düzeylerine göre yaşam doyumu açısından da farklılaşmıştır. Düşük düzeyde aile uyumu gösteren yakınlar orta ve

yüksek düzeyde aile uyumu gösterenlerden daha yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahiptir. Orta ve yüksek düzeyde aile uyumu gösteren yakınlar ise yaşam doyumu açısından farklılaşmamaktadır.

Hipotez 3. OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının aile uyumu düzeyi değerlendirmeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. OKB tanısı olan kişiler ile yakınlarının aile uyumu düzeyi değerlendirmeleri pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

Hipotez 4. Bozukluğun şiddeti, psikolojik yük ve aile uyumu yaşam doyumu ile negatif yönde ilişkili; ruh sağlığı okuryazarlığı ise yaşam doyumu ile pozitif yönde ilişkilidir. Bozukluğun şiddeti ve psikolojik yük aile uyumu ile pozitif yönde ilişkili, ruh sağlığı okuryazarlığı ise aile uyumu ile negatif yönde ilişkilidir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Bozukluğun şiddeti ve yaşam doyumu negatif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Bozukluğun şiddeti arttıkça yaşam doyumu azalmaktadır. Regresyon analizlerinde ise bozukluğun şiddetinin yaşam doyumunun anlamlı bir yordayıcısı olmadığı görülmüştür.

Psikolojik yük ve yaşam doyumu da negatif yönde anlamlı olarak ilişkilidir. Psikolojik yük arttıkça yaşam doyumu azalmaktadır. Regresyon analizlerinde de psikolojik yükün yaşam doyumunu negatif yönde yordadığı bulunmuştur.

Aile uyumu da yaşam doyumu ile anlamlı bir şekilde negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Hem OKB tanısı olan katılımcıların hem de yakınların bildirdiği aile uyumu arttıkça yaşam doyumu azalmaktadır. Regresyon analizlerinde ise OKB olan katılımcıların bildirdiği aile uyumu yaşam doyumunun pozitif bir yordayıcısı olarak bulunmuştur.

Ruh sağlığı okuryazarlığı ise yaşam doyumu ile pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı arttıkça yaşam doyumu artmaktadır. Regresyon analizlerinin sonuçları ise ruh sağlığı okuryazarlığının yaşam doyumunu pozitif yönde yordadığını göstermektedir.

Bozukluğun şiddeti aile uyumu ile negatif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Bozukluğun şiddeti arttıkça hem OKB tanısı olan katılımcıların hem de yakınların bildirdiği aile uyumu artmaktadır. Regresyon analizi bulguları ise bulaşma/kirlenme belirti boyutunun şiddetinin OKB tanısı olan katılımcıların ve

yakınların bildirdiği aile uyumunun pozitif yönde yordayıcısı olduğunu göstermektedir.

Psikolojik yük ve aile uyumu da negatif yönde anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Psikolojik yük arttıkça hem OKB tanısı olan katılımcıların hem de yakınların bildirdiği aile uyumu artış göstermektedir. Regresyon analizleri sonucunda da psikolojik yükün hem OKB tanısı olan katılımcıların hem de yakınların bildirdiği aile uyumunu pozitif yönde yordadığı görülmüştür.

Ruh sağlığı okuryazarlığı ise aile uyumu ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı arttıkça hem OKB tanısı olan katılımcıların hem de yakınların bildirdiği aile uyumu azalmaktadır. Regresyon analizleri de ruh sağlığı okuryazarlığının OKB tanısı olan katılımcıların bildirdiği aile uyumunun pozitif bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir.

Hipotez 5. Ruh sağlığı okuryazarlığının bozukluğun şiddeti ile psikolojik yük arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığının bozukluğun şiddeti ile psikolojik yük arasındaki ilişkide düzenleyici bir etkisi bulunmamıştır.

Hipotez 6. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile aile uyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığının yakınların bakım vermeye ilişkin deneyimlediği psikolojik yük ile aile uyumu düzeyleri arasındaki ilişkide düzenleyici bir rolü olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, ruh sağlığı okuryazarlığının düşük olduğu durumdaki düzenleyici etkisinin yüksek olduğu durumdaki düzenleyici etkisine kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hipotez 7. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yük ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ

Bu çalışmada bakım verme ile ilgili bilimsel modeller kapsamında OKB tanısı olan bireylerin yakınlarının bakım verme deneyimi ve bu bağlamda bir dizi değişken arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Alanyazına bakıldığında bakım verme ile ilgili çalışmaların büyük çoğunlukla fiziksel rahatsızlıklara ilişkin olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı sorunlarının kişinin yakınlarına olan etkisini inceleyen çalışmaların daha az olduğu görülmekle birlikte, özellikle ülkemizde OKB'nin bireyin yakınlarını nasıl etkilediğini inceleyen kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla, bu çalışmanın OKB bağlamında bakım verme deneyimiyle ilişkili faktörleri incelemesi açısından alanyazına önemli katkılar sunduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonucunda ortaya çıkan bulguların hem bozukluğa sahip olan bireylere hem de yakınlarına yönelik müdahale ve önleme çalışmalarına ilişkin olarak da katkılar sunabileceğinden söz edilebilir. İlk olarak, yakınların yaşam doyumlarının bozukluğa yönelik deneyimledikleri yük ve bozukluğun belirtilerine ilişkin sergilemiş oldukları uyum davranışları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buradan hareketle, OKB'nin yalnızca bozukluğa sahip olan kişinin kendisini değil, yakınlarını da etkilediğini söylemek mümkün olabilir. OKB'si olan bireylerin yakınlarına yönelik psikolojik destek, önleme ve müdahale çalışmalarının geliştirilmesinin klinik olarak oldukça önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmanın sonuçları, yakınların ruh sağlığı okuryazarlıkları ile yaşam doyumlarının da ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla OKB konusundaki ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik hem bireysel hem toplumsal düzeyde çalışmaların yapılmasının da oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

Yakınlara ilişkin uygulamalara ve destek çalışmalarına ek olarak, çalışmanın OKB tanısı olan bireyler açısından da klinik katkılara yol açabilecek bulgularının olduğu söylenebilmektedir. Sonuçlar, OKB belirtilerinin şiddeti ile yakınların gösterdiği uyum davranışlarının ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Alanyazında da uyum davranışlarının bozukluğun sürmesine neden olduğu (Albert, Baffa ve Maina, 2017: 297) ve bozukluğun şiddeti (Lebowitz, Panza ve Bloch, 2016: 45), daha kötü gidişatı (Cherian ve diğerleri, 2014: 375) ve tedaviye ilişkin direnç (Ferrao ve diğerleri, 2006: 205) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla, yakınların aile uyumunu

azaltmayı amaçlayan müdahale çalışmalarının geliştirilmesinin hem yakınların iyi oluş hali hem de bozukluğun gidişatı ve tedavisi açısından önemli klinik faydalar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. İlk olarak, verilerin toplandığı örneklemin büyük bir bölümü İzmir ilinde yaşamakta olan katılımcılardan oluşmaktadır. Dolayısıyla, bu durum çalışmada elde edilmiş olan sonuçların Türkiye genelinde geçerli olduğunun söylenebilmesine yönelik bir engel teşkil etmektedir. Dolayısıyla, gelecekteki araştırmaların farklı şehirlerde yaşamakta olan bireyler ile yürütülmesi ve bu sayede örneklemin temsil ediciliğinin artırılmasıyla daha güvenilir ve genellenebilir sonuçlar elde edilebileceği söylenebilmektedir. Ayrıca, çalışma klinik bir örneklem ile yürütülmüştür, yani OKB tanısı olan kişiler ve bu kişilerin yakınlarından veri toplanmıştır. Bu nedenle, örneklemin büyüklüğünün az olmasının da çalışmanın başka bir sınırlılığı olduğundan bahsetmek gerekmektedir. Bu açıdan, gelecekte daha geniş örneklemler ile yürütülen araştırmaların yapılmasının önemli olduğu belirtilmelidir.

Çalışmanın diğer bir sınırlılığı da OKB tanısı olan katılımcıların yakınlarının büyük bir bölümünün bozukluğa sahip olan kişilerin eşleri veya partnerleri olmalarıdır. Ebeveyn, çocuk, kardeş gibi diğer yakınlık derecelerine sahip katılımcılar yer alsa da çoğunluğun eş ya da partner olmasının bir sınırlılık olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, alanyazında aile uyumunu incelemek amacıyla yapılan diğer çalışmalarda da OKB tanısı olan bireyler ile bu bireylerin yakınları arasındaki ilişkinin çeşitli olduğu göze çarpmaktadır. Ancak, aradaki ilişkinin niteliği beraberinde farklı etkileri de getireceğinden, yakınların ve bozukluğa sahip olan kişilerin bozukluğun belirtilerine, etkilerine ve uyum davranışlarına yönelik tutumlarının da aradaki yakınlık derecesinden etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buradan hareketle, gelecekteki araştırmalarda OKB'ye sahip olan kişiler ve yakınlarının arasındaki spesifik ilişki türlerine göre değerlendirmeler yapılmasının önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Hem OKB tanısı olan kişilerin (Cathey ve Wetterneck, 2013: 439; Goodwin ve diğerleri, 2002: 143; Marques ve diğerleri, 2010: 470) hem de yakınlarının (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004: 94) bozukluğa ilişkin damgalama ile ilgili problemler yaşadığı bilinmektedir. Bu çalışmanın veri toplama sürecinde de katılımcıların

araştırmadan çekilme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla, gelecekteki araştırmalar için bir diğer öneri de bozukluğun belirtileri ve yakınların göstermiş olduğu uyum davranışları sorgulanırken katılımcıların damgalama konusunda endişe duymalarını ve obsesyonların, kompulsiyonların ve uyum davranışlarının içeriğini ve sıklığını bildirme konusundaki tutumlarını göz önünde bulundurmak gerekliliğidir.

Çalışmada kullanılan veri toplama yöntemine ilişkin başka bir sınırlılığın da öz-bildirim şeklindeki ölçüm araçlarının kullanılması olduğu belirtilebilir. Katılımcıların anket setlerindeki soruları yanıtlarken anlık değerlendirmeler yapmış ve sosyal beğenilirlik etkisi altında kalmış olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, çalışmada aile uyumu davranışlarını değerlendirmek amacıyla hem OKB tanısı olan bireylerin hem de yakınlarının öz-bildirim şeklinde doldurduğu ölçüm araçları kullanılmıştır. Her ne kadar iki formun birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülse de bozukluğa sahip olan kişiler ile yakınlarının uyum davranışlarına yönelik algılarının ve değerlendirmelerinin farklı olabileceği unutulmamalıdır. Gelecekte yapılacak olan araştırmalarda görüşme şeklinde uygulanan ölçüm araçlarının veya gözleme dayalı veri toplama yöntemlerinin kullanılmasının farklı katkılar sunacağı düşünülmektedir. Bunun yanında, veri toplama sürecinin büyük oranda yüz yüze şekilde yürütülmesinin çalışmanın güçlü yanlarından biri olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abacıgil, F., Harlak, H. ve Okyay, P. (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması. Okyay, P. ve Abacıgil, F. (Ed.) *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* içinde (s. 21-41). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1025.

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior therapy*, *27*(4), 583-600.

Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *65*(1), 44-52.

Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. Routledge.

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *21*(3), 221.

Abramowitz, J. S., & Schwartz, S. A. (2003). Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder: Deciding What Method for Whom. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, *3*(2), 261-273.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... ve Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*, *22*(1), 180.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(6), 1049-1057.

Abramowitz, J. S., Taylor, S., ve McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, *374*(9688), 491-499.

Adams, R. J., Appleton, S. L., Hill, C. L., Ruffin, R. E., & Wilson, D. H. (2009). Inadequate health literacy is associated with increased asthma morbidity in a population sample. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *124*(3), 601-603.

Albert, U., Baffa, A., ve Maina, G. (2017). Family accommodation in adult obsessive–compulsive disorder: clinical perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 293-304.

Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry research*, *179*(2), 204-211.

Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., ve Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry research*, *179*(2), 204-211.

American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition, text revision.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Amir, N., Freshman, M., ve Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of anxiety disorders*, *14*(3), 209-217.

Amoah, P. A. (2018). Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM-population Health*, *4*, 263-270.

Anderson, L. A., Edwards, V. J., Pearson, W. S., Talley, R. C., McGuire, L. C., & Andresen, E. M. (2013). Peer reviewed: Adult caregivers in the United States: Characteristics and differences in well-being, by caregiver age and caregiving status. *Preventing chronic disease*, (*10)*, 1-5.

Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., ve Tomás, C. (2022). Positive Mental Health and Mental Health Literacy of Informal Caregivers: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 15276, 1-12.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. New York: Elsevier.

Anholt, G. E., Aderka, I. M., Van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., Schruers, K., Van Der Wee, N. J. A., ... & Van Oppen, P. (2014). Age of onset in obsessive–compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychological Medicine*, *44*(1), 185-194.

Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and aging*, *3*(3), 245-248.

Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., ve Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and aging*, *3*(3), 245-248.

Apter, A. J., Wan, F., Reisine, S., Bender, B., Rand, C., Bogen, D. K., ... & Morales, K. H. (2013). The association of health literacy with adherence and outcomes in moderate-severe asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *132*(2), 321-327.

Avcıoğlu, M. M., Karanci, A. N., ve Soygur, H. (2019). What is related to the well-being of the siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the Lazarus and Folkman's Transactional Stress and Coping Model. *International Journal of Social Psychiatry*, *65*(3), 252-261.

Aviram, U. (1990). Community care of the seriously mentally ill: Continuing problems and current issues. *Community Mental Health Journal*, *26*, 69-88.

Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., ... & Romano, F. (2021). What is the prevalence of low health literacy in european union member states? A systematic review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, *36*, 753-761.

Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of clinical psychiatry*.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, *21*, 878-883.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*, *167*(14), 1503-1509.

Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical psychology review*, *19*(7), 819-841.

Barutcu, C. D. (2019). Relationship between caregiver health literacy and caregiver burden. *Puerto Rico health sciences journal*, *38*(3), 163-169.

Baxter Jr, L. R. (2003). Basal ganglia systems in ritualistic social displays: reptiles and humans; function and illness. *Physiology ve Behavior*, *79*(3), 451-460.

Beauchamp, N., Irvine, A. B., Seeley, J., ve Johnson, B. (2005). Worksite-based internet multimedia program for family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, *45*(6), 793-801.

Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry*, *173*(S35), 2-6.

Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., ve Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *44*, 257-264.

Benatti, B., Girone, N., Celebre, L., Vismara, M., Hollander, E., Fineberg, N. A., ... ve Dell'Osso, B. (2022). The role of gender in a large international OCD sample: A Report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) Network. *Comprehensive Psychiatry*, *116*, 152315.

Benkel, I., & Molander, U. (2015). Parents' experiences of when an adult child is seriously ill–"it does not matter that it is a grown-up person, they are still your child". *J Health Sci*, *3*, 165-173.

Bergström, A. L., Eriksson, G., von Koch, L., & Tham, K. (2011). Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health and quality of life outcomes*, *9*(1), 1-10.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K: Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 2011, 155:97-107.

Besiroglu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., & Özbebit, Ö. (2010). Obsesif-Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkinda Ruh Sagligi Bilgisi/Mental Health Literacy Concerning Categories of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Noro-Psikyatri Arsivi*, *47*(2), 133-138.

Bevan, J. L., & Pecchioni, L. L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient education and counseling*, *71*(3), 356-364.

Bobes, J., González, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., ve Bousono, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, *16*(4), 239-245.

Boeding, S. E., Paprocki, C. M., Baucom, D. H., Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., ve Fischer, M. S. (2013). Let me check that for you: Symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive–compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *51*(6), 316-322.

Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., ve Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, *8*(14), 434-441.

Bookwala, J., ve Schulz, R. (2000). A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and aging*, *15*(4), 607.

Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*, (344), 3-10.

Brander, G., Perez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: a proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *65*, 36-62.

Brandes, M., Soares, C. N., ve Cohen, L. S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of Women's Mental Health*, *7*, 99-110.

Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Garner, R. E., Miller, A. R., Lach, L. M., Klassen, A. F., & Rosenbaum, P. L. (2009). Health among caregivers of children with health problems: findings from a Canadian population-based study. *American journal of public health*, *99*(7), 1254-1262.

Bridges, S. M., Parthasarathy, D. S., Wong, H. M., Yiu, C. K., Au, T. K., & McGrath, C. P. (2014). The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient education and counseling*, *94*(3), 411-416.

Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The gerontologist*, *25*(1), 19-29.

Cabizuca, M., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S., & Figueira, I. (2009). Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses: a meta-analysis. *Health Psychology*, *28*(3), 379-388.

Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., ve Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 152*(3), 441–443.

Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., ... ve Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(10), 636-642.

Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., ... ve Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology*, 1661, 1-9.

Castle, D. J., Deale, A., ve Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, *29*(1), 114-117.

Cathey, A. J., ve Wetterneck, C. T. (2013). Stigma and disclosure of intrusive thoughts about sexual themes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(4), 439-443.

Chen, P. S., Yang, Y. K., Liao, Y. C., Lee, Y. D., Yeh, T. L., & Cheng Chen, C. (2004). The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *58*(6), 600-605.

Cherian, A. V., Pandian, D., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2014). Family accommodation of obsessional symptoms and naturalistic outcome of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry research*, *215*(2), 372-378.

Chouinard, G., Goodman, W., Greist, J., Jenike, M., Rasmussen, S., White, K., ... & Bick, P. A. (1990). Results of a double-blind placebo controlled trial of a new serotonin uptake inhibitor, sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology bulletin*, *26*(3), 279-284.

Chronister, J., ve Chan, F. (2006). A stress process model of caregiving for individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology, 51*(3), 190.

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD.* New York: Guildford Press.

Clark, D. A. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: Guilford.

Cochrane, J. J., Goering, P. N., & Rogers, J. M. (1997). The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *American journal of public health*, *87*(12), 2002-2007.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health outcomes of parents of children with chronic illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of pediatrics*, *218*, 166-177.

Coles, M. E., Heimberg, R. G., ve Weiss, B. D. (2013). The public's knowledge and beliefs about obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, *30*(8), 778-785.

Coles, M. E., ve Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and anxiety*, *27*(1), 63-71.

Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, *66*(2), 296-304.

Cox, C., ve Monk, A. (1996). Strain among caregivers: Comparing the experiences of African American and Hispanic caregivers of Alzheimer's relatives. *The International Journal of Aging and Human Development*, *43*(2), 93-105.

Cutler, T. L., Reavley, N. J., ve Jorm, A. F. (2018). How 'mental health smart'are you? Analysis of responses to an Australian Broadcasting Corporation News website quiz. *Advances in Mental Health*, *16*(1), 5-18.

Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., ve Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, *45*(5), 367-374.

Çöldür, E. Ö. (2018). *Obsesif kompulsif bozuklukta aile uyum ölçeği-hasta formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.* (Tıpta uzmanlık tezi).

da Conceição Costa, D. L., de Campos, A. P., de Bragança Pereira, C. A., Torres, A. R., Dos Santos, A. C., Requena, G., ... ve Diniz, J. B. (2022). Latency to treatment seeking in patients with obsessive-compulsive disorder: Results from a large multicenter clinical sample. *Psychiatry Research*, *312*, 114567.

da Silva, G. D. G., Jansen, K., Barbosa, L. P., Branco, J. D. C., Pinheiro, R. T., Magalhães, P. V. D. S., ... ve da Silva, R. A. (2014). Burden and related factors in caregivers of young adults presenting bipolar and unipolar mood disorder. *International journal of social psychiatry*, *60*(4), 396-402.

Dağlı, A., ve Baysal, N. (2016). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *15*(59), 1250-1262.

de Mathis, M. A., do Rosario, M. C., Diniz, J. B., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., ... & Miguel, E. C. (2008). Obsessive–compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, *23*(3), 187-194.

de Silva, P., ve Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(10), 941-951.

Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H. G., ve Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychopathology*, *26*(3-4), 145-150.

Devrim-Ader, G. (2017). *Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri ve Benlik Korkusu: Yetişkin Bir Örneklemde İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi.* (Yüksek lisans tezi).

Dewe, P., ve Cooper, G. L. (2007). Coping research and measurement in the context of work related stress.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., ve Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49*(1), 71-75.

Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., ve Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(8), 739-747.

Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Curi, M., Hounie, A. G., Brotto, S. A., & Miguel, E. C. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(1), 22-27.

Diviani, N., Zanini, C., Jaks, R., Brach, M., Gemperli, A., & Rubinelli, S. (2020). Information seeking behavior and perceived health literacy of family caregivers of persons living with a chronic condition. The case of spinal cord injury in Switzerland. *Patient education and counseling*, *103*(8), 1531-1537.

do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., Prado, H. D. S., Sada, P., ... ve Miguel, E. C. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1899-1903.

Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., ve Vezina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of palliative medicine*, *9*(4), 912-921.

Dura, J. R., Stukenberg, K. W., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1991). Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychology and aging*, *6*(3), 467-473.

Dyck, D. G., Short, R., ve Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic medicine*, *61*(4), 411-419.

Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American journal on mental retardation*, *102*(3), 267-279.

Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., ve Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive psychiatry*, *47*(4), 270-275.

Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., ve Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, *74*(3), 233-239.

Emad, F., Ali, S. A., Ishaque, F., Mirza, A. A., Khalid, H., & Ansari, A. K. (2021). Association between satisfaction with life and caregiver burden, among psychiatric patients. *Annals of Psychophysiology*, 8(1), 15-23.

Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of intellectual disability Research*, *47*(4-5), 385-399.

Erten, E., Alpman, N., Özdemir, A., ve Fıstıkcı, N. (2014). The Impact of Disease Course and Type of Episodes in Bipolar Disorder on Caregiver Burden. *Turkish Journal of Psychiatry*, *25*(2).

Ertuğrul, B., & ALBAYRAK, S. (2021). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *8*(2), 186-195.

Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Personality and social psychology bulletin*, *29*(8), 950-968.

Ferguson, M. O., Long, J. A., Zhu, J., Small, D. S., Lawson, B., Glick, H. A., & Schapira, M. M. (2015). Low health literacy predicts misperceptions of diabetes control in patients with persistently elevated A1C. *The Diabetes Educator*, *41*(3), 309-319.

Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., De Mathis, M. E., Lopes, A. C., Fontenelle, L. F., ... ve Miguel, E. C. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive–compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, *94*(1-3), 199-209.

Fitzell, A., ve Pakenham, K. I. (2010). Application of a stress and coping model to positive and negative adjustment outcomes in colorectal cancer caregiving. *Psycho-Oncology*, *19*(11), 1171-1178.

Fletcher, B. S., Paul, S. M., Dodd, M. J., Schumacher, K., West, C., Cooper, B., ... ve Miaskowski, C. A. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female

family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *26*(4), 599-605.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., ve Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, *14*(4), 485-496.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., ... & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of psychiatry*, *162*(1), 151-161.

Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A. C., ve Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 133-138.

Fontaine, D., Mattei, V., ve Robert, P. H. (2007). Obsessive-compulsive disorder and the frontal lobes. *The human frontal lobes: Functions and disorders*, 621-635.

Fox, S., & Brenner, J. (2012). Family caregivers online. Washington, DC: Pew Research Cente's Internet & American Life Project.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(4), 594-602.

Franklin, M. E., ve Foa, E. B. (2011). Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annual review of clinical psychology*, *7*, 229-243.

Fraser, E., & Pakenham, K. I. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, health & medicine*, *14*(5), 573-584.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive—behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(3), 405-413.

Friethriksdottir, N., Saevarsdottir, T., Halfdanardottir, S. I., Jonsdottir, A., Magnusdottir, H., Olafsdottir, K. L., Gudmundsdottir, G., ve Gunnarsdottir, S. (2011). Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, *50*(2), 252–258.

Frydman, I., do Brasil, P. E., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., ... & Fontenelle, L. F. (2014). Late-onset obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Journal of psychiatric research*, *49*, 68-74.

Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., ve Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 329-336.

Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H., Alonso, J., ve ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2010). Obsessive–compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders, 124*(3), 291–299.

Furnham, A., & Lousley, C. (2013). Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*, **5**, 521-531.

Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, *35*(2), 448-454.

Gallagher, S., Phillips, A. C., & Carroll, D. (2010). Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(7), 728-737.

Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., ve Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 1024-1033.

García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., ve Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Research*, *220*(1-2), 1-10.

Gomes, J. B., Cordioli, A. V., Bortoncello, C. F., Braga, D. T., Gonçalves, F., ve Heldt, E. (2016). Impact of cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder on family accommodation: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, *246*, 70-76.

Gomes, J. B., Cordioli, A. V., ve Heldt, E. (2017). Obsessive-compulsive disorder and family accommodation: A 3-year follow-up. *Psychiatry Research*, *253*, 107-109.

Gomes, J. B., Van Noppen, B., Pato, M., Braga, D. T., Meyer, E., Bortoncello, C. F., & Cordioli, A. V. (2014). Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *68*(8), 621-630.

Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L., ve Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health psychology*, *17*(2), 190.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Delgado, P. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a double-blind comparison with placebo. *Archives of general psychiatry*, *46*(1), 36-44.

Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., ve Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(2), 143-149.

Gorczynski, P., & Sims-Schouten, W. (2022). Evaluating mental health literacy amongst US college students: a cross sectional study. *Journal of American college health*, 1-4.

Goren, A., Montgomery, W., Kahle-Wrobleski, K., Nakamura, T., ve Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC geriatrics*, *16*(1), 1-12.

Gorenstein, G., Gorenstein, C., de Oliveira, M. C., Asbahr, F. R., ve Shavitt, R. G. (2015). Child-focused treatment of pediatric OCD affects parental behavior and family environment. *Psychiatry Research*, *229*(1-2), 161-166.

Grandón, P., Jenaro, C., ve Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry research*, *158*(3), 335-343.

Grant, M., Sun, V., Fujinami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G., Klein, L., ve Ferrell, B. (2013). Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small cell lung cancer. *Oncology nursing forum*, *40*(4), 337–346.

Greist, J. H., Jefferson, J. W., Rosenfeld, R., Gutzmann, L. D., March, J. S., & Barklage, N. E. (1990). Clomipramine and obsessive compulsive disorder: a placebo-controlled double-blind study of 32 patients. *The Journal of clinical psychiatry*, *51*(7), 292-297.

Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological medicine*, *41*(12), 2495-2506.

Grosse, S. D., Flores, A. L., Ouyang, L., Robbins, J. M., & Tilford, J. M. (2009). Impact of spina bifida on parental caregivers: findings from a survey of Arkansas families. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, 574-581.

Grover, S., ve Dutt, A. (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *65*(5), 416-422.

Grunes, M. S., Neziroglu, F., ve McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, *32*(4), 803-820.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., ... ve Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, *170*(12), 1795-1801.

Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., & Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-11.

Ha, J. H., Greenberg, J. S., & Seltzer, M. M. (2011). Parenting a child with a disability: The role of social support for African American parents. *Families in Society*, *92*(4), 405-411.

Hahn, E. A., Boileau, N. R., Hanks, R. A., Sander, A. M., Miner, J. A., & Carlozzi, N. E. (2020). Health literacy, health outcomes, and the caregiver role in traumatic brain injury. *Rehabilitation psychology*, *65*(4), 401.

Häikiö, K., Cloutier, D., & Rugkåsa, J. (2020). Is health literacy of family carers associated with carer burden, quality of life, and time spent on informal care for older persons living with dementia?. *PloS one*, *15*(11), 1-16.

Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., ve Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of palliative medicine*, *6*(2), 215-224.

Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., ve Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and aging*, *2*(4), 323.

Haley, W. E., Roth, D. L., Coleton, M. I., Ford, G. R., West, C. A., Colllins, R. P., ve Isobe, T. L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(1), 121.

Halpern, M. T., Fiero, M. H., ve Bell, M. L. (2017). Impact of caregiver activities and social supports on multidimensional caregiver burden: analyses from nationally-representative surveys of cancer patients and their caregivers. *Quality of Life Research*, *26*, 1587-1595.

Harrington, K. F., Zhang, B., Magruder, T., Bailey, W. C., & Gerald, L. B. (2015). The impact of parent's health literacy on pediatric asthma outcomes. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology*, *28*(1), 20-26.

Harrington, R. (2012). *Stress, health and well-being: Thriving in the 21st century*. Cengage Learning.

Hatfield, A. B. (1987). Systems resistance to effective family coping. *New directions for mental health services*, *1987*(33), 51-62.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach.* Guilford Press.

Highet, N., Thompson, M., ve King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating disorders*, *13*(4), 327-344.

Høeg, B. L., Frederiksen, M. H., Andersen, E. A. W., Saltbæk, L., Friberg, A. S., Karlsen, R. V., ... & Bidstrup, P. E. (2021). Is the health literacy of informal caregivers associated with the psychological outcomes of breast cancer survivors?. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*, 729-737.

Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*, *24*(3), 178-187.

Hoffmann, R. L., ve Mitchell, A. M. (1998). Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum*, 33(4), 5-12.

Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T., ve Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *The Journal of clinical psychiatry*, *57*, 3-6.

Hsiao, C. Y., Lu, H. L., ve Tsai, Y. F. (2020). Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, *29*, 2745-2757.

Hurley, D., Swann, C., Allen, M. S., Ferguson, H. L., ve Vella, S. A. (2020). A systematic review of parent and caregiver mental health literacy. *Community mental health journal*, *56*, 2-21.

Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R., & Tehrani, H. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *21*, 1-11.

Jayakumar, C., Jagadheesan, K., ve Verma, A. N. (2002). Caregiver's burden: a comparison between obsessive compulsive disorder and schizophrenia. *Indian journal of psychiatry*, *44*(4), 337-342.

Jenike, M. A., Baer, L., Summergrad, P., Weilburg, J. B., Holland, A., & Seymour, R. (1989). Obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled trial of clomipramine in 27 patients. *The American journal of psychiatry*, (146), 1328-1330.

Jenike, M. A., Hyman, S., Baer, L., Holland, A. D., Minichiello, W. E., Buttolph, L., ... & Ricciardi, J. (1990). A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: implications for a serotonergic theory. *The American journal of psychiatry*, (147), 1209-1215.

Johansson, A., Andershed, B., & Anderzen-Carlsson, A. (2014). Conceptions of mental health care–from the perspective of parents' of adult children suffering from mental illness. *Scandinavian journal of caring sciences*, *28*(3), 496-504.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(5), 396-401.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, *67*(3), 231-243.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., ve Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, *166*(4), 182-186.

Judge, K. S., Menne, H. L., & Whitlatch, C. J. (2010). Stress process model for individuals with dementia. *The Gerontologist*, *50*(3), 294-302.

Jung, H., von Sternberg, K., ve Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry research*, *243*, 278-286.

Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K., ve Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current opinion in psychiatry*, *21*(1), 70-73.

Kalra, H., Nischal, A., Trivedi, J. K., Dalal, P. K., ve Sinha, P. K. (2009). Extent and determinants of burden of care in Indian families: a comparison between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(1), 28-38.

Karadaĝ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and anxiety*, *23*(3), 145-152.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., ve Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, *45*(12), 1094-1099.

Kaufman, A. V. (1998). Older parents who care for adult children with serious mental illness. *Journal of Gerontological Social Work*, *29*(4), 35-55.

Kaushal, A., Sinha, P., Garg, A., & Kumar, R. (2016). Caregiver burden and its effect on Quality of Life in caregivers of OCD: A clinic based case-control study from Northern India. *Delhi Psychiatry Journal*, 19(1), 53-64.

Kelly, T. B., & Kropf, N. P. (1995). Stigmatized and perpetual parents: Older parents caring for adult children with life-long disabilities. *Journal of Gerontological Social Work*, *24*(1-2), 3-16.

Kırmızıoğlu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., ve Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, *24*(9), 1026-1033.

Kolada, J. L., Bland, R. C., ve Newman, S. C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 24-35.

Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(3), 509-517.

Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H. B., & American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, *164*(7 Suppl), 5–53.

Koran, L. M., Thienemann, M. L., ve Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 153*(6), 783–788.

Kozak, M. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for OCD: The NIMH-sponsored collaborative study. In W. Goodman, M. Rudorfer, & J. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 501-530). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kuyinu, Y. A., Femi-Adebayo, T. T., Adebayo, B. I., Abdurraheem-Salami, I., & Odusanya, O. O. (2020). Health literacy: prevalence and determinants in Lagos State, Nigeria. *PloS one*, *15*(8), 1-13.

Kyriacou, O., Treasure, J., ve Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(3), 233-242.

Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., ... ve Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive–compulsive symptom dimensions. *Depression and anxiety*, *25*(10), 832-838.

Laidlaw, T. M., Falloon, I. R., Barnfather, D., ve Coverdale, J. H. (1999). The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Community Mental Health Journal*, *35*, 443-450.

Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*, 1-8.

Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., ve Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European psychiatry*, *18*(6), 285-289.

Lebowitz, E. R., Panza, K. E., ve Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert review of neurotherapeutics*, *16*(1), 45-53.

Leckman, J. F., Bloch, M. H., ve King, R. A. (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in clinical neuroscience*, *11*(1), 21-33.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... ve Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(7), 911-917.

Lee, E., Steinberg, D., Phillips, L., Hart, J., Smith, A., ve Wetterneck, C. (2015). Examining the effects of accommodation and caregiver burden on relationship satisfaction in caregivers of individuals with OCD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *79*(1), 1-13.

Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., Tsai, Y. W., & Kuo, K. N. (2010). Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC public health*, *10*(1), 1-8.

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., ve Akiskal, H. S. (1996). Obsessive–compulsive disorder: Familial–developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 101-107.

Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., ve Rapoport, J. L. (1993). A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *50*(6), 429-439.

Leonard, R. C., ve Riemann, B. C. (2012). The co-occurrence of obsessions and compulsions in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*(3), 211-215.

Levene, J. E., Lancee, W. J., ve Seeman, M. V. (1996). The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophrenia research*, *22*(2), 151-157.

Lim, J. W., ve Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health and quality of life outcomes*, *2*(1), 1-9.

Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive–compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *171*(2), 135-139.

Livingston, G., Manela, M., & Katona, C. (1996). Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *Bmj*, *312*(7024), 153-156.

Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., Knowles, J. A., ... ve Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive–compulsive disorder: clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, *14*(2), 105-113.

Mackay, C., & Pakenham, K. I. (2012). A stress and coping model of adjustment to caring for an adult with mental illness. *Community mental health journal*, *48*, 450-462.

Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., ... ve IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, *18*(1), 21-33.

Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *The American journal of geriatric psychiatry*, *13*(9), 795-801.

Mallya, G. K., White, K., Waternaux, C., & Quay, S. (1992). Short-and long-term treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine. *Annals of Clinical Psychiatry*, *4*(2), 77-80.

Mancuso, C. A., & Rincon, M. (2006). Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. *Journal of general internal medicine*, *21*, 813-817.

March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). The expert consensus guidelines for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 58* (Suppl 4), 1–72.

Marks, N. F. (1996). Caregiving across the lifespan: National prevalence and predictors. *Family relations*, 27-36.

Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M., ve Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive–compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, *27*(5), 470-475.

Marsack-Topolewski, C. N., & Church, H. L. (2019). Impact of caregiver burden on quality of life for parents of adult children with autism spectrum disorder. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, *124*(2), 145-156.

Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., ve Sleigh, J. W. (1998a). Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, *12*(12), 1045-1059.

Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., ve Sleigh, J. W. (1998b). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, *12*(3), 225-238.

Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., ve Sleigh, J. W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *24*(4), 434-447.

Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., ve Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 228-238.

Mayerovitch, J. I., du Fort, G. G., Kakuma, R., Bland, R. C., Newman, S. C., ve Pinard, G. (2003). Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive psychiatry*, *44*(2), 162-168.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., ve Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, *36*(10), 2181-2186.

McKlnney, B., & Peterson, R. A. (1987). Predictors of stress in parents of developmentally disabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, *12*(1), 133-150.

McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J., ... & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *69*(2), 205-214.

Mehra, A., Avasthi, A., ve Grover, S. (2021). The extent of stigma experienced by the caregivers of patients with OCD and its association with caregiver burden and coping. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, *8*, 125-135.

Mehrotra, K., Nautiyal, S., ve Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian journal of psychiatry*, *31*, 58-62.

Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., ve Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(2), 355-360.

Miller, E., Lee, J. Y., DeWalt, D. A., & Vann Jr, W. F. (2010). Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics*, *126*(1), 107-114.

Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., ... ve Katsanou, M. N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*, 331-337.

Montgomery, S. A., McIntyre, A., Osterheider, M., Sarteschi, P., Zitterl, W., Zohar, J., ... & Lilly European OCD Study Group. (1993). A double-blind, placebo-controlled

study of fluoxetine in patients with DSM-III-R obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, *3*(2), 143-152.

Moreno, M., ve Flores, P. (2012). Schedule-induced polydipsia as a model of compulsive behavior: neuropharmacological and neuroendocrine bases. *Psychopharmacology, 219,* 647-659.

Moreso, N. V., Hernández-Martínez, C., Val, V. A., & Sans, J. C. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *13*(2), 118-126.

Morimoto, T., Schreiner, A. S., ve Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and ageing*, *32*(2), 218-223.

Moroney, R. M. (1983). Families, care of the handicapped, and public policy. *Home Health Care Services Quarterly*, *3*(3-4), 188-212.

Möller-Leimkühler, A. M., ve Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *262*, 157-166.

Mulud, Z. A., ve McCarthy, G. (2017). Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: Testing the moderation and mediation models of resilience. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(1), 24-30.

Muris, P., Merckelbach, H., ve Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(3), 249-252.

Nabors, N., Seacat, J., ve Rosenthal, M. (2002). Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Injury*, *16*(12), 1039-1050.

National Alliance for Caregiving and AARP. (2015). Caregiving in the U.S. 2015. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving.

Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour research and therapy*, *39*(4), 457-464.

Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R. J., ve Van Den Bos, G. A. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *7*(1), 3-13.

Nuraini, T., Tumanggor, R. D., Hungerford, C., Lees, D., ve Cleary, M. (2021). Caregiver burden for people with schizophrenia in Medan, Indonesia. *Issues in Mental Health Nursing*, *42*(8), 790-793.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, *13*(4), 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, *15*(3), 259-267.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*, *15*(3), 183-184.

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, *42*(1), 159-173.

O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(1), 64-71.

Ogilvie, A. D., Morant, N., ve Goodwin, G. M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *7*, 25-32.

Oza, H., Parikh, M. N., ve Vankar, G. K. (2017). Comparison of caregiver burden in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychiatry ve Psychotherapy*, *19*(2), 32-41.

Özkan, S., Dikmen, A. U., Tüzün, H., & Karakaya, K. (2020). Türkıye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyicileri. *Turkey Health Literacy Journal*, *1*(1), 27-39.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American journal of health behavior*, *31*(1), 19-26.

Padierna, A., Martín, J., Aguirre, U., González, N., Munoz, P., ve Quintana, J. M. (2013). Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*, 151-161.

Pakenham, K. I. (2001). Application of a stress and coping model to caregiving in multiple sclerosis. *Psychology, Health ve Medicine, 6*(1), 13-27.

Pandey, A., Pandey, A. K., Singh, A., ve Sureka, P. (2020). A comparative study of caregivers burden in relatives of persons with schizophrenia and obsessive compulsive disorder. *Int J Health Sci Res*, *10*(7), 306-310.

Parker, R. M. (2000). Health literacy: a challenge for american patients and their health care providers. Health Promotion International, 15, 277–291.

Patti, F., Amato, M. P., Battaglia, M. A., Pitaro, M., Russo, P., Solaro, C., ve Trojano, M. (2007). Caregiver quality of life in multiple sclerosis: a multicentre Italian study. *Multiple Sclerosis Journal*, *13*(3), 412-419.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment, 5*(2), 164-172.

Pearlin, L. I. (1983). Role strains and personal stress. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research.* (s. 3-32). New York: Academic Press.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., ve Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist, 30*(5), 583-594.

Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., ve Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: Parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, *47*(10), 1173-1181.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., ve Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *189*(1), 31-37.

Perlick, D., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Raue, P., Greenfield, S., ve Struening, E. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *175*(1), 56-62.

Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., ve McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, *50*(11), 1149-1161.

Pinquart, M. (2018). Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition—A meta-analysis. *Stress and Health*, *34*(2), 197-207.

Pinto, A., Van Noppen, B., ve Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *2*(4), 457-465.

Pont, W., Groeneveld, I., Arwert, H., Meesters, J., Mishre, R. R., Vliet Vlieland, T., ... ve SCORE-Study Group. (2018). Caregiver burden after stroke: changes over time?. *Disability and Rehabilitation*, *42*(3), 360-367.

Poreddi, V., BIrudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of neurosciences in rural practice*, *6*(03), 355-360.

Powell, C. K., Hill, E. G., & Clancy, D. E. (2007). The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The diabetes educator*, *33*(1), 144-151.

Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L., & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations*, *20*(1), 112-119.

Pulgarón, E. R., Sanders, L. M., Patiño-Fernandez, A. M., Wile, D., Sanchez, J., Rothman, R. L., & Delamater, A. M. (2014). Glycemic control in young children with diabetes: the role of parental health literacy. *Patient education and counseling*, *94*(1), 67-70.

Rachman, S., ve de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, *16*(4), 233-248.

Rachman, S., ve De Silva, P. (2009). *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. Oxford University Press.

Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... ve Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(3), 269-279.

Rahman, T. T. A. (2014). Health literacy: prevalence among elderly care givers and its impact on the frequency of elderly hospitalization and elderly health related quality of life. *Advances in Aging Research*, *3*(05), 380-387.

Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., ... & Wood, E. (2004). Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC pediatrics*, *4*, 1-13.

Ramos-Cerqueira, A. T. D. A., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P. M., ve Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, *25*(12), 1020-1027.

Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(11), 947-956.

Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy in higher education students. *Early intervention in psychiatry*, *6*(1), 45-52.

Reinhard, S. C., Gubman, G. D., Horwitz, A. V., ve Minsky, S. (1994). Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and program planning*, *17*(3), 261-269.

Reinhard, S. C., ve Horwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 741-750.

Revenson, T., Griva, K., Luszczynska, A., Morrison, V., Panagopoulou, E., Vilchinsky, N., ve Hagedoorn, M. (2016). *Caregiving in the illness context*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., ve Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, *19*(4), 376-382.

Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., ve Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *22*(1), 25-33.

Rigby, H., Gubitz, G., ve Phillips, S. (2009). A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke*, *4*(4), 285-292.

Roberto, K. A. (1993). Older caregivers of family members with developmental disabilities: Changes in roles and perceptions. *The Elderly Caregiver*. (pp. 39-51). Ed. Karen A. Roberto. Sage Focus Editions.

Robinson, K. J., Rose, D., ve Salkovskis, P. M. (2017). Seeking help for obsessive compulsive disorder (OCD): a qualitative study of the enablers and barriers conducted by a researcher with personal experience of OCD. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(2), 193-211.

Roth, D. L., Perkins, M., Wadley, V. G., Temple, E. M., & Haley, W. E. (2009). Family caregiving and emotional strain: Associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. *Quality of life research*, *18*, 679-688.

Rudy, B. M., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Murphy, T. K., ve Storch, E. A. (2014). Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *220*(1-2), 433-440.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, *15*(1), 53-63.

Salkovskis, P. M., ve Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behaviour research and therapy*, *22*(5), 549-552.

Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian health review*, *27*(1), 103-109.

Schene, A. H., Tessler, R. C., ve Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *29*, 228-240.

Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, *119*(1), 114-121.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, *288*(4), 475-482.

Schulz, R. & Eden, J.. (2016). Family caregiving roles and impacts. In *Families caring for an aging America*. National Academies Press (US).

Schulz, R., and Tompkins, C. A. (2010). “Informal caregivers in the United States: prevalence, caregiver characteristics, and ability to provide care” in *The role of human factors in home health care: Workshop summary*. ed. S. Olson (Washington, DC: National Academies Press), 322.

Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual review of psychology*, *71*, 635-659.

Schulz, R., ve Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*, *282*(23), 2215-2219.

Schumacher, K. L., Dodd, M. J., ve Paul, S. M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in nursing ve health*, *16*(6), 395-404.

Selvi Y, Akbaba AT, Beşiroğlu L et al (2010) Van il merkezi lise son sınıf öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13:5-13.

Senaratne, R., Van Ameringen, M., Mancini, C., ve Patterson, B. (2010). The burden of anxiety disorders on the family. *The Journal of nervous and mental disease*, *198*(12), 876-880.

Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., ve Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: Caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research*, *7*(1), 30-39.

Shafran, R., Ralph, J., ve Tallis, F. (1995). Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *59*(4), 472-479.

Shahly, V., Chatterji, S., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., ... ve Kessler, R. C. (2013). Cross-national differences in the prevalence and correlates of burden among older family caregivers in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological medicine*, *43*(4), 865-879.

Shahly, V., Chatterji, S., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., ... & Kessler, R. C. (2013). Cross-national differences in the prevalence and correlates of

burden among older family caregivers in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological medicine*, *43*(4), 865-879.

Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *The gerontologist*, *19*(2), 169-174.

Siev, J., Steketee, G., Fama, J. M., ve Wilhelm, S. (2011). Cognitive and clinical characteristics of sexual and religious obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *25*(3), 167.

Silver, E. J., Westbrook, L. E., & Stein, R. E. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, *23*(1), 5-15.

Simpson, R. M., Knowles, E., & O'Cathain, A. (2020). Health literacy levels of British adults: a cross-sectional survey using two domains of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, *20*, 1-13.

Simsek, Z., Ak, D., Altindag, A., & Günes, M. (2008). Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *Journal of Public Health*, *30*(4), 487-493.

Smith, L., Onwumere, J., Craig, T., McManus, S., Bebbington, P., ve Kuipers, E. (2014). Mental and physical illness in caregivers: results from an English national survey sample. *The British Journal of Psychiatry*, *205*(3), 197-203.

Son, J., Erno, A., Shea, D. G., Femia, E. E., Zarit, S. H., ve Parris Stephens, M. A. (2007). The caregiver stress process and health outcomes. *Journal of aging and health*, *19*(6), 871-887.

Stefanini, M. C., Troiani, M. R., Caselli, M., Dirindelli, P., Lucarelli, S., Caini, S., ve Martinetti, M. G. (2019). Living with someone with an eating disorder: factors

affecting the caregivers' burden. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*, 1209-1214.

Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., ve Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *89*(3), 229-238.

Steketee, G., Van Noppen, B., Lam, J. and Shapiro, L. (1998). Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice: Psychotherapy in Practice*, *4*(3), 73-91.

Steketee, G., ve Noppen, B. V. (2004). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Journal of Family Psychotherapy*, *14*(4), 55-71.

Stenberg, U., Cvancarova, M., Ekstedt, M., Olsson, M., ve Ruland, C. (2014). Family caregivers of cancer patients: perceived burden and symptoms during the early phases of cancer treatment. *Social work in health care*, *53*(3), 289-309.

Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., ve Angermeyer, M. C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive–compulsive disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*, 662-668.

Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., ve Angermeyer, M. C. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of psychiatric nursing*, *18*(3), 88-96.

Stewart, E., Grunthal, B., Collins, L., & Coles, M. (2019). Public recognition and perceptions of obsessive compulsive disorder. *Community mental health journal*, *55*, 74-82.

Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Egan Stack, D., Fama, J., ve Jenike, M. (2008). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, *20*(2), 65-70.

Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., ... ve Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*(2), 207-216.

Strauss, C., Hale, L., ve Stobie, B. (2015). A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, *33*, 95-102.

Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., ve Chong, S. A. (2012). Obsessive–compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*, 2035-2043.

Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., ... & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient education and counseling*, *98*(5), 660-668.

Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., ve Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(4), 297-311.

Şahinöz, T., Şahinöz, S., & Kıvanç, A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(3), 71-79.

Thomas, J. K., Kumar, P. S., Verma, A. N., Sinha, V. K., ve Andrade, C. (2004). Psychosocial dysfunction and family burden in schizophrenia and obsessive compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, *46*(3), 238-243.

Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P. M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., ... ve Clément, J. P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, *21*(1), 50-56.

Thomsen, P. H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A 6–22 year follow-up study of social outcome. *European Child ve Adolescent Psychiatry*, *4*, 112-122.

Thomsen, P. H., ve Mikkelsen, H. U. (1995). Course of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a prospective follow-up study of 23 Danish cases. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, *34*(11), 1432-1440.

Thornicroft, G., Colson, L., ve Marks, I. (1991). An in-patient behavioural psychotherapy unit: description and audit. *The British Journal of Psychiatry*, *158*(3), 362-367.

Torres, A. R., Hoff, N. T., Padovani, C. R., ve Ramos-Cerqueira, A. T. d. A. (2012). Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *66*(5), 432-441.

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Farrell, M., ... ve Singleton, N. (2007). Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British psychiatric morbidity survey of 2000. *Psychiatric services*, *58*(7), 977-982.

Turcotte, M. (2013). Family caregiving: What are the consequences? *Insights on Canadian Society,* (9), 1-14.

Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., ve Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *45*(5), 362-366.

van Balkom, A. J., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., & van Dyck, R. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *186*(8), 492-499.

van den Berg, G. J., van der Veld, W. M., ve Kampman, M. (2022). Family accommodation as a predictor of treatment outcome in outpatient intensive cognitive behavioral therapy of adult obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *35*, 100761, 1-8.

van den Heuvel, E. T., de Witte, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., ve Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most?. *Patient education and counseling*, *47*(4), 291-299.

Van der Voort, T. Y. G., Goossens, P. J. J., ve Van der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*(7), 679-687.

Van Dyck, P. C., Kogan, M. D., McPherson, M. G., Weissman, G. R., & Newacheck, P. W. (2004). Prevalence and characteristics of children with special health care needs. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *158*(9), 884-890.

Van Noppen, B., & Steketee, G. (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(1), 18-25.

Verma, P., Mahour, P., Dalal, P. K., ve Agarwal, V. (2019). Severity and dimensions of obsessive-compulsive disorder and family accommodation: OCD severity and family accommodation. *Indian Journal of Mental Health*, *6*(1), 56-61.

Vikas, A., Avasthi, A., ve Sharan, P. (2011). Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(1), 45-56.

Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J., & Maiuro, R. D. (1991). The screen for caregiver burden. *The Gerontologist*, *31*(1), 76-83.

Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, *32*(3), 275-290.

Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *61*(12), 1086-1090.

Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, *36*(5), 860-877.

Wan, K. F., ve Wong, M. M. (2019). Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal*, *49*, 9-15.

Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of affective disorders*, *171*, 74-84.

Weissman, M. M. (1998). Cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, *3*(S1), 6-9.

Wen, X., Wang, D., Li, N., Qin, X., ve Gu, D. (2021). The construction of the structural equation model of burden, benefit finding, and anxiety-depression of esophageal

cancer caregivers based on Lazarus stress and coping theory. *Ann Palliat Med, 10,* 7644-52.

Wetterneck, C. T., Siev, J., Adams, T. G., Slimowicz, J. C., ve Smith, A. H. (2015). Assessing sexually intrusive thoughts: Parsing unacceptable thoughts on the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Behavior Therapy*, *46*(4), 544-556.

Whiteside, S. P., McKay, D., De Nadai, A. S., Tiede, M. S., Ale, C. M., ve Storch, E. A. (2014). A baseline controlled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, *220*(1-2), 441-446.

Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive–compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, *43*(12), 1559-1576.

Williams, M. T., Elstein, J., Buckner, E., Abelson, J. M., ve Himle, J. A. (2012). Symptom dimensions in two samples of African Americans with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*(3), 145-152.

Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., ... & Foa, E. B. (2011). Myth of the pure obsessional type in obsessive–compulsive disorder. *Depression and anxiety*, *28*(6), 495-500.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*, *165*(17), 1946-1952.
World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.

Wu, M. S., Hamblin, R., Nadeau, J., Simmons, J., Smith, A., Wilson, M., ... & Storch, E. A. (2018). Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *80*, 46-56.

Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., ve Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*, *45*, 34-44.

Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International journal of environmental research and public health*, *14*(6), 628, 1-10.

Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, *8*(1), 27-35.

Yang, Y., Romine, W., Oyesanya, T. O., Park, H. K., ve Hendrix, C. C. (2022). The association of self-esteem with caregiving demands, coping, burden, and health among caregivers of breast cancer patients: a structural equation modeling approach. *Cancer Nursing*, *45*(5), E820-E827.

Yazıcı, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Baskan Tekeş, S., Inan, E., Çakır, U., Boşgelmez, Ş., ve Turgut, C. (2016). Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro psikiyatri arsivi*, *53*(2), 96–101.

Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., ve Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC psychiatry*, *9*, 1-8.

Yu, Y., Liu, Z. W., Li, T. X., Li, Y. L., Xiao, S. Y., ve Tebes, J. K. (2020). Test of the stress process model of family caregivers of people living with schizophrenia in China. *Social science ve medicine*, *259*, 113113.

Zarit, S. H., Reever, K. E., ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, *20*(6), 649-655.

Zehner Ourada, V. E., ve Walker, A. J. (2014). A comparison of physical health outcomes for caregiving parents and caregiving adult children. *Family Relations*, *63*(1), 163-177.

Zendjidjian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N., ... ve Boyer, L. (2012). Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *Journal of affective disorders*, *136*(3), 660-665.

Zhang, F., Or, P. P., & Chung, J. W. (2021). How different health literacy dimensions influences health and well-being among men and women: The mediating role of health behaviours. *Health Expectations*, *24*(2), 617-627.

Zhou, Y., Ning, Y., Rosenheck, R., Sun, B., Zhang, J., Ou, Y., ve He, H. (2016). Effect of living with patients on caregiver burden of individual with schizophrenia in China. *Psychiatry research*, *245*, 230-237.

Zohar, J., Judge, R., & OCD Paroxetine Study Investigators. (1996). Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive–compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(4), 468-474.

EKLER

EK 1: Demografik Bilgi Formu (1)

1) **Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın ( ) Erkek ( ) Diğer
2) **Yaşınız:** .....
3) **Yaşadığınız şehir:** .....
4) **Kiminle yaşıyorsunuz?**:

   .....
5) **Medeni durumunuz:** ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış

   ( ) Diğer:.....
6) **Eğitim durumunuz:**

   ( ) İlkokul mezunu

   ( ) Ortaokul mezunu

   ( ) Lise mezunu

   ( ) Yüksekokul mezunu

   ( ) Üniversite mezunu

   ( ) Yüksek lisans mezunu

   ( ) Doktora mezunu
7) **Okumakta olduğunuz ya da mezun olduğunuz bölüm:** .....
8) **Mesleğiniz:** .....
9) **Şu an çalışıyor musunuz?**

   ( ) Evet ( ) Hayır
10) **Aylık gelir düzeyiniz:** ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek
11) **Annenizin eğitim durumu:** .....
12) **Babanızın eğitim durumu:** .....
13) **Bugüne kadar doktora giderek bir ruhsal bozukluk tanısı (psikiyatrik tanı) aldınız mı?**

   ( ) Evet (Yanıtınız **evet** ise, lütfen tanıyı/tanıları belirtiniz: ….....)

   ( ) Hayır
14) **Yakın çevrenizde (aile, arkadaş vb.) doktora giderek bir ruhsal bozukluk tanısı (psikiyatrik tanı) alan oldu mu?**

   ( ) Evet

   (Yanıtınız **evet** ise, lütfen yakınlık derecenizi belirtiniz:.....

Lütfen tanıyı/tanıları belirtiniz: .....)

( ) Hayır

15) İlk defa kaç yaşındayken bir hekime giderek Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı aldınız?: .....

16) Bugüne kadar OKB'ye yönelik psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi aldınız mı?

( ) Hayır, tedavi almadım.

( ) Psikiyatrik ilaç tedavisi

( ) Psikoterapi

( ) İlaç tedavisi ve psikoterapi

( ) Diğer (lütfen belirtiniz): .....

17) İlaç tedavisi aldıysanız lütfen ilaç belirtiniz:

…….....

18) OKB'ye yönelik tedaviniz ne kadar sürdü? (Yıl ve ay olarak belirtiniz. *Örnek: 3 yıl 7 ay*): .....

19) Şu anda halen OKB'ye yönelik psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi alıyor musunuz?

( ) Hayır, tedavi almıyorum.

( ) Psikiyatrik ilaç tedavisi

( ) Psikoterapi

( ) İlaç tedavisi ve psikoterapi

( ) Diğer (lütfen belirtiniz): .....

20) Şu an ilaç tedavisi alıyorsanız lütfen hangi ilaç olduğunu belirtiniz:

…….....

21) Şu an tedavi gördüğünüz başka bir tıbbi veya psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

( ) Evet (Yanıtınız **evet** ise, hangi hastalık ve ne tedavisi olduğunu belirtiniz:

.....)

( ) Hayır

EK 2: Demografik Bilgi Formu (2)

1) Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek ( ) Diğer

2) Yaşınız: .....

3) Yaşadığınız şehir: .....

4) Kiminle yaşıyorsunuz?: .....

5) Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Diğer:.....

6) Eğitim durumunuz:

( ) İlkokul mezunu

( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu

( ) Yüksekokul mezunu

( ) Üniversite mezunu

( ) Yüksek lisans mezunu

( ) Doktora mezunu

7) Okumakta olduğunuz ya da mezun olduğunuz bölüm: .....

8) Mesleğiniz: .....

9) Şu an çalışıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

10) Aylık gelir düzeyiniz: ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

11) Annenizin eğitim durumu: .....

12) Babanızın eğitim durumu: .....

13) Bugüne kadar doktora giderek bir ruhsal bozukluk tanısı (psikiyatrik tanı) aldınız mı?

( ) Evet (Yanıtınız evet ise, lütfen tanıyı/tanıları belirtiniz:
.....)

( ) Hayır

14) Yakın çevrenizde (aile, arkadaş vb.) doktora giderek bir ruhsal bozukluk tanısı (psikiyatrik tanı) alan oldu mu?

( ) Evet (Yanıtınız **evet** ise, lütfen yakınlık derecenizi belirtiniz: .....

Yanıtınız **evet** ise, lütfen tanıyı/tanıları belirtiniz:
.....)

( ) Hayır

15) Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı olan kişi ile yakınlık derecenizi belirtiniz:

( ) Eşim

( ) Partnerim (sevgili, nişanlı vb.)

( ) Çocuğum

( ) Annem

( ) Babam

( ) Kardeşim

( ) Diğer (lütfen belirtiniz): .....

16) Şu an OKB tanısı olan yakınınızla birlikte mi yaşıyorsunuz?

( ) Evet (Yanıtınız **evet** ise, lütfen birlikte yaşadığınız süreyi yaklaşık yıl ve ay olarak belirtiniz: .....)

( ) Hayır

17) OKB tanısı olan yakınınızla, yaklaşık olarak haftada kaç saat birlikte geçiriyorsunuz? (Eşler ve partnerler için uyku süresini dahil etmeyiniz. Günlük geçirdiğiniz süreyi 7 ile çarparak genel bir sayı verebilirsiniz.)

( ) 0-9 saat

( ) 10-19 saat

( ) 20-29 saat

( ) 30-39 saat

( ) 40-49 saat

( ) 50 saat ve üzeri

EK 3: Boyutsal Obsesif-Kompülsif Ölçeği – Genişletilmiş Türkçe Form (BOKÖ-GTF)

Bu anket daha önce deneyimlemiş olabileceğiniz beş farklı türdeki sıkıntıyla ilgili soruları içermektedir. Önce her bir sıkıntı için o duruma özgü tipik düşünce (bazen bunlar obsesyon olarak adlandırılır) ve davranışlara dair (bazen bunlar ritüeller ya da kompulsiyonlar olarak adlandırılır) açıklamalar yapılmaktadır; ardından bu düşünce ve davranışlarınızla ilgili deneyimleriniz hakkında beş soru gelmektedir. Lütfen son bir ay içerisindeki deneyimlerinizi göz önüne alarak her bir kategoriye ilişkin soruları dikkatlice cevaplayınız.

1.Kategori: Mikroplar ve Kirlenme Hakkında Sıkıntılar

Örnekler: Aşağıdaki örnekleri okuyarak, son bir hafta içerisinde aklınıza bu veya benzeri tür bir düşünce geldiyse lütfen işaretleyiniz.

Belirli bir nesneye ya da kişiye temas etmekten (ya da onların yakınında olmaktan) dolayı kirlenmiş olduğunuza dair düşünceler veya duygular.	Evet ( ) Hayır( )
Belirli bir yerde (örneğin tuvalet/banyo) bulunduğunuz için bir şeylerin bulaşmış olduğu hissi.	Evet ( ) Hayır( )
Mikroplar, hastalıklar veya bunların yayılma ihtimaliyle ilgili düşünceler.	Evet ( ) Hayır( )
Bulaşma/kirlenme endişelerinden dolayı, ellerinizi yıkama, dezenfektan (temizleyici maddeler) kullanma, duş alma, kıyafetlerinizi değiştirme veya eşyaları temizleme davranışları.	Evet ( ) Hayır( )
Bulaşma/kirlenmeden dolayı belirli bir rutini takip etme (örneğin tuvaletteyken, giyinirken bazı şeyleri belirli sırada yapma).	Evet ( ) Hayır( )
Bulaşma/kirlenmeden dolayı belirli insanlardan, nesnelerden veya yerlerden kaçınma.	Evet ( ) Hayır( )
Benzeri türde bir deneyim (Lütfen belirtiniz:….....)	Evet ( ) Hayır( )

Aşağıdaki sorular son bir ay içerisinde bulaşma/kirlenmeyle ilgili deneyimlediğiniz düşünce ve davranışlarınızla ilgilidir. Soruları cevaplarken yukarıda verilenlerin birer örnek olduğunu, buna benzer farklı deneyimlerinizin olabileceğini de göz önünde bulundurunuz. Cevabınıza uygun rakamı seçiniz.

1. Gün içerisinde kaç saatinizi bulaşma ve kirlenmeye ilişkin düşünerek ve buna bağlı temizlik yaparak veya yıkayarak geçiriyordunuz?

0.Hiç

1.Her gün 1 saatten az

2.Her gün 1-3 saat arası

3.Her gün 3-8 saat arası

4.Her gün 8 saatten fazla

2. Bulaşma/kirlenmeyle ilgili sorunları önlemek veya yıkanmamak, temizlenmemek ya da duş almamak için kaçındığınız durumlar varsa (örneğin otobüse binmemek, umumi tuvaletleri kullanmamak, bir yerlere dokunmamak veya bir yerlere girmemek vb.) ne ölçüde kaçındığınızı belirtiniz.

0.Hiç kaçınmıyordum

1.Biraz kaçınıyordum

2.Orta düzeyde kaçınıyordum

3.Epeyce kaçınıyordum

4.Neredeyse hemen her şeyden kaçınıyordum

3. Aklınıza bulaşma/kirlenme ile ilgili düşünceler geldiği halde o an herhangi bir temizleme girişiminde bulunamadığınızda (yıkanma, temizlenme, duş alma veya başka bir temizleme davranışı) bu sizde ne kadar sıkıntı veya kaygı yarattı?

0.Hiç sıkıntı veya kaygı yaratmadı

1.Biraz sıkıntı veya kaygı yarattı

2.Orta düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

3.Ciddi düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4.Aşırı düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4. Bulaşma/kirlenme endişeleriniz ve abartılı yıkama, duş alma, temizlik veya kaçınma davranışlarınızdan dolayı günlük rutininiz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derece aksadı?

0.Hiç aksamadı

1.Biraz aksadı ama işlevselliğim iyi durumdaydı

2.Birçok şey aksadı ama yine de başa çıkabildim

3.Hayatım birçok yönden aksadı ve başa çıkmakta ciddi sorun yaşadım

4.Hayatım tamamen aksadı ve işlevselliğimi tamamen yitirdim

5. Bulaşma/kirlenme hakkındaki düşünceleri görmezden gelmek ve yıkamak, duş almak, temizlemek ve diğer arınma rutinlerinden kendinizi alıkoymak sizin için ne kadar zor?

0.Hiç zor değil

1.Biraz zor

2.Orta düzeyde zor

3.Oldukça zor

4.Aşırı düzeyde zor

2. Kategori: Zarar Vermeye, Yaralanmaya ya da Talihsiz Olaylara Yol Açmaya Dair Sıkıntılar

Örnekler: Aşağıdaki örnekleri okuyarak, son bir hafta içerisinde aklınıza bu veya benzeri tür bir düşünce geldiyse lütfen işaretleyiniz.

Korkunç veya (kendinize/başkasına) zarar vermeye yol açacak bir hata yapmış olabileceğinize dair şüphe duyma.	Evet ( ) Hayır( )
Çok ciddi bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsizlik yaşanmış olabileceğine ve bunları engelleyecek kadar dikkatli olmadığınıza dair düşünceler.	Evet ( ) Hayır( )
Bazı şeyleri belirli bir sırada yaparak, belirli bazı sayıları sayarak veya 'uğursuz' olduğunu düşündüğünüz bazı sayı ya da kelimelerden uzak durarak zarar vermeyi ya da talihsizliği önleyebileceğinize dair düşünceler.	Evet ( ) Hayır( )

Sizin için önemli olan ve ihtimali düşük olsa da bazı şeyleri (örneğin cüzdan, kimlik kartı, önemli evraklar) kaybetme düşüncesi.	Evet ( ) Hayır( )
Gereğinden daha sık anahtarları, elektrik düğmelerini, cüzdanları ve benzerlerini kontrol etme.	Evet ( ) Hayır( )
Kötü bir şey olmadığının (veya olmayacağının) defalarca güvencesini arama, başkalarına sorma ya da onları kontrol ederek teyit etme.	Evet ( ) Hayır( )
Geçmişte yaşanmış olayları, yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için sürekli zihninizde gözden geçirme.	Evet ( ) Hayır( )
Zarar vermeyi ya da bir felaketin gerçekleşmesini önlemek için özel bir rutini izleme (bazı şeyleri belirli sırada yapma) ihtiyacı.	Evet ( ) Hayır( )
Zarar görme/verme korkusundan dolayı belirli sayıları sayma veya bazı uğursuz sayılardan kaçınma ihtiyacı.	Evet ( ) Hayır( )
Benzeri türde bir deneyim (Lütfen belirtiniz:….....)	Evet ( ) Hayır( )

Aşağıdaki sorular son bir ay içerisinde zarar görme/verme ya da felaketlerle ilgili deneyimlediğiniz düşünce ve davranışlarınızla ilgilidir. Soruları cevaplarken yukarıda verilenlerin birer örnek olduğunu, buna benzer farklı deneyimleriniz olabileceğini de göz önünde bulundurunuz. Cevabınıza uygun rakamı seçiniz.

1. Gün içerisinde kaç saatinizi olası zarar verme/görme veya felaket ihtimalini düşünerek ve böyle şeylerin olup olmadığına yönelik kontrol etme ya da güvence arama çabalarıyla geçiriyordunuz?

0.Hiç

1.Her gün 1 saatten az

2.Her gün 1-3 saat arası

3.Her gün 3-8 saat arası

4.Her gün 8 saatten fazla

2. Olası zarar ve felaketlere yol açmamak veya bu konuda endişelenmemek için kaçındığınız durumlar varsa (örneğin belirli yerlerden, insanlardan), ne ölçüde kaçındığınızı belirtiniz.

0.Hiç kaçınmıyordum

1.Biraz kaçınıyordum

2.Orta düzeyde kaçınıyordum

3.Epeyce kaçınıyordum

4.Neredeyse hemen her şeyden kaçınıyordum

3. Aklınıza zarar verme/görme veya felaketlerle ilgili düşünceler geldiği halde teyit edemediğiniz ya da güvence bulamadığınızda bu sizde ne kadar sıkıntı veya kaygı yarattı?

0.Hiç sıkıntı veya kaygı yaratmadı

1.Biraz sıkıntı veya kaygı yarattı

2.Orta düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

3.Ciddi düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4.Aşırı düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4. Zarar verme/görme veya felaketlere ilişkin düşünceleriniz ve abartılı kontrol ya da güvence aramadan dolayı günlük rutininiz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derece aksadı?

0.Hiç aksamadı

1.Biraz aksadı ama işlevselliğim iyi durumdaydı

2.Birçok şey aksadı ama yine de başa çıkabildim

3.Hayatım birçok yönden aksadı ve başa çıkmakta ciddi sorun yaşadı

4.Hayatım tamamen aksadı ve işlevselliğimi tamamen yitirdim

5. Olası zarar görme/verme veya felaketlere dair düşünceleri görmezden gelmek ve kontrol etmek ya da güvence arama davranışlarından kendinizi alıkoymak sizin için ne kadar zor?

0.Hiç zor değil

1.Biraz zor

2.Orta düzeyde zor

3.Oldukça zor

4.Aşırı düzeyde zor

3.Kategori: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler: Aşağıdaki örnekleri okuyarak, son bir hafta içerisinde aklınıza bu veya benzeri tür bir düşünce geldiyse lütfen işaretleyiniz.

İsteğiniz dışında aklınıza cinsellik, ahlaksızlık veya şiddet hakkında hoş olmayan düşüncelerin gelmesi.	Evet ( ) Hayır ( )
Gerçekten yapmak istemeseniz de korkunç, uygunsuz ya da utandırıcı şeyler yapmaya dair düşüncelerin aklınıza gelmesi.	Evet ( ) Hayır ( )
Aklınıza kötü şeyler geldiği için bir davranışı tekrar etme ya da özel bir rutini izleme (belirli bir sırada davranışlar sergileme).	Evet ( ) Hayır ( )
Aklınıza gelen istenmeyen ya da hoş olmayan düşüncelerden kurtulmak için zihinsel olarak bir eylemi gerçekleştirme (bir şey yaptığını hayal etme) veya dua etme.	Evet ( ) Hayır ( )
Aklınıza gelen istenmeyen ve hoş olmayan düşünceleri tetikleyen bazı insanlardan, yerlerden ve benzeri durumlardan kaçınma.	Evet ( ) Hayır ( )
Benzeri türde bir deneyim (Lütfen belirtiniz: ….....)	Evet ( ) Hayır ( )

Aşağıdaki sorular son bir ay içinde deneyimlediğiniz isteğiniz dışında aklınıza gelen düşüncelerle ve bunlarla baş etmek için sergilediğiniz davranışlarla ilgilidir. Soruları cevaplarken yukarıda verilenlerin birer örnek olduğunu, buna benzer farklı deneyimleriniz olabileceğini de göz önünde bulundurunuz. Cevabınıza uygun rakamı seçiniz.

1. Gün içerisinde kaç saatinizi istenmeyen ve hoş olmayan düşünceler ve bunlarla baş etmek için sergilediğiniz davranışlar veya zihinsel eylemlerle geçiriyordunuz?

0.Hiç

1.Her gün 1 saatten az

2.Her gün 1-3 saat arası

3.Her gün 3-8 saat arası

4.Her gün 8 saatten fazla

2. İstenmeyen veya hoş olmayan düşünceleri tetikleyen durumlardan, yerlerden, nesnelerden ve diğer hatırlatıcılardan (örneğin sayılar, insanlar) kaçındığınız durumlar varsa, ne derece kaçındığınızı belirtiniz.

0.Hiç kaçınmıyordum

1.Biraz kaçınıyordum

2.Orta düzeyde kaçınıyordum

3.Epeyce kaçınıyordum

4.Neredeyse hemen her şeyden kaçınıyordum

3. Aklınıza isteğiniz dışında hoş olmayan düşünceler geldiğinde bu durum sizde ne kadar sıkıntı veya kaygı yarattı?

0.Hiç kaygı veya sıkıntı yaratmadı

1.Biraz sıkıntı veya kaygı yarattı

2.Orta düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

3.Ciddi düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4.Aşırı düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4. İstenmeyen ve hoş olmayan düşünceler ve bunlarla baş etmek ya da kaçınmak için sergilediğiniz çabadan dolayı günlük rutininiz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derece aksadı?

0.Hiç aksamadı

1.Biraz aksadı ama işlevselliğim iyi durumdaydı

2.Birçok şey aksadı ama yine de başa çıkabildim

3.Hayatım birçok yönden aksadı ve başa çıkmakta ciddi sorun yaşadım

4.Hayatım tamamen aksadı ve işlevselliğimi tamamen yitirdim

5. İstenmeyen/hoş olmayan düşünceleri görmezden gelmek ve bunlarla baş etmek için sergilediğiniz rutinden kendinizi alıkoymak sizin için ne kadar zor?

0.Hiç zor değil

1.Biraz zor

2.Orta düzeyde zor

3.Oldukça zor

4.Aşırı düzeyde zor

4.Kategori: Simetri, Tamamlanmışlık ve Bir Şeylerin 'Tam Olması Gerektiği Gibi' Olmamasıyla İlgili Sıkıntılar

Örnekler: Aşağıdaki örnekleri okuyarak, son bir hafta içerisinde aklınıza bu veya benzeri tür bir düşünce geldiyse lütfen işaretleyiniz.

Simetri, aynı hizaya getirme, düzeltme veya doğruluk ihtiyacı.	Evet ( ) Hayır ( )
Bir şeylerin 'tam olması gerektiği gibi' olmadığı hissi.	Evet ( ) Hayır ( )
Bir şeylerin 'tam olması gerektiği gibi' olduğunu hissedene veya 'tatmin olana' kadar bir rutini (bazı şeyleri belirli sırada) tekrar etme.	Evet ( ) Hayır ( )
Anlamsız şeyleri (örneğin zemin karoları, bir cümledeki kelimeleri) sayma.	Evet ( ) Hayır ( )
Çok gerekli olmadığı halde bir şeyleri 'düzenleme'.	Evet ( ) Hayır ( )
'Tam olması gerektiği gibi' hissi oluşana kadar bazı şeyleri tekrar tekrar aynı şekilde söylemek zorunda kalma.	Evet ( ) Hayır ( )
Benzeri türde bir deneyim (Lütfen belirtiniz: ….....)	Evet ( ) Hayır ( )

Aşağıdaki sorular son bir ay içinde deneyimlediğiniz 'tam olması gerektiği gibi' olmayan durumlar ve bazı düzen, simetri ve düzeltme davranışlarıyla ilgilidir. Soruları cevaplarken yukarıda verilenlerin birer örnek olduğunu, buna benzer farklı deneyimlerinizin olabileceğini de göz önünde bulundurunuz. Cevabınıza uygun rakamı seçiniz.

1. Gün içerisinde kaç saatinizi simetri, düzen veya düzeltme ile ilgili istenmeyen düşünceler ve bunları gerçekleştirmek için yaptığınız davranışlar ile geçiriyordunuz?

0.Hiç

1.Her gün 1 saatten

2.Her gün 1-3 saat arası

3.Her gün 3-8 saat arası

4.Her gün 8 saatten fazla

2. Simetrik veya 'tam olması gerektiği gibi' olmadığı için kaçındığınız durumlar, yerler, nesneler varsa (örneğin belirli yerlere, ofislere, caddelere gitmemek gibi), ne ölçüde kaçındığınızı belirtiniz.

0.Hiç kaçınmıyordum

1.Biraz kaçınıyordum

2.Orta düzeyde kaçınıyordum

3.Epeyce kaçınıyordum

4.Neredeyse hemen her şeyden kaçınıyordum

3. Bir şeylerin 'tam olması gerektiği gibi' olmadığını düşündüğünüzde bu durum sizde ne kadar sıkıntı veya kaygı yarattı?

0.Hiç sıkıntı veya kaygı yaratmadı

1.Biraz sıkıntı veya kaygı yarattı

2.Orta düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

3.Ciddi düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4.Aşırı düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4. Bir şeylerin 'tam olması gerektiği gibi' olmadığı düşüncesinden ve bir şeyleri düzene sokma çabasından dolayı günlük rutininiz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derece aksadı?

0.Hiç aksamadı

1.Biraz aksadı ama işlevselliğim iyi durumdaydı

2.Birçok şey aksadı ama yine de başa çıkabildim

3.Hayatım birçok yönden aksadı ve başa çıkmakta ciddi sorun yaşadım

4.Hayatım tamamen aksadı ve işlevselliğimi tamamen yitirdim

5. Simetri ve düzenin olması gerektiğine dair düşünceleri görmezden gelmek ve bir şeyleri düzene sokma dürtüsü ya da bazı davranışları tekrar etmekten kendinizi alıkoymak sizin için ne kadar zor?

0.Hiç zor değil

1.Biraz zor

2.Orta düzeyde zor

3.Oldukça zor

4.Aşırı düzeyde zor

5.Kategori: İstenmeyen Cinsel Düşünceler

Örnekler: Aşağıdaki örnekleri okuyarak, son bir hafta içerisinde aklınıza bu veya benzeri tür bir düşünce geldiyse lütfen işaretleyiniz.

Heteroseksüel olduğunuz (karşı cinse ilgi duyduğunuz) halde aynı cinsiyetteki biriyle ilgili hoş olmayan düşünceler.	Evet ( ) Hayır ( )
Gerçekten istemediğiniz halde çok kötü, uygunsuz veya utandırıcı cinsel içerikli şeyler yapma düşüncesi (örneğin çocuklarla ya da otorite figürleriyle).	Evet ( ) Hayır ( )
Birini cinsel eylemde bulunmaya zorlama ya da biri tarafından cinsel eyleme zorlanma ile ilgili hoş olmayan düşünceler.	Evet ( ) Hayır ( )
İstenmeyen cinsel düşünceler yüzünden bir davranışı tekrarlama veya özel bir rutin izleme (bazı şeyleri belirli sırada yapma).	Evet ( ) Hayır ( )
İstenmeyen ya da hoş olmayan cinsel düşüncelerden kurtulmak için zihinsel olarak bir eylem gerçekleştirme (bir şey yaptığınızı hayal etme) veya dua etme.	Evet ( ) Hayır ( )
İstenmeyen cinsel düşünceleri tetikleyen insanlardan, yerlerden ve benzeri durumlardan kaçınma.	Evet ( ) Hayır ( )
Benzeri türde bir deneyim (Lütfen belirtiniz: …..)	Evet ( ) Hayır ( )

Aşağıdaki sorular son bir ay içerisinde deneyimlediğiniz isteğiniz dışında aklınıza gelen cinsel düşünceler ve bunlarla baş etmek için sergilediğiniz davranışlarla ilgilidir. Soruları cevaplarken yukarıda verilenlerin birer örnek olduğunu, buna benzer farklı deneyimlerinizin olabileceğini de göz önünde bulundurunuz. Cevabınıza uygun rakamı seçiniz.

1. Gün içerisinde kaç saatinizi istenmeyen cinsel düşünceler ve bunlarla baş etmek için yapılan zihinsel ve davranışsal eylemlerle geçiriyordunuz?

0.Hiç
1.Her gün 1 saatten az
2.Her gün 1-3 saat arası
3.Her gün 3-8 saat arası
4.Her gün 8 saatten fazla

2. İstenmeyen cinsel düşüncelerinizi tetikleyen durumlardan, yerlerden ve diğer hatırlatıcılardan (örneğin sayılar, insanlar) kaçındığınız durumlar varsa, ne ölçüde kaçındığınızı belirtiniz.

0.Hiç kaçınmıyordum
1.Biraz kaçınıyordum
2.Orta düzeyde kaçınıyordum
3.Epeyce kaçınıyordum
4.Neredeyse hemen her şeyden kaçınıyordum

3. Aklınıza istenmeyen cinsel düşünceler geldiğinde bu durum sizde ne kadar sıkıntı veya kaygı yarattı?

0.Hiç sıkıntı veya kaygı yaratmadı
1.Biraz sıkıntı veya kaygı yarattı
2.Orta düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı
3.Ciddi düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı
4.Aşırı düzeyde sıkıntı veya kaygı yarattı

4. İstenmeyen cinsel düşünceler ve bunlardan kaçınmak için gösterdiğiniz çabadan dolayı günlük rutininiz ne derece aksadı?

0.Hiç aksamadı

1.Biraz aksadı ama işlevselliğim iyi durumdaydı

2.Birçok şey aksadı ama yine de başa çıkabildim

3.Hayatım birçok yönden aksadı ve başa çıkmakta ciddi sorun yaşadım

4.Hayatım tamamen aksadım ve işlevselliğimi tamamen yitirdim

5. İstenmeyen cinsel düşünceleri görmezden gelmek ve bunlarla baş etmek için sergilediğiniz zihinsel veya davranışsal eylemlerden kendinizi alıkoymak sizin için ne kadar zor?

0.Hiç zor değil

1.Biraz zor

2.Orta düzeyde zor

3.Oldukça zor

4.Aşırı düzeyde zor

EK 4: Aile Uyum Ölçeği – Hasta Formu (AUÖ-HF)

Sizinle ve obsesif-kompulsif belirtilerinizle en çok ilgilenen yakınınızı belirtin. (Çalışmaya beraber katıldığınız yakınınız)

1= Eşim **2=** Partnerim (sevgili, nişanlı vb.) **3=** Çocuğum **4=** Annem
5= Babam **6=** Kardeşim **7=** Diğer (lütfen belirtiniz): .....

GENEL BİLGİ

Belirgin obsesif kompulsif belirtileriniz olduğu belirlendi. Siz, sizinle ve bu belirtilerinizle en çok ilgilenen aile üyenizi belirlediniz. Bu nedenle bu anketi doldurmanız istendi. Bu anket boyunca belirlediğiniz kişiden "yakınınız" olarak bahsedilmektedir.

Anketin I. Bölümünde obsesyonlar ve kompulsiyonlar tanımlanmaktadır ve sizden şu an mevcut olan obsesyonlarınızı ve kompulsiyonlarınızı belirtmeniz istenmektedir. Anketin II. Bölümünde, obsesif-kompulsif belirtileriniz nedeniyle, yakınınızın davranışlarında veya alışkanlıklarında yapmış olabileceği değişiklikleri tanımlamanız istenmektedir.

I.BÖLÜM: OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERİNİZİN BİLDİRİLMESİ

OBSESYONLAR

Obsesyonlar, kişinin zihnine tekrarlayıcı şekilde giren ve kendi isteği dışında oluşuyor gibi Görünen rahatsız edici inanç, düşünce, görüntü ya da dürtülerdir. Bu düşünceler itici ya da korkutucu olabilir ya da onları yaşayan kişiye anlamsız gelebilir.

Aşağıda obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan kişilerde yaygın görülen farklı obsesyon türlerinin listesi vardır. Lütfen **geçen hafta boyunca** yaşadığınız her obsesyon türüne işaret koyun.

_____ ZARAR VERME OBSESYONLARI
Örnekler: kendine ya da başkalarına zarar verme korkusu, bir şeyler çalma korkusu, müstehcen veya hakaret içeren sözleri ağzından kaçırma korkusu, istenmeyen ya da utanç verici dürtülerle hareket etme korkusu; çok kötü bir şeyin olmasından sorumlu olma (ör: yangın, soygun); şiddet içeren veya korkutucu görüntüler görme.

_____ KİRLENME OBSESYONLARI
Örnekler: vücut atıklarından, salgılardan, kandan, mikroplardan aşırı kaygılanmak veya iğrenmek; çevresel zehirlerden (ör: asbest, radyasyon veya zehirli atık), ev temizleyicileri/çözücülerden veya hayvanlardan (ör: böcekler) hastalık bulaşması ile ilgili yoğun kaygı; yapışkan maddelerden veya atıklardan rahatsız olma; başkalarına hastalık etkeni bulaştırma korkuları.

_____ CİNSEL OBSESYONLAR
Örnekler: yasaklanmış ya da sapkınlık derecesinde cinsel konularla ilgili istenmeyen tekrarlayıcı düşünceler (ör: çocuklarla cinsel ilişki).

_____ BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI
Örnekler: malzemelerin aktif yaşam alanlarını veya çalışma alanını dolduracak veya düzensizleştirecek

şekilde birikimine neden olan, önemsiz gibi görünen şeyleri atmakla ile ilgili endişeler.

_____ DİNİ OBSESYONLAR
Örnekler: istemeden akla gelen dine küfreden düşünceler; neyin doğru ve yanlış/ahlaki olduğu ile ilgili aşırı kaygılar.

_____ SİMETRİ VE DÜZEN İHTİYACI İLE İLGİLİ OBSESYONLAR
Örnekler: eşyaların yer değiştirip değiştirmediği hakkında endişeler; eşyaların düzgün bir şekilde hizalanmadığına dair endişeler; hesaplamaların veya el yazısının kusursuz olması ile ilgili endişeler.

_____ BEDENSEL OBSESYONLAR
Örnekler: aksi için teminat verilmesine rağmen AIDS veya kanser gibi bir hastalığa sahip olma hakkında aşırı kaygılar; vücudun bir tarafı ve dış görünüş ile ilgili aşırı kaygılar.

_____ DİĞER OBSESYONLAR
Örnekler: önemsiz ayrıntıları bilmeye veya hatırlamaya aşırı ihtiyaç duyulması; bir şeyleri kaybetme korkusu; belirli kelimeleri söyleme korkusu; doğru şeyi söylememe korkusu; belirli seslerden veya gürültüden rahatsızlık; uğurlu veya uğursuz sayılarla ilgili tekrar eden düşünceler.

KOMPULSİYONLAR

Kompulsiyonlar (tekrarlayıcı davranışlar) anlamsız veya aşırı bulmasına rağmen bir kişinin yapmak zorunda hissettiği davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır. Bu davranışları yapmaya karşı koymak kişi için zor olabilir veya kişide kaygıyı tetikleyebilir.

Aşağıda obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde yaygın görülen farklı kompulsiyon türlerinin listesi vardır. Lütfen **geçen hafta boyunca** yaşadığınız her kompulsiyon türüne işaret koyun.

_____ TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI
Örnekler: aşırı veya adet haline gelmiş el yıkama, duş alma, banyo yapma, diş fırçalama, kişisel bakım veya tuvalet alışkanlığı; ev eşyalarını aşırı temizleme; kirletici maddelerle teması önleme çabaları.

_____ KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI
Örnekler: kilitleri, ocağı, aletleri aşırı kontrol etme; kötü bir şeyin olmadığından veya olmayacağından ya da hata yapmadığından emin olmak için kontrol etme; hastalık korkularına bağlı kontroller yapma.

_____ TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR
Örnekler: bir şeyleri tekrar okuma ve/veya tekrar yazma; alışkanlık haline gelmiş hareketleri tekrarlama (ör: kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma).

_____ SAYMA KOMPULSİYONLARI
Örnekler: zemindeki döşemeleri, raftaki kitapları veya cümledeki kelimeleri sayma.

_____ SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI
Örnekler: masanın üzerindeki kağıtları aşırı düzenleme, mobilyaları veya resim çerçevelerini düzeltme.

_____ BİRİKTİRME/SAKLAMA/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI
Örnekler: bir gün lazım olabileceği düşüncesiyle eski gazeteleri, işe yaramaz postaları, paket kâğıtlarını, kırılmış eşyaları saklama; sokaktan veya çöp kutularından işe yaramaz eşyaları toplama.

_____ DİĞER KOMPULSİYONLAR
Örnekler: içini rahatlatmaya çalışma/güvence arama (ör: aynı soruyu tekrar tekrar sorma); aşırı liste hazırlama; kendine veya başkalarına zarar gelmemesi için veya kötü sonuçları engellemek için önlemler alma; kontrol etme ve sayma dışında tekrarlayıcı zihinsel eylemler (ör: gözden geçirme, törensel şekilde ibadet); bir şeylere dokunma veya hafifçe vurma ihtiyacı; tören haline gelmiş yemek yeme davranışları.

II.BÖLÜM: AİLE ÜYESİNİN OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERE YANITININ BİLDİRİLMESİ

AÇIKLAMA: Mevcut obsesif-kompulsif belirtilerinizi (I.Bölümde belirlenen) aklınızda tutarak, **yakınınızın** geçen hafta boyunca bu belirtilerinize vermiş olabileceği tepkileri tanımlayan II.Bölümdeki maddeleri yanıtlayınız. Lütfen, her madde için yakınınızın maddede belirtilen şekilde tepki verdiği **geçen hafta içindeki gün sayısını** işaretleyin. Her madde için GÜN SAYISI sütununda bir dairenin içini doldurun. Eğer bir madde yakınınızın son bir haftada hiç yapmadığı bir şeyden bahsediyorsa, "Hiç/Asla" sütunundaki dairenin içini doldurun.

	SON BİR HAFTADA GÜN SAYISI				
	Hiç/Asla	1gün	2-3gün	4-6gün	Her gün
1. Yakınım obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili endişelerimin gerekçesi olmadığı konusunda beni rahatlattı. *Örnekler: bana bir şeyin bulaşmadığı veya ağır hasta olmadığım konusunda beni rahatlattı.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Yakınım yapmış olduğum tekrarlayıcı davranışların obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili kaygılarımı giderdiği konusunda beni rahatlattı. *Örnekler: temizlik ve kontrolleri yeterince yaptığım konusunda beni rahatlattı.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Yakınım kompulsif davranışlarımı yaparken bekledi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Yakınım kompulsiyonlarıma doğrudan dahil oldu. *Örnekler: İstediğimde tekrar tekrar yıkadı veya kontrol etti.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yakınım kompulsiyonlarımı tamamlamamı sağlayan şeyler yaptı. *Örnekler: kapıların kilitli olup olmadığını kontrol edebilmem için beni eve geri götürdü; biriktirdiğim eşyalar için evde boş alan oluşturdu.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yakınım tekrarlayıcı davranışlarımı veya kompulsiyonlarımı yapmam için gerekli eşyaları sağladı. *Örnekler: benim için fazla miktarda sabun veya temizlik malzemeleri satın aldı.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Yakınım obsesyonlarımı veya kompulsiyonlarımı ortaya çıkaracak durumlardan kaçınmamı sağlayan şeyler yaptı. *Örnekler: ben dokunamadığım için toplu alanlarda kapıları benim yerime açtı.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

	SON BİR HAFTADA GÜN SAYISI				
	Hiç/Asla	1 gün	2-3 gün	4-6 gün	Her gün
8. Yakınım obsesif kompulsif belirtilerim nedeniyle karar veremediğimde basit kararlar vermemde yardım etti. *Örnekler: sabah ne giyeceğime veya hangi marka biskütvi alacağıma karar verdi.*	0	1	2	3	4
9. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle iş göremez hale geldiğimde yıkanma, hazırlanma, tuvalet veya giyinme gibi kişisel görevlerimde yardım etti.	0	1	2	3	4
10. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle yapamadığım zamanlarda yemek hazırlamama yardım etti.	0	1	2	3	4
11. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle yeterince yerine getiremediğimde ailenin veya evin sorumluluklarını üstüne aldı. *Örnekler: benim yerime faturaları ödedi, alış verişi yaptı ve/veya çocuklara baktı (obsesif-kompulsif belirtilerim olmasaydı yakınımın yapması gerekmezdi).*	0	1	2	3	4
12. Yakınım obsesyonlarımı veya kompulsiyonlarımı ortaya çıkaracak şeyler hakkında konuşmaktan kaçındı.	0	1	2	3	4
13. Yakınım bende obsesyon veya kompulsiyon oluşturabilecek şeyleri yapmamaya dikkat etti. *Örnekler: Dikkatlice dizdiğim şeyleri hareket ettirmedi.*	0	1	2	3	4
14. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle işi veya sosyal bir etkinliği kaçırdığımda benim yerime bahane üretti veya yalan söyledi.	0	1	2	3	4
15. Yakınım obsesif-kompulsif davranışlarımı durdurmaya çalışmadı. *Örnekler: kapıdan girip çıkma veya eşyalara belli bir sayıda dokunma/ vurma gibi tekrarlayan davranışlarıma katlandı.*	0	1	2	3	4
16. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle evinde alışılmadık durumlara katlandı. *Örnekler: evi atmadığım kâğıtlarla dağınık halde bırakmama katlandı.*	0	1	2	3	4
17. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle boş zaman aktivitelerini azalttı. *Örnekler: sosyalleşme, hobiler, egzersiz için daha az zaman ayırdı.*	0	1	2	3	4
18. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle iş veya okul programını değiştirdi.	0	1	2	3	4
19. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle aile sorumluluklarının bazılarını erteledi. *Örnekler: Yakınım diğer aile üyeleriyle istediğinden daha az zaman geçirdi; yakınım evinin gündelik işlerini ihmal etti.*	0	1	2	3	4

EK 5: Aile Uyum Ölçeği – Özbildirim Formu (AUÖ-ÖF)

AİLE ÜYESİ İÇİN TANITIM

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı konan yakınınız; sizi, onunla ve obsesif kompulsif belirtileri ile en çok ilgilenen aile üyesi olarak belirledi. Bu nedenle bu anketi doldurmanız istendi. Bu anket boyunca, Obsesif-Kompulsif Bozukluğu olan kişiden "yakınınız" olarak ve sizden "aile üyesi" olarak bahsedilmektedir.

Anketin I. Bölümünde obsesyonlar ve kompulsiyonlar tanımlanmaktadır ve sizden bildiğiniz kadarıyla yakınınızın şu an mevcut olan obsesyonlarını ve kompulsiyonlarını belirtmeniz istenmektedir. Anketin II. Bölümünde yakınınızın obsesif kompulsif belirtileri nedeniyle sizin davranışlarınızda veya alışkanlıklarınızda yapmış olabileceğiniz değişiklikleri tanımlamanız istenmektedir.

I.BÖLÜM: YAKININIZIN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİNİN BİLDİRİLMESİ

OBSESYONLAR

Obsesyonlar, kişinin zihnine tekrarlayıcı şekilde giren ve kendi isteği dışında oluşuyor gibi görünen rahatsız edici inanç, düşünce, görüntü ya da dürtülerdir. Bu düşünceler itici ya da korkutucu olabilir ya da onları yaşayan kişiye anlamsız gelebilir.

Aşağıda obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan kişilerde yaygın görülen farklı obsesyon türlerinin listesi vardır. Lütfen **gecen hafta boyunca** yakınınızın yaşadığı her obsesyon türüne (bildiğiniz kadarıyla) işaret koyun.

_____ ZARAR VERME OBSESYONLARI
Örnekler: kendine ya da başkalarına zarar verme korkusu, bir şeyler çalma korkusu, müstehcen veya hakaret içeren sözleri ağzından kaçırma korkusu, istenmeyen ya da utanç verici dürtülerle hareket etme korkusu; çok kötü bir şeyin olmasından sorumlu olma (ör: yangın, soygun); şiddet içeren veya korkutucu görüntüler görme.

_____ KİRLENME OBSESYONLARI
Örnekler: vücut atıklarından, salgılardan, kandan, mikroplardan aşırı kaygılanmak veya iğrenmek; çevresel zehirlerden (ör: asbest, radyasyon veya

zehirli atık), ev temizleyicileri/çözücülerden veya hayvanlardan (ör: böcekler) hastalık bulaşması ile ilgili yoğun kaygı; yapışkan maddelerden veya atıklardan rahatsız olma; başkalarına hastalık etkeni bulaştırma korkuları.

_____ CİNSEL OBSESYONLAR
Örnekler: yasaklanmış ya da sapkınlık derecesinde cinsel konularla ilgili istenmeyen tekrarlayıcı düşünceler (ör: çocuklarla cinsel ilişki).

_____ BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI
Örnekler: malzemelerin aktif yaşam alanlarını veya çalışma alanını dolduracak veya düzensizleştirecek

şekilde birikimine neden olan, önemsiz gibi görünen şeyleri atmakla ile ilgili endişeler.

_____ DİNİ OBSESYONLAR
Örnekler: istemeden akla gelen dine küfreden düşünceler; neyin doğru ve yanlış/ahlaki olduğu ile ilgili aşırı kaygılar.

_____ SİMETRİ VE DÜZEN İHTİYACI İLE İLGİLİ OBSESYONLAR
Örnekler: eşyaların yer değiştirip değiştirmediği hakkında endişeler; eşyaların düzgün bir şekilde hizalanmadığına dair endişeler; hesaplamaların veya el yazısının kusursuz olması ile ilgili endişeler.

_____ BEDENSEL OBSESYONLAR
Örnekler: aksi için teminat verilmesine rağmen AIDS veya kanser gibi bir hastalığa sahip olma hakkında aşırı kaygılar; vücudun bir tarafı ve dış görünüş ile ilgili aşırı kaygılar.

_____ DİĞER OBSESYONLAR
Örnekler: önemsiz ayrıntıları bilmeye veya hatırlamaya aşırı ihtiyaç duyulması; bir şeyleri kaybetme korkusu; belirli kelimeleri söyleme korkusu; doğru şeyi söylememe korkusu; belirli seslerden veya gürültüden rahatsızlık; uğurlu veya uğursuz sayılarla ilgili tekrar eden düşünceler.

KOMPULSİYONLAR

Kompulsiyonlar (tekrarlayıcı davranışlar) anlamsız veya aşırı bulmasına rağmen bir kişinin yapmak zorunda hissettiği davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır. Bu davranışları yapmaya karşı koymak kişi için zor olabilir veya kişide kaygıyı tetikleyebilir.
Aşağıda obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde yaygın görülen farklı kompulsiyon türlerinin listesi vardır. Lütfen **gecen** **hafta boyunca** yakınınızın yaşadığı her kompulsiyon türüne (bildiğiniz kadarıyla) işaret koyun.

_____ TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI
Örnekler: aşırı veya adet haline gelmiş el yıkama, duş alma, banyo yapma, diş fırçalama, kişisel bakım veya tuvalet alışkanlığı; ev eşyalarını aşırı temizleme; kirletici maddelerle teması önleme çabaları.

_____ KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI
Örnekler: kilitleri, ocağı, aletleri aşırı kontrol etme; kötü bir şeyin olmadığından veya olmayacağından ya da hata yapmadığından emin olmak için kontrol etme; hastalık korkularına bağlı kontroller yapma.

_____ TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR
Örnekler: bir şeyleri tekrar okuma ve/veya tekrar yazma; alışkanlık haline gelmiş hareketleri tekrarlama (ör: kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma).

_____ SAYMA KOMPULSİYONLARI
Örnekler: zemindeki döşemeleri, raftaki kitapları veya cümledeki kelimeleri sayma.

_____ SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI
Örnekler: masanın üzerindeki kağıtları aşırı düzenleme, mobilyaları veya resim çerçevelerini düzeltme.

_____ BİRİKTİRME/SAKLAMA/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI
Örnekler: bir gün lazım olabileceği düşüncesiyle eski gazeteleri, işe yaramaz postaları, paket kâğıtlarını, kırılmış eşyaları saklama; sokaktan veya çöp kutularından işe yaramaz eşyaları toplama.

_____ DİĞER KOMPULSİYONLAR
Örnekler: içini rahatlatmaya çalışma/güvence arama (ör: aynı soruyu tekrar tekrar sorma); aşırı liste hazırlama; kendine veya başkalarına zarar gelmemesi için veya kötü sonuçları engellemek için önlemler alma; kontrol etme ve sayma dışında tekrarlayıcı zihinsel eylemler (ör: gözden geçirme, törensel şekilde ibadet); bir şeylere dokunma veya hafifçe vurma ihtiyacı; tören haline gelmiş yemek yeme davranışları.

II.BÖLÜM: AİLE ÜYELERİNİN OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞA YANITININ BİLDİRİLMESİ

AÇIKLAMA: Yakınınızın I.Bölümde belirttiğiniz obsesif-kompulsif belirtilerini aklınızda tutarak, sizin geçen hafta boyunca bu belirtilere vermiş olabileceğiniz tepkileri tanımlayan II. Bölümdeki maddeleri yanıtlayınız. Lütfen, her madde için maddede belirtilen şekilde yanıt verdiğiniz **geçen hafta içindeki gün sayısını** işaretleyin. Her madde için GÜN SAYISI sütununda bir dairenin içini doldurun. Eğer bir madde son bir haftada hiç yapmadığınız bir şeyden bahsediyorsa, "Hiç/Asla" sütunundaki dairenin içini doldurun.

	SON BİR HAFTADA GÜN SAYISI				
	Hiç/Asla	1 gün	2-3 gün	4-6 gün	Her gün
1. Yakınımı obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili endişelerinin gerekçesi olmadığı konusunda rahatlattım. *Örnekler: yakınımı bir şeyin bulaşmadığı veya ağır hasta olmadığı konusunda rahatlattım.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Yakınımı yapmış olduğu tekrarlayıcı davranışların obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili kaygılarını giderdiği konusunda rahatlattım. *Örnekler: yakınımı tekrarlayan temizlik ve kontrolleri yeterince yaptığı konusunda rahatlattım.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Yakınımı kompulsif davranışlarını yaparken bekledim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Yakınımın kompulsiyonlarına doğrudan dahil oldum. *Örnekler: yakınım istediğinde tekrar tekrar yıkadım veya kontrol ettim.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yakınımın kompulsiyonlarını tamamlamasını sağlayan şeyler yaptım. *Örnekler: kapıların kilitli olup olmadığını kontrol edebilmesi için yakınımı eve geri götürdüm; yakınımın biriktirdiği eşyalar için evde boş alan oluşturdum.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan yakınıma tekrarlayıcı davranışları veya kompulsiyonları yapması için gerekli eşyaları sağladım. *Örnekler: yakınım için fazla miktarda sabun veya temizlik malzemeleri satın aldım.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Yakınımın obsesyonları veya kompulsiyonları ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmasını sağlayan şeyler yaptım. *Örnekler: yakınımın dokunamadığı için toplu alanlarda kapıları onun yerine açtım.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

	SON BİR HAFTADA GÜN SAYISI				
	Hiç/Asla	1 gün	2-3 gün	4-6 gün	Her gün
8. Yakınıma, obsesif-kompulsif bozukluk nedeniyle karar veremediğinde basit kararlar vermesinde yardım ettim. *Örnekler: sabah ne giyeceği veya hangi marka bisküvi alacağına karar verdim.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Yakınıma obsesif-kompulsif bozukluk nedeniyle iş göremez hale geldiğinde yıkanma, hazırlanma, tuvalet veya giyinme gibi kişisel görevlerde yardım ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yakınım obsesif-kompulsif bozukluk nedeniyle yapamadığı zamanlarda yemek hazırlamasına yardım ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Yakınım obsesif-kompulsif bozukluk nedeniyle yeterince yerine getiremediğinde ailenin veya evin sorumluluklarını üstüme aldım. *Örnekler: yakınım için faturaları ödeme, alış verişi yapma ve/veya çocuklara bakma (*obsesif kompulsif bozukluk *olmasaydı yapmam gerekmezdi).*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Yakınımın obsesyonlarını veya kompulsiyonlarını ortaya çıkaracak şeyler hakkında konuşmaktan kaçındım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Yakınımda obsesyon veya kompulsiyon oluşturabilecek şeyleri yapmamaya dikkat ettim. *Örnekler: Dikkatlice dizdiği şeyleri hareket ettirmedim.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Yakınım obsesif-kompulsif bozukluğu nedeniyle işi veya sosyal bir etkinliği kaçırdığında onun yerine bahane ürettim veya yalan söyledim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Yakınımın obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili davranışlarını durdurmaya çalışmadım. *Örnekler: kapıdan girip çıkma veya eşyalara belli bir sayıda dokunma veya vurma gibi tekrarlayan davranışlarına katlandım.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Yakınımın obsesif-kompulsif bozukluğu nedeniyle evimde alışılmadık durumlara katlandım. *Örnekler: evi atmadığı kâğıtlarla dağınık halde bırakmasına katlandım.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Yakınımın obsesif-kompulsif bozukluğu nedeniyle boş zaman aktivitelerimi azalttım. *Örnekler: sosyalleşme, hobiler, egzersiz için daha az zaman ayırdı.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Yakınımın obsesif-kompulsif bozukluğu nedeniyle iş veya okul programımı değiştirdim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Yakınımın obsesif-kompulsif bozukluğu nedeniyle aile sorumluluklarımın bazılarını erteledim. *Örnekler: diğer aile üyeleriyle istediğimden daha az zaman geçirdim; evimin gündelik işlerini ihmal ettim.*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 6: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ)

Aşağıda yakınlarının hastalığı sırasında insanların karşılaşabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste bulunmaktadır. Lütfen son altı ay içinde bunlardan hangilerinin hangi düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtiniz. Doğru veya yanlış cevap bulunmamaktadır, size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Soruları boş bırakmamanız önemlidir.

1	**2**	**3**	**4**	**9**
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

Yakınınız nedeniyle, ne ölçüde:

1. Maddi sorunlarınız vardı?

1	**2**	**3**	**4**	**9**
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

2. İşe (veya okula) kaç gün gidemediniz?

1	**2**	**3**	**4**	**9**
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta güçlük çektiniz?

1	**2**	**3**	**4**	**9**
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

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

1	**2**	**3**	**4**	**9**
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

5. Hiç boş zamanınız kalmadı?

1	**2**	**3**	**4**	**9**
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

6. Gündelik ev işlerine sinirlendiniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

7. Arkadaşlarınızla geçirecek zamanınız azaldı?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

8. Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını göz ardı ettiniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

9. Aile içinde sürtüşme veya tartışma yaşadınız?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

10. Ev dışında komşularınız, arkadaşlarınız veya akrabalarınızla sürtüşme yaşadınız?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

11. Yakınınız yüzünden utanç duydunuz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

12. Ona yönelik yeterince çaba sarf etmediğiniz için suçluluk duydunuz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

13. Yakınınıza sorun yarattığınız için sorumluluk hissetmeniz nedeniyle suçluluk duydunuz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

14. Yakınınızın sizden çok fazla talebi olduğu için ona içerlediniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

15. Ona baktığınız için kendinizi kapana kısılmış gibi hissettiniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

16. Yakınınızın eskiye göre ne kadar değiştiğini gördükçe üzüldünüz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

17. Yakınınıza yönelik davranışlarınızın onun hastalığını kötüleştirmesinden kaygı duydunuz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

18. Yakınınızın geleceği konusunda kaygı duydunuz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

19. Hastalığın yarattığı damgalamayı üzücü buldunuz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

EK 7: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY Ölçeği)

Aşağıdaki sorularda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Soruları boş bırakmamanız önemlidir.

	(1) Kesinlikle katılıyorum	(2) Katılıyorum	(3) Kararsızım	(4) Katılmıyorum	(5) Kesinlikle katılmıyorum	(6) Bilmiyorum
1. Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir.						
2. Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler.						
3. Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını arttırabilir.						
4. Akran destek gruplarına katılmak ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmaya yardım eder.						
5. Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir.						
6. Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşünme şeklini ve strese tepkisini değiştirebilir.						
7. Bipolar bozukluğu olan bir kişinin ruh halinde çok büyük değişimler görülebilir.						
8. Ruh sağlığı hastalıkları için doktorların yazdığı ilaçları kullanmak faydalıdır.						

9. Alkol kullanmak ruh sağlığı hastalıklarının belirtilerini kötüleştirebilir.						
10. Anksiyete bozukluğu olan kişi aşırı endişe ve korkuya sahiptir.						
11. İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez.						
12. Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır.						
13. Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak çoğunlukla şansa ya da kadere bağlıdır.						
14. Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır.						
15. Ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmeden de zamanla düzelir.						
16. Ruh sağlığı hastalıklarından kuulmak iyileşmekle aynı şeydir.						
17. Bir kişi istediği zaman biriktirme hastalığını (eşya vs) durdurabilir.						
18. Depresyonda olan kişi hiç tedavi edilmeden kendi başına iyileşir.						
19. Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum.	Evet			Hayır		
20. Bir intiharı önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum.	Evet			Hayır		

21. Ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nerden edinebileceğimi biliyorum.	Evet	Hayır
22. Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum.	Evet	Hayır

EK 8: Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Aşağıdaki sorularda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Soruları boş bırakmamanız önemlidir.

(1): Hiç katılmıyorum (**2):** Çok az katılıyorum (**3):** Orta düzeyde katılıyorum
(**4):** Büyük oranda katılıyorum (**5):** Tamamen katılıyorum

	Hiç katılmıyorum (1)	**Çok az katılıyorum (2)**	**Orta düzeyde katılıyorum (3)**	**Büyük oranda katılıyorum (4)**	**Tamamen katılıyorum (5)**
1. İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.					
2. Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
3. Yaşamımdan memnunum.					
4. Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.					
5. Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.					