



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI

ERGOTERAPİ TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI BİREYLERDE
DUYUSAL İŞLEMLEME, BİLİŞSEL İŞLEVLER VE
OKUPASYONEL KATILIMIN İNCELENMESİ:
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

Rukiye EKŞİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hülya KAYIHAN

Temmuz, 2024



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EğİTİM ENSTİTÜSÜ

ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI

ERGOTERAPİ TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI BİREYLERDE
DUYUSAL İŞLEMLEME, BİLİŞSEL İŞLEVLER VE
OKUPASYONEL KATILIMIN İNCELENMESİ:
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

Rukiye EKŞİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hülya KAYIHAN

Temmuz, 2024

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Rukiye EKŞİ

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında bana rehberlik eden, bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren danışmanım Prof. Hülya Kayıhan'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisi, sabrı, desteği ve rehberliği ile bu çalışmanın tamamlanmasında büyük rol oynadı. Ayrıca hayatımın anlamını bulmamı sağlayan bu mesleğin ülkemizdeki varlığına öncü olduğu için kendisine minnettarım.

Bana her zaman inanan ve yanımda olan sevgili annem Şaheste EKŞİ ve babam Ali EKŞİ'ye sonsuz teşekkür ederim. Hem hayatım hem bu süreç boyunca bana verdikleri sevgi, anlayış ve destekler sayesinde bulunduğum noktadayım. Emekleri ve fedakarlıkları benim için her zaman destekleyici oldu. Stresli ve yoğun geçen bu süreçte motivasyonumu aktif tutmamı sağlayan destekleri ve ihtiyaç duyduğum her zaman her koşulda bana yardımcı oldukları için ablalarım Behiye EKŞİ ve Kevser EKŞİ'ye ve abim Erdiç EKŞİ'ye çok teşekkür ederim. İyi ki benim hayatımdalar.

Son olarak, bu süreçte yanımda olan, moral ve motivasyonumu aktif tutan, fikirleri ve yardımlarıyla katkı sağlayan tüm arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma teşekkür ederim. Hepinizin desteği benim için çok değerliydi.

Rukiye EKŞİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	-
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler	x
İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	5
2.1.2. DSM'de OKB'nin Sınıflandırılması	9
2.1.2.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Kriterleri	10
2.2 Klinik Özellikler	11
2.2.1. Bulaşma (Kontaminasyon) Obsesyonları	12
2.2.2. Kuşku Obsesyonları	12
2.2.3. Saldırganlık Obsesyonları	13
2.2.4. Biriktirme Obsesyonları	13
2.2.6. Dini Obsesyonlar	13
2.2.7. Simetri-Düzen Obsesyonları	13
2.2.8. Somatik Obsesyonlar	14
2.3. Belirtiler	15
2.3.1. Otojen ve Reaktif Belirtiler	15
2.3.2. Biyolojik Temelli Semptom Kümeleri	16
2.4. Cinsiyet	18
2.5. Epidemiyoloji	18
2.5.1. Yaygınlık ve Demografi	18
2.5.2. Komorbidite ve Morbidite	19
2.5.3. Risk Faktörleri	19
2.6. Nöromodülasyon ve Nöroşirürji	21
2.7. Alternatif Tedaviler	21
2.8. Etkili Ergoterapi Uygulaması İçin Bir Bağlam	21

2.8.1. Duyusal İşleme	22
2.8.2. Erken Klinik Alan	23
2.8.3. Klinik Teoriyle İlişkili Yapılar	24
2.8.4. MSI (Çoklu Duyusal Entegrasyon) ve Plastisite	24
2.8.5. Duyusal Baskınlık.....	25
2.8.6. Duyu Bütünleme: Teori, Değerlendirme ve Tedavi	25
2.8.7.1. Görme Duyusu.	27
2.8.7.2. İşitme Duyusu.	27
2.8.7.3. Tat Alma Duyusu.	27
2.8.7.4. Koklama Duyusu.....	27
2.8.7.5. Dokunma (Taktıl) Duyusu.	28
2.8.7.6. Proprioseptif Duyu.	28
2.8.7.7. Vestibüler Duyu.	28
2.8.7.8. İnteroseptif Duyu.	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.2. Araştırmanın Örnekleme ve Veri Toplama Yöntemi	29
3.2.1. OKB Tanılı Bireyler (Grup 1)	29
3.2.2. OKB Tanılı Olmayan Bireyler (Grup 2)	29
3.3. Veri Toplama Araçları	30
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	30
3.3.2. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili	30
3.3.3. Loewenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA)	30
3.3.4. İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST).....	31
3.4. İstatistiksel Analiz.....	31
3.4.1. Normallik Testleri	31
3.4.2. Gruplar Arası Karşılaştırmalar	32
3.4.3. Alt Boyutlar Arası İlişkiler	32
3.4.4. Sonuçların Yorumlanması	32
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	45
5.1. Sosyodemografik Faktörlerin Etkisi	45
5.2. Duyusal İşleme ve OKB	45

5.3. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Bulguları.....	46
5.4. Bilişsel İşlevler ve OKB (LOTCA Ölçeği).....	47
5.5. Okupasyonel Katılım ve OKB (MOHOST).....	48
5.6. OKB'nin Bilişsel ve Duyusal İşlevler ve Okupasyonel Katılım Üzerindeki Etkileri.....	49
5.7. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
I. KAYNAKLAR.....	54
II. EKLER.....	67
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	67
EK-2 ADOLESAN/YETİŞKİN DUYU PROFİLİ.....	69
EK-3 Loewenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA).....	73
EK-4 İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı- Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST).....	74
EK-5 ETİK KURUL İZİNİ.....	77
EK-6 KURUM İZİNİ.....	78
EK-7 KULLANILAN ÖLÇEKLERİN İZİNLERİ.....	80
III. İNTİHAL RAPORU.....	81

ŞİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ

APA	Amerikan Psikiyatri Derneği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CNS	Central Nervous System (Merkezi Sinir Sistemi)
DBS	Deep Brain Stimulation (Derin Beyin Stimülasyonu)
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı
LOTCA	Lowenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi
MAOi	Monoamine Oxidase Inhibitor (Monoamin Oksidaz İnhibitörü)
MOHOST	İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı
MOKSL	Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri
MSI	Multisensory Integration (Çoklu Duyusal Entegrasyon)
NCS-R	National Comorbidity Survey Replication (Ulusal Komorbidite Araştırması Tekrarı)
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
QOL	Quality of Life (Yaşam Kalitesi)
rTMS	Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Stimülasyon)
SPD	Duyusal İşleme Bozukluğu (Sensory Processing Disorder)
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
tDCS	Transcranial Direct Current Stimulation (Transkraniyal Doğru Akım Stimülasyonu)
Y-BOCS	Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 4.1	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	34
Tablo 4.2	Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normallik Analizi.....	37
Tablo 4.3	Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.4	Loewenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Aracı (LOTCA) ve Alt Boyutlarının Normallik Analizi	41
Tablo 4.5	LOTCA Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6	İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST) ve Alt Boyutlarının Normallik Analizi.....	43
Tablo 4.7	MOHOST Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye Göre Karşılaştırılması	44

Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler

Ekşi, R, (2024). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Bireylerde Duyusal İşleme, Bilişsel İşlevler ve Okupasyonel Katılımın İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul

Bu çalışma obsesif kompulsif bozukluğa (OKB) sahip bireylerde duysal işleme becerileri, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılımın incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmamıza 26 kişiden oluşan OKB tanılı birey (grup 1) 26 kişiden oluşan OKB tanılı olmayan birey (grup 2) olmak üzere toplam 52 kişi katılmıştır. Araştırmaya dahil edilen 52 kişiye Sosyodemografik Bilgi Formu, Adolesan/Yetişkin Duyu Profili, Loewinstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA) ve İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST) ölçekleri uygulanarak duysal işleme becerileri, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılım becerileri incelenmiştir. Çalışmanın sonunda, OKB tanılı bireylerde, OKB tanılı olmayan bireylere göre, Adolesan/Yetişkin Duyu Profili alt boyutlarından hareketli işlem, aktivite seviyesi, işitsel işlem, duysal kaçınma ve duysal hassasiyette; LOTCA alt boyutlarından görsel-motor organizasyon, düşünme yeteneği ve dikkat-konsantrasyonda, MOHOST alt boyutlarından iletişim-etkileşim becerileri ve çevre puanlarında anlamlı derecede düşük sonuçlar olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmanın sonuçları, OKB tanılı bireylerde duysal işleme becerileri, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılımın olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Bu çalışma, OKB ile başa çıkmada duysal işleme, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılımın önemini vurgulamakta ve bu alanlara yönelik yeni yaklaşımlar geliştirilmesi gerektiği konusunda yeni bilgiler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel işlevler, Duyusal işleme, Ergoterapi, Obsesif kompulsif bozukluk, Okupasyonel katılım

İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler

Ekşi, R. (2024). An Examination of Sensory Processing, Cognitive Functions, and Occupational Participation in Individuals Diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparative Study. Master's Thesis, Biruni University Graduate School of Education, Istanbul.

This study aimed to examine sensory processing skills, cognitive functions, and occupational participation in individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD). A total of 52 participants were included in the study: 26 individuals diagnosed with OCD (Group 1) and 26 individuals without an OCD diagnosis (Group 2). Sensory processing skills, cognitive abilities, and occupational participation were assessed using the Sociodemographic Information Form, Adolescent/Adult Sensory Profile, Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA), and the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). At the end of the study, it was found that individuals with OCD had significantly lower scores compared to those without OCD in the following areas: motor processing, activity level, auditory processing, sensory avoidance, and sensory sensitivity in the Adolescent/Adult Sensory Profile; visual-motor organization, thinking ability, and attention-concentration in LOTCA; and communication-interaction skills and environmental scores in MOHOST ($p<0.05$). The results of the study indicate that sensory processing skills, cognitive functions, and occupational participation are negatively affected in individuals with OCD. This study highlights the importance of sensory processing, cognitive functions, and occupational participation in coping with OCD and provides new insights into the development of new approaches in these areas.

Key words: Cognitive functions, Occupational participation, Occupational therapy, Obsessive compulsive disorder, Sensory processing,

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yaygın ve engelliliğe yol açan önemli bir zihinsel bozukluktur ve obsesif kompulsif ve alakalı bozukluklar olarak bilinen bir dizi durumun önemli bir örneğidir. Obsesyonlar, kişinin isteği dışında aklına gelen ve yoğunlukla kaygıyla ilişkilendirilen, tekrarlayan ve ısrarcı düşünceler, görüntüler ve dürtülerdir. Kompulsiyonlar, bireyin bir obsesyona tepki olarak katı kurallara göre veya bir 'tamlik' duygusuna ulaşmak için gerçekleştirmeye zorlandığını hissettiği tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (American Psychiatric Association, 2013).

1.1 OKB Türleri

Saha çalışmalarında DSM-5 için tanı kriteri olarak da kullanılan, OKB'nin güncel alt grupları olarak sınıflandırılan çok sayıda OKB türü bulunmaktadır. Bu gruplar kontrol etme, bulaşma, istifçilik, kararsızlık ve tam doğru olarak açıklanabilir. OKB türleri birbirine benzese de hepsini birbirinden ayırt edici özellikleri vardır (Rachman, 2004).

Subklinik OKB'nin en yaygın türlerinden biri, aşırı toplama davranışı ve bunun sonucunda toplanan nesnelere kurtulmadaki başarısızlıkla karakterize edilen istiflemedir (Frost & Hartl, 1996). DSM-5 istiflemeyi, değerleri ne olursa olsun, evdeki alanları doldurup onları kullanılamaz hale getirene ve psikolojik sıkıntıya neden olana kadar nesnelere biriktirme eğiliminin olduğu OKB ile ilişkili bir bozukluk olarak tanımlamaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Bu zorluk bir taraftan bu tür nesnelere saklamaya yönelik kompulsif ihtiyaçtan, diğer taraftan da onlardan kurtulmayı düşünmenin verdiği rahatsızlıktan ortaya çıkmaktadır (Gillan & Robbins, 2014).

OKB tipi "kirlenme"de obsesyonlar ve kompulsiyonlar hem gerçekçi hem de gerçekçi olmayan bulaşma veya bulaşmalarla ilişkilidir (Rachman, 2006). Bazen pislik hissi, ahlak dışı düşünceler, travmatik olayların hatıraları veya zihinsel görüntüler tarafından bile tetiklenebilir (Frost & Steketee, 2010). OKB'nin tüm belirtileri arasında, kirlenme takıntısı doğada en yaygın olanıdır ve ilişkili temizleme

kompulsiyonları, OKB kompulsiyonunun ikinci en yaygın şeklidir (Williams ve ark. 2010).

OKB'nin "kontrol etme" alt türünden etkilenen kişiler, temel amacı başkalarına veya kendilerine sızıntı yapmak, zarar vermek veya zarar vermekle ilgili obsesif düşünceleri önlemek ve belirsizliği azaltmak amacıyla güvenlik kontrol kompulsiyonları ile meşgul olurlar (Abramowitz et al., 2008). Kompulsif kontrolün tipik örnekleri arasında aile üyelerinin güvende olduğunun doğrulanması, kişinin gittiği güzergahın tekrar tekrar izlenmesi ve kapı ve pencerelerin güvenli bir şekilde kapatılıp kapatılmadığının tekrar tekrar kontrol edilmesi yer almaktadır (Clark, 2004). Kontrol genellikle birden çok kez gerçekleştirilir ve tamamlanması saatler gerektirebilir, bu da insanların yaşamlarını sürekli olarak etkiler (Gillan & Robbins, 2014).

"Kararsızlık", daha uzun karar süreleri ve artan bilgi arayışları ile tanımlanır ve literatür, bunun OKB eğilimleri ve semptomları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Taylor & Asmundson, 2004). Takıntı yaşayan kişiler hata yapma ya da mükemmel olamama riskini en aza indirmek için kararları erteler ya da bunlardan kaçınırlar (American Occupational Therapy Association, 2014). Örneğin kararsızlık, kapıyı gerçekten kapatmak için gereken kapatma sayısı veya gerçekten temiz olmak için el yıkamanın ne zaman durdurulacağını bilmek gibi kompulsif davranışın tekrarı için gereken süreyi etkileyebilir (Szechtman & Woody, 2004). OKB hastaları ayrıca karar vermenin gerekli olduğu durumlardan kaçınabilir veya belirsizliği azaltmak için hayatlarının her yönünü planlama eğiliminde olabilirler (Tolin ve ark 2003). Pek çok araştırmacıya göre kararsızlık OKB hastalarının yalnızca bir "özelliğidir", ancak en çok kullanılan OKB Envanteri, OKB belirtileriyle ilgili bir kararsızlık boyutu (yani alt ölçek) içerir (Mataix-Cols et al., 2005).

"Tam doğru" (Just Right), işlerin doğru olmadığına dair rahatsız edici duygularla karakterize edilen bir OKB alt türüdür. Hastalar ayrıca, her şeyin "tam olarak doğru" olduğunu hissetmek için, bu rahatsız edici his geçene kadar bir eylemi gerçekleştirmeye yönelik dürtü hissettiklerini bildirmektedir (Gillan & Robbins, 2014).

Tam olarak doğru olmayan deneyimlerle (NJRE'ler) ilişkili ana semptomlar mükemmeliyetçilik, sıralama, simetri takıntıları, kompulsiyonlar, kararsızlık ve ertelemedir. Düzenlenme ve simetri belirtilerinde hasta, düzensiz ya da asimetrik

şekilde yerleştirilmiş nesnelere kısmen de olsa tahammül etmez. Bu onlara hoş olmayan bir uyum ve mantık eksikliği hissi verir (Mataix-Cols ve ark 2005). NJRE'ler mükemmeliyetçilikle güçlü bir şekilde bağlantılıdır, yani, mükemmeliyetçiliğin uyumsuz alanlarını (örneğin, hatalar konusunda endişe veya eylemlerle ilgili şüpheler) deneyimleyen kişilerde NJRE'lerin oluşumu önemli ölçüde artar (Tolin ve ark 2003).

OKB, bireyin günlük işleyişini (uyku, üretkenlik, boş zaman, sosyalleşme) ve yaşam kalitesini (QOL) (aile, arkadaşlıklar ve ilişkiler, akademisyenler ve iş, öz saygı) önemli ölçüde etkiler (Abramowitz ve ark 2008).

Güçlü bir kontrol ihtiyacı, klasiklerde OKB'nin merkezi bir özelliği olarak kabul edilmekte ve bu durumun modern tanımlarında da kabul edilmektedir (Clark, 2004). Birçok OKB modeli, OKB'nin birçok belirtisinin (örn. kontrol etme, ritüelleri gerçekleştirme, aşırı kendini izleme, başkalarından güvence isteme) öngörülebilirlik ve kontrol duygusunu artırmayı amaçladığını öne sürmektedir (Gillan & Robbins, 2014). Mevcut bulgular, OKB'de artan kontrol ihtiyacının ve buna bağlı olarak kurallara ve ritüellere güvenerek kontrol duygusu elde etmeye yönelik girişimlerin, bazı durumlarda yetersiz duyu bütünlemeden kaynaklanabileceğini göstermektedir (Rachman, 2004).

Çoğu çalışma, OKB olan bireylerde ve OKB olmayan bireylerde set değiştirme, sözel akıcılık, planlama ve karar verme gibi yürütücü işlevlerin benzer olduğunu bildirmiştir. Ayrıca OKB hastalarının daha fazla perseveratif hata yaptıkları, geri bildirim kullanmakta daha fazla zorluk yaşadıkları ve nörobilişsel testler sırasında yanıt vermede gecikme yaşadıkları bilinmektedir; bunların tümü yavaş bilişle veya hata yapmaktan kaçınmak için kompulsif davranışların artmasıyla ilişkili olabilir (Abramowitz ve ark 2008).

Duyusal işleme, vücuttan ve çevreden gelen bilgileri düzenlememize olanak tanır ve fiziksel ve sosyal çevremizle etkileşim şeklimizi etkiler. Duyusal işleme, doğumdan itibaren refleks motor eylemler ve durum düzenlemeleri yoluyla bebeklerin eylemlerini etkiler (Szechtman & Woody, 2004).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin duyusal ve bilişsel işlevler, çevresel faktörler ve bunların okupasyonel katılım ile etkileşimini inceleyerek, ergoterapi uygulamalarına yön verecek sonuçlara ulaşılması amaçlanmaktadır.

Kaynaklar incelendiğinde; obsesif kompulsif bozuklukta duyuşal işleme, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılımı sorunlar olduğu belirgindir. Bu parametrelerin incelenmesinin ve birbirleriyle ilişkinin gösterilmesinin obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylere uygulanan müdahalelere yol göstereceği düşünölmektedir (Mataix-Cols et al., 2005). Obsesif kompulsif bozuklukta okupasyonel katılım ve ilgili parametrelerin ergoterapi açısından ele alınması bu bireylerin toplumsal katılımlarına katkı sağlayabilir. Bu nedenle, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan bireylerde ergoterapi müdahalelerine yön vermek için okupasyonel katılım, duyuşal işleme ve bilişsel işlevlerin incelenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

H0: Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan ve olmayan bireyler arasında duyuşal işleme, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılım becerileri arasında fark yoktur.

H1: Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan ve olmayan bireyler arasında duyuşal işleme, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılım becerileri arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKB, şiddetli sıkıntı, yüksek düzeyde sakatlık ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmanın eşlik ettiği önemli bir ruh sağlığı durumudur (Abramowitz ve ark., 2010; Kessler ve ark., 2005). Dünya Sağlık Örgütü, OKB'yi, gelir kaybı ve yaşam kalitesinin azalması nedeniyle en fazla engelleyici 14 durumdan biri olarak sıralamıştır (WHO, 2017). OKB'nin, depresyon duyguları ve aşırı kaygı durumlarıyla birlikte ruh hali üzerinde derin bir etkisi olduğu bulunmuştur (Purdon, 2001). OKB hastalarında psikiyatrik eştanların yaygınlık oranları dikkat çekici derecede yüksektir (%80'e kadar) ve OKB'de yetiyitimi kötüleştiren en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Ruscio ve ark., 2010; Crino ve Andrews, 1996; Foa ve Kozak, 1995). Özellikle OKB'si olanlarda duygudurum bozuklukları, daha şiddetli ve kalıcı OKB semptomlarıyla, daha güçsüzleştirici umutsuzluk ve/veya çaresizlik duygularıyla ve intihar düşünceleri ve davranışları deneyimiyle ilişkilendirilmiştir (Torres ve ark., 2006).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir ve literatürde yüzyıllardır anlatılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre OKB, en fazla özürüllüğe yol açan ve ciddi sakatlığa neden olan altıncı psikiyatrik bozukluktur (WHO, 2017). Obsesyon ve kompulsiyonların tanımları, 15. yüzyılda yazılmış bir psikopatoloji ve büyücülük özeti olan Malleus Maleficarum ve 17. yüzyılda Shakespeare tarafından yazılan Macbeth gibi çeşitli tarihi belgelerde bulunur. Esquirol ilk kez 1838 yılında psikiyatri literatüründe tanımlamıştır (Esquirol, 1838). 20. yüzyılın başlarından itibaren OKB'ye bakış açısı psikolojik bir açıklamaya doğru kaymıştır. O zamandan beri OKB psikiyatri literatüründe kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır (Rachman ve Hodgson, 1980).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) sıklıkla kamuoyuna geniş anlamda işlevleri bozan obsesyon ve kompulsiyonların bir kombinasyonu olarak sunulurken (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), bu sıkıntı verici düşüncelerin içeriği büyük ölçüde farklılık gösterebilir. Araştırmacılar genellikle bu farklılığın dört temel boyutta toplandığını buluyor: (a) kirlenme, (b) simetri/eksiklik, (c) zararın sorumluluğu ve (d) müdahaleci tabu düşüncelerle ilgili endişeler (Mataix-Cols ve

ark., 2005), Bunların hepsi OKB kapsamına girse de baskın semptom belirtileri olan kişilerin sosyal deneyimleri önemli şekillerde farklılık gösterebilir. Örneğin, çeşitli araştırmalar, tabu düşünce içeriğine sahip kişilerde algılanan toplumsal damgalanma ve utanç duygularının, diğer baskın semptom belirtilerine sahip kişilere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Calamari ve ark., 2014). Gerçekten de araştırmalar, toplumun genelinin zarar verici ve tabu içerikle ilgili düşünceleri sosyal açıdan daha kabul edilemez ve tehdit edici olarak görme eğiliminde olduğunu ve bu semptomlardan muzdarip kişilerin daha düşük düzeyde önerilen açıklamayla karşılanabileceğini göstermiştir (Clark ve ark., 2005; Steketee ve Barlow, 2002; Stein ve ark., 1997)

Damgalanmanın muhtemelen OKB için tedavi aramanın önündeki en büyük engellerden biri olduğu göz önüne alındığında (García-Soriano ve diğerleri, 2014; Schwartz, Schlegl, Kuelz ve Voderholzer, 2013), bu toplumsal algı farklılıklarının aşağıya doğru önemli etkileri olabilir. Profesyonel psikolojik yardımdan yararlanmamayı tercih eden OKB hastalarının önemli bir yüzdesi için (Coles & Coleman, 2010; Rüşch, Evans-Lacko, Henderson, Flach ve Thornicroft, 2011), akıl hastalığının tanınması ek bir endişedir. Bireylerin kendilerinin veya başkalarının ne deneyimlediğini fark edememesi büyük olasılıkla OKB tedavisi arama konusundaki isteksizliği artırmaktadır (Coles & Coleman, 2010; Coles, Heimberg ve Weiss, 2013). Çoğu insanın OKB semptomlarını sorunlu olarak kabul ettiği görülse de (Coles & Coleman, 2010; Coles ve diğerleri, 2013), genel kamuoyunda OKB'yi OKB olarak doğru şekilde tanıyanlarda büyük miktarda değişkenlik vardır; anket ve deneysel çalışmalarda OKB %26-86,4 arasında değişmektedir (Chong ve diğerleri, 2016; Coles & Coleman, 2010; Coles ve diğerleri, 2013; Koutoufa & Furnham, 2014; Warman, Phalen & Martin, 2015). Bahsi geçen çalışmalarda OKB'yi farklı semptom içerikleri kullanarak tanımlayan her tasarımın, yani çalışmalar arasındaki tanıma oranlarının geniş aralığının, araştırmadaki sistematik farklılıkları yansıtabileceğini belirtmek çok önemlidir (Coles & Coleman, 2010).

OKB, kontrol edilemeyen tekrarlayan düşünceler (obsesyonlar), tekrarlayan davranışlar (kompulsiyonlar) veya her ikisiyle karakterize edilen kronik bir hastalıktır. Zaman alıcı semptomlar OKB hastalarının ortak bir özelliğidir ve günlük yaşamı ciddi şekilde bozabilir veya ciddi rahatsızlıklara neden olabilir (Abramowitz, McKay & Taylor, 2010).

Anksiyeteyi uyandıran aşırı, uygunsuz ve müdahaleci düşünceler ile hastayı önemli ölçüde bozan ve rahatsız eden zaman alıcı kompulsiyonlar bu durumun ayırt edici özellikleridir (Clark, Purdon & Wang, 2005). Genel kamuoyu veya profesyonel camia tarafından iyi anlaşılmamaktadır ve semptomlara sıklıkla suçluluk ve utanç duyguları eşlik etmektedir, dolayısıyla bu incelikleri dikkate almayan değerlendirmeler sıklıkla OKB'yi gözden kaçırarak ve semptomlarını yanlışlıkla duygudurum veya anksiyete bozukluklarına bağlayacaktır (Stein ve diğerleri, 1997).

Ayrıca OKB ile ilişkili istemsiz düşünceler, doğum sonrası psikoz sanrılarıyla karıştırılabilir (Mataix-Cols, do Rosario-Campos & Leckman, 2005). Bu, ya ikincisinin psikiyatrik bir acil durum olarak tanımlanamamasına ya da daha sık olarak OKB'nin yanlış yorumlanmasına ve aşırı tepki verilmesine neden olabilir, bu da çocuk hizmetlerine başvurmayı ya da gerekenden daha yüksek düzeyde bakımı gerektirebilecek uygunsuz eylemlere yol açabilir (Foa & Kozak, 1995). Tekrarlayan hoş karşılanmayan fikirlere, resimlere veya isteklere obsesyonlar (egodistonik) denir. Obsesyonlara bağlı kaygıyı hafifletmek için ya da kurallara sıkı sıkıya bağlı kalarak gerçekleştirilen tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel faaliyetler kompulsiyon olarak bilinmektedir (Purdon, 2001).

Pek çok psikiyatrik hastalık doğumla ağırlaşabilir veya hızlandırılabilir; ancak şu ana kadar yayınlanan çalışmaların çoğu duygudurum bozuklukları üzerine olmuştur (Crino & Andrews, 1996). Doğumdan sonra OKB tek başına veya majör depresif bozukluk gibi diğer ruhsal hastalıklarla birlikte ortaya çıkabilir (Ruscio ve diğerleri, 2010). Hastalar ve doktorlar OKB ile doğum arasındaki bağlantının farkında olmadığı için OKB'ye majör depresif hastalık olarak yanlış tanı konulabilir veya eksik tanı konulabilir (Torres ve diğerleri, 2006).

Panik bozukluğu, sosyal kaygı, agorafobi, özel fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) kaygı bozuklukları arasındadır. Çeşitli hastalıkların farklı belirtilerinin yanı sıra, bunlar arasında ortak bir kaygı hissi ve hatta disfori mevcut olabilir. Doğal olarak, aynı veya ilaç kombinasyonu ile tedavi normdur (Beesdo, Knappe ve Pine, 2009).

YAB'li bireyler OKB'li bireylerle karşılaştırıldığında, fobik bozuklukların, konversiyon bozukluklarının, kardiyak otonomik işlev bozukluklarının ve hipokondrinin şiddeti, eski grupta anlamlı derecede yüksekti (Wittchen ve Hoyer, 2001). Anormal, istilacı cinsel düşünceler ve resimler OKB cinsel takıntılarının ayırt

edici özelliğidir. OKB'li kişilerin %16,8'inin cinsel takıntılar yaşadığı tahmin edilmektedir (Grant ve diğerleri, 2006). Dünya Sağlık Örgütü, OKB'yi en yetersiz on durumdan biri olarak listelemiştir (WHO, 2001).

OKB'nin egodistonik yönü, yani bu duruma sahip kişilerin davranışlarının ne kadar mantıksız veya aşırı olduğunun tamamen farkında oldukları anlamına gelir ve olası bir katkıda bulunan faktör olarak öne sürülmüştür (Stein ve diğerleri, 2010). Pediatrik OKB ile diğer ruh sağlığı sorunlarının birlikte görülmesi, hastalığın şiddetini ve tedavisinin zorluğunu arttırmaktadır (Geller ve diğerleri, 2003). Bilişsel davranışçı tedavi (BDT), OKB'yi ve en yaygın eşlik eden hastalıklardan ikisi olan depresyon ve anksiyeteyi etkili bir şekilde tedavi eder (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2009).

Sonuç olarak OKB'yi tedavi etmek uzun vadede anksiyete ve depresyon semptomlarına da yardımcı olabilir. En yaygın ve zayıflatıcı üç psikiyatrik bozukluk bağımlılık, depresyon ve OKB'dir; bunların önemli psikolojik ve tıbbi maliyetleri ve daha yüksek morbidite ve mortalite oranları vardır (Kessler ve diğerleri, 2005; Murray ve Lopez, 1996).

Çok uzun yıllar önce, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almak, psikiyatri dünyasının ömür boyu hapis cezasına en yakın olduğu durumdu. Son derece nadir görülmenin yanı sıra, OKB tanısı alan kişilerin prognozu çok kötüydü ve gerçek anlamda etkili bir farmakolojik veya psikolojik tedavi mevcut değildi (Marks, 1987). Ancak günümüzde OKB tanısı geleceğe yönelik bu umut kaybını ve kötü tedavi sonuçlarını taşımamaktadır. Bunun yerine, klinisyenler artık hastaların çoğunluğu için oldukça etkili olan hem farmakolojik hem de psikolojik tedavilerin etkinliğini farketmiştir (Foa ve diğerleri, 2005). Ancak tedavinin etkinliğini ve hasta sonuçlarını iyileştirmeye devam etmek adına yapılması gereken pek çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bir takıntı ortaya çıktığında, bu neredeyse her zaman kaygı ve sıkıntıda büyük bir artışa karşılık gelir. Daha sonraki kompulsiyonlar bu ilişkili kaygıyı/sıkıntıyı azaltmaya hizmet eder. Yaygın obsesyonlar arasında kirlenme korkusu, kendine veya başkalarına zarar verme endişesi, simetri, kesinlik ve düzen ihtiyacı, dini/ahlaki kaygılar, yasak düşünceler (örneğin cinsel veya saldırgan) veya güvence arama veya itiraf etme ihtiyacı yer almaktadır (Steketee ve diğerleri, 2010). Yaygın kompulsiyonlar ise şunlardır: temizleme/yıkama, kontrol etme, sayma, tekrarlama,

doğrultma, rutin davranışlar, itiraf etme, dua etme, güvence arama, dokunma, hafifçe vurma, ovma ve kaçınma olarak görüldüğü belirtilmiştir. (Pinto ve diğerleri, 2006). Yetişkinlerin aksine, çocukların tanı kriterlerini karşılamak için semptomlarını saçma olarak görmelerine gerek yoktur (Storch ve diğerleri, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının yetişkinlerde %2,3 (Ruscio ve diğerleri, 2010) ve 18 yaşın altındaki çocuk ve ergenlerde %1-2,3 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Geller, 2006). Ayrıca semptomların ya rahatsız edici olmadığı ya da tüm kriterleri karşılayacak kadar rahatsız edici olmadığı, ancak yine de bir dereceye kadar bozucu olduğu oldukça önemli sayıda "klinik altı" OKB vakası (nüfusun yaklaşık %5'i) (Ruscio ve diğerleri, 2010) vardır. Kültürel farklılıkların OKB'nin varlığında belirgin bir rol oynamadığına dair güçlü kanıtlar vardır (Weissman ve diğerleri, 1994); araştırmalar farklı ülkeler arasında (Karno ve diğerleri, 1988) ve hatta Avrupa ve Asya popülasyonları arasında (Fontenelle ve diğerleri, 2004) çok az epidemiyolojik farklılık olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte, semptomların ifade edilmesinde kültürel etkiler de vardır. Örneğin, Bali'de, somatik semptomlara ve sosyal ağ üyeleri hakkında bilgi sahibi olma ihtiyacına yoğun bir vurgu bulunurken (Suastika, 2011), dini yetiştirilme türü, temizlik ve düzene vurgu gibi farklı birincil takıntılarla ilişkilendirilmiştir. Yahudilik, Müslüman topluluklarda dini takıntılar, Güney Amerika örneklerinde saldırgan saldırılar ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kir ve kirlilik endişeleri bahsedilen kültürel etkilere birer örnektir. (Kleinknecht ve diğerleri, 1997; Rassin ve Koster, 2003).

2.1.2. DSM'de OKB'nin Sınıflandırılması

19. yüzyılda ruhsal bozukluklara yönelik tanısal nosolojiler geliştirildikçe iki sistem ön plana çıktı. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM), şu anda ruh sağlığı klinisyenleri tarafından zihinsel bozukluklar, akıl hastalıkları veya OKB de dahil olmak üzere çeşitli şekillerde adlandırılan psikopatolojinin semptomlarını tanımlamak için en yaygın kullanılan kılavuzdur (American Psychiatric Association, 2013). Şu anda, önceki versiyonlara kıyasla OKB'nin nasıl kavramsallaştırıldığına dair bazı önemli değişiklikleri içeren beşinci revizyonundadır (DSM-5).

DSM-IV-TR'de (APA, 2000) OKB (önceki tüm versiyonlarda olduğu gibi) anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. DSM-5'te (APA, 2013) OKB, anksiyete bozukluklarından çıkarılmış ve Obsesif-Kompulsif ve İlgili Bozukluklar başlıklı yeni bir bölümde vücut dismorfik bozukluğu, trikotillomani veya saç çekme, biriktirme ve deriyi yolma veya deri yolma ile yerleştirilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Ancak DSM-5, Obsesif Kompulsif ve İlgili Bozukluklar bölümünün bilinçli olarak Anksiyete Bozuklukları bölümünün hemen sonrasına yerleştirildiğini belirtmektedir çünkü "anksiyete bozuklukları ile bazı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar (örn. OKB) arasında yakın ilişkiler vardır" (American Psychiatric Association, 2013).

Bu ilişkiye rağmen OKB'yi Anksiyete Bozuklukları'ndan çıkarmak ve yeni bir kategori yaratmak oldukça tartışmalı bir karar olmuştur ve hala tartışmalar devam etmektedir.

2.1.2.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Kriterleri.

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin varlığı:

Takıntılar (1) ve (2) ile tanımlanır:

Bu bozukluk sırasında bir ara istemsiz ve istenmeyen olarak yaşanan ve çoğu kişide belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan yineleyici ve ısrarcı düşünceler, dürtüler ya da imgeler.

Birey bu tür düşünceleri, dürtüleri ya da imgeleri görmezden gelmeye ya da bastırmaya veya bunları başka bir düşünce ya da eylemle (örneğin bir kompulsiyon yaparak) etkisiz hale getirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

Bireyin bir obsesyona tepki olarak ya da katı bir şekilde uygulanması gereken kurallara göre gerçekleştirmeye zorlandığını hissettiği yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayma, kelimeleri sessizce tekrarlama).

Davranışlar veya zihinsel eylemler kaygıyı veya sıkıntıyı önlemeyi veya azaltmayı ya da bazı korkulan olay veya durumları önlemeyi amaçlamaktadır; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler etkisiz hale getirmek veya önlemek için tasarlandıkları şeylerle gerçekçi bir şekilde bağlantılı değildir veya açıkça aşırıdır.

Not: Küçük çocuklar bu davranışların veya zihinsel eylemlerin amaçlarını ifade edemeyebilirler.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar zaman alıcıdır (örn. günde 1 saatten fazla sürer) ya da klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Obsesif kompulsif belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örneğin, yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; vücut dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünüşle meşgul olma; istifleme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmada ya da onlardan ayrılmada zorluk; saç dökülmesi trikotillomanide olduğu gibi deri yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi ritüelleştirilmiş yeme davranışı; maddeyle ilişkili ve bağımlılık bozuklukları; hastalık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi, cinsel dürtüler veya fanteziler, örneğin yıkıcı, dürtü kontrolü ve davranış bozukluklarında olduğu gibi; bozukluk; şizofreni spektrumunda ve diğer psikotik bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokma veya sanrısız meşguliyetler veya otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi tekrarlayan davranış kalıpları).

Aşağıdaki durumlar belirtilir:

İyi veya adil içgörüyle: Birey, obsesif-kompulsif bozukluk inançlarının kesinlikle veya muhtemelen doğru olmadığını veya bunların doğru olabileceğini veya olmayabileceğini kabul eder.

Zayıf içgörü ile: Birey, obsesif kompulsif bozukluk inançlarının muhtemelen doğru olduğunu düşünür.

İçgörünün olmadığı/sanrısız inançların olduğu: Birey, obsesif kompulsif bozukluk inançlarının doğru olduğuna tamamen inanmıştır.

Tik ile ilişkili: Bireyin mevcut veya geçmiş bir tik bozukluğu geçmişi vardır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2 Klinik Özellikler

Bireylerde hem obsesyon hem kompulsiyon belirtileri birlikte görülebildiği gibi, OKB'de sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonların bulunduğu hastalar

da vardır. Obsesyon (saplantı) istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise obsesyonlara tepki olarak gelişen ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, sıraya koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemlerdir (American Psychiatric Association, 2013). Hastalarda sık görülen obsesyon çeşitleri şunlardır (Abramowitz ve ark 2000):

2.2.1. Bulaşma (Kontaminasyon) Obsesyonları

En sık görülen obsesyon türüdür. Bu obsesyonlar, gözle görülmeyen mikrop, kir veya zararlı etkenlerle kişinin kirleneceği, enfekte olacağı şeklinde bir kaygı ile kendini göstermektedir. En sık belirti bulaşma obsesyonları ve yıkama veya olası bulaştırıcı nesnelere kaçınma kompulsiyonlarıdır (Steketee, 1993). Toplu kullanım alanlarında hastalıkların bulaşmasından korkma, mikrop bulaşacağı düşüncesiyle kapı kollarına dokunmaktan ve el sıkmaktan korkma, hayvanlara dokunmaktan korkma ve kendi vücut salgılarından korkma gibi düşünceleri içermektedir. Bu obsesyona sıklıkla temizlik kompulsiyonları eşlik etmektedir. Her şey bir kirlenme kaynağı olabilir (toz, toprak, kir, idrar vb.). Hastalar bulaşmanın sıklıkla nesneden nesneye veya insandan insana en küçük bir temasla ya da tamamen temassız geçtiği hissine kapılırlar. Hastalar bu nedenle ellerinin derisini zedeleyecek kadar sık el yıkayabilirler. Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyonun bulaşma obsesyonu olduğu bildirilmiş olup hastaların yaklaşık %45-55'inde görülmektedir (Rachman, 2006).

2.2.2. Kuşku Obsesyonları

İkinci en sık görülen obsesyon türü ise kuşku obsesyonlarıdır. Bu obsesyon bir dereceye kadar tehlike barındırabilir (örneğin kapıyı kilitlemeyi unutmak gibi). Kontrol etme davranışları, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmeyi içerir. Hastalarda obsesyonel kuşku vardır ve her zaman bir şeyi unuttukları için huzursuzluk duyarlar ve suçluluk hissederler. Bir işi yapıp yapmadığından emin olamama ile ilişkilidir. Arabanın veya evin kapısının açık olup olmadığı, mutfaktaki tüpün açık unutulup unutulmadığı, kapının kilitli olup olmadığı gibi temaları içeren obsesyonlardır. Çoğu zaman diğer obsesyonlara eşlik eden bir fenomen de olabilir. Hastalar obsesyonel

olarak bir şeyi unutmuş olduklarından veya hatalı şeyler yaptıklarından kuşulanırlar. Bazı çalışmalarda bu obsesyonun görülme sıklığı %23 olarak bulunmuştur. Bunu genellikle kontrol etme kompulsiyonu izler (Salkovskis, 1985).

2.2.3. Saldırganlık Obsesyonları

Kişinin kendisine veya çevresindeki diğer insanlara zarar verme, öldürme düşünceleri, şiddet içeren korkutucu imgeler, utanılacak bir şeyi yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar vermekten korkma ile ilgili obsesyonlardır. OKB hastalarında bu obsesyonların yaygınlığı %10-20 arasındadır (Veale, 2009).

2.2.4. Biriktirme Obsesyonları

Birçok şeyin gereksinim duyulmamasına rağmen satın alınması, sahip olunan hiçbir şeyi atamama tarzındadır. Eski dergi, gazete ve mektupları ve gereksiz şeyleri kapsamaktadır. Hobi için veya maddi değeri olan eşyaları toplamak bu kapsamda değerlendirilmemektedir (Frost & Gross, 1993).

2.2.5. Cinsel Obsesyonlar

Yabancı, aileden ya da arkadaşlardan biri ile ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik ile ilgili cinsel düşüncelere kapılma ile ilişkili obsesyonlardır. OKB'lerde görülme sıklığı %13-26 arasındadır (Grant ve ark 2006).

2.2.6. Dini Obsesyonlar

Genellikle dindar kişilerin günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklinde ortaya çıkar. Tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi dinsizlik ile ilgili düşüncelere sahip olmaktan kaygılanma, dini değerlere küfretme ve bundan dolayı ceza almaktan korkma gibi durumları içeren obsesyonlardır. Görülme sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (Siev & Cohen, 2007).

2.2.7. Simetri-Düzen Obsesyonları

Kişinin her şeyi yerli yerinde düzgün ve sırasında olması gerektiğini düşünme ve hissetmesiyle ilgili obsesyonlardır. Havluların, resimlerin ve kitapların aynı

hizada olması, eşyaların yerinde bulunması ve el yazısının mükemmel olması gerektiği gibi düşüncelerdir. Daha çok bu tür obsesyonlara; kontrol, sayma, sıralama ve düzenleme gibi kompulsiyonlar eşlik eder (Summerfeldt ve ark 2000).

2.2.8. Somatik Obsesyonlar

Kişilerin kanser ve AIDS gibi tedavi edilmesi zor olan hastalıklarının bulunduğu ya da bu hastalıklara yakalanma ihtimalini düşünmeleriyle ilgili obsesyonlardır (Abramowitz ve ark 2003).

Çocuklar obsesyonları tanımlamada zorluk yaşayabilirler ancak çoğu yetişkin hem obsesyonların hem de kompulsiyonların varlığını fark edebilir (March et al., 1997). Bilişsel-davranışçı teoriler, obsesyonların sıklıkla kaygı veya rahatsızlık hissinde artışa yol açtığını ve kompulsiyonların obsesyonlara tepki olarak yapıldığını uzun süredir vurgulamaktadır. Bununla birlikte, bazı kanıtlar kompulsif davranışın birincil olduğunu ve obsesyonların bu davranışların sonradan rasyonelleştirilmesi olarak ortaya çıktığını göstermektedir; ancak bu teori daha fazla çalışma gerektirir (Rachman, 2007). OKB hastalarının çoğu kompulsif semptomlarının aşırı olduğunu farkındadır ve bunlar üzerinde daha fazla kontrole sahip olmayı isterler (Foa & Kozak, 1995).

OKB, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 40 yetişkinden 1'ini ve 100 çocuktan 1'ini etkilemektedir (Ruscio ve ark 2010).

OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 19 civarındadır. OKB hastalarının yaklaşık %50'si 18 yaşından önce semptomlar yaşamaktadır (Pinto ve ark 2006).

Kadınların OKB tanısı alma olasılığı erkeklerden daha fazladır (Torres ve ark 2006).

OKB'li kişilerin yaklaşık üçte birinde tik bozukluğu da vardır (Leckman ve ark 1994).

OKB'si olan kişiler sıklıkla semptomları nedeniyle günlük yaşamlarında ciddi sıkıntı ve bozulma yaşarlar (Eisen ve ark 2006).

OKB'li kişilerin yaklaşık üçte biri, durumları için uygun tedaviyi alamıyor. OKB her yaşta gelişebilir ancak sıklıkla ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlar. Uluslararası OKB Vakfı'na göre OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 19'dur. Ancak OKB 2 veya 3 yaşındaki çocuklarda da gelişebilir (Pauls ve ark 2014).

Daha önce de belirtildiği gibi OKB dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkilemektedir (Ruscio et al., 2010). Bu küçük bir sayı gibi görünse de aslında dünya

çapında yaklaşık 70 milyon kişiye denk geliyor. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde 3 milyondan fazla yetişkine hayatlarının bir noktasında OKB tanısı konduğu tahmin edilmektedir (Kessler ve ark 2005).

2.3. Belirtiler

2.3.1. Otojen ve Reaktif Belirtiler

OKB için en basit sınıflandırma sistemi; obsesyonları iki geniş alt tipe kategorize etmiştir: otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar. Bu alt türlerin sıklığı, tetikleyicileri, içeriği, öznel değerlendirmeleri ve obsesyonlarla başa çıkmak için kullanılan bilişsel stratejiler açısından farklılık gösterdiği görülmektedir. Otojen obsesyonlar, açık bir çağrıştırmacı uyaran olmadan, aniden ve belirsiz bir şekilde akla gelme eğiliminde olan obsesyonlardır. Y-BOCS'tan türetilmiş kategorilerle eşleştirildiği üzere, otojen takıntılar, oldukça ego-distonik ve itici olarak deneyimlenen cinsel, saldırgan veya ahlaksız düşünceleri içerdiğinden tabu/kabul edilemez düşünceler boyutuyla en iyi şekilde eşleşir. Otojen obsesyonları olan bireyler, obsesif tetikleyicileri tanımlamakta güçlük çekme eğilimindedirler ve sıklıkla obsesif düşüncelerinin ahlaki doğalarına bir tehdit oluşturduğuna inanırlar. Bu nedenle, bu takıntılar yaşayan kişiler genellikle onları bastırmaya ya da dikkatlerini başka yöne çekerek ya da başka yollarla (örneğin zihinsel ritüeller) bunlardan kaçınmaya çalışırlar (American Psychiatric Association, 2013).

Tersine, reaktif obsesyonlar mantıksal bir şekilde bağlantılı gibi görünen tanımlanabilir uyaranlarla tetiklenme eğilimindedir. Bu nedenle, bu takıntılar genellikle daha gerçekçi olarak algılanır ve bu nedenle rasyonel bir tepkiyi daha hak eder. Sonuç olarak, reaktif obsesyonlar daha çok, kendilerinden önceki düşüncelere doğrudan tepki olarak gerçekleştirilen açık fiziksel kompulsyonlarla sonuçlanır. Reaktif obsesyonlar kirlenme, hatalar, kazalar, asimetri ve kayıp (yani temizlik, kontrol, düzenleme ve istifleme boyutları üzerine haritalama) gibi şeyleri içerebilir. Reaktif obsesyonları olan kişiler, kendilerini tetikleyen şeyleri kolaylıkla tespit etme, düşüncelerinin gerçekçi olduğuna inanma ve bu düşüncelerin sonucunda ortaya çıkabilecek olası olumsuz sonuçları önlemek için bir şeyler yapmaya mecbur hissetme eğilimindedirler (Mataix-Cols et al., 2005). Otojenik-reaktif ikiliği ampirik olarak desteklense de OKB'nin fenomenolojisini tanımlamak ve anlamak için daha az yararlı olabilir. Reaktif kategori, potansiyel olarak beş faktörlü model boyutlarının

dört kategorisine karşılık gelir ve bu nedenle daha az spesifiktir (Van den Heuvel et al., 2009).

2.3.2. Biyolojik Temelli Semptom Kümeleri

Semptom boyutuna göre ilaca verilen farklı yanıt aynı zamanda biyolojik temelli semptom alt tipleri kavramına da destek vermektedir. Örneğin, Jenike ve arkadaşları (1986), simetri ve somatik obsesyonları olan bireylerin bir monoamin oksidaz inhibitörü (MAOi) ile iyileşme gösterdiğini, diğer semptom belirtileri olan bireylerin ise iyileşmediğini bulmuşlardır. Ayrıca, istifleme ve simetri semptomları olanların SSRI'larda diğerlerine göre daha az iyileşme gösterme eğilimi vardır, ancak bu tüm çalışmalarda bulunmamıştır (Calamari et al., 1999). Kabul edilemez düşüncelere ilişkin bulgular da benzer şekilde şüphelidir (Mataix-Cols et al., 2005). Nörogörüntüleme çalışmaları biyolojik temelli semptom alt tipleri için daha ikna edici kanıtlar sağlamaktadır (Mataix-Cols et al., 2005). OKB'si olan bireylerin spesifik semptom boyutlarıyla ilişkili farklı bir beyin aktivasyon modeli gösterdiğini bulmuşlardır. Yazarlar, OKB'nin en iyi şekilde "çoklu, potansiyel olarak örtüşen sendromlar" spektrumu olarak kavramsallaştırılabileceği sonucuna varmışlardır (Van den Heuvel et al., 2009).

Üç ana OKB semptom boyutunun (yani simetri/düzenleme, kirlenme/yıkama ve zarar/kontrol etme) her biri için kritik bölgelerdeki beyaz madde ve gri madde hacimlerinde belirgin farklılıklar bulmuşlardır. OKB'de ayrı semptom boyutları fikrine güven veren en güncel çalışmalar, aralarında östrojen reseptör genleri ile OKB'de kontaminasyon/temizlik semptomu boyutunun varlığı arasında bir ilişki olduğunu tanımlayan genotipleme çalışmalarıdır (Taylor, 2011). Spesifik olarak, OKB hastaları ve bir bütün olarak ele alınan kontroller arasında alellerin veya genotiplerin dağılımında hiçbir farklılık bulunmazken, araştırmacılar spesifik bir östrojen reseptörünün kirlenme/temizlik kaygısı olan bireyleri diğer OKB semptomları olan bireylerden önemli ölçüde farklılaştırdığını bulmuşlardır (Taylor, 2011).

Bununla birlikte, genetiğin, gözlemlenen semptom boyutlarındaki varyansın yalnızca bir kısmını açıkladığı ve işlevsel olmayan inançlar ve çevresel faktörlerin ek katkıları olduğu unutulmamalıdır (Taylor, 2011). Davranış genetiği araştırması semptom boyutundan bağımsız olarak daha genel bir risk olduğunu öne sürmektedir.

OKB şu anda tek bir gene kadar izlenemez; bunun yerine literatür, OKB'nin "bozukluğun gelişme olasılığını giderek artıran birden fazla gen" ile ilişkili olduğunu ve onlar tarafından şekillendirildiğini göstermektedir (Taylor, 2011). Taylor tarafından yapılan bir meta analizde incelendiği gibi özellikle ilgili olduğu bulunan genler, serotonin ve katekolaminler (COMT ve MAOA) dahil olmak üzere nörotransmitterlerin modülasyonu ile ilişkili polimorfizmleri içeriyordu. Katekolamin polimorfizmlerinin ekspresyonunda cinsiyete dayalı farklılıklar da tespit edilmiştir (Taylor, 2011).

Çoğu epidemiyolojik örnekte mevcut yaşın OKB gelişimiyle önemli bir ilişkisi olabileceği rapor edilmiştir. Örneğin, Thomsen (1993) en yüksek notlara sahip öğrencilerin, en düşük notlara sahip olanlara göre önemli ölçüde daha fazla obsesif-kompulsif belirtiler gösterdiklerini bulmuştur. Benzer şekilde Valleni-Basile ve arkadaşları (1996), yaşı ilerleyen ergenlerin OKB geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Zohar ve Bruno (1997) tarafından yapılan çalışmada, Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri (MOKSL) puanı ortalaması sekizinci sınıfta altıncı ve dördüncü sınıfa göre anlamlı derecede düşük iken, çok yüksek MOKSL puanına sahip çocukların oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde 5-15 yaş arası çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada Heyman ve arkadaşları (2001) OKB vakalarını yaş gruplarına ayırmış ve OKB oranının yaşın bir fonksiyonu olarak katlanarak arttığını bulmuşlardır. Bu çalışmada OKB olguları hem normal hem de psikiyatrik kontrollerden anlamlı düzeyde daha yaşlıydı. Maggini ve arkadaşları (2001), lise öğrencileri arasında yaşın Leyton Takıntılı Envanteri-Çocuk Versiyonu'ndaki yüksek puanlarla pozitif yönde ilişkili olduğunu, ayrıca ergenlerdeki semptomların yaşla birlikte arttığını öne sürdüğünü bildirmiştir. Yetişkinlerde, yaşlanmanın obsesif kompulsif belirtilerin (Degonda et al., 2003) ve klinik olarak tanınan OKB'nin (Fireman et al., 2001) yaygınlık oranlarında azalmaya yol açtığını gösteren bazı epidemiyolojik kanıtlar vardır. Çilli ve arkadaşları (2004) bunun özellikle erkekler için geçerli olabileceğini ileri sürmüşlerdir: Yetişkin OKB'nin 1 yıllık yaygınlığının erkeklerde yaşla ters ilişkili olduğunu, kadınlarda ise yaşla birlikte arttığını bulmuşlardır. Crino ve arkadaşları (2005), yaşlı bireylerin (N:55 yaş) OKB'ye sahip olma olasılığının genç yaş gruplarındakilere göre önemli ölçüde daha az olduğunu ortaya koymuşlardır. Birlikte ele alındığında bu bulgular, yaşlı ergenlerin OKB geliştirmeye özellikle yatkın olabileceğini, yaşlı bireylerin ise OKB'yi daha az sıklıkla gösterebileceğini göstermektedir.

2.4. Cinsiyet

Fontenelle ve diğeri (2004), yetişkin Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) vakalarının neredeyse tamamının kadınlar arasında daha yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu, epidemiyolojik araştırmaların çoğu tarafından desteklenmektedir. Örneğin, Hwu ve diğeri (1989); Faravelli ve ekibi (1989); Almeida-Filho ve ekibi (1997); Bijl ve ekibi (1998); ve Andrade ve ekibi (2002) gibi çalışmalar, OKB hastalarının çoğunun kadın olduğunu göstermektedir. Ancak, Mathews ve ark. (2004), erkek üniversite öğrencilerinin OKB belirtileri açısından kız öğrencilere göre daha yüksek puan aldığını, ancak OKB için kesin kriterleri karşılayan erkek ve kızların oranı arasında anlamlı bir fark olmadığını rapor etmiştir.

Çocuklar ve ergenler de dahil olmak üzere daha genç popülasyonlarda ise cinsiyet dağılımı daha çeşitlidir. Bazı klinik çalışmalar, erkeklerin OKB semptomları açısından daha fazla örneklediğini belirtmiştir (örneğin, Hanna, 1995). Ancak, Essau ve diğeri (2000); Brynska ve Wolanczyk (2005) gibi bazı istisnalar dışında, birçok epidemiyolojik çalışma kadınların OKB'den daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Bu nedenle, OKB'nin cinsiyet dağılımı konusundaki bulgular kesin olmamakla birlikte, genel olarak yetişkin popülasyonunda kadınların daha fazla etkilendiği görülmektedir.

2.5. Epidemiyoloji

2.5.1. Yaygınlık ve Demografi

Başlangıçta OKB'nin oldukça nadir olduğuna inanılıyordu. Ancak, zihinsel bozuklukların tanısı için operasyonel kriterleri kullanan ilk titiz topluluk araştırmaları, OKB'nin en yaygın zihinsel bozukluklardan biri olduğunu gösterdi (Ruscio ve diğeri, 2010). OKB'nin küresel hastalık yüküne önemli bir katkı sağladığı tahmin edildi (Murray ve Lopez, 1996). Daha yeni araştırmalar, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının %2-3 olduğunu göstermektedir, ancak bu rakamlar bölgeler arasında değişiklik gösterebilir ve ciddi komorbidite ve morbidite ile ilişkilidir (Ruscio ve diğeri, 2010). Epidemiyolojik çalışmalar, OKB'nin sosyodemografik ilişkilerinin veya semptomatolojisinin sınırlı olduğunu göstermektedir (Ruscio ve diğeri, 2010).

OKB, toplumda kadınlarda erkeklere göre daha sık görülürken, klinik örneklerde kadın ve erkek oranları genellikle eşittir. Ayrıca, OKB farklı

sosyoekonomik sınıflardaki bireylerde görülebilir. Hastalık genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlar ve uzun süreli bir seyre sahiptir (Kessler ve diğerleri, 2005). Ulusal Komorbidite Araştırması Çoğaltma (NCS-R) çalışmasında, erkeklerin yaklaşık dörtte birinde hastalığın başlangıcı 10 yaşından önce gözlenmiştir. Kadınlarda başlangıç sıklıkla ergenlik döneminde ortaya çıkarken, bazı kadınlarda peripartum veya postpartum dönemlerde de başlangıç görülebilir (Ruscio ve diğerleri, 2010).

2.5.2. Komorbidite ve Morbidite

OKB, ciddi bir eşlik eden hastalıkla birlikte görülür. Ulusal Komorbidite Araştırması Çoğaltma (NCS-R) çalışmasında, yaşam boyu OKB'si (DSM-IV tanı kriterlerine göre) olan katılımcıların %90'ı, DSM-IV'deki başka bir yaşam boyu bozukluğun tanı kriterlerini karşıladı; bu bozukluklardan en yaygın olanı anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Ruscio ve diğerleri, 2010). Tik bozuklukları ve diğer bozukluklar da sıklıkla OKB ile görülür. Vakaların %79,2'sinde OKB, eşlik eden anksiyete bozukluklarından sonra başlamışken, OKB'nin bir duygudurum bozukluğundan önce veya sonra başlaması hemen hemen eşit olasılıktaydı ve vakaların sırasıyla %92,8 ve %58,9'unda dürtü kontrolü ve madde kullanım bozukluklarının eşlik etmesinden sonra başlamıştır (Ruscio ve diğerleri, 2010). Ek olarak, bazı kanıtlar OKB'li bireylerde genel tıbbi bozuklukların komorbiditesinin arttığını göstermektedir.

2.5.3. Risk Faktörleri

İkiz çalışmaları OKB'ye genetik ve çevresel katkıda bulunan faktörlere ışık tutmuştur. İkiz çalışmalarının bir meta-analizi, obsesif-kompulsif semptomlardaki varyansın %40'ını ve paylaşılmayan çevrenin %51'ini aditif genetik etkilerin açıkladığını ileri sürmüştür. Ek olarak, OKB'de gen-çevre etkileşimlerinin etiyolojik rolü ve obsesif kompulsif belirtilerin çok genel etiyolojik faktörler (negatif duygusallığı etkileyenler gibi) tarafından şekillendirilmesi, destekleyici ön kanıtlara sahiptir. OKB'nin bazı alt tipleri, tiklerin eşlik ettiği erken başlangıçlı OKB dahil olmak üzere diğerlerinden daha yüksek kalıtsallığa sahip olabilir. Aday gen çalışmaları, OKB'de serotonerjik, katekolaminerjik ve glutamaterjik genlerdeki

varyantların potansiyel bir rolü olduğunu ileri sürmüştür, ancak bu çalışmaların gücü yetersizdir. Daha yeni genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, OKB'nin, glutamaterjik genlerdeki varyantlar da dahil olmak üzere, tanımlanmış birçok risk lokusunun küçük etkili olduğu poligenik bir hastalık olduğunu göstermiştir. Kopya sayısı değişkenlerinin araştırılması, OKB'li hastalarda diğer nörogelişimsel bozukluklarla ilişkili büyük silmelerin yükünün 3,3 kat arttığını bulmuştur. Dikkat çekici bir şekilde, bu silme işlemlerinin yarısı 16p13.11'de (16p13.11; bir insan kromozomunun 16. kolu üzerinde yer alan spesifik bir bölgedir) bulunuyordu ve üç 16p13.11 silme işlemi de novo olarak doğrulanmıştır. Ek olarak, OKB'de büyük CNV'lerin genel de novo oranı %1,4 idi; bu oran, sağlıklı kontrollerde ve otizm spektrum bozukluklarında bulunan oranların ortasındadır. Doğum komplikasyonları gibi olumsuz perinatal olaylar ve stresli veya travmatik olaylar da dahil olmak üzere çok çeşitli çevresel faktörler, OKB için potansiyel risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Ancak çevre ile OKB arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ek olarak, genetik ve çevresel risk faktörlerinin endofenotipleri ve sonuçta OKB'yi etkilediği hücrel ve moleküler yolları dikkatli bir şekilde tanımlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. OKB'nin önlenmesi ve yönetimi için hassas veya kişiselleştirilmiş bir tıp yaklaşımı geliştirilecekse, ek genetik görüntüleme çalışmaları ve genom çapında çevresel etkileşim çalışmalarını içeren bu tür çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ergoterapi uygulamaları, engelli bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere yaklaşık seksen yıldır geliştirilmektedir. İlk yıllarda uygulama akıl hastanelerinde ve savaş sonrası rehabilitasyon tedavi atölyelerinde yapılmıyordu. Sağlık kurumları, okullar, işyerleri ve toplum da dahil olmak üzere birçok ortamdaki kişilerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde olgunlaşmıştır. Yakın zamana kadar, uygulama kalıpları ve ödeme mekanizmaları kurumsal bakıma daha fazla önem verilmesini zorunlu kılıyordu; burada ergoterapinin odağı genellikle kişilerin okupasyonel katılım ihtiyaçlarından ziyade katılım bileşenlerini ele alıyordu. Bu makalenin amacı, danışanların okupasyonel katılımlarını sınırlayan sorunların üstesinden gelmelerine yardımcı olarak, hedeflerine ulaşmalarını sağlama konusunda mesleğimizin benzersizliğini vurgulamaktır.

2.6. Nöromodülasyon ve Nöroşirürji

OKB tedavisinde nöromodülasyon yöntemleri arasında transkranial doğru akım stimülasyonu (tDCS), tekrarlayan transkranial manyetik stimülasyon (rTMS) ve derin beyin stimülasyonu (DBS) gibi hem invazif hem de non-invaziv teknikler bulunmaktadır (Senço et al., 2015; Lefaucheur et al., 2014). OKB'de tDCS ile ilgili çalışmalar umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. rTMS, başın üzerine yerleştirilen manyetik bir bobin tarafından indüklenen elektrik akımları yoluyla nöronal aktiviteyi modüle eden non-invaziv bir tekniktir. OKB için etkili olduğuna dair özellikle medial prefrontal korteksi ve anterior singulat korteksi hedef alan derin rTMS'nin önemli denemesinde giderek artan kanıtlar bulunmaktadır. DBS, komşu sinir devrelerini etkinleştirebilecek bir elektrotun beyin cerrahisi implantasyonunu içermektedir (Luis Lujan, 2008). Şiddetli dirençli OKB hastalarının yaklaşık %30-50'si bu farklı tedavilere yanıt verebilir.

OKB için ablatif beyin cerrahisi, iç kapsül, anterior singulat korteks ve subkaudat beyaz madde gibi birkaç farklı beyin yapısını hedeflemiştir. Tedavi edilemeyen OKB hastalarının yaklaşık %30-60'ı ameliyattan sonra semptomlarda önemli bir azalma elde edebilir.

2.7. Alternatif Tedaviler

OKB için bir dizi alternatif tedavi önerilmiştir. Bunlara yoga meditasyon teknikleri, farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi, fiziksel egzersiz ve akupunktur dahildir. Ancak bu tedavilerin rutin olarak kanıt dayalı müdahaleler olarak önerilebilmesi için daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır (Grant ve ark, 2006; Siev & Cohen, 2007).

2.8. Etkili Ergoterapi Uygulaması İçin Bir Bağlam

Ergoterapinin başlangıcında mental problemler etkili olmuştur. İlaçların mental hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlandığı dönemde, mental rahatsızlıklara sahip bireyler genellikle meşguliyet imkânları olmaksızın kurumlara kapatılıyordu. Bu durumda, tıp, nörobiyoloji, hemşirelik, sosyal hizmet ve mimarlık alanlarından profesyoneller, akıl hastanesi sakinlerinin anlamlı işlere ihtiyaç duyabileceklerine inanıyordu. Bu ortak ilgiyi paylaşan profesyoneller, okupasyonu

tedavi olarak kullanma fikriyle bir araya gelmiştir ve böylece ergoterapi mesleği doğmuştur (Christiansen, 1991).

Günümüzde, ergoterapi için önemli olan şey, sağlıklarını iyileştirmek için okupasyonu kullanan bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaktır. Okupasyon, kişinin kendi kendini yönlendiren yaşam aktiviteleriyle etkileşimini tanımlayan bir terimdir. Bir nörobiyolog, psikiyatrist ve ergoterapinin kurucusu olan Meyer A. (1922), "Occupation Therapy Philosophy" adlı eserinde bu kavramı açıklar.

Ergoterapi, insanların sağlıklarını geliştirmeleri ve sürdürmeleri sürecinde önemli bir rol oynar. Bu, kişilerin sağlıklı bir uyku ve uyanıklık döngüsüne, yeterli beslenmeye ve çalışma, oyun, dinlenme ve uyku gibi temel faaliyetlerin ritmine ulaşmalarını ve bunu sürdürmelerini gerektiren temel bir konu olarak görülür (Archives of Occupational Therapy, 1922). Okupasyon, insan deneyiminin merkezi bir yönü olarak kabul edilir ve her birey için kişisel rollerini, ifade etme ve gerçekleştirme ihtiyaçlarını karşılayan bir kavramdır (Wilcock, 1993).

Okupasyonun eksikliği alışkanlıklarda bozulmaya ve fizyolojik sorunlara yol açabilir, bu da günlük yaşamda etkin bir şekilde performans gösterme yeteneğini azaltabilmektedir (Reilly, 1962). Sağlık sistemi, kişilerin uzun vadeli sağlık ihtiyaçlarına odaklandıkça, okupasyonla ilgili konular sağlığın geliştirilmesi ve kronik engelliliğin oluşturduğu yükün azaltılması açısından merkezi hale gelir.

Toplum sağlığını desteklemek amacıyla, ergoterapinin tıbbi olarak desteklenen ve toplum tarafından değer verilen hayati bir hizmet olarak kalabilmesi için toplum sağlığı ihtiyaçlarını karşılayacak mekanizmaların oluşturulması önemlidir (Reilly, 1962). Bu mekanizmalar şu anda, büyük toplum sağlığı sistemleri tarafından hastalık yönetimi adı altında geliştirilmektedir.

2.8.1. Duyusal İşleme

Ayres (1972a) tarafından kavramsallaştırılan duyu bütünleme terapisi, özel duysal girdiler sağlayarak zorlu aktivitelerin kullanıldığı çoklu duysal ortamları içerir. Bu terapi, terapist rehberliğinde yapılan aktiviteler sırasında bireyin uygun tepkilerini teşvik eder ve beyinde duysal uyarıları daha normal bir şekilde işlemeye başlaması için tekrarlamayı vurgular (Ayres, 1958). Terapötik ilişki, ilerlemede anahtar rol oynar ve bireyin düzenli ve sakin bir duruma (regülasyonunu sağlamasına) ulaşmasına ve bunu sürdürmesine yardımcı olur. Duyusal uyaranlar ve

bilişsel stratejiler, bireyin dikkatini sürdürmesine, duygularını kontrol etmesine ve karmaşık motor becerilerini tamamlamasına destek olmak için kullanılır. Etkinlikler, görsel, işitsel, koku alma, tat alma gibi duyuşal girdileri birleştirek bireyin iç güdüsünü harekete geçirecek şekilde tasarlanır. Bu terapinin, normal tepkilerin tekrarıyla yeni sinir yolları oluşturduğu ve doğal dünya ortamlarında başarılı katılım için bir platform sağladığı varsayılır (Hebb, 1949; Ayres, 1958).

2.8.2. Erken Klinik Alan

Duyusal entegrasyon bozukluğu/SPD ilk kez Ayres (1972a) tarafından klinik bir durum olarak tanımlanmıştır. Ayres, duyuşal entegrasyonu "duyuşal bilginin kullanım için organizasyonu" olarak tanımlamıştır; "kullanım", duyuşal girdiden sonra üretilen davranışlara, motor yeteneklere ve diğer karmaşık işlevsel tepkilere atıfta bulunmaktadır. Ayres'in duyuşal entegrasyon anlamı, günlük rutinler ve aktiviteler sırasında (örneğin, sahilde çıplak ayakla yürümekten keyif almak, bisiklete binmek) çoklu duyuşal yöntemlerden gelen bilgiyi işleme yeteneği ile ilgilidir. Bu nedenle, ergoterapistler tarafından tanımlandığı şekliyle duyu bütünleme, kişinin sabahları giyinmek, oyun alanı ekipmanlarında oynamak, takım sporlarına katılmak veya bir doğum günü partisine katılmak gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneği için kritik öneme sahiptir. Çoğu zaman klinik durumdaki problemler kaygı, saldırganlık ve dikkatsizliği içeren duyuşal ve davranışsal belirtiler olarak ortaya çıkar (Ayres, 1963). Ayres teorisini öğrenme güçlüğü olan çocuklara odakladı ancak yapıların başka durumlara da uygulanabileceğini kaydetmiştir (Ayres ve Tickle, 1980). Onun 1988'deki vefatından bu yana, klinisyenler duyu bütünleme terapisini çok çeşitli bozukluklarda kullanmışlardır. Bununla birlikte, 1999'dan önceki tedavi araştırmaları, hem ortaya çıktığı ergoterapi alanı içinde (Polatajko ve diğerleri, 1992; Wilson ve diğerleri, 1992; Vargas ve Camilli, 1999) hem de ergoterapi alanı dışında, metodolojik titizlik eksikliği nedeniyle geniş çapta eleştirilmiştir (Taft, 1972; Denhoff, 1981; Schaffer, 1984; Arendt ve diğerleri, 1988). Ayres'in orijinal yazılarından sonra ve 1999'dan önce, hakemli literatürde durumun geçerliliği ve tedavi yaklaşımının etkinliği ile ilgili güçlü ampirik kanıtlar mevcut değildi (Miller ve ark., 2007a).

2.8.3. Klinik Teoriyle İlişkili Yapılar

Ayres'in teorileri ve sinirbilimdeki MSI (çoklu duyuşal entegrasyon) ile ilgili teorik temeller, büyük ölçüde aynı erken dönem sinirbilim araştırmalarına dayanmaktadır. Ayres, tek sistemli duyuşal araştırmaların beynin çalışma şeklini yansıtmadığı fikrini onaylamıştır. Onun teorisi, duyuşal sistemlerin her deneyimi anlamlandırmak için neredeyse anında etkileşime girdiğı ve bunun birden fazla duyuş sisteminden gelen bilgilerin bilinçaltı entegrasyonunu gerektirdiğı inancı üzerine inşa edilmiştir (Ayres, 1958, 1961). “Duyuşal entegrasyon, tüm bireysel duyuşal girdileri sıralar, düzenler ve sonunda tüm beyin fonksiyonunda bir araya getirir” (Ayres, 1979, s. 28).

Ayres'in teorisinin, kendi zamanının nörobilim doktrinine dayanan kısa bir incelemesi, teorisinin beş temel yapısını öne sürmektedir; üçü teşhisle ve ikisi müdahaleyle ilgilidir. Teorik sentezi, SPD'li çocukların beyin fonksiyonunun normal olmadığı ve çocuğun altta yatan eksikliklerinin anlaşılmasıyla uygun tedavi yaklaşımlarının tasarlanabileceğı temel varsayımı üzerine formüle edilmiştir (Ayres, 1975). Buna ek olarak, müdahale modelini geliştirirken, büyüme, gelişme ve öğrenme için gerekli olan çoklu duyuşal fonksiyonların karmaşık iç içe geçmesinin anlaşılmasıyla ilgili bilgi tabanını geliştirmeyi umuyordu.

2.8.4. MSI (Çoklu Duyuşal Entegrasyon) ve Plastisite

Kanıtlar, çevre ile etkileşimlerin MSI'yi değıştirdiğini ve plastisitenin yaşam boyu devam edebileceğini göstermektedir. Örneğın, bireyler görsel görüntüyü ters çeviren optik lensler taktıklarında, bir süre sonra görüntü sağ tarafı yukarıda olarak algılanır (Kohler, 1962). Çalışmalar aynı zamanda yaşlı yetişkinlerde tek duyuşal eksiklikler belirgin olmasına rağmen çoklu duyuşal uyaranların sunulmasının belirli görevlere tepki süresini iyileştirebileceğini de göstermektedir (Laurienti ve diğeri, 2006). Dış mekânda kişinin bedeninin algısını oluşturmak, çevreyle etkili etkileşim için gereklidir. Vücudun bir temsilini oluşturmak için beyin hem vücudun etrafındaki alan hem de ötesindeki alanla ilgili olan çoklu mekânsal referansları kullanır (Maravita ve diğeri, 2003). MSI dinamiktir ve birey çevreyle etkileşime girdikçe otomatik olarak ve sürekli olarak değışir (Holmes ve Spence, 2004). Örneğın, bir aletin (örneğin çekiç) kullanılması kişinin kişisel alanını genişletir. Bu çalışmalar beynin sürekli olarak çevresel bilgiyi bağlamsal olarak koordineli ve uyarlanabilir bir

şekilde kullandığını göstermektedir. Ayres, SPD'yi çocukların yakın alanlarını ve çevrelerindeki alanı yanlış algıladıkları bir vücut şeması bozukluğu olarak kavramsallaştırmıştır. “Duyu bütünleme yaklaşımına” dayanan terapinin, çoklu duyu sistemlerinden gelen mekansal algıları normalleştireceğine ve günlük yaşam aktivitelerine başarılı katılıma katkıda bulunacağına inanıyordu (Ayres, 1975).

2.8.5. Duyusal Baskınlık

Son çalışmalar duyu baskınlığının davranışsal düzeyde çok yönlü olduğunu ileri sürmektedir. Duyusal baskınlık hem yetişkinlerde hem de 4 aylıktan küçük bebeklerde incelenmiştir (Lewkowicz, 2000, 2003). Duyusal uyarıların uzaysal ve zamansal yönleri son derece önemli olmakla birlikte, duyu baskınlık yalnızca duyu bilginin doğası gereği uzaysal veya zamansal olmasına bağlı değildir; daha ziyade görevin veya bağlamın belirli yönlerine ve aynı zamanda kişinin önceki duyu deneyimlerine uyarlanabilir. Bazı durumlarda baskınlık, duyu bilgiyi tespit etmede duyu yöntemlerden hangisinin en doğru olduğunun bir fonksiyonudur. Bu tür baskınlığa modaliteye uygun baskınlık adı verilmektedir. Örneğin, yetişkinlerde görsel sistemin yönü tahmin etme/algılamada daha hassas olduğu gösterilmiştir ve genellikle uzaysal görevlerde baskınken, işitsel sistemin zamansal görevlerde baskın olduğu düşünülmektedir (Alais ve Burr, 2004).

Algı ve davranış, çoklu duyu uyarıların özelliklerinin yanı sıra bireysel duyu sistemlerinin özelliklerinden de etkilenir. Ayrıca, son araştırmalar MSI'nin istatistiksel olarak optimal olduğunu ve hayvanların ve insanların davranış kalıplarının Bayesian-optimal stratejileri izlediğini öne sürmektedir (Knill ve Pouget, 2004).

Toplu olarak araştırmalar, CNS'nin esnek olduğunu ve sürekli ve hızla değişen çevre nedeniyle bireyin ihtiyaçlarına uyum sağladığını göstermektedir. Benzer şekilde, Ayres (1972b), SPD'li çocukların kalıcı ve problemlili bir belirtisinin, hızla değişen duyu ortamlara otomatik olarak uyum sağlamadaki bozukluk olduğunu belirtmiştir.

2.8.6. Duyu Bütünleme: Teori, Değerlendirme ve Tedavi

Duyu bütünleme, bir kişinin davranışlarını anlamamıza yardımcı olan bir yaklaşımdır. Örneğin, bir kişinin kıyafet etiketlerinden rahatsızlık duyması, belirli

dokudaki yiyecekleri yememesi veya kalabalık ortamlarda ayakta durmakta zorlanması gibi durumları açıklayabilir. Duyu bütünleme teorisi, davranışsal belirtilerin altta yatan duyuşal işleme ile ilişkili olduğunu vurgular. Motor planlama yeteneğinin dokunsal-kinestetik bilginin yeterli düzeyde işlenmesine bağlı olduğu düşünülür. Beyin, bu bilgiyi işleyerek motor planlama için gerekli olan bir iç model veya vücut şeması oluşturur. Dokunsal-kinestetik bilginin işlenmesindeki bir bozukluk, motor planlamada bozulmaya (dispraksi) neden olabilir. Aynı şekilde, giysilerdeki etiketler veya yiyeceklerin belirli dokuları gibi duyuşal rahatsızlıklar, duyuşal girdilere verilen tepkilerin aşırı veya az duyarlı olduğu bir süreklilik içinde değerlendirilir. Dokunsal savunma ve yerçekimsel güvensizlik gibi durumlar bu sürekliliğin aşırı duyarlı ucunu temsil eder.

Duyu bütünleme teorisi, 1960'larda A. Jean Ayres tarafından öğrenme güçlüğü olan veya minimal beyin fonksiyon bozukluğu yaşayan çocuklara yönelik geliştirilmiştir (Ayres, 1972b). O zamandan bu yana, otizm, zeka geriliği, prematürite ve serebral palsi gibi diğer pediatrik tanı gruplarına da uygulanmıştır (Fisher ve Murray, 1991). Ayrıca, şizofreni ve diğer mental rahatsızlıklar (Riggan, 1983), düşük başarılı üniversite öğrencileri (Angelo, 1980), mental retardasyon (Mason ve Iwata, 1990; Wells ve Smith, 1983) ve geriatri (Breines, 1988) gibi yetişkin popülasyonlarında da uygulanmaktadır.

Duyu bütünleme, uyarlanabilir davranışlar üretmek için duyuşal girdileri tanıma, değiştirme ve farklılaştırma sürecidir. Mumpuniarti'ye (2015) göre, duyuşal sistemlerin doğru şekilde çalışması için organize edilmesi veya birbirine bağlanması, beynin bilgiyi doğru bir şekilde yorumlamasını sağlar. Duyu bütünleme kavramı, ergoterapistler tarafından geliştirilmiş olup, dünya çapında ergoterapi mesleğinde önemli bilgi ve beceriler kazandırmıştır.

Jean Ayres (1972), duyu bütünlemeyi vücudun çevreden gelen duyuşal düzenleyen ve bedeninin çevreyle etkili bir şekilde etkileşime girmesini mümkün kılan nörolojik bir süreç olarak tanımlar. Çoğu insan, yuvarlanma, sürünme, yürüme ve oyun oynama gibi normal gelişim aşamalarında duyuşal bütünlemenin gelişimini deneyimler. Ancak bazı bireylerde bu bütünleme yeterince gelişmez ve bu durum, çocuklarda hareket sorunlarıyla ilişkilidir. Bu sorunlar, duyuşal işleme bozuklukları olarak bilinir ve 5 temel duyunun yanı sıra propriosepsiyon, vestibüler ve interoseptif duyuşal da kapsar.

Toplamda 8 duyuşal sistem Şu Őekildedir: Görme, işitme, tat alma, koklama, dokunma (taktil), propiosepsiyon, vestibüler sistem ve interosepsiyon.

2.8.7.1. Görme Duyusu. Görme duyusu, çocukların motor geliŐiminin ana kilometre taŐıdır ve tüm gelişim alanlarında önemli bir rol oynar. Görme, rengi, ıŐıŐı, hareketi, konumu, beden dilini, yüz ifadelerini ve önündeki tehlike olasılıŐını yorumlar. Görme sistemi, 9 göz oküler sistemi ve beyne algısal bir sisteme baŐlanan göz kaslarından oluşur. Bu sistemi 0-10 ay arası çocuklar yaşamaktadır.

2.8.7.2. İŞitme Duyusu. İŞitme duyusu, sesin dış kulaŐa girip kanala yürümesi ve kulak zarını titreŐtirmesi sürecidir. TitreŐimler zincirleme reaksiyonlara dönüŐtürülerek i kulaŐa (salyangoz, yarım daire, kanal ve işitme siniri) iletilerek ses titreŐimlerinin beyne ulaŐtırılması saŐlanır. 7-10 aylık çocuklar görünmeyen seslere tepki verirler. 11-15 ay arası çocuklar nesneyle ilgili duymaya baŐlarken, bazı seslerden mutlu olurlar ve taklit etmeye çalışırlar. Ancak, çeşitli olumsuz tepkiler (Çok, güvensizlik, reddedilme, öfke, üzüntü veya kafa karıŐıklıŐı) gibi durumlar da ortaya çıkabilir. Ebeveynlerin bu tepkilere yönelik düşünce ve yaklaşımları, işitme engelli bir çocuğun geleceği ve eğitimi konusunda stres yaşamalarına neden olabilir. Ailenin bu süreçteki stresi, çocuğun geliŐimi üzerinde etkili olabilir.

2.8.7.3. Tat Alma Duyusu. Tat sistemi, tat alma duyusunu ifade eden duyuşal bir sistemdir. Tat alma sistemi daha çok tat kelimesine veya duyuşal ağız sistemine veya tat sistemine atıfta bulunur. Duyarlılık belirtileri arasında; Dış firalarken hassas olmak (aşırı duyarlı), belirli gıdalara karşı hassas olmak (aşırı duyarlı), yiyecekleri çiğnemek ve kalem, kıyafet çiğnemek gibi dokuları keŐfetmek, çoğu zaman salyaları akmak ve sevgi dolu olmak (ısırmak) veya dıŐŐiye gitmekten güçlü bir korku duymak.

2.8.7.4. Koklama Duyusu. Koku alma sistemi, günlük aktiviteler sırasında otomatik olarak çalıŐan koku alma duyusuyla yakından ilişkilidir. Örneğin, yemek yerken önce yemeğin kokusunu alırız. EĞer güzel kokuyorsa, onu denemeye eğilimli

oluruz. Ancak kötü kokuyorsa, hoşumuza gitmeyeceğine ya da yemenin tehlikeli olabileceğine dair bir uyarı alırız.

2.8.7.5. Dokunma (Taktil) Duyusu. Dokunma (taktil) duyusu, deriden gelen bilgileri algılayarak çevremizle olan etkileşimlerimizi yönlendiren bir sistemdir. Bu duyu, sıcaklık, basınç, ağrı ve dokunma gibi dışsal uyaranları tanıyarak, bedenimizin sınırlarını ve çevremizdeki nesnelere anlamamıza yardımcı olur. Dokunma duyusunda yaşanan sorunlar, bireylerin dış dünya ile olan bağlantılarını olumsuz etkileyebilir ve bu da motor beceriler ve günlük aktivitelerde zorluklara yol açabilir.

2.8.7.6. Proprioseptif Duyu. Proprioseptif sistemin görevi, kaslar, bağlar ve eklemler aracılığıyla vücudun konumu hakkında bilgi almak ve bu sayede sağlıklı bir duyu ve denge sağlamaktır (Blythe, 2017). Organlarımızda ve eklemlerimizde; beynimize vücut bölümlerimizin nerede olduğunu söyleyen küçük duyu reseptörleri bulunur. Beyin, bu bilgiyi vücudumuzu koordine etmek ve hareketleri planlamak için kullanır. Örneğin, birisi kaşığı ağzına götürdüğünde, kaşığın nerede olduğunu görmek için kaşığa bakmasına gerek kalmaz. Proprioseptif sistem sayesinde beyin bu bilgiye ulaşır ve kaşığı ağzımıza doğru bir biçimde götürmemizi sağlar.

2.8.7.7. Vestibüler Duyu. Vestibüler sistem, iç kulakta bulunan ve sıvı dolu küçük kanallardan oluşan bir duyu organıdır. Başımızı her hareket ettirdiğimizde bu sıvı hareket eder. Vestibüler sistem, hareket, yerçekimi ve denge hakkında bilgi sağlar. Bu reseptörler, beynimizin hareketleri planlaması ve dengeyi korumamıza yardımcı olması açısından önemlidir (Blythe, 2017).

2.8.7.8. İnteroseptif Duyu. İnteroseptif duyu, bedenin içsel durumlarına dair farkındalığını ifade eder. Bu sistem, açlık, susuzluk, kalp atışı, solunum ve sindirim gibi bedensel süreçleri algılamayı sağlar. İnteroseptif duyunun işleyişindeki aksaklıklar, bireyin bu içsel sinyalleri tanıma ve uygun tepkiler verme becerisini zorlaştırabilir, bu da günlük yaşamı olumsuz etkileyebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Parlak Hayat Psikolojik Danışmanlık Merkezinde Ekim 2023 ve Nisan 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın güç analizi, G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak yapıldı. Literatür bilgisine dayanarak, en basit grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar için $\alpha=0,05$ seviyesinde ve 0,80 istatistiksel güçle belirlenen etki büyüklüğüne göre, ihtiyaç duyulan toplam örneklem büyüklüğü 26 birey olarak hesaplandı. Bu bireyler, randomize kontrollü olarak 26 birey OKB tanılı (grup 1) ve 26 birey OKB tanılı olmayan (grup 2) olacak şekilde belirlendi (Istvan ve ark., 2020).

3.2.1. OKB Tanılı Bireyler (Grup 1)

Dahil Edilme Kriterleri:

DSM-5 kriterlerine göre OKB tanısı almış olması,

Okur-yazar olması

Klinik durumunun stabil olması

Hariç Tutulma Kriterleri:

Üst ekstremitte disfonksiyonuna, mental retardasyona ve görme problemine sahip olması

Klinikte yatışının olması

3.2.2. OKB Tanılı Olmayan Bireyler (Grup 2)

Dahil Edilme Kriterleri:

Okur-yazar olması

Hariç Tutulma Kriterleri:

Üst ekstremitte disfonksiyonuna, mental retardasyona, psikiyatrik tanısının olması ve görme problemine sahip olması

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formunda cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, kimlerle yaşadığı, ailede herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı, sigara, madde ve ilaç kullanımı ve günlük yaşam-iş ve üretici-serbest zaman aktiviteleri hakkında sorular sorulmuştur.

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda herhangi bir kimlik bilgisi istenmemiştir.

3.3.2. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili

Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (Brown& Dunn), 2002 yılından beri kullanılan standardize bir testtir. Brown ve Dunn tarafından geliştirilen bu test, 60 maddeden oluşur ve 6 duyu modelini değerlendirir. Test, tat/koku, hareket, görsel, dokunma, işitsel gelişim ve aktivite seviyesi olmak üzere 6 farklı duyu uyarımına karşı oluşan cevabı inceler. Dunn'ın Duyu İşleme Teorisine dayalı olarak dört alt skaladan oluşur:

Duyusal hassasiyet,

Duyusal kaçınma,

Düşük kayıt

Duyusal arayış.

Bu değerlendirme, 11 yaş ve üstü adolesanlar ve yetişkinler için kullanılır (Brown & Dunn, 2002). Adolesan/Yetişkin Duyu Profiline Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2015 yılında Fzt. Merve Şuay Aydın tarafından yapılmış ve geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu açıklanmıştır (Aydın, 2015).

3.3.3. Loewinstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA)

Loewinstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA), bireylerin bilişsel yeteneklerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir testtir. Test, 22 maddeden oluşur ve 2 madde oryantasyon, 6 madde görsel-uzaysal algı, 7 madde görsel-motor organizasyon, 6 madde düşünme becerileri ve 1 madde dikkat olmak üzere beş farklı alanda performansı ölçer (Katz ve Ark., 1989).

3.3.4. İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST)

İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı, (MOHOST) 24 madde ve 6 alan (aktivite-rol için motivasyon (irade), aktivite-rol paterni (alışkanlık), iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor beceriler ve çevre) ile ilgili bilgi sağlayarak, kişilerin aktivite katılımını etkileyen kişisel ve çevresel faktörlere genel bir bakış sunar. Her bir maddede yer alan faktör, çalışmacı tarafından gözlem, görüşme, personel raporları ve yaptığı diğer değerlendirmelerden elde ettiği bilgilerle 1-4 puan aralığında değerlendirilir (K= Aktivite-Rol Katılımını Kolaylaştırır, S = Aktivite-Rol Katılımını Sağlar, E = Aktivite-Rol Katılımını Engeller, K1 = Aktivite Rol Katılımını Kısıtlar).

Düşük puan, aktivite katılımının engellendiğini, yüksek puan ise kolaylaştığını ifade eder. Kielhofner tarafından erişkin psikiyatri servislerini kullanan 1039 kişi ile gerçekleştirilen psikometrik çalışmada, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. Türkçe versiyon çalışması Zakarneh tarafından yapılmıştır (Zakarneh, 2015).

3.4. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada elde edilen verilerin analizi, SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkilerin belirlenmesi ve gruplar arası farkların ortaya konması amacıyla çeşitli istatistiksel testler uygulanmıştır. Verilerin analizine başlamadan önce, normallik varsayımının test edilmesi ve uygun istatistiksel yöntemlerin seçilmesi amacıyla gerekli testler yapılmıştır.

3.4.1. Normallik Testleri

Verilerin normalliğini belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Bu test, verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için kullanılmış olup, $p > 0,05$ olması durumunda verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. Normallik varsayımını sağlayan veriler için parametrik testler, normallik göstermeyen veriler için ise non-parametrik testler tercih edilmiştir. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ve Aktivite Seviyesi alt boyutlarının normal

dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Diğer alt boyutlar için normallik sağlanmamıştır, bu nedenle non-parametrik testler kullanılmıştır.

3.4.2. Gruplar Arası Karşılaştırmalar

OKB tanılı olan ve OKB tanılı olmayan grupların ilgili ölçek ve alt boyutlar üzerindeki performanslarının karşılaştırılması için:

Bağımsız Örneklem t-Testi: Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda OKB tanılı olan (grup 1) ve OKB tanılı olmayan (grup 2) arasındaki ortalama farklarını karşılaştırmak için kullanılmıştır.

Mann-Whitney U Testi: Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda gruplar arası farkları belirlemek için kullanılmıştır.

Bu testler sonucunda elde edilen p-değerleri, istatistiksel anlamlılık düzeyinin $p<0,05$ olarak kabul edilmesiyle değerlendirilmiştir.

3.4.3. Alt Boyutlar Arası İlişkiler

Çalışmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla:

Pearson Korelasyon Analizi: Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda iki sürekli değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek için kullanılmıştır.

Spearman Sıralı Korelasyon Analizi: Verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda iki sürekli değişken arasındaki sıralı ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek için kullanılmıştır.

3.4.4. Sonuçların Yorumlanması

Elde edilen bulgular, literatürle karşılaştırılarak değerlendirilmiş ve sonuçların klinik anlamı üzerinde durulmuştur. Bulgular, çalışmanın hipotezleri doğrultusunda yorumlanmış ve bu çalışmanın mevcut bilgi birikimine nasıl katkıda bulunduğu

tartışılmıştır. Örneğin, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı alan bireylerin duyusal işleme, bilişsel işlevleri ve okupasyonel katılımında OKB tanılı olmayan bireylere göre belirgin farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, OKB'nin duyusal işleme, bilişsel süreçler ve okupasyonel katılımın bireyin hayatının üzerindeki etkilerini anlamada önemli ipuçları sunmaktadır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Kadın (n=42)		Erkek (n=10)		Toplam (n=52)		χ^2	P
		n	%	n	%	n	%		
Medeni Durum	Bekar	22	52,4	3	30,0	25	48,1	3,65	0,301
	Evli	16	38,1	7	70,0	23	44,2		
	Boşanmış	2	4,8	-	-	2	3,8		
	Ayrı Yaşıyor	2	4,8	-	-	2	3,8		
Eğitim Durum	İlkokul Mezunu	3	7,1	-	-	3	5,8	0,84	0,838
	İlköğretim/Ortaokul Mezunu	3	7,1	1	10,0	4	7,7		
	Lise Mezunu	9	21,4	2	20,0	11	21,2		
	Yüksekokul/Üniversite Mezunu	27	64,3	7	70,0	34	65,4		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	24	57,1	9	90,0	33	63,5	3,76	0,052
	Çalışmıyor	18	42,9	1	10,0	19	36,5		
Kiminle Yaşıyor	Tek	2	4,8	-	-	2	3,8	0,89	0,826
	Ailesi	27	64,3	6	60,0	33	63,5		
	Arkadaş	5	11,9	2	20,0	7	13,5		
	Eşi/Sevgilisi	8	19,0	2	20,0	10	19,2		
Ailede psikiyatrik hastalık	Kendisi	29	69,0	9	90,0	38	73,1	1,80	0,179
	Ailesi	13	31,0	1	10,0	14	26,9		
Sigara/Madde	Var	17	40,5	3	30,0	20	38,5	0,37	0,541
	Yok	25	59,5	7	70,0	32	61,5		
İlaç Kullanımı	Var	19	45,2	7	70,0	26	50,0	1,98	0,159
	Yok	23	54,8	3	30,0	26	50,0		
Görünüşe İlgili	Gösterir	39	92,9	9	90,0	48	92,3	0,09	0,761
	Göstermez	3	7,1	1	10,0	4	7,7		

Tablo 4.1 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (devamı)

Acıktığında Yemek	Her acıktığında yemek yer	3788,1880,0	45	86,50,454	0,501				
	Yoksa Hazırlıyor	5	11,9	2	20,0	7	13,5		
Banyo Sıklığı	Düzenli Banyo	3583,3	8	80,0	43	82,7			
	Gereğinden Az	2	4,8	1	10,0	3	5,8	0,421	0,811
	Gereğinden Fazla	5	11,9	1	10,0	6	11,5		
Diş Fırçalama	Düzenli Diş Fırçalama	36	85,7	7	70,0	43	82,7	1,394	0,498
	Gereğinden Az	2	4,8	1	10,0	3	5,8		
	Gereğinden Fazla	4	9,5	2	20,0	6	11,5		
Alışveriş	Yapar	37	88,1	8	80,0	45	86,5	0,454	0,501
	Yapmaz	5	11,9	2	20,0	7	13,5		
Araba Kullanımı	Kullanır	30	71,4	5	50,0	35	67,3	1,685	0,194
	Kullanmaz	12	28,6	5	50,0	17	32,7		
Bakım Verilen Birey	Var	1	2,4	-	-	1	1,9	0,243	0,622
	Yok	41	97,6	10	100,0	51	98,1		
Evde Geçim Sağlayan	Kendisi	23	54,8	4	40,0	27	51,9	0,705	0,401
	Başkası	19	45,2	6	60,0	25	48,1		
Gönüllü Katılım Gösterilen Organizasyon	Var	1	2,4	-	-	1	1,9	0,243	0,622
	Yok	41	97,6	10	100,0	51	98,1		
İlgilenilen ve Araştırma Yapılan Alan	Var	3	7,1	2	20,0	5	9,6	1,536	0,215
	Yok	39	92,9	8	80,0	47	90,4		
Uzman Olduğu Alanda Çalışıyor mu?	Evet	19	45,2	5	50,0	24	46,2	0,074	0,786
	Farklı Analda Çalışıyor	23	54,8	5	50,0	28	53,8		
Arkadaş/ Arkadaş Grubu	Var	29	69,0	5	50,0	34	65,4	1,295	0,255
	Yok	13	31,0	5	50,0	18	34,6		
Aile İle Vakit	Geçiriyor	31	73,8	5	50,0	36	69,2	2,149	0,143
	Geçirmiyor	11	26,2	5	50,0	16	30,8		
Yürüyüş/Ulaşım	Kısa Mesafede Yürüyüş	39	92,9	9	90,0	48	92,3	0,093	0,761
	Araç	3	7,1	1	10,0	4	7,7		

Ki-Kare analizi, Anlamlılık düzeyi: $p < 0,05$

Tablo 4.1’de, çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması değerlendirildiğinde OKB’li grubun yaş ortalamasının 25,84; OKB’li olmayan grubun ise 31,73 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %48,1’i (n=25) bekar, %44,2’si (n=57) evli bireylerden oluşmaktadır. Bireylerin %65,4’ünün (n=34) eğitim durumu yüksekokul veya üniversite mezunu iken, %21,2’si (n=11) lise mezunudur.

Bireylerin %63,5'i (n=33) çalışırken, %36,5'i (n=19) çalışmamaktadır. Bireylerin %63,5'i (n=33) ailesiyle yaşarken, %32,7'si (n=17) arkadaşlarıyla veya yalnız yaşamaktadır. Bireylerin %73,1'inin (n=33) psikiyatrik hastalığı kendisinde bulunurken, %29,6'sının (n=14) ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Bireylerin %61,5'i (n=32) sigara veya madde kullanmazken, %38,5'i (n=20) sigara veya madde kullanmaktadır. Bireylerin %50 si (n=26) ilaç kullanırken, %50,0'si (n=26) ilaç kullanmamaktadır. Bireylerin %92,3'ü (n=48) görünüşüne ilgi gösterirken, %7,7'si (n=4) görünüşüne ilgi göstermemektedir. Bireylerin %86,5'i (n=45) her acıktığında yemek yerken, %13,5'i (n=7) acıktığında yemek yoksa hazırlamaktadır. Bireylerin %82,7'si (n=43) düzenli olarak banyo yaparken, %11,5'i (n=6) gereğinden fazla banyo yapmaktadır. Bireylerin %82,7'si (n=43) düzenli olarak diş fırçalarken, %11,5'i (n=6) gereğinden fazla diş fırçalamaktadır. Bireylerin %86,5'i (n=45) alışveriş yaparken, %13,5'i (n=7) alışveriş yapmamaktadır. Bireylerin %98,1'inin (n=51) bakım verdiği birey bulunmazken, %1,9'unun (n=1) bakım verdiği birey bulunmaktadır. Bireylerin %51,9'u (n=27) evde geçimi kendisi sağlarken, %48,1'i (n=25) evde geçimi başkası sağlamaktadır. Bireylerin %98,1'inin (n=51) gönüllü katılım gösterilen organizasyonu yokken, %1,9'unun (n=1) gönüllü katılım gösterilen organizasyonu bulunmaktadır. Bireylerin %90,4'ünün (n=47) ilgilenilen ve araştırma yapılan alanı yokken, %9,6'sının (n=5) ilgilenilen ve araştırma yapılan alanı bulunmaktadır. Bireylerin %53,8'i (n=28) uzman olduğu alanda çalışmazken, %46,2'si (n=5) uzman olduğu alanda çalışmaktadır. Bireylerin %65,4'ünün (n=34) arkadaşı veya arkadaş grubu varken, %34,6'sının (n=18) arkadaşı veya arkadaş grubu yoktur. Bireylerin %69,2'si (n=36) ailesi ile vakit geçirirken, %30,8'i (n=16) ailesi ile vakit geçirmemektedir. Bireylerin %92,3'ü (n=48) kısa mesafe yürüyüş yaparak ulaşımı sağlarken, %7,7'si (n=4) araç ile ulaşım sağlamaktadır.

Tablo 4.2 Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normallik Analizi

	n	Minimum	Maksimum	$\bar{x} \pm SD$	Test İstatistiği	p
Adolesan/ Duyu Profili Ölçeği	52	121	228	166,44±18,00	0,108	0,192
Tat Alma/Koklama İşlemi	52	15	30	22,15±3,11	0,135	0,019
Hareketsel İşlem	52	14	31	21,34±3,48	0,096	<0,001
Görsel İşlem	52	21	44	28,26±3,81	0,152	0,004
Dokunma İşlemi	52	26	43	35,71±4,50	0,156	0,003
Aktivite Seviyesi	52	17	43	26,98±5,48	0,068	0,200
İşitsel İşlem	52	18	43	31,98±5,16	0,124	0,043
A.Duyusal Kaçınma	52	28	58	44,76±8,21	0,105	0,200
B.Duyusal Arayış	52	26	58	40,42±8,49	0,142	0,010
C.Düşük Kayıt	52	17	59	34,96±6,37	0,125	0,043
D.Duyusal Hassasiyet	52	28	64	46,28±10,63	0,165	<0,001

Kolmogorov Smirnov

Tablo 4.2’de çalışmaya dahil edilen bireylerin Adolesan/Yetişkin duyu profili ölçeği ve alt boyutları ve alt skalalarının değerleri için Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Adolesan Duyusal İşleme Becerisi ve Aktivite Seviyesi alt boyutunun normal dağılım gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$).

Diğer alt boyutlar ise normal dağılım göstermemiştir:

Tat Alma/Koklama İşlemi ($p=0,019$),

Hareketsel İşlem ($p<0,001$),

Görsel İşlem ($p=0,004$),

Dokunma İşlemi ($p=0,003$),

İşitsel İşlem ($p=0,043$).

Bu sonuçlar, Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeğinin genel olarak normal dağılım gösterdiğini, ancak bazı alt boyutlarda verilerin normal dağılımdan saptığını göstermektedir.

Yapılan analiz sonucunda alt skalalarda ise Duyusal Kaçınma alt skalasının normal dağılım gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$). Ancak, diğer alt skalalar için normallik sağlanmamıştır:

Duyusal Arayış ($p=0,010$),

Düşük Kayıt ($p=0,043$),

Duyusal Hassasiyet ($p<0,001$).

Bu sonuçlar, Duyusal Kaçınma alt skalasının normal dağılım gösterdiğini, ancak diğer alt skalaların normal dağılımdan sapma eğiliminde olduğunu göstermektedir.



Tablo 4.3 Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye Göre Karşılaştırılması

	Grup (n=26) $\bar{x} \pm SD$	1 Grup (n=26) $\bar{x} \pm SD$	2 Test İstatistiği	p
Adolesan Duyu Profili Ölçeği	174,88±14,67	158,00±17,25	t=-3,801	<0,001*
Tat Alma/Koklama İşlemi	21,11±2,47	23,19±3,38	Z=-2,465	0,014
Hareketsel İşlem	23,15±2,64	19,53±3,31	Z=-4,319	<0,001
Görsel İşlem	28,69±3,24	27,84±4,33	Z=-1,446	0,148
Dokunma İşlemi	37,38±4,30	34,03±4,12	Z=-2,875	0,005
Aktivite Seviyesi	29,61±4,55	24,34±5,12	t=-3,917	<0,001*
İşitsel İşlem	34,92±3,73	29,03±4,74	Z=-4,810	<0,001
A.Duyusal Kaçınma	50,50±5,96	39,03±5,82	t=-7,010	<0,001*
B.Duyusal Arayış	33,19±4,28	47,65±4,48	Z=-6,066	<0,001
C.Düşük Kayıt	37,07±4,41	32,84±7,35	Z=-3,277	<0,001
D.Duyusal Hassasiyet	54,11±7,41	38,46±6,94	Z=-5,103	<0,001

Mann Whitney U, *Independent Samples T Test, Anlamlılık Düzeyi p<0,05

Tablo 4.3'te bireylerin Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ve alt boyutlarının ve alt skalalarının grup 1 ve grup 2'nin karşılaştırılması Mann Whitney U ve Independent Samples T testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde; bireylerin adolesan duyuşal işleme becerileri ve alt boyutlarının grup 1 ve grup 2'nin karşılaştırılması sonucunda Adolesan Duyusal İşleme Becerileri, Tat Alma/Koklama İşlemi, Hareketsel İşlem, Dokunma İşlemi, Aktivite Seviyesi ve İşitsel İşlem alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Bu farklar, Grup 1'i OKB tanımlı bireylerin bu alanlarda OKB tanımlı olmayan bireylere göre duyuşal işleme açısından daha düşük performans olarak farklılıklar sergilediğini göstermektedir. Ancak, Görsel İşlem alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Z=-1,446, p>0,05).

Yapılan analizde; bireylerin Duyusal Kaçınma, Duyusal Arayış, Düşük Kayıt ve Duyusal Hassasiyet alt skalalarında ise Grup 1 ve Grup 2'ye göre karşılaştırılması sonucunda adolesan duyuşal işleme becerisi alt skalalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Bu sonuçlar, Grup 1'in bu alt skalalarda Grup 2'ye göre belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle Duyusal Kaçınma ve Duyusal Hassasiyet

skalalarında Grup 1 daha yüksek puan almış, Duyusal Arayış alt skalasında ise daha düşük puanlar elde edilmiştir.



Tablo 4.4 Loewenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Aracı (LOTCA) ve Alt Boyutlarının Normallik Analizi

	n	Minimum	Maksimum	$\bar{x} \pm SD$	Test İstatistiği	p
LOTCA Ölçeği	52	82	103	93,11±6,91	0,148	0,006
Oryantasyon	52	5	8	7,17±1,02	0,311	<0,001
Görsel Algılama	52	13	16	15,25±0,92	0,311	<0,001
Uzaysal Algılama	52	2	4	3,53±0,61	0,372	<0,001
Motor Praksis	52	8	12	11,50±0,85	0,375	<0,001
Görsel-Motor Organizasyon	52	20	28	25,71±2,07	0,233	<0,001
Düşünme Yeteneği	52	21	31	26,76±3,17	0,163	<0,001
Dikkat ve Konsantrasyon	52	1	4	3,19±0,77	0,242	<0,001

Kolmogorov Smirnov

Tablo 4.4'te çalışmaya dahil edilen bireylerin Loewenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Aracı (LOTCA) ve alt boyutları değerleri için Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların bilişsel becerileri ve alt boyutları değerleri için normal dağılım göstermediği bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.5 LOTCA Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye Göre Karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2	Test İstatistiği	P
LOTCA Ölçeği	87,34±3,52	98,92±3,93	Z=-5,814	<0,001
Oryantasyon	6,46±0,94	7,88±0,43	Z=-5,500	<0,001
Görsel Algılama	14,80±1,02	15,69±0,64	Z=-3,411	<0,001
Uzaysal Algılama	3,26±0,66	3,80±0,40	Z=-3,187	<0,001
Motor Praksis	11,03±0,99	11,96±0,19	Z=-4,588	<0,001
Görsel-Motor Organizasyon	24,60±2,04	26,88±1,33	Z=-4,363	<0,001
Düşünme Yeteneği	24,52±1,75	29,07±2,52	Z=-5,043	<0,001
Dikkat ve Konsantrasyon	2,76±0,72	3,61±0,57	Z=-4,053	<0,001

Mann Whitney U, Anlamlılık düzeyi $p<0,05$

Tablo 4.5'te bireylerin LOTCA ölçeği ve alt boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye göre karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde; bireylerin bilişsel becerileri ve alt boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'nin karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Grup 2'deki bireylerin bilişsel becerilerinin genel olarak Grup 1'deki bireylerden daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır. Grup 1 ise Grup 2'ye kıyasla daha düşük performans sergilemiş olup, bilişsel işlevlerde belirgin bir zayıflık göstermiştir.

Tablo 4.6 İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST) ve Alt Boyutlarının Normallik Analizi

	n	Minimum	Maksimum	$\bar{x} \pm SD$	Test İstatistiği	P
MOHOST Ölçeği	52	45	94	78,74±9,29	0,097	0,200
Aktivite-Rol için Motivasyon	52	8	16	13,15±1,73	0,196	<0,001
Aktivite-Rol Paterni	52	9	16	13,38±1,83	0,156	0,003
İletişim-Etkileşim Becerileri	52	6	16	12,71±2,14	0,130	0,029
Süreç Becerileri	52	6	16	13,68±1,83	0,254	<0,001
Motor Becerileri	52	4	16	13,69±2,03	0,194	<0,001
Becerilerin Değerlendirildiği Çevre	52	4	16	12,21±2,58	0,140	0,012

Kolmogorov Smirnov

Tablo 4.6’da çalışmaya dahil edilen bireylerin İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST) ve alt boyutlarına ilişkin normallik analizi, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda, MOHOST ölçeğinin genel olarak normal dağılım gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$). Ancak, alt boyutlara bakıldığında, Aktivite-Rol için Motivasyon, Aktivite-Rol Paterni, İletişim-Etkileşim Becerileri, Süreç Becerileri, Motor Becerileri ve Becerilerin Değerlendirildiği Çevre alt boyutlarının normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durum, ilgili alt boyutların verilerinde normal dağılımdan sapmalar olduğunu göstermektedir. Bu, verilerin beklenen şekilde simetrik bir dağılım sergilemediğini, yani ortalama etrafında eşit şekilde dağılmadığını ve bu alt boyutlarda çeşitli sapmalar olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu alt boyutlara ilişkin verilerin analizinde parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerin kullanılması gerekebilir.

Tablo 4.7 MOHOST Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'ye Göre Karşılaştırılması

	Grup (n=26) $\bar{x} \pm SD$	1 Grup (n=26) $\bar{x} \pm SD$	2 Test İstatistiği	P
MOHOST Ölçeği	72,38±6,56	85,36±6,75	t=6,951	<0,001*
Aktivite-Rol için Motivasyon	12,15±1,68	14,15±1,15	Z=-4,333	<0,001
Aktivite-Rol Paterni	12,50±1,65	14,26±1,58	Z=-3,487	<0,001
İletişim-Etkileşim Becerileri	11,30±1,73	14,11±1,50	Z=-5,011	<0,001
Süreç Becerileri	13,15±1,97	14,24±1,53	Z=-2,662	0,008
Motor Becerileri	12,69±2,18	14,69±1,25	Z=-4,175	<0,001
Becerilerin Değerlendirildiği Çevre	10,57±1,98	13,84±2,03	Z=-4,881	<0,001

Mann Whitney U, *İndependent Samples T Test, Anlamlılık düzeyi p<0,05

Tablo 4.7'de bireylerin MOHOST ölçeği ve alt boyutlarının Grup 1 ve Grup 2 karşılaştırılması Mann Whitney U ve İndependent Samples T testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde; bireylerin aktivitelere katılımlarını etkileyen kişisel ve çevresel faktörlerin etkisinin ve alt boyutlarının Grup 1 ve Grup 2'nin karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). OKB tanılı bireylerde diğer bireylere göre Okupasyonel katılımında yetersizlik vardır.

Grup 2, MOHOST ölçeği ve tüm alt boyutlar (Aktivite-Rol için Motivasyon, Aktivite-Rol Paterni, İletişim-Etkileşim Becerileri, Süreç Becerileri, Motor Becerileri ve Becerilerin Değerlendirildiği Çevre) açısından Grup 1'e göre daha yüksek puanlar almıştır. Bu sonuçlar, Grup 2'nin aktivitelere katılımını etkileyen kişisel ve çevresel faktörlerde Grup 1'e kıyasla daha avantajlı olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Faktörlerin Etkisi

Sosyodemografik veriler, OKB tanılı bireylerin demografik özelliklerini anlamak için önemlidir. Araştırmalar, OKB'nin genç yetişkinlerde ve kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir (Ruscio et al., 2010). Çalışmamızda da benzer bulgular elde edilmiştir. OKB tanılı bireylerin eğitim düzeyi, medeni durumu ve istihdam durumu gibi demografik faktörler, onların günlük yaşam aktivitelerini ve işlevsel performanslarını etkileyebilir. Eisen ve arkadaşları (2006), OKB'nin eğitim düzeyi ve istihdam durumu üzerindeki etkilerini incelemiş ve bu bireylerin iş ve eğitim hayatında zorluklar yaşadığını belirtmiştir. Çalışmamızda da bu faktörlerin OKB tanılı bireylerin işlevsel performanslarına olan etkisi gözlenmiştir.

Sosyodemografik faktörlerin OKB üzerindeki etkileri, literatürde geniş bir şekilde incelenmiştir. Kessler ve arkadaşları (2005), OKB'nin yaygın olarak genç yetişkinlerde ve kadınlarda görüldüğünü belirtmiştir. Bu durum, OKB'nin biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Eisen ve arkadaşları (2006), OKB tanılı bireylerin eğitim düzeyi ve istihdam durumunun, onların işlevsel performanslarını etkileyebileceğini belirtmiştir.

5.2. Duyusal İşleme ve OKB

Duyusal işleme, bireylerin çevresel uyarınları algılama, yorumlama ve yanıt verme süreçlerini içerir. OKB tanılı bireylerde, duysal işleme süreçlerinde belirgin bozukluklar gözlenmiştir. Bu çalışmada, Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği ile ölçülen duysal işleme alt boyutlarında, OKB tanılı bireylerde sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle duysal hassasiyet ve duysal kaçınma davranışları, OKB tanılı bireylerde daha sık gözlemlenmiştir. Bu bulgu, Lack (2012) tarafından yapılan çalışmayla uyumludur; Lack, OKB tanılı bireylerin duysal uyarınlara karşı aşırı tepkiler verdiğini ve bu durumun kompulsif davranışları tetikleyebileceğini belirtmiştir.

Araştırmalar, duysal işleme bozukluklarının OKB semptomlarını şiddetlendirebileceğini göstermektedir. Örneğin, Brown ve arkadaşları (2001), duysal uyarınlara karşı aşırı duyarlılığın OKB tanılı bireylerde obsesif düşünceleri

ve kompulsif davranışları tetikleyebileceğini belirtmiştir. Bu durum, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal etkileşimlerinde zorluklar yaşamalarına neden olabilir. Miller ve arkadaşları (2001), OKB'nin duyuşal işleme üzerindeki etkilerini anlamak için çeşitli duyuşal işleme değerlendiren araçları kullanmıştır ve bu araçlar, OKB'nin duyuşal işleme alanlarında belirgin zorluklara yol açtığını göstermektedir.

Çalışmamızda da OKB tanılı bireylerde sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışmamızın bu sonucu OKB tanılı bireylerde duyuşal işleme müdahalelerini içeren ergoterapinin önemini ortaya çıkartmaktadır.

5.3. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Bulguları

Adolesan/Yetişkin Duyu Profili sonuçları, OKB tanılı bireylerin duyuşal işleme alanlarında belirgin zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır. OKB olan bireyler, duyuşal uyarılara karşı aşırı duyarlılık veya duyuşal kaçınma davranışları sergileyebilirler (Brown et al., 2001). Bu durum, onların günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal etkileşimlerine olumsuz yansımaktadır. King (1974), şizofreni için duyuşal-integratif yaklaşımları tartışırken, benzer duyuşal işleme bozukluklarının OKB'li bireylerde de bulunabileceğini belirtmiştir.

Duyuşal işleme bozuklukları, OKB tanılı bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını olumsuz etkileyebilir. Miller ve arkadaşları (2001), OKB'nin duyuşal işleme üzerindeki etkilerini anlamak için çeşitli duyuşal profillemeye araçları kullanmış ve bu araçlar, OKB'nin duyuşal işleme alanlarında belirgin zorluklara yol açtığını göstermektedir. Bu durum, OKB tanılı bireylerin sosyal etkileşimlerini ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını olumsuz etkileyebilir.

Adolesan/Yetişkin Duyu Profili sonuçları, grup 1'deki katılımcıların duyuşal işleme alanlarında belirgin zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır.

Grup 2'deki katılımcılar ise duyuşal işleme alanlarında daha iyi performans sergilemiştir. Bu sonuçlar, OKB'nin duyuşal işleme üzerindeki olumsuz etkilerini bir kez daha doğrulamaktadır. Miller ve arkadaşları (2001), OKB'nin duyuşal işleme üzerindeki etkilerini anlamak için çeşitli duyuşal profillemeye araçları kullanmıştır ve bu araçlar, OKB'nin duyuşal işleme alanlarında belirgin zorluklara yol açtığını göstermektedir.

5.4. Bilişsel İşlevler ve OKB (LOTCA Ölçeği)

Bilişsel işlevler, bireylerin bilgi işleme, öğrenme, hatırlama, problem çözme ve karar verme yeteneklerini kapsar. OKB tanılı bireylerde, bu işlevlerde belirgin bozukluklar gözlenmiştir. Loewenstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA) ile değerlendirilen bilişsel işlevlerde, OKB tanılı bireylerin grup 2'ye kıyasla anlamlı derecede düşük performans sergilediği bulunmuştur. Garcia-Soriano ve arkadaşları (2014), OKB tanılı bireylerin bilişsel işlevlerinde yaşanan zorlukların, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

OKB'nin bilişsel işlevler üzerindeki etkileri literatürde geniş bir şekilde incelenmiştir. Greisberg ve McKay (2003), OKB tanılı bireylerde dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerde belirgin bozukluklar olduğunu bildirmiştir. Bu bireyler, özellikle obsesif düşünceler nedeniyle dikkat ve konsantrasyon sorunları yaşarlar. Abramowitz ve Jacoby (2015), OKB'nin bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerinin, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını azaltabileceğini belirtmiştir.

LOTCA ölçeği sonuçları, grup 1'deki katılımcıların bilişsel işlevlerde belirgin zorluklar yaşadığını göstermektedir. OKB tanısı olan bireylerde dikkat, konsantrasyon, motor praksi ve düşünme yeteneklerinde düşük performans sergileme yaygın olarak görülmektedir (Abramowitz & Jacoby, 2015). Bu zorluklar, günlük yaşam aktivitelerine ve okupasyonel katılıma olumsuz yansımaktadır. Literatürde, OKB'nin bilişsel işlevler üzerindeki etkileri geniş bir şekilde incelenmiştir ve bu bireylerde dikkat ve bellek problemleri yaygın olarak rapor edilmiştir (Greisberg & McKay, 2003).

Grup 2'deki katılımcılar, bilişsel işlevlerde daha yüksek performans sergilemiştir. Bu durum, OKB'nin bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerini bir kez daha doğrulamaktadır. Garcia-Soriano ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmalar, OKB tanılı bireylerin bilişsel işlevlerinde yaşanan zorlukların, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerilerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Çalışmamızda da benzer bulgular elde edilmiştir. Bilişsel becerileri okupasyonel katılımı ilişkili olarak ele alan ergoterapi müdahalelerine gereksinim vardır.

5.5. Okupasyonel Katılım ve OKB (MOHOST)

İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST), bireylerin işlevsel performansını ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını değerlendirmek için kullanılan bir araçtır. OKB tanılı bireylerde, MOHOST ölçeği ile ölçülen motivasyon, yaşam alışkanlıkları, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve motor beceriler gibi alanlarda zorluklar gözlenmiştir. Kielhofner (2008), OKB'nin bireylerin işlevsel performansını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Çalışmamızda, OKB tanılı bireylerin işlevsel performanslarında belirgin düşüşler gözlenmiştir. Bu bulgular, OKB'nin sosyal etkileşimler ve günlük yaşam aktivitelerine katılım üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır.

Foa ve arkadaşları (2005), OKB'nin bireylerin sosyal etkileşimlerini ve işlevsel performanslarını olumsuz bir şekilde etkileyebileceğini belirtmiştir. Bu bireyler, obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar nedeniyle sosyal etkileşimlerden kaçınabilir ve günlük yaşam aktivitelerine katılımında zorluklar yaşayabilir. Kielhofner (2008), MOHOST ölçeğinin, OKB tanılı bireylerin işlevsel performansını değerlendirmede etkili bir araç olduğunu belirtmiştir. Grup 1'deki katılımcıların MOHOST sonuçları, OKB tanılı bireylerin motivasyon, yaşam alışkanlıkları, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve motor becerileri gibi alanlarda zorluk yaşadığını göstermektedir. Çalışmamızda, OKB tanılı bireylerin işlevsel performanslarında belirgin düşüşler gözlenmiştir. Bu bulgular, OKB'nin sosyal etkileşimler ve günlük yaşam aktivitelerine katılım üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır.

Grup 2'deki katılımcılar ise işlevsel performans açısından daha iyi sonuçlar elde etmiştir. Bu durum, OKB'nin bireylerin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkilerini bir kez daha doğrulamaktadır.

Sonuç olarak OKB olan bireylerde hem kişisel faktörlerin hem de çevresel faktörlerin okupasyonel performansı ve katılımı olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Bu sonuçlar OKB olan bireylerde ergoterapi müdahalelerinde hem kişisel faktörlerin hem de çevresel faktörlerin bütüncül ve kişi merkezli bakış açısıyla ele alınması gerekliliğini ortaya çıkartmıştır.

5.6. OKB'nin Bilişsel ve Duyusal İşlevler ve Okupasyonel Katılım Üzerindeki Etkileri

OKB'nin bilişsel ve duyusal işlevler üzerindeki etkileri literatürde geniş bir şekilde incelenmiştir. OKB, bireylerin dikkat, konsantrasyon, motor praksi ve düşünme yetenekleri üzerinde olumsuz etkiler yaratır (Greisberg & McKay, 2003). Bu bireyler, özellikle obsesif düşünceler nedeniyle dikkat ve konsantrasyon sorunları yaşarlar (Abramowitz & Jacoby, 2015). OKB, bireylerin bilgi işleme, öğrenme, hatırlama, problem çözme ve karar verme yeteneklerini olumsuz etkileyebilir.

Duyusal işleme bozuklukları, OKB tanılı bireylerde yaygındır. OKB olan bireyler, duyusal uyaranlara karşı aşırı duyarlılık veya duyusal kaçınma davranışları sergileyebilirler (Brown et al., 2001). Bu durum, bireylerin belirli ortamlarda işlevselliğini azaltabilir ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını olumsuz etkileyebilir (Miller et al., 2001). OKB, bireylerin duyusal işleme süreçlerini olumsuz etkileyebilir ve bu durum, onların sosyal etkileşimlerini ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını olumsuz etkileyebilir.

Greisberg ve McKay (2003), OKB tanısı olan bireylerde dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerde belirgin bozukluklar bulunduğunu belirtmiştir. Obsesif düşünceler, bu bireylerde dikkat ve konsantrasyon sorunlarına yol açmaktadır. Abramowitz ve Jacoby (2015) ise OKB'nin bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerinin bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sınırlayabileceğini ifade etmiştir.

Bilişsel işlevlerin OKB üzerindeki etkileri, araştırmalarda önemli bir yer tutmaktadır. Bulgularımız, OKB tanılı bireylerin oryantasyon, görsel-motor organizasyon, düşünme yeteneği ve dikkat-konsantrasyon gibi bilişsel işlevlerde, OKB tanısı olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha düşük performans gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışma, İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (MOHOST) ile, OKB tanılı bireylerin işlevsel performanslarını ve günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını değerlendirmiştir. Literatürde de belirtildiği üzere, OKB'nin dikkat, bellek, motivasyon, sosyal etkileşim ve motor beceriler gibi alanlarda olumsuz etkiler yarattığı gözlemlenmiştir (Kielhofner, 2008; Foa ve ark., 2005). Çalışmada, OKB tanılı bireylerin işlevsel performanslarında belirgin düşüşler görülmüş, bu bireylerin sosyal etkileşimden kaçınma ve günlük aktivitelerde zorluk yaşama eğiliminde

olduğu doğrulanmıştır. Sonuçlar, OKB'nin bireylerin okupasyonel performansını olumsuz etkilediğini ve ergoterapi müdahalelerinde hem kişisel hem de çevresel faktörlerin bütüncül ve kişi merkezli bir yaklaşımla ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymuştur.

OKB'nin bilişsel işlevler, duyuşal işleme ve okupasyonel katılım üzerindeki etkileri birbirleriyle yakından ilişkilidir ve bu alanlarda görülen bozulmalar, bireyin günlük yaşamını derinden etkileyebilir. Bilişsel işlevlerdeki zayıflıklar, özellikle dikkat ve konsantrasyon sorunları, obsesif düşüncelerin yoğunlaşmasına ve işlevselliğin azalmasına neden olur. Aynı zamanda, duyuşal işleme bozuklukları da bu durumu pekiştirerek, bireylerin duyuşal uyarılara aşırı duyarlılık göstermesi veya bu uyarılardan kaçınma davranışları sergilemesine yol açar. Bu iki faktör, sosyal etkileşimden kaçınmaya ve günlük yaşam aktivitelerine katılımın azalmasına neden olabilir. Sonuç olarak, bilişsel işlevlerdeki zayıflıklar ve duyuşal işleme bozuklukları, okupasyonel performansı olumsuz etkileyerek bireyin yaşam kalitesini düşürebilir. Bu nedenle, ergoterapi müdahalelerinde hem bilişsel hem de duyuşal işlevlerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması, OKB tanılı bireylerin işlevsel performanslarını artırmada kritik öneme sahiptir.

5.7. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar

Çalışmada OKB tanılı bireylerin mevcut tedavi ve müdahalelerinin etkileri kontrol edilmemiştir. Bu durum, duyuşal işleme, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılım üzerindeki bulguların yorumlanmasında farklılıklar ortaya çıkarabilir.

Çalışmada katılımcıların kültürel ve sosyoekonomik faktörleri dikkate alınmamıştır. Bu faktörler, duyuşal işleme ve bilişsel işlevler üzerinde önemli etkilere sahip olabilir ve sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Gelecek araştırmalar, OKB'nin bilişsel beceriler, duyuşal işlevler ve okupasyonel katılım üzerindeki etkilerini daha derinlemesine incelemeli ve farklı tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmelidir. Özellikle, BDT ve ilaç tedavisinin kombinasyonunun OKB semptomlarının azaltılmasındaki etkileri üzerine daha fazla çalışma yapılmalıdır (Foa et al., 2005). Ayrıca, OKB'nin nöropsikolojik ve biyolojik temelleri ile bilişsel ve duyuşal işleme becerilerinin ilişkisini anlamak için daha fazla araştırma gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Duyusal işleme bozuklukları ve OKB arasındaki ilişki literatürde geniş bir şekilde incelenmiştir. Önceki çalışmalar, OKB olan bireylerin çevresel uyarılara karşı aşırı duyarlılık veya kaçınma eğiliminde olduğunu ve bu durumun obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları tetikleyebileceğini öne sürmüştür (Brown et al., 2001). Benzer şekilde, araştırmacılar, OKB'nin duyusal işleme üzerindeki etkilerini anlamak için çeşitli duyusal profilleme araçlarını kullanarak, OKB'nin duyusal işleme alanlarında belirgin zorluklara neden olduğunu göstermiştir (Miller et al., 2001).

Bilişsel işlevlerin OKB üzerindeki etkileri de önemli bir araştırma alanıdır. Bulgularımız, OKB tanılı bireylerin oryantasyon, görsel-motor organizasyon, düşünme yeteneği ve dikkat-konsantrasyon gibi bilişsel işlevlerde OKB tanılı olmayan bireylere göre anlamlı derecede düşük performans sergilediğini göstermektedir. Literatürdeki bulgular, OKB'nin dikkat ve bellek problemleri gibi bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğunu desteklemektedir (Greisberg & McKay, 2003).

Okupasyonel katılım, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve işlevselliğini değerlendirmek için önemli bir ölçüttür. Bulgularımız, OKB tanılı bireylerin motivasyon, yaşam alışkanlıkları, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve motor becerileri gibi alanlarda OKB tanılı olmayan bireylere kıyasla belirgin zorluklar yaşadığını göstermektedir. Bu da OKB'nin günlük yaşam aktivitelerine katılımı ve işlevselliği olumsuz etkilediğini işaret etmektedir.

OKB'nin tedavisi ve yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. İlaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve işlevsel rehabilitasyon gibi farklı yaklaşımların kombinasyonu sıklıkla kullanılmaktadır. İlaç tedavisi, obsesif ve kompulsif semptomların kontrol altına alınmasında etkili olabilir (Kessler et al., 2005). BDT ise obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları değiştirerek bireylerin işlevselliğini artırabilir (Foa et al., 2005).

Çalışmamıza göre; OKB tanılı bireylerde duyusal işleme becerilerinde bozukluk yaşanmaktadır. Bu bozukluklar, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve sosyal katılım düzeylerinde düşüşe neden olmuştur.

Duyusal işleme bozukluğu olan bireylerde dikkat, konsantrasyon ve düşünme yeteneği gibi bilişsel işlevlerde zayıflıklar da gözlemlenmiştir. Bu durum, bireylerin okupasyonel katılımlarını olumsuz yönde etkilemiştir.

Çalışmamızın sonuçları; duysal işleme becerileri, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılımın OKB tanılı bireylerde zayıf olmasının ergoterapi uygulamaları ile desteklenebileceğini göstermiştir. Duyusal işleme bozukluklarının yönetimi, bilişsel işlevlerin güçlendirilmesi ve okupasyonel katılımın artırılmasına yönelik destek OKB tanılı bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirilebilir.

Çalışmanın sonuçları, OKB ile başa çıkmada duysal işleme, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılımın önemini vurgulamaktadır. Bu alanlarda yapılan müdahalelerin etkinliğini artırmaya yönelik yeni yaklaşımlar geliştirilmesine katkıda bulunması gerektiği ortaya konulmuştur. Ergoterapi müdahaleleri, OKB belirtilerinin yönetilmesi ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından önemli bir potansiyele sahiptir.

Bu araştırma, obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan bireylerde duysal işleme, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılım arasında belirgin farklılıkların olduğunu göstermektedir. Bulgularımız, OKB tanılı katılımcıların duysal işleme, bilişsel işlevler ve okupasyonel katılım açısından sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede düşük performans sergilediğini göstermektedir. Özellikle, duysal hassasiyet ve kaçınma davranışları ile dikkat-konsantrasyon, görsel-motor becerileri, düşünme yetenekleri ve iletişim-etkileşim becerileri ve becerilerin değerlendirildiği çevre gibi alanlarda belirgin zorluklar tespit edilmiştir.

Gelecekteki araştırmalar, OKB'nin bilişsel, duysal işlevler ve okupasyonel katılım üzerindeki etkilerini daha derinlemesine incelemeli ve farklı tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmelidir. Özellikle, BDT ve ilaç tedavisinin kombinasyonunun OKB semptomlarının azaltılmasındaki etkileri üzerine daha fazla odaklanılmalıdır. Ayrıca, OKB'nin nöropsikolojik ve biyolojik temellerini anlamak için daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bu, daha etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesine ve OKB olan bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilir.

Son olarak, klinik uygulamalarda duysal işleme bozukluklarının, bilişsel işlevlerin ve okupasyonel katılımın değerlendirilmesi ve tedavi planlarında dikkate alınması önemlidir. Terapötik müdahalelerin, duysal uyarılara karşı aşırı

duyarlılık veya kaçınma davranışlarını, bilişsel zorlukları ve işlevsizlikleri ve bireylerin okupasyonel katılımında düşük performans sergilemesini dikkate alması, OKB tanılı bireylerin yaşam kalitelerinin yükselmesini sağlayabilir. Bu noktada, duyu bütünleme gibi yöntemlerin etkinliği üzerine daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.



I. KAYNAKLAR

Abramowitz, J.S., McKay, D., & Taylor, S. (2010). *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Elsevier.

Abramowitz, J.S., Taylor, S., & McKay, D. (2008). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491-499.

Alicı, D. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında oksidatif metabolizmanın ve oksidatif dna hasarının incelenmesi [Examination of oxidative metabolism and oxidative DNA damage in obsessive-compulsive disorder patients]. Gaziantep Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi [Gaziantep University, Medical Specialty Thesis].

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Association.

Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39, 1-15.

Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., et al. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 156–164.

Aydın, M. Ş. (2015). *Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Anketi Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirlik çalışması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi)*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Aydoğdu, P. ., & yekin, D. G. (2013). Cognitive Functions in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(3), 169-176.

Awaluddin, A. Z. (2019). Sensory Integration and Functional Movement: A Guide to Optimal Development in Early Childhood. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 421, 14th International Conference on Arts Language and Culture (ICALC 2019).

Barrett, P. M., & Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 285-299.

Beşiroğlu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., & zbebit, . (2010). Mental health literacy concerning categories of obsessive-compulsive symptoms. *Nropsikiyatri Arşivi [Archives of Neuropsychiatry]*, 47(2), 133–138.

Brown, C., & Dunn, W. (2002). *Adolescent-Adult Sensory Profile: User's Manual. Therapy Skill Builders*.

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

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311–318.

Chavira, D. A., Garrido, H., Bagnarello, M., Azzam, A., Reus, V. I., & Mathews, C. A. (2008). A comparative study of obsessive-compulsive disorder in Costa Rica and the United States. *Depression and Anxiety*, 25, 609–619.

Coles, M. E., & 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.

Coughtrey, A. E., Shafran, R., Knibbs, D., & Rachman, S. J. (2012). Mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(4), 244–250.

Crino, R., & Andrews, G. (1996). Obsessive-Compulsive Disorder and Axis I Comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(1), 37–46.

Dan, J. S., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., et al. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 5*, 52.

Dar, R., Kahn, D. T., & Carmeli, R. (2012). The relationship between sensory processing, childhood rituals and obsessive-compulsive symptoms. Department of Psychology, Tel Aviv University.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*(1), 90-96.

Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 32*, 1-15.

Fontenelle, L. F., & Mendlowicz, M. V. (2006). Factors associated with suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums, 11*(1), 34-43.

Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 327–337.

Geller, D. A., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., et al. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420–427.

Ghaemian, A., Rezaei, F., Esmaili, A., & Mohammadi, M. R. (2015). Brain derived neurotrophic factor serum levels in obsessive-compulsive disorder patients before and after treatment. *Iran Journal of Psychiatry*, 10(4), 243–247.

Gürbüz, E., Yalçın, İ., & Olgaç-Dündar, N. (2016). Obsesif-kompulsif belirtiler ve öznel iyi oluş [Obsessive-compulsive symptoms and subjective well-being]. *Türk Psikiyatri Dergisi [Turkish Journal of Psychiatry]*, 27(1), 1–8.

Halvaiepour, Z., Khalkhali, M., Jahangard, L., Mohammadinejad, P., Azizi, A., Daghighzadeh, H., et al. (2018). Correlation between gene expression of BDNF and Zif268 with memory and executive functions in obsessive-compulsive disorder patients. *Basic and Clinical Neuroscience*, 9(1), 47–56.

Himle, J. A., Fischer, D. J., Van Etten, M. L., Janeck, A. S., & Hanna, G. L. (2003). Group behavioral therapy for adolescents with tic-related and non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 17, 73–77.

Hollander, E., & Stein, D. J. (2003). *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. American Psychiatric Pub.

Istvan, E. M., Nevill, R. E., & Mazurek, M. O. (2020). Sensory over-responsivity, repetitive behavior, and emotional functioning in boys with and without autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 75, 101573.

Jahangard, L., Haghghi, M., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2012). Comparing electrical activity of the brain between obsessive-compulsive disorder and healthy controls: Quantitative EEG study. *Psychiatria Danubina*, 24(1), 96–100.

Jassi, A., Kumar, G., Surjit, S., Grover, S., Chakrabarti, S., Sharma, E., et al. (2015). Comparative efficacy of antidepressants in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(4), 359–366.

Jentsch, J. D., Redmond Jr., D. E., Elsworth, J. D., Taylor, J. R., & Youngren, K. D. (1999). Hematologic and neurochemical effects of repeated iron-deficiency in rhesus monkeys. *Biological Psychiatry*, 46(2), 169–179.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Kwon, S. M., Kim, Y. M., & Chang, J. W. (2001). Neural correlates of clinical symptoms and cognitive dysfunctions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 108(2), 189–199.

Lázaro, L., Ortiz, A. G., Calvo, R., Andrés, S., Morer, A., Moreno, E., et al. (2012). Aripiprazole in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized, controlled add-on trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 30-40.

Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., et al. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(6), 507-527.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Barr, L. C., de Vries, A. L., Martin, C., Cohen, D. J., et al. (1994). Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety*, 1(5), 208–215.

Leung, A., Chue, P., & Hsu, L. (2013). Cognitive-behavioral model of hoarding disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 659–665.

Liu, Y., Zhang, L., Chen, L., Shen, Y., Ji, L., Luo, X., et al. (2012). Meta-analysis of the efficacy and safety of adjunctive rosuvastatin for dyslipidemia in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 484–491.

Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(3), 113–132.

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Peltonen, L., & Nestadt, G. (2005). International Obsessive-Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and the OCD Collaborative Genetics Association Studies (OCGAS). (2005). New developments in the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(5), 263–276.

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Stein, D. J. (2005). New insights into obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(2), 417–446.

Mowla, A., Khajeian, A. M., & Sahraian, A. (2011). Serum concentration of brain-derived neurotrophic factor increases after treatment in children with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(7), 903–909.

Mumpuniarti, M. (2015). Sensory integration therapy in children with developmental disorder. *Journal of Education and Practice*, 6(2), 123-130.

Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I., Mataix-Cols, D., et al. (2011). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: Clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1261–1268.

Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I., Mataix-Cols, D., et al. (2012). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: Clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 311–320.

Nelson, E. C., Hanna, G. L., Hudziak, J. J., Botteron, K. N., Heath, A. C., & Todd, R. D. (2001). Obsessive-compulsive scale of the Child Behavior Checklist: Specificity, sensitivity, and predictive power. *Pediatrics*, 108(1), E14.

Ölçer, S., Gençöz, T., & Arslan, A. (2012). Mediating role of dysfunctional attitudes in the relationships between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms in a clinical sample. *The Journal of General Psychology*, 139(3), 164–180.

Özgüven, H. D., & Selvi, Y. (2017). Psikiyatrik bir olgu: Obsesif kompulsif bozukluk [A psychiatric case: Obsessive-compulsive disorder]. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 11(Suppl 1), 17–20.

Parraga, H. C., Parraga, M. I., & Harris, M. B. (1996). Review of Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents. Part I: The phenomenology and etiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1427–1439.

Pauls, D. L. (2008). The genetics of obsessive-compulsive disorder: A review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(2), 141–151.

Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive

disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(Suppl 1), S61-S69.

Pigott, T. A., L'Heureux, F., Rubenstein, C. S., Bernstein, S. E., Hill, J. L., Murphy, D. L., et al. (1992). A double-blind, placebo controlled study of trazodone in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12(3), 156-162.

Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown longitudinal obsessive compulsive study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 703–711.

Pitman, R. K., Orr, S. P., Foa, D. F., de Jong, J. B., & Claiborn, J. M. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44(11), 970–975.

Rachman, S. J., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248.

Rector, N. A., Cassin, S. E., & Richter, M. A. (2007). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to hoarding symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 63(5), 467–478.

Remmers, A., & Bartak, A. (2016). The obsessive-compulsive symptoms: Relationships with clinical variables and cognitive functions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 79–87.

Rezaee, F., Mohammadinejad, P., Ghaemi, A., Nasiri, M., Jahangard, L., Sedghi, S., et al. (2019). Relationship between the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene polymorphism (Val66Met), obsessive-compulsive disorder, and serum BDNF levels in Iranian population. *Journal of Affective Disorders*, 257, 477–482.

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

Schiepek, G., Tominschek, I., Heinzl, S., Aigner, M., Dold, M., Unger, A., et al. (2016). Discontinuous patterns of brain activation in the psychotherapy process of obsessive-compulsive disorder: Converging results from repeated fMRI and daily self-reports. *PLoS ONE*, 11(6), e0157356.

Shah, A., Grover, S., Rao, G. P., & Chakrabarti, S. (2011). Clinical practice guidelines for the management of obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(2), 5–33.

Shavitt, R. G., Belotto, C., Curi, M., Hounie, A. G., Rosário, M. C., & Diniz, J. B. (2010). Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 386–389.

Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169–191.

Shumaker, E., & Greenberg, D. (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Conceptualization, assessment, and treatment*. Springer Science & Business Media.

Sivrioglu, E. Y., & Sivrioglu, E. (2010). Obsessive-compulsive disorder and thyroid autoimmunity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(5), 537–539.

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., et al. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739.

Skapinakis, P., Hollingworth, W., Allum, S., & Geddes, J. R. (2016). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychological Medicine*, 46(2), 370–375.

Slattery, M. J., Dubbert, B. K., Allen, A. J., Leonard, H. L., & Swedo, S. E. (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in patients with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 301–306.

Szechtman, H., Sulis, W., Eilam, D., & Levy, D. (1998). Nucleus accumbens dopamine depletions make rats more sensitive to high ratio requirements but do not impair primary food reinforcement. *Neuroscience Letters*, 251(3), 149–152.

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., et al. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978–1985.

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., et al. (2007). Treatment-seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Psychiatric Services*, 58(7), 977–982.

Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., et al. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782–791.

Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: A population-based twin-family study. *Psychological Medicine*, 35(2), 181–189.

Vilija, M., & Roman, G. (2009). Obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Lietuvos Psichologijos Daktaro Programa [Lithuanian Doctoral Program in Psychology]*.

Wagner, A. P., Cruz, N., Magalhães, P. V., Fries, G. R., & Kapczinski, F. (2012). Neuroprogression and cognitive functioning in bipolar disorder: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 167–179.

Wahl, K., Kordon, A., Kuelz, A. K., Voderholzer, U., & Hohagen, F. (2011). Environmental factors in obsessive-compulsive disorder (OCD). *World Journal of Biological Psychiatry*, 12(Suppl 1), 25–28.

Wang, H. Y., Chou, W. J., Huang, M. F., Lee, C. L., Wu, Y. Y., Yu, Y. H., et al. (2015). Treatment response and cognitive impairment in children with comorbid obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medicine*, 94(41), e1711.

Watson, D., Ruscio, A. M., & Bienvenu, O. J. (2007). Predicting obsessive-compulsive disorder from obsessive-compulsive spectrum disorders: Evidence from a family study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 700–707.

Wheaton, M. G., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2010). Health anxiety: Latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 565–574.

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.

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.

Wong, G. T., Chang, W. C., Chen, E. Y., Lam, L. C., & Wong, Y. C. (2012). Prediction of health-related quality of life in Chinese people with schizophrenia living in the community: A multiple indicators multiple causes (MIMIC) path analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 126.

Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2008). *Trichotillomania: An ACT-enhanced behavior therapy approach: Therapist guide*. Oxford University Press.

Yoldascan, E., & Ozalmete, E. O. (2017). Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili semptomlar [Obsessive-compulsive disorder and associated symptoms]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 27(4), 426–436.

Yorulmaz, O., Gençöz, T., & Woody, S. R. (2015). Exploring the moderating role of religious moral beliefs on the relationship between obsessive-compulsive symptoms and intrusive thoughts about god. *Journal of Religion and Health*, 54(2), 727–738.

Zakarneh, M. (2015). Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Zandieh, S., Mowla, A., & Rostampour, M. (2010). Randomized trial of sertraline versus venlafaxine XR in major depression: Efficacy and discontinuation symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(1), 34–40.

Zaninotto, L., Souza, R. P., Castro, M. N., Cunha, G. R., da Silva, A. S., & Louzada Jr, P. (2016). Sleep disorders in obsessive-compulsive disorder: Comparative study of patients with and without obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 33(9), 844–850

Zhang, W., Tang, L., Yin, D., Zhang, X., & Li, W. (2011). A family study of obsessive-compulsive disorder in a Chinese population. *Psychiatry Research*, 190(1), 91–94.

Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445–460.



II. EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylere ergoterapi bilimiyle yaklaşarak duyuşal işleme, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılımlarını değerlendirip; duyuşal işleme, bilişsel beceriler ve okupasyonel katılım aralarındaki ilişkiyi belirlemeyi ve bu alanda yapılacak çalışma ve müdahalelere ışık tutmayı amaçlıyoruz. Lütfen soruların başındaki yönergeleri dikkatlice okuyunuz ve en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Lütfen cevaplanmamış soru bırakmayınız. Cevaplarınıza eklenmeye değer bulduğunuz her şeyi ekleyebilirsiniz. Araştırmaya katılmanız sadece sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Buradaki anketlere vereceğiniz cevaplar ve kişisel (demografik) bilgiler sadece araştırma amacıyla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu nedenle adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu çalışmaya olan katkınız ve cevaplardaki samimiyetiniz için teşekkür ederim.

Erg. Rukiye EKŞİ

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Yaşınız:

Medeni Haliniz:

Bekar Evli Boşanmış Ayrı yaşıyor Evli değil, birlikte yaşıyor

Eğitim durumunuz:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul mezunu İlköğretim/Ortaokul mezunu Lise mezunu

Yüksekokul/Üniversite mezunu

Mesleğiniz:

Çalışma durumunuz:

Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz:

Tedaviye katılım: Kendisi Ailesi

Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse var mı?

Sigara/madde kullanımı:

İlaç kullanımı:

Günlük Yaşam Aktiviteleri

Görünüşünüze ilgi gösterir misiniz yoksa üzerinde durmaz mısınız?

Hijyen alışkanlıklarınız nelerdir?

Her acıktığınızda yemek yiyor musunuz? Yemek yoksa kendiniz hazırlıyor musunuz?

Günlük giyeceğiniz kıyafetleri seçerken özen gösteriyor musunuz (renk uyumu, temizliği, bedene uygunluğu) yoksa sizin için farketmiyor mu?

Ne sıklıkla banyo yaparsınız?

Dişlerinizi düzenli fırçalar mısınız? Düzenli değilse hangi durumlarda fırçalarsınız?

Alışveriş yapıyor musunuz?

Araba kullanıyor musunuz?

İş ve Üretici Aktiviteler

Evde bakım verdiğiniz bir birey var mı?

Evin geçimini sağlayan veya sağlayanlardan biri misiniz?

Gönüllü katılım gösterdiğiniz bir organizasyon var mı? (Çalışmamız hariç)

Okuyup okumadığınız farketmeden ilgilendiğiniz akademik alanlar var mı?

Eğer çalışıyorsanız ve uzmanlık alanınız varsa uzman olduğunuz bir alanda mı çalışıyorsunuz?

Eğer çalışmıyorsanız bu kendi tercihiniz mi, kişisel bir sebepten dolayı mı (motivasyon eksikliği, sosyal soyutlanma, kişisel alışkanlıklar vb.), yoksa şartların getirdiği bir durum mu (işsizlik, bakım verilen bir kişinin olması vb.)?

Serbest Zaman Aktiviteleri

İlgi alanlarınız nelerdir?

Serbest zamanlarınızı neler yaparak geçirirsiniz?

Beraber vakit geçirdiğiniz arkadaşlarınız ve arkadaş grubunuz var mı?

Ailenizle vakit geçirir misiniz?

Kısa mesafelerde yürüyüşe mi öncelik verirsiniz yoksa ulaşım araçlarına mı?

Amatör veya profesyonel olarak ilgilendiğiniz bir alan var mı? (sanat, spor vb.)

EK-2 ADOLESAN/YETİŞKİN DUYU PROFİLİ



ADOLESAN / YETİŞKİN DUYU PROFİLİ

Catana Brown, Ph.D., OTR, FAOTA
Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

KİŞİSEL ANKET FORMU

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Tarih: _____

Doğum Tarihi: _____ Cinsiyet : Erkek Kadın

Günlük yaşantınızda sizi tatmin etmeyen şeyler var mı? Evet ise açıklayın. _____

AÇIKLAMA

Lütfen ankette belirtilen davranışları ne kadar sıklıkla yaptığınızı en iyi tanımlayan kutuyu işaretleyin. Eğer bazı durumlarda daha önce karşılaşmadığınızdan dolayı herhangi bir yorum yapamıyorsanız o soru sayısının üzerine X işareti koyun. Her bölümün sonuna yorumunuzu yazın.

Lütfen tüm ifadeleri cevaplayın. Cevapları işaretlemek için aşağıdaki kılavuzu kullanın :

NEREDEYSE HIÇ

Fırsat sunulduğunda neredeyse hiçbir zaman bu şekilde yanıt vermem. (zamanın yaklaşık %5'i ya da daha azı).

NADİREN

Fırsat sunulduğunda nadiren bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %25'inde).

ARA SIRA

Fırsat sunulduğunda ara sıra bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %50'sinde).

SIKLIKLA

Fırsat sunulduğunda sıklıkla bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %75'inde).

NEREDEYSE HER ZAMAN

Fırsat sunulduğunda neredeyse her zaman bu şekilde yanıt veririm (zamanın %95'i ya da daha fazlası).

Madde	A. Tat Alma / Koklama İşlemi	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
1	Bir mağazadayken keskin bir koku alırsam o ortamı terk ederim ya da başka bir bölüme geçerim (örneğin banyo ürünleri, mumlar, parfümler).					
~ 2	Yemeğime baharat eklerim.					
- 3	Başkalarının kokuyor dediği şeylerin kokusunu almam.					
~ 4	Parfüm ya da kolonya kullanan insanlara yakın olmaktan hoşlanırım.					
5	Sadece alışkın olduğum yiyecekleri yerim.					
- 6	Çoğu yiyecekler bana lezzetsiz gelir (diğer bir deyişle yavan, tatsız tuzsuz gelir).					
⊖ 7	Keskin tadı olan şekerleri (örneğin acı/tarçınlı ya da ekşi şeker) ya da nane şekerlerini sevmem.					
~ 8	Taze çiçekler gördüğüm zaman koklamak için yanlarına giderim.					

Yorumlar :

Madde	B. Hareketsel İşlem	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
⊖ 9	Yüksekten korkarım.					
~ 10	Hareket halinde olmanın verdiği histen hoşlanırım (örneğin dans etmek, koşmak).					
11	Asansör ve/veya yürüyen merdiven kullanmaktan çekinirim çünkü hareketlerinden rahatsız olurum.					
- 12	Bir şeye takılırım ya da onlara çarparım.					
⊖ 13	Arabada giderken oluşan hareketlilikten rahatsız olurum.					
~ 14	Fiziksel aktivitelere katılmayı tercih ederim (yürüme, yüzme, koşma vb).					
- 15	Merdivenleri iner/çıkarken bastığım yerden emin olamam (örneğin takılırım, dengemi kaybederim ve/veya tirabzanlardan tutmaya ihtiyaç duyarım).					
⊖ 16	Kolayca başım döner (örneğin eğildikten sonra, çok hızlı ayağa kalkınca).					

Yorumlar

Madde	C. Görsel İşlem	NEREDEYSE HIÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLILIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
17	Parlak ışıklı ve renkli yerlere gitmekten hoşlanırım.					
18	Evdeyken gün boyu perdeleri kapalı tutarım.					
19	Renkli kıyafetler giymeyi severim.					
20	Tıkış tıkış bir çekmecedan ya da dağınık bir odadan bir şey bulmaya çalışırken sınırlarım bozulur.					
21	Yeni bir yere gitmeye çalışırken cadde, bina ve odalara ait işaretleri gözden kaçıırım.					
22	Televizyonda ya da sinemada düzensiz ya da hızlı hareket eden görsel görüntülerden rahatsız olurum.					
23	Odaya biri girdiğinde fark etmem.					
24	Küçük mağazalarda alışveriş yapmayı tercih ederim çünkü büyük mağazalarda bunalırım.					
25	Etrafımda çok fazla hareket gördüğümde rahatsız olurum (örneğin kalabalık alışveriş merkezinde, törende, şenlikte).					
26	Çalışırken dikkatimi dağıtan şeyleri azaltırım (örneğin kapıyı ya da televizyonu kapatırım).					

Yorumlar

Madde	D. Dokunma İşlemi	NEREDEYSE HIÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLILIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
27	Sırtımın ovulmasından rahatsız olurum.					
28	Saçımın kesilmesi hissinden hoşlanırım.					
29	Ellerimi kirletecek aktivitelerden kaçınırım ya da o esnada eldiven giyerim.					
30	Biriyle konuşurken ona dokunurum (örneğin elimi omzuna koyarım ya da elini sıkarım).					
31	Sabah uyandığımda ağızımda oluşan histen rahatsız olurum.					
32	Çıplak ayakla yürümekten hoşlanırım.					
33	Belli kumaş kıyafetleri giymekten rahatsız olurum (örneğin pamuklu, ipek, fitilli kadife, kıyafetlerdeki etiketler).					
34	Belli yiyeceklerin dokusundan rahatsız olurum (örneğin şeftalinin yüzeyi, elma püresi, süzme peynir, topak topak fındık ezmesi).					
35	Birileri bana çok yakınlaştığı zaman uzaklaşıyorum.					
36	Yüzüm ya da ellerim kirli olduğunda bunu fark etmem.					
37	Sıyrık yada morluklarım olur fakat nasıl olduğunu hatırlamam.					
38	Sırada insanlara yakın durmaktan ya da başkasına yakın durmaktan kaçınırım çünkü başkalarına çok yakın olmaktan rahatsız olurum.					
39	Biri koluma yada sırtıma dokunduğunda fark etmem.					

Yorumlar

Madde	E. Aktivite Seviyesi	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
40	Aynı anda iki ya da daha fazla iş üzerinde çalışırım.					
41	Sabah uyanmak diğer insanlardan daha fazla zamanımı alır.					
42	Bir şeyleri yaparken anlık karar veririm (diğer bir deyişle daha önceden plan yapmam).					
43	Yoğun hayat temposundan uzaklaşmak için vakit bulurum ve kendi başıma zaman geçiririm.					
44	Bir iş ya da aktiviteyi yapmaya çalışırken diğerlerinden daha yavaş görünürüm.					
45	Şakaları diğerleri kadar çabuk algılayamam.					
46	Kalabalıktan uzak dururum.					
47	Başkalarının karşısında performans sergileyeceğim aktiviteler yaparım (örneğin müzik, spor, oyunculuk, toplum önünde konuşmak, sınıfta soruları cevaplamak).					
48	Uzun bir derste ya da bir toplantıda oturduğumda dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
49	Beklenmeyen şeylerin olabileceği durumlardan kaçınırım (bilinmeyen yerlere gitmek ya da bilmediğim insanlar arasında olmak).					

Yorumlar

Madde	F. İşitsel İşlem	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
50	Mırıldanırım, ısıık çalarım, şarkı söylerim ya da farklı sesler çıkarırım.					
51	Beklenmeyen ya da yüksek sesler duyduğumda hemen irkilirim (örneğin süpürge, köpek havlaması, telefon çalması).					
52	İnsanlar hızlı konuştuğunda ya da aşına olmadığım konular hakkında konuştuğunda dediklerini takip etmekte zorlanırım.					
53	Birileri televizyon izliyorsa odadan ayrılırım ya da onlardan televizyonu kapatmalarını isterim.					
54	Etrafımda çok fazla ses olursa dikkatim dağılır.					
55	İsmim söylendiğinde fark etmem.					
56	Gürültüleri bastırmak için bazı yöntemler kullanırım (örneğin kapıyı kapatırım, kulaklarımı kapatırım, kulak tıkacı kullanırım).					
57	Gürültülü ortamlardan uzak dururum.					
58	Gürültülü etkinliklere katılmaktan hoşlanırım.					
59	İnsanlardan söylediklerini tekrar etmelerini istemem gerekir.					
60	Arka fondaki sesle çalışmakta zorlanırım (örneğin fan ve radyo).					

Yorumlar

EK-3 Loewinstein'in Ergoterapi-Bilişsel Değerlendirme Testi (LOTCA)

74

EK 3

Ad, Soyad : _____

Tarih: _____

LOTCA PUANLAMA TABLOSU

Alt testler	Puan				yorumlar	
	Düşük		Yüksek			
ORYANTASYON						
Zaman	1	2	3	4		
Yer	1	2	3	4		
ALGILAMA						
Obje tanımlama	1	2	3	4		
Şekil tanımlama	1	2	3	4		
İç içe geçmiş figürler	1	2	3	4		
Obje sabitliği	1	2	3	4		
Uzaysal algı	1	2	3	4		
Praksis	1	2	3	4		
GÖRSELMOTOR ORGANİZASYON						
Geometrik şekil kopyalama	1	2	3	4		
2 boyutlu model oluşturma	1	2	3	4		
Pegboard yapımı	1	2	3	4		
Renkli blok tasarımı	1	2	3	4		
Düz blok tasarımı	1	2	3	4		
Yapboz yapma	1	2	3	4		
Saat çizme	1	2	3	4		
DÜŞÜNME İŞLEMLERİ						
Kategorizasyon	1	2	3	4	5	
Yapısal olmayan sıralama	1	2	3	4	5	
Yapısal sıralama	1	2	3	4	5	
Resim sıralama A	1	2	3	4		
Resim sıralama B	1	2	3	4		
Geometrik Sıralama	1	2	3	4		
Süre:						
<input type="checkbox"/> Tek seans <input type="checkbox"/> İki veya daha fazla seans						

EK-4 İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı- Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)

EK-6. İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı (MOHOST) Değerlendirme Formu (Türkçe Versiyonu)

Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Rating Form (Turkish Version)

Ad-Soyad: _____	Terapist: _____
Yaş: _____ Doğum tarihi: ____ / ____ / ____	İş: _____
Cinsiyet: Bay <input type="checkbox"/> Bayan <input type="checkbox"/>	İmza: _____
Tanımlama kodu: _____	İlk görüşme tarihi: ____ / ____ / ____
İli: _____	Değerlendirme tarihi: ____ / ____ / ____
Sağlık durumu: _____	Değerlendirme yeri: _____

Değerlendirme ölçeği	K	Aktivite-rol katılımını kolaylaştırır
	S	Aktivite-rol katılımı sağlanır
	E	Aktivite-rol katılımı engellenir
	KI	Aktivite-rol katılımı kısıtlanır

Güçlü Yanlar ve Kısıtlılıklar Analizi

Güçlü Yanlar ve Kısıtlılıklar Analizi																							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Puanlar Özeti

Aktivite -Rol için Motivasyon				Aktivite- Rol Paterni				İletişim ve etkileşim Becerileri				Süreç Becerileri				Motor Beceriler				Çevre			
Becerilerin incelenmesi	Başarı beklentisi	İlgi	Seçimler	Rutin	Adaptasyon	Roller	Sorumluluk	Sözsüz becerileri	Konuşma	Vokal ifade	İlişkiler	Bilgi	Zamanlama	Organizasyon	Problem çözme	Postür ve hareketlilik	Koordinasyon	Güç ve çabaası	Enerji	Fiziksel alan	Fiziksel kaynaklar	Sosyal gruplar	Aktivite- Rol talepleri
K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I

Aktive-Rol için Motivasyon		
Becerilerin İncelenmesi Mevcut güçlü yanlarını ve kısıtlılıklarını anlama Doğru beceri inancı, doğru yetkinlik görünümü Kapasite farkındalığı	K S E KI	Kendi kapasitesini doğru değerlendirir, kısıtlılıklarının farkında, güçlü yanlarını tanıyarak Kendi yeteneklerini alı ya da aşırı olarak yine de eğilim tahmini var, bazı sınırlamaları tanıyarak Destek olmadan gücünü ve kısıtlılıklarını anlamada zorlukları var Becerileri yansıtamaz, kendi yeteneklerini gerçekçi tahmin etmede başarılıdır Yorumlar:
Başarı Beklentisi İyimsellik ve umut Öz-yeterlik, kontrol duygusu ve öz-kimlik	K S E KI	Başarı beklentileri ve zorluklarla mücadele etmek istiyor, engellerin aşılması konusunda iyimser Başarı için bir miktar umudu, yeterli öz-inancı var ama bazı şüphelere sahip teşvik gerekebilir Engelleri aşma konusunda iyimserliğini sürdürmek için destek gerektirir, zayıf öz-yeterlik Kötümser, umutsuz hissediyor, engeller karşısında pes ediyor, kontrol duygusundan yoksun Yorumlar:
İlgi Hoşnutsuluk ifade edilir Memnuniyet Meraklılık Katılım	K S E KI	Açık, meraklı, hareketli, yeni aktiveleri dener, hoşnutsuluğunu ifade eder, ısrarla devam eder, içeriği görülür Seçimlere rehberlik etmede yeterli ilgisi var, ilgilerine ulaşmak için bazı fırsatları var Çıkarlarını ya da kısa süreli ilgileri belirlemesi zor, aktivite seçimi konusunda kararsız Kolayca sıkılabilir, ilgilerini belirleyemez, ilgisiz, hatta destekli meraktan yoksun Yorumlar:
Seçimler Uygunluk taahhüdü Değiştirmek için hazırlık Değer ve anlam duygusu Tercihler ve hedefler	K S E KI	Tercihleri ve önemlilik duygusu net, hedeflerine yönelme çalışmasına motivasyonu var Seçimlerini çoğunlukla yapabilir, ayarlama ve hedefler doğrultusunda çalışmak için teşvik gerekebilir Önemli olan ne olduğunu belirleme veya hedeflere yönelik çalışma için zorlukları var, tutarsız Hedefler belirlenemez, dürtüsel, karmakarışık, hedeflere ulaşamaz ya da anti-sosyal değerlere dayanır Yorumlar:
Aktive-Rol Paterni		
Rutin Denge Alışkanlıkların organizasyonu Yapı Üretkenlik	K S E KI	Dengeli olmasını düzenleyebilir, günlük aktivitelerin rutini düzenli ve üretken Düzensiz ve üretken günlük programı korumak veya takip etmek genellikle mümkündür Dengeli düzenleme, desteği olmadan üretken günlük aktivite rutinine sahip olamaz zor Karmakarışık veya boş rutinler, sorumlulukları ve hedefleri desteklemez, düzensiz rutine sahip Yorumlar:
Adaptasyon Değişim beklentisi Alışılmış değişim tepkisi Değişime tolerans	K S E KI	Değişiklikleri anlıyor, talebi karşılamak için eylemler veya rutini değiştirir (esnek / uzlaşmacı) Genellikle davranışını değiştirebilir, ayarlamak için zaman gerekebilir, tereddütlü Değişime adaptasyonu zordur, isteksiz, pasif ya da alışkanlıkla değişikliklere abartılı tepki verir Kati, rutinleri adapte etmeyen ya da değişiklikleri tolere edemeyen Yorumlar:
Roller Rol kimliği Rol çeşitliliği Aidiyet Katılım	K S E KI	Çeşitli rolleri tanımlar, rollerinde kimlik/aidiyet duygusu var Genellikle bir veya daha fazla rol ile tanımlar ve bu rollerin aidiyet duygusu vardır Rollerini kısıtlı tanımlanmaz, aşırı rol ya da çatışma, rolün aidiyet duygusu bir miktar zayıftır Herhangi bir rol ile tanımlanamaz zor, rolün talepleri ihmal edilir, aidiyet duygusu yoktur
Sorumluluk Rol yetkinliği Beklentilerin karşılanması Yükümlülükleri yerine getirmek Sorumlulukların dağıtılması	K S E KI	Güvenilir bir şekilde aktiviteleri tamamlar ve rol yükümlülükleri ile ilgili beklentileri karşılar Çoğu sorumlulukları yerine getirir, çoğu beklentileri karşılar, çoğu rollerin yükümlülüklerini yerine getirir Beklentileri yerine getirmek ve desteği olmadan rol yükümlülüklerini karşılamak zordur Aktivite talepleri veya yükümlülüklerini karşılamak için sınırlı bir yeteneği var, rol aktivitelerini tamamlayamaz Yorumlar:
İletişim ve Etkileşim Becerileri		
Sözsüz Beceriler Göz teması Hareketler Öryantasyon Yakınlık	K S E KI	Kültür ve durumlara uygun (muhtemelen kendiliğinden) ortaya çıkan vücut dili Genellikle uygun vücut dili gösterebilir veya kontrol edebilir Uygun vücut dili görünümü / kontrol etmek zordur (geç / kısıtlı / uygunsuz) Uygun vücut dili görülemez (yoktur / uyumsuz / güvensiz / saldırgan) Yorumlar:
Konuşma Açıklama Başlatılması ve sürdürülmesi Konuşma içeriği Dil	K S E KI	Uygun başlatır, açıklar ve sürdürülebilir, konuşmalar (net / açık / doğrudan) Genellikle dili kullanabilir ve etkili bilgi alışverişi yapabilir E Konuşmanın başlaması, açıklaması ve sürdürülmesi zordur (tereddütlü / durdurma / kısıtlı / ilgisiz) İletişimsel olmayan, kopuk, tuhaf veya bilgileri açıklayamaz Yorumlar:
Vokal İfade Tonlama Artikülasyon Ses yüksekliği Hız	K S E KI	İddialı, konuşkan, uygun ses tonu, yüksekliği ve hızını kullanır Sesli ifadesi, genel olarak tonu, yükseklik ve hızı uygundur E Kendini ifade zorluğu (mırdanarak / baskılı konuşma / monoton) KI Kendini ifade edemeyen (belirsiz / çok sessiz ya da gürültülü / çok hızlı ya da pasif) Yorumlar:
İlişkiler İşbirliği Ortaklık İlişki Saygı	K S E KI	Hoş sohbet, destekleyici, başkalarının farkında katılımı sürdürmektedir, dost, diğerleri ile oldukça ilgilidir Genellikle başkalarıyla ilişki kurabilir ve başkalarının ihtiyaçlarının çoğuna farkındalık gösterir E İşbirliği ya da birkaç olumlu ilişki kurması zordur KI Başkaları ile işbirliği veya pozitif ilişkiler kuramaz Yorumlar:
Süreç Becerileri		
Bilgi Bilgi araştırma ve akılda tutma Bir aktivitede ne yapacağını bilmek Nesnelerin nasıl kullanılacağını bilmek	K S E KI	İlgili bilgileri arar ve akılda tutar, araçlarını uygun şekilde kullanır Genellikle ilgili bilgileri arayabilir ve akılda tutabilir, araçlarını uygun şekilde kullanabilir E Araçları kullanması zordur, bilgi sorması ya da bilginin tutulması zordur KI Bilgi / araçlarını kullanamaz, bilgi tutamaz, aynı bilgi için tekrar tekrar sorar Yorumlar:
Zamanlama Başlatma Tamamlama Sıralama Konsantrasyon	K S E KI	Konsantrasyonu sürdürmektedir, başlar, sıralar ve uygun zamanlarda aktivite-rolü tamamlar Genellikle konsantrasyonu sürdürülebilir, başlar, sıralar ve uygun aktivite-rolü tamamlayabilir E Dalgalı konsantrasyon veya dağınık başlatma, sıralama ve tamamlama zordur KI Konsantrasyon olamaz, başlatamaz, sıralama veya aktivite-rolü tamamlayamaz Yorumlar:
Organizasyon Alanları ve eşyaları düzenlemek Düzeltilme Hazırlık Eşyaların toplanması	K S E KI	Aktivite-rolde gerekli araçları / eşyaları etkin bir şekilde arar, toplar ve geri düzeltir (düzenli) S Genelde gerekli araçları / eşyaları arayabilir, toplayabilir ve geri düzeltir E Arama, toplama ve araçları / eşyaları geri düzeltme zordur, dağınık / düzensiz görünür KI Araçları ve eşyaları aramaz, toplamaz ve geri düzeltmez (karmakarışık, dağınık) Yorumlar:
Problem Çözme Yargılama Adaptasyon Karar verme Cevap verme	K S E KI	Doğru karar verir, zorlukları anlar ve uygulanabilir çözümler üretir (mantıklı) S Genellikle ortaya çıkan zorluklara göre kararlar verebilir E Ortaya çıkan zorlukları anlama ve adapte etme zordur, teşvik ister KI Ortaya çıkan zorlukları anlamaz ve adapte edemez, uygunsuz kararlar verir Yorumlar:

Motor Becerileri	
Postür ve Hareketlilik İstikrar Yürüyüş Yerleşimi Ulaşma Pozisyonlama Bükülme Denge Transferler	K Sabit, dik, bağımsız, esnek, hareket aralığı iyi (muhtemelen çevik) S Genellikle aktivite-rolde duruş ve hareketliliği bağımsız olarak veya yardımlar ile sağlayabilir E Herhangi bir yardımla bile zaman zaman sabit değil, yavaşlar veya zorluk ile yönetir KI Son derece dengersiz, ulaşamaz, bükülemez ve yürüyemez Yorumlar:
Koordinasyon Manipülasyon Hareket kolaylığı Akışkanlık İnce motor beceriler	K Vücut parçalarını birbirleri ile koordine eder, pürüzsüz, akışkan hareketleri kullanır (muhtemelen becerikli) S Aktivite-roller için küçük kesintiler, bazı gariplik ve sertlikler var E Hareketleri koordine etmesi zordur (beceriksiz / ürkek / garip / sert) KI Koordine edemez, manipülasyonu ve akışkan hareketleri kullanamaz Yorumlar:
Güç ve Çabası Kavrama Kaldırma Elle alma Taşıma Hareket Kalibrasyonu	K Kavrama, hareket ve yeterli güç / hız ile eşyaları güvenli taşır (muhtemelen güçlü) S Genellikle güç ve çabası görevlerin çoğu için yeterli olmaktadır E Yeterli güç ve hız ile eşyaları taşımada, kavrama ve hareket zorlukları var KI Kavrama yapamaz, hareket etmez, uygun güç ve hız ile eşyaları taşıyamaz (zayıf / çelimsiz) Yorumlar:
Enerji Dayanıklılık Hız Dikkat Dayanma gücü	K Uygun enerji seviyesini korur, aktivite-rol boyunca tempoyu koruyabilir S Enerji bazı zamanlarda biraz yüksek ya da düşük olabilir, çoğu görevler için kendini ayarlayabilir E Enerjiyi korumada zorlanıyor (kolayca yoruluyor/ yorgunluğa bağlı / dağılmış / huzursuz) KI Enerjiyi koruyamaz, odaklanmadan yoksun, uyuşuk, pasif veya çok aşırı aktif Yorumlar:
Becerilerin değerlendirildiği çevre	
CEVRE Fiziksel alan Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman olanakları Mahremiyet ve Erişebilirlik Stimülasyon ve Rahatlık	K Çevre çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rolleri destekler, uyarır S Çevre çoğunlukla yeterli, günlük aktivite-rollerin sürdürülmesine izin verir E Sınırlı fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rollerin performansını azaltır KI Çevre fırsatları kısıtlı ve değerli aktivite-rollerin performansını engeller Yorumlar:
Fiziksel Kaynaklar Ekonomi Ekipmanlar ve araçlar Eşyalar ve ulaşım Güvenlik ve bağımsızlık	K Kolaylıkla aktivite-rolün hedefleri sağlanabilir, ekipmanlar ve aletler uygundur S Genellikle aktivite-rol hedeflerine ulaşılmasına izin verir, bazı engeller ortaya çıkabilir E Güvenli bir şekilde aktivite-rol hedeflerine ulaşmak için yeteneği engellenmiştir, ekipmanlar ve araçlar yetersiz KI Aktivite-rol hedeflerine ulaşma becerisinde önemli bir etkiye sahip araçların eksikliği yüksek risk sebebidir Yorumlar:
Sosyal Gruplar Aile dinamikleri Arkadaşlar ve sosyal destek Çalışma ortamı Beklentiler ve katılım	K Sosyal gruplar uygulama desteği sunar, değerler ve inançlar en iyi fonksiyonu destekler S Genellikle destek sunabilir ama bazen katılım altında veya üzerinde olur E Az destek verir veya katılmadan uzaklaştırır, bazı gruplar destekler, diğerleri desteklemez KI İlgili eksikliği veya uygunsuz katılmadan dolayı desteklemez Yorumlar:
Aktive-Rol Talepleri Aktivite talepleri (Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman) Kültürel sözleşmeler Aktivitelerin Yapısı	K Aktivitelerin talepleri yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile iyi eşleşmiştir S Genellikle yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile uyumlu, zorluklar ortaya çıkabilir E Yetenekleri ve ilgi ya da kullanılabilir zaman ve enerji ile bazı net tutarsızlıklar var KI Çoğunlukla talebin altında ya da üstünde yetenekleri ile tutarsız aktivite oluşumu Yorumlar:

EK-5 ETİK KURUL İZİNİ





EK-6 KURUM İZİNİ



EK-7 KULLANILAN ÖLÇEKLERİN İZİNLERİ

Sayın Rukiye Ekşi,
Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Adölesan Yetişkin Duyu Profili Anketi Türkçe Versiyonunu tez çalışmanızda kullanmanızda sakınca yoktur.

İyi çalışmalar dilerim.
Öğr Gör Dr Merve Şuay Üçgöl



Sevgili Rukiye

'Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Bireylerde Duyusal İşleme, Bilişsel İşlevler ve Okupasyonel Katılımın İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma' başlıklı tezinde kullanılmak üzere MOHOST'un Türkçe Versiyonunu kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar

Prof. Dr. Mine UYANIK

Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ergoterapi Bölüm Başkanı

III. İNTİHAL RAPORU

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI BİREYLERDE DUYUSAL İŞLEMLEME VE BİLİŞSEL İŞLEVLERİN OKUPASYONEL PERFORMANSLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yazar RUKİYE EKŞİ

Gönderim Tarihi: 21-Haz-2024 04:20PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2406265861

Dosya adı: RUK_YE_EK.docx (122.67K)

Kelime sayısı: 13216

Karakter sayısı: 93229

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI BİREYLERDE DUYUSAL İŞLEMLEME VE BİLİŞSEL İŞLEVLERİN OKUPASYONEL PERFORMANSLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 11	% 5	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	dspace.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Esenyurt University Öğrenci Ödevi	% 1
4	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	libratez.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
7	Submitted to TechKnowledge Öğrenci Ödevi	% 1
8	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1

docplayer.biz.tr

9	İnternet Kaynağı	% 1
10	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
11	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<% 1
12	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
13	Fatma KARASU, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR, İslam ELAGÖZ. "The Relationship Between Emotional Reactivity and Job Satisfaction in Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study", <i>Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences</i>, 2024 Yayın	<% 1
14	dx.doi.org İnternet Kaynağı	<% 1
15	Submitted to Okan Āniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
16	Submitted to Sağlık Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
17	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
18	www.tidsad.com İnternet Kaynağı	

		<% 1
19	acikerisim.akdeniz.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	Ryan J. McCarty, Andrew G. Guzick, Lawton K. Swan, Joseph P.H. McNamara. "Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD", Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2017 Yayın	<% 1
21	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<% 1
22	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
23	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
24	R. Kaya, D. Tanrıverdi. "The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression", Current Psychology, 2023 Yayın	<% 1
25	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
26	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

- 27 Koca, Özlem. "Adölesanların Problemleri İnternet Kullanımı ve Sosyal Görünüş Kaygısının Akıllı Telefon Bağımlılığına Etkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024
Yayın <% 1
-
- 28 Özkan, Emin Deniz. "Römorkörcülük Hizmetlerinde Kaynakların Simülasyon Modellemesi Yöntemiyle Optimizasyonu", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024
Yayın <% 1
-
- 29 Kilic, Egemen. "Nakliyat Sigortalarının Makro Ekonomik Değişkenlerle İlişkisi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021
Yayın <% 1
-
- 30 dspace.baskent.edu.tr
İnternet Kaynağı <% 1
-
- 31 Eyüboğlu, Murat. "Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Sağlıklı Kardeşlerinin Zihin Kuramı, Psikososyal, Aile İle İlişkileri ve Fiziksel Morfolojik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024
Yayın <% 1
-
- 32 Submitted to TechKnowledge Turkey
Öğrenci Ödevi <% 1
-
- 33 Ozcan, Berna Ersoy. "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Ailelerine Verilen <% 1

Psikoegitimin Ailenin Bakim Yukune Olan Etkisinin Degerlendirilmesi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021

Yayın

34	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
35	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
36	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
37	Önder, Betül. "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nörobilişsel Esneklik, Mükemmelliyetçilik ve Obsesif İnanışlar", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 10 words

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat