



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI**

**BİREYLERİN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK SEMPTOM  
DÜZEYLERİNE GÖRE BELİRSİZLİĞE  
TAHAMMÜLSÜZLÜKLERİ VE YAŞAM KALİTELERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Kubilay ERSANLI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Emre TOLUN ARICI**

**İstanbul - 2018**



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI**

**BİREYLERİN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK SEMPTOM  
DÜZEYLERİNE GÖRE BELİRSİZLİĞE  
TAHAMMÜLSÜZLÜKLERİ VE YAŞAM KALİTELERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Kubilay ERSANLI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Emre TOLUN ARICI**

**İstanbul - 2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102007
Öğrenci Adı Soyadı	: KubilayErsanlı
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Emre Tolun Arıcı
Tezin Başlığı	: Bireylerin Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptom Düzeylerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlükleri ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 27.09.2018	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDEDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Emre Tolun Arıcı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen Ünsalver	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Tuğba Arzu Özal İldeniz	

## **YEMİN METNİ**

Yemin Metni Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Bireylerin Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptom Düzeylerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlükleri ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

### **Tarih**

27/09/2018

### **Adı SOYADI**

Kubilay ERSANLI

## TEŐEKKÖR

Tez çalıőmasının konusunun seçilmesinden, çalıőmanın tamamlanmasına kadar geçen sűre zarfında gerek bilgisi gerek deneyimleriyle bana yardımcı olan tez danıőmanım Dr. Öđr. Üyesi Emre TOLUN ARICI'ya, tüm kalbimle teőekkűr ederim.

Kubilay ERSANLI

İstanbul, 2018



(ERSANLI, Kubilay, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

**Bireylerin Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptom Düzeylerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlükleri ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki**

**ÖZET**

Bu çalışmanın amacı, bireylerin obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeylerine göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkisinin araştırılmasıdır. Araştırmanın örneklemini tesadüfi örnekleme yoluyla ulaşılan, çalışmaya katılmaya gönüllü 18 yaş üzeri 224 genç yetişkin birey oluşturmaktadır. Çalışmada kişisel bilgiler için “Kişisel Bilgi Formu”, obsesif kompulsif semptom düzeyini belirlemek için “Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi”, belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyini belirlemek için “Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Ölçeği” ve bireyin yaşam kalitesi düzeyini belirlemek için “WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu)” uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde bağımsız iki örneklem t testi, ANOVA, Pearson korelasyonu, MANCOVA ve ANCOVA tekniklerinden yararlanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, katılımcıların obsesif kompulsif semptomları çok düşük düzeyde, belirsizliğe tahammülsüzlükleri orta düzeyde, yaşam kalitesi orta-yüksek düzeydedir. Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır. OKB semptomları yüksek olan bireylerde belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğün yaşam kalitesi üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu; bu bulgunun psikolojik rahatsızlığı olan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin daha fazla olduğu bulgusuyla pekiştiği tespit edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Yaşam Kalitesi.

(ERSANLI, Graduate, Istanbul, 2018)

**The Relationship Between Intolerance of Uncertainty and Quality of Life  
According to Symptom Levels of Obsessive Compulsive Disorder of Individuals**

**SUMMARY**

The purpose of this study is to investigate the relationship between intolerance to uncertainty and quality of life according to symptom levels of obsessive compulsive disorder of individuals. The sample of the research consists which was reached by random sampling 224 young adult individuals over the age of 18 who volunteered to participate to the study. In the study was used “Personal Information Form” for personal information, “Maudsley Obsessive Compulsive Question List” for level of obsessive-compulsive symptom, “WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Scale - Short Form)” for the level of quality of life of the individual. Two independent t test, ANOVA, Pearson’s correlation, MANCOVA and ANCOVA techniques were used for the analysis of the obtained data. According to the findings obtained in this study, the obsessive-compulsive symptoms of the participants are very low; intolerance to uncertainty is moderate and the quality of life is moderate-high. There is a significant relationship between intolerance to uncertainty, obsessive compulsive disorder and quality of life. In individuals with high OCD symptoms, intolerance to uncertainty has a greater impact on quality of life. This result was confirmed by findings of “the negative effect on the quality of life of intolerance to uncertainty in individuals with psychological distress is greater”.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder, Intolerance to Uncertainty, Quality of Life.

## İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR ve SİMGELER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Konusu .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Problem Cümlesi .....	2
1.4. Araştırmanın Önemi .....	3
1.5. Hipotezler .....	4
1.6. Sayıtlar .....	5
1.7. Sınırlılıklar.....	6
II. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB).....	7
2.1.1. Tanımı .....	7
2.1.2. Nedenleri .....	8
2.1.2.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler .....	8
2.1.2.2. Psikolojik Faktörler .....	9
2.1.2.2.1. Davranışçı Yaklaşımlar.....	9
2.1.2.2.2. Bilişsel Yaklaşımlar .....	10
2.1.2.2.3. Psikanalitik Yaklaşım.....	11
2.1.2.3. Psiko-Sosyal Faktörler.....	11
2.1.3. Yaygın OKB Davranışlar .....	12
2.1.3.1. Obsesyon Türleri .....	12
2.1.3.1.1. Temizlik-Bulaşma Kirlenme.....	12
2.1.3.1.1. Kuşku .....	13
2.1.3.1.3. Ruminasyon.....	13
2.1.3.2. Kompulsiyon Türleri .....	14
2.1.3.2.1. Temizlik .....	14
2.1.3.2.2. Kontrol .....	15
2.1.3.2.3. Yavaşlık.....	15
2.2. BELİRSİZLİĞE KARŞI TAHAMMÜLSÜZLÜK.....	16
2.2.1. Tanımı .....	16
2.2.2. Nedenleri .....	18

2.2.3. Sonuçları.....	20
2.3. YAŞAM KALİTESİ .....	22
2.3.1. Tanımı .....	22
2.3.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler .....	23
2.3.3. Yaşam Kalitesi Alanları .....	24
2.3.3.1. Fiziksel Sağlık .....	24
2.3.3.2. Genel Sağlık.....	25
2.3.3.3. Psikolojik Sağlık.....	25
2.3.3.4. Sosyal İlişkiler ve Çevre.....	25
2.3.4. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi.....	25
2.4. OKB, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ .....	27
2.4.1. Yurtiçindeki Araştırmalar.....	27
2.4.2. Yurtdışı Araştırmalar.....	29
III. YÖNTEM.....	31
3.1. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM .....	31
3.2. VERİ TOPLAMA ARACI.....	31
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu .....	31
3.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi.....	31
3.2.3. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Ölçeği .....	32
3.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	32
3.3. VERİLERİN ANALİZİ .....	32
IV. BULGULAR.....	33
4.1. Betimsel Bulgular.....	33
4.1.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	33
4.1.2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler .....	34
4.2. Obsesif Kompulsif Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	34
4.2.1. Obsesif Kompulsif Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	35
4.2.2. Obsesif Kompulsif Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	35
4.2.3. Obsesif Kompulsif Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	36
4.2.4. Obsesif Kompulsif Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	37
4.2.5. Obsesif Kompulsif Puanları ile Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	38
4.3. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	39

4.3.1. Obsesif Kompulsif Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	39
4.3.2. Obsesif Kompulsif Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	39
4.3.3. Obsesif Kompulsif Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	40
4.3.4. Obsesif Kompulsif Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	40
4.3.5. Obsesif Kompulsif Puanları ile Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	41
4.4. Yaşam Kalitesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	41
4.4.1. Obsesif Kompulsif Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	42
4.4.2. Obsesif Kompulsif Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	43
4.4.3. Obsesif Kompulsif Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	43
4.4.4. Obsesif Kompulsif Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	44
4.4.5. Obsesif Kompulsif Puanları ile Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	45
4.5. Araştırma Sorularına Ait Bulgular .....	46
4.5.1. Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	46
4.5.2. OKB Semptom Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Etkisi .....	48
V. TARTIŞMA .....	58
VI. SONUÇ .....	70
VII. ÖNERİLER .....	75
KAYNAKÇA .....	76
EKLER .....	84
EK-1: TANI VE TEDAVİ AMAÇLI MATERYAL ALIMI ONAM FORMU .....	84

## KISALTMALAR ve SİMGELER

n	: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
%	: Yüzde
$\bar{x}$	: Ortalama
SS	: Standart sapma
p	: Anlamlılık düzeyi
t	: t değeri
F	: ANOVA test istatistiği
r	: Pearson korelasyon katsayısı
$\eta^2p$	: Etki büyüklüğünün anlamlılığı



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler.....	34
Tablo 4.3. Obsesif Kompulsif Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları .....	35
Tablo 4.4. Obsesif Kompulsif Puanlarının Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları.....	36
Tablo 4.5. Obsesif Kompulsif Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre t Testi Sonuçları .....	37
Tablo 4.6. Obsesif Kompulsif Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre t Testi Sonuçları .....	38
Tablo 4.7. Obsesif Kompulsif Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları .....	39
Tablo 4.8. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları .....	39
Tablo 4.9. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları .....	40
Tablo 4.10. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre t Testi Sonuçları.....	40
Tablo 4.11. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık Durumuna Göre t Testi Sonuçları .....	41
Tablo 4.12. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	41
Tablo 4.13. Yaşam Kalitesi Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları .....	42
Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları.....	43
Tablo 4.15. Yaşam Kalitesi Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre t Testi Sonuçları .....	44
Tablo 4.16. Yaşam Kalitesi Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre t Testi Sonuçları .....	45
Tablo 4.17. Yaşam Kalitesi Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	46
Tablo 4.18. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları .....	48
Tablo 4.19. Varyansların Homojenliğine İlişkin Levene Testi Sonuçları .....	49
Tablo 4.20. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları.....	49
Tablo 4.21. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlüğe Göre Düzeltilmiş Bağımlı Değişken Puanlarının Obsesif Kompulsif Belirtilere Göre Bonferroni Düzeltmeli İkili Karşılaştırma Sonuçları .....	50
Tablo 4.22. Varyansların Homojenliğine İlişkin Levene Testi Sonuçları .....	51
Tablo 4.23. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları.....	52
Tablo 4.24. Obsesif Kompulsif Belirtilere Göre Düzeltilmiş Bağımlı Değişken Puanlarının Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlüğe Göre Bonferroni Düzeltmeli İkili Karşılaştırma Sonuçları .....	53

Tablo 4.25. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Medeni Duruma Göre Ağırlıklandırılmış).....	54
Tablo 4.26. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Yaş Gruplarına Göre Ağırlıklandırılmış).....	54
Tablo 4.27. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Öğrenim Düzeyine Göre Ağırlıklandırılmış) .....	55
Tablo 4.28. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Ağırlıklandırılmış) .....	56
Tablo 4.29. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre Ağırlıklandırılmış).....	57



# GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Konusu

Obsesif kompulsif bozukluk, klinisyenler tarafından, hastaların akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyen kronik ve engelleyici bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin hastalığı sosyal çevrelere de yansır. DSÖ tarafından yürütülen araştırmalar, OKB'nin unipolar depresyon, şizofreni ile birlikte beş ruhsal bozukluktan biri olduğunu göstermiştir (Bobes vd., 2001).

Yaşam kalitesine ilişkin çeşitli tanımlar bulunmakla birlikte genel anlamda bireyin öznel olarak yaşamdan memnuniyeti, genel iyilik hali ve zihinsel, fiziksel ve sosyal işlevselliğini algılama biçimi olarak tanımlanabilir (Akdede vd., 2005).

Belirsizliğe tahammülsüzlük bireyin belirsiz durumlara karşı olumsuz tepkisi olarak özetlenebilir. Bununla birlikte öngörülemeyen olay ve durumların önlenmesi gerektiği düşüncesi ve belirsizliğin adalet olduğu algısı olarak da kabul edilmektedir. Diğer yandan belirsizliğe tahammülsüzlüğün obsesif kompulsif bozuklukların alt bileşenlerinden biri olduğu görüşü de önem kazanmaktadır. Yapılan tanımda kuşku obsesyonunun doğurduğu tehditten söz edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında belirsizliğe tahammülsüzlük “tehdit düzeyi yüksek, hatalı algılamaya yol açan ve başa çıkmanın güç olduğu, önyargılı bilgi işleminin oluşturduğu bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tepki” olarak tanımlanabilir (Freeston vd., 1994).

Bu çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaşam kalitesi ile ilişkisinde obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeylerinin etkisi ve değişkenlerin demografik değişkenlere göre farklılaşma durumu incelenmiştir.

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, problem cümlesi, hipotezler, sınırlılıklar ve sayıtlara ilişkin terimlere yer verilmiştir.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı bireylerin sahip oldukları obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetine göre, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve bu konuyla ilgili literatüre katkıda bulunmaktır.

## 1.3. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi “Bireylerin obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeylerine göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır” olarak belirlenmiştir. Araştırmanın problem cümlesine uygun olarak aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranacaktır:

- 1- Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 2- Obsesif kompulsif belirti düzeyi ile kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 3- Obsesif kompulsif bozukluk belirti düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- 4- Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerine göre, obsesif kompulsif belirti düzeyleri ile yalnızca psikolojik sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?
- 5- Kişilerin OKB semptom düzeylerine göre, belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkilere ilişkin yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?
- 6- Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

7- Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

8- Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

9- Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

10- Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

#### **1.4. Araştırmanın Önemi**

DSM-V ile birlikte Anksiyete bozuklukları sınıfından çıkartılarak ayrı bir başlık olarak ele alınan obsesif kompulsif bozukluk kişinin hayatındaki farklı alanlarda işlevini kayda değer ölçüde bozan, kabul edilemez, rahatsız edici, tekrar eden bunaltıcı bir takım düşünceler (obsesyon ) ve ardından gelen bu sıkıntı verici durumdan kurtulup rahatlamak için gerçekleştirilen tekrarlı fiziksel veya bilişsel eylemlerin birbirini izlemesi şeklinde yaşanan psikiyatrik bir rahatsızlık olarak tanımlanabilir (Agheli, Hasanzadeh ve Ghasemian, 2013)

Temizlik, dini, cinsel, kontrol, zarar verme ve zarar görme gibi alt alanları bulunan obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulabilmesi için DSM-V obsesyon ve kompulsiyonların bulunması, kişinin yaşamındaki işlevin bozulması, kişinin obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul etmesi, başka bir eksen bozukluğu varsa obsesyon yada kompulsiyonların bunlarla sınırlı kalmaması, yaşanan durumun bir madde veya tıbbi bir durumun fiziksel bir uzantısı olmaması gibi kriterler yer almaktadır (Agheli, Hasanzadeh ve Ghasemian, 2013).

Obsesif kompulsif bozukluğun temelinde düşünceye aşırı öne verilmesi, mükemmeliyetçilik, abartılı tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncenin kontrol edilebilirliği ve abartılmış sorumluluk olmak üzere altı adet çarpık inanç ve değerlendirme alanı vardır (Gentes ve Ruscio, 2011).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirli olmayan olaylar ve durumlarla karşılaşıldığında duygu, düşünce ve davranış alanlarında olumsuz tepki verme eğilimi olarak tanımlanabilir ve patolojik olmayan anksiyeteye ayırt edici bir özellik olarak gösterilebilir (Olatunji, Cisler ve Tolin, 2007).

Yaşam kalitesi bireyin içinde bulunduğu kültürle birlikte psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak içinde bulunduğu durumu algılama ve değerlendirme biçimi olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından ilk kez 1948 senesinde ortaya atılan bu kavram kişinin durumunu tamamen kendi penceresinden değerlendirdiği göz önüne alınırsa subjektif öğeler taşımaktadır. Yapılan araştırmalara göre obsesif kompulsif bozukluk ile yaşam kalitesi birbiriyle doğrudan ilişkilidir ve hastalığın şiddetine göre yaşam kalitesinde de deformasyon meydana gelmektedir. Tüm bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda obsesif kompulsif semptomların patolojik düzeyde olup olmadığına bakılmaksızın, bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin yaşam kalitesi algılarının farklı alanlarda ne ölçüde etkilendiğinin araştırılması ve bu alanda literatüre katkı sağlayacak veriler elde edilmesi önemli görülmektedir.

### **1.5. Hipotezler**

Bireylerin obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeylerine göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında ilişkinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki hipotezler sınanacaktır:

H1: Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır.

H2: Obsesif kompulsif belirti düzeyi ile kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H3: Obsesif kompulsif bozukluk belirti düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

H4: Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerine göre, obsesif kompulsif belirti düzeyleri ile yalnızca psikolojik sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır.

H5: Kişilerin OKB semptom düzeylerine göre, belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkilere ilişkin yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.

H6: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H7: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H8: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H9: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H10: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

## **1.6. Sayıtlar**

1. Katılımcıların anket sorularını samimi ve yansız olarak cevapladıkları kabul edilmektedir.

2. Örneklemin evreni temsil ettiği kabul edilmektedir.

3. Veri toplama aracındaki soruların ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilir oldukları kabul edilmektedir.

### **1.7. Sınırlılıklar**

Bu çalışma 19-57 yaş arası 224 “gönüllü” genç yetişkinin oluşturduğu bir örneklem ile sınırlıdır.

Araştırma evrenini oluşturan yaş aralığındaki nüfus çok geniş olduğundan araştırmanın örneklem sayısı üniversiteye genellenemez.

Araştırma konusu olan “bireylerin obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeylerine göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında ilişkiye” ilişkin sonuçlar araştırmada kullanılan ölçeklerin kapsamı ile sınırlıdır.

## II. GENEL BİLGİLER

### 2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

#### 2.1.1. Tanımı

Kökeni Latince'ye dayanan obsesyon kavramı “kuşatma, tedirgin etme” anlamlarına gelmektedir. Kompulsiyon ise obsesyonların neden olduğu sorunlarla mücadele etmek için tekrarlanan davranışları ifade etmektedir. Obsesyonun neden olduğu anksiyeteyi azaltmak amacıyla törensel davranış veya zihinsel eylemlerden oluşan kompulsiyon istenmeyen düşünce ve hareketlerin yinelenmesidir. Amerikan Psikiyatri Birliğine (APA) göre bireyi rahatsız eden, zorlayıcı, uygunsuz ve kontrol edilemeyen düşünce, dürtü ve imgeler sürekli bir psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilmektedir (Köknel, 1998).

Obsesif kompulsif bozukluk on altıncı yüzyıldan itibaren bilinen bir rahatsızlık olup ilk olarak Esquind tarafından dile getirilmiş ve iç görüsü olan delilik, olarak kabul edilip zihinsel tiklere bağlı olduğu da belirtilmiştir. Benzer bir tanımlama da Janet ve Schneider tarafından yirminci yüzyılın başlarında yapılmıştır (Özerdem, 1998).

Obsesif kompulsif bozukluklar çocukluk veya yetişkinlik dönemlerinde görülebilir. Özellikle ergenlik öncesi semptomların ortaya çıkması çocukluk çağındaki vakaları işaret etmektedir. Yetişkinlik dönemindeki obsesif kompulsif bozukluklar ise ergenlik dönemi veya hemen sonrasındaki dönemlerdeki vakaları işaret etmektedir (Kalra ve Swedo, 2009).

Kompulsif davranışlar kuşku ve endişe gibi nedenlerle ortaya çıkabileceği gibi simetri veya sıralama temalarına ilişkin takıntılarla da ilgili olabilir. Şüphe duyma temaları tamamlanmış eylemler hakkında emin olmaktır. Örneğin yıkama ve temizleme zorunluluğu, tekrarlanan el yıkama veya duş çoğunlukla kirli kapı tokmağı, ayakkabı veya herhangi bir kirli şeye dokunma gibi obsesyonların ardından gelir. Kontrol etme temaları da kontrol etme zorunluluğuna ilişkin obsesyonları takip eder. Bu zorunluluk sonucunda sürekli tekrarlayan davranışlar gelişir (Fitzgibbons ve Pedrick, 2003).

### **2.1.2. Nedenleri**

Obsesif kompulsif bozuklukların nedenleri konusunda yapılan araştırmalardan kesin bir sonuç olmamakla birlikte ortak görüş biyolojik ve çevresel etkenlerin birleşiminin etkili olduğu yönündedir. Özellikle genetik bileşenlerin ön planda olduğu varsayılmaktadır. Yanı sıra psikolojik faktörlerinde obsesif kompulsif bozuklukların gelişmesine neden olduğu ifade edilmektedir (March ve Mulle, 1998).

Psikolojik faktörlerin etkili olduğu görüşü son yıllarda yerini nörobiyolojik araştırmalarla yerini nesnel bağlantılı olmaya yönelmiştir. Bireyin zihninde oluşturduğu temsillerin çocukluk dönemindeki bakım verenler ile ilişkili olduğu; obsesif kompulsif bozuklukları anlamada bu dönemlerin incelenmesinin yararlı olacağı ifade edilmektedir (ztrk ve Uluşahin, 2015).

#### **2.1.2.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler**

Obsesif kompulsif bozuklukların biyolojik temelli olduğu yaklaşımları beyin yapısının belirli bölgelerindeki fonksiyon bozukluklarına odaklanmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleri ile gerçekleştirilen araştırmada bu görüşü destekleyen bulgulara ulaşıldığı ifade edilmektedir. Beyin ile ilgili olduğunu destekleyen başka bir araştırmada ise OKB olan ve olmayan bireylerin ondan fazla beyinsel metabolik farklılığının olduğu ve bu farklılığın beyin anormallikleri ile açıklanabildiği belirtilmiştir (Yalçın vd., 2011).

Obsesif kompulsif bozuklukların beyin ile ilişkisinin beyinden salgılanan serotonin hormonu ile ilişkili olduğu; beynin ilgili alanları arasında mesaj taşımakla görevli olan bu hormonun bireyin duygu durumlarını, diğer psikolojik ve fiziksel işlevlerinin modülasyonundan sorumlu olduğu ve aktivite düzeyindeki düzensizliğin bir sonucu olarak obsesif kompulsif bozukluklara yol açtığı ifade edilmektedir (Waite ve Williams, 2009).

Obsesif kompulsif bozuklukların diğer bir nedeni olarak gösterilen genetik etkiye ilişkin araştırmalarda obsesif kompulsif bozukluğu olan ebeveynlere sahip bireylerde obsesif kompulsif bozukluk görülme olasılığının onda bire kadar daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Başka bir araştırmada birinci derece akrabalarında OKB

olan bireylerin yüzde onunda OKB görüldüğü ifade edilmiştir (Vural, Taneli ve Taneli, 2002).

Genetik faktörlerin etkisine ilişkin ikiz bireyler üzerinde yapılan çalışmada obsesif kompulsif davranışların birlikte görüldüğü ve aileden kaynaklı genetik faktörlerin de etkili olduğu tespit edilmiştir (Bolton vd., 2007).

Genetik etki sonuçlarına ilişkin araştırmalar genetik etkinin varlığını göstermekle birlikte hangi genin olduğuna ilişkin net bir sonuç elde edilememiştir. Diğer yandan hem çocuk hem de ebeveynin obsesif kompulsif bozukluğu olmasına karşın olgularda rastlanan semptomlar farklılık göstermektedir. Ancak sonuçlar göstermektedir ki aile bireylerinde obsesif kompulsif bozukluk olan bireylerin OKB yatkınlığı daha fazladır. Genetik etkinin varlığını ispatlamaya yönelik çalışmalar devam etmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016).

### **2.1.2.2. Psikolojik Faktörler**

Obsesif kompulsif bozuklukları psikolojik faktörlerle açıklayan yaklaşımlar davranışçı, bilişsel ve psikanalitik olmak üzere üç kategoride ele alınmaktadır.

#### **2.1.2.2.1. Davranışçı Yaklaşımlar**

Davranışçı yaklaşımlardan ilki kaygı ile ilgili bozukluklara atıfta bulunan Mowrer'in İki Fazlı Kuramını temel almaktadır. Bu yaklaşıma göre sürecin ilk aşamasında klasik koşullandırma ile anksiyetenin nasıl geliştiği ve ilerlediği açıklanırken ikinci aşamada işlemsel koşullandırma ile ilişkilendirme yapılır. Yaşanan korku ve endişenin etkisini azalmak için davranışsal çözümler aranır ve ikinci süreçte bu davranışlar korkunun veya kaygının etkisini azalttığı düşüncesiyle endişe obsesyonunu güçlendirir (Kozak ve Foa, 1994).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan birey belirli bir uyarı korkuyla ilişkilendirir ve ayrıca bu korkuları davranışları geliştirir. Bu davranışlar korku içinde geçici bir azalmaya yol açmakta ve zorlayıcı davranışlara dönüşmektedir. Durum ve korku birbirine bağlandığında, korku duygusunu tolere etmek yerine güçlendirilmiş

davranışlardan kaçınmak, bu şekilde takıntılı korkuları ve zorlayıcı davranışları bu şekilde sürdürmektedir (Rector vd., 2001).

Koşullanmış ve rahatsız edici fobik uyaranlar olarak ifade edilen obsesyonlar sürekli kaygıya yol açmakta; kaygı sürdükçe kompulsiyon ile bu kaygı azaltılmaya çalışılmaktadır. Ancak korku uyaranlarından farklı olarak obsesyonlar içselleştirilmiştir ve bastırılmadığında bu düşünceler daha baskın hale gelmekte; birey daha duyarlı olmaktadır. Bu soruna duyarlılık, depresif, içe dönük kişilik veya stres eşlik ettiğinde kontrol kaybı endişesiyle kompulsif davranışlar artmaktadır (Rachman, 2002).

#### **2.1.2.2.2. Bilişsel Yaklaşımlar**

Bilişsel yaklaşımlar bireyin varsayımlarının yanlışlığına veya düşüncelerin yanlış yorumlanmasına odaklanmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin müdahaleci, tekrarlayıcı ve uygunsuz düşünceleri olduğu kabul edilmekle birlikte sağlıklı bireylerin de aynı düşüncelere sahip olduğu kabul edilmektedir. Sağlıklı bireylerden farklı olarak düşüncenin yorumlanmasında sorun yaşanmaktadır (Rector vd., 2001).

Bireyin bilişsel süreçlerindeki gelişim çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde farklılık göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan ergen ve yetişkin bireylerde algılanan sorumluluk ve düşünce bastırma stratejilerinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Diğer yandan çocukların obsesyon ve kompulsiyon yaşama düzeylerinin ergen ve yetişkinlere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Farrell ve Barret, 2006).

Bilişsel yaklaşımlar obsesif kompulsif bozuklukların teşhis ve tedavisinde uzun süre kullanılmakla birlikte bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar birlikte ele alınmaktadır. Obsesif bozukluğu olan ve olmayan sağlıklı bireyler arasında görülen farklılığın temelinde düşüncelerin kontrol edilebilir olmayışı, obsesif bozukluğu olan bireylerin düşünceleri zarar görme endişesiyle yorumlamasıdır. OKB belirtileri gösteren bireylerde OKB tanısında temel belirleyici unsurun bireyin düşünceleri nasıl değerlendirdiğidir. Obsesif bozukluğu olan bireyler bu düşünceleri zarar görebilecekleri endişesiyle yorumladıklarından sürekli bir önlem alma hissine kapılmaktadır. Zihinsel

etkinliği yanlış yorumlayarak kişisel sorumluluk olarak algılamakta ve yüksek düzeyde kaygı ve sıkıntılar yaşamaktadır (Insel, 1990).

### **2.1.2.2.3. Psikanalitik Yaklaşım**

Psikanalitik yaklaşıma göre obsesif kompulsif bozukluğın temelinde anal dönemdeki saplanma belirtileri dikkate alınmalıdır. Özellikler cimrilik, kararsızlık ve aşırı düzen davranışları ve bu davranışlara neden olan iki yönlü dürtüler belirgin olarak görülmektedir. Örneğin tuvalet ihtiyacı ve tuvaletin ihtiyacının giderilmesi iki yönlü dürtüyü ifade etmektedir. Bu yaştan itibaren ebeveyn eğitimiyle çocuklar karşı/iki değerli bu dürtüleri kullanmayı öğrenir. Ebeveynlerin olumsuz tutumları ise bu dürtünün kararsızlığına neden olur. Anal dönemdeki diğer tutumlara (saldırganlık, inatçılık, kirlilik vb.) karşı geliştirilen savunma dürtüleri ile birlikte obsesif kişilik gelişebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

### **2.1.2.3. Psiko-Sosyal Faktörler**

Obsesif kompulsif bozukluğa ilişkin psiko-sosyal yaklaşımda aile ve topluma ilişkin açıklamalara yer verilmektedir. Ailesel faktörler obsesyon ve kompulsiyonun kalıcı olması ve çocukta da gelişmesine neden olabilir. Zira çocuklar ailelerine bağlıdır ve model alma nedeniyle ailedeki kompulsif davranışlardan olumsuz yönde etkilenebilmektedir (March ve Mulle, 1998).

Ailesel faktörlerin OKB ile ilişkisine yönelik çalışmalara göre aile etkileşimi, konaklama ve aile katılımı çocuklarda obsesif ve kompulsif bozuklukların gelişiminde önemli düzeyde etkili olmaktadır. Ebeveyn ile çocuk arasındaki etkileşim, çocuğın ebeveynlerle birlikte zorunlu konaklaması ve ebeveynlik davranışları davranışlarının çocuğın OKB'si ve tedavi sonuçları üzerinde doğrudan etkisi olduğu konusunda bir fikir birliği vardır (Rosa-Alcazar vd., 2017).

Yapılan araştırmalar ailesel faktörlerin üzerinde durmakla birlikte toplumsal faktörlerin etkisi konusunda kesin olmamakla birlikte varsayımlarda bulunmaktadır. Ailede kuralcılık ve koruyuculuğun aşırıya kaçması, disiplin ve mükemmeliyetçiliğin abartılması durumunda çocukların temizlik ve düzen konusunda takıntılı olabilecekleri; kompulsif davranışlar sergileyebilecekleri ifade edilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

### **2.1.3. Yaygın OKB Davranışlar**

#### **2.1.3.1. Obsesyon Türleri**

Obsesyon tanımları bir araya getirildiğinde “bireyin kendisine sıkıntı verdiği ve mantıksız olduğunu bildiği halde düşünmekten alıkoymadığı, inatçı, girişli, tekrar edici bir şekilde zihinde tekrarlanan düşünsel yaşantılar” olarak ifade edilebilir (Köroğlu, 1995). Obsesyon türleri kuşku, temizlik/bulaşma/kirlenme, ruminasyon, , saldırganlık, cinsel, dini, simetri ve düzen, somatik obsesyonlar olmakla birlikte bu çalışma kapsamında olması ve en yaygın olmaları nedeniyle kuşku, temizlik/bulaşma/kirlenme ve ruminasyon obsesyonlarına yer verilmiştir.

##### **2.1.3.1.1. Temizlik-Bulaşma Kirlenme**

En yaygın obsesyon türü olan kirlenme (veya temizlik/bulaşma) obsesyonu hastalık tehdidi algısı ile birlikte bulaşma endişesini taşımaktadır. Örneğin tuvalette üzerine idrar sıçramış olması, el sıkışma veya ortak kullanım alanlarında herkesin dokunduğu nesnelere mikrop bulaşması düşüncesine dayanmaktadır. Bu düşünce hastalık tehdidi ve korkusunu beraberinde taşıdığına obsesif bozukluk durumu söz konusudur (Tan, 2016).

Kirlenme, bulaşma, temizlik obsesyonu olan bireyler başkalarının eşyalarına dokunmaktan çekindiği gibi onlarla temas halinde olmaktan da çekinir. Kirlenme obsesyonu devamında temizlik kompulsiyonunu da birlikte getirmektedir. Zira bulaşma/kirlenme obsesyonu olan bireyler kendilerini temizlikten alıkoymazlar (Doğan, 2009).

Bulaşma/kirlenme obsesyonu ile temizlik kompulsiyonu; ayrıca bulaşmayı önleyici ve kaçınmacı davranışlar da birlikte görülür. Özellikle tuvalet esnasında idrar ve dışkı sıçramaları beraberinde mikrop kapma veya hastalık korkusunu doğurmaktadır. Eşlik eden temizlik kompulsiyonu çoğu zaman bireyin güncel yaşamını sıkıntıya sokabilecek düzeyde temizlik yapmasına; önleyici davranış olarak sürekli kıyafet değiştirmesine ve ortak kullanım alanlarından uzak durmasına neden olabilmektedir (Tan, 2016).

### **2.1.3.1.1. Kuşku**

Bireyin eylemlerinden emin olamaması ve kuşku duyması olarak tanımlanabilir. Örneğin evden çıktıktan sonra kapıyı kilitlemediğinden emin olamaması bir kuşkudur. Ancak obsesif bozukluk olarak tanımlanabilmesi için bunun hemen her durumda olması ve ardından bu kuşkuyu gidermek için veya tehlikeyi önlemek için kompulsiyon gelişmesi gerekmektedir. Kirlenmeden sonra en sık rastlanan obsesyon olarak bilinmektedir (Karamustafalıoğlu, 2010).

Kuşku obsesyonu olan bireyler eylemlerinden sürekli olarak emin olamama durumuyla karşı karşıyadırlar. Zihinlerindeki bu şüphe nedeniyle eylemlerin sürekli olarak ve tekrar tekrar kontrol etme eğiliminde olduklarından kuşku obsesyonuna kontrol kompulsiyonu eşlik etmektedir. Kontrol etmediklerinde ise duydukları kuşku nedeniyle sürekli olarak huzursuzluk ve kötü bir şey olacaktı inancını taşımaktadırlar. Kontrol kompulsiyonu da bu nedenle bariz bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Tan, 2016).

Bireyin eyleminden emin olamamasının bir sonucu olan kuşku obsesyonunda tipik davranışlardan da söz edilebilir. Örneğin kapıyı kilitlemediğinden, televizyonu kapattığından, ocağı söndürdüğünden emin olunamamaktadır (Tükel, Demet ve Topçuoğlu, 2006).

Kuşku obsesyonu beraberinde kararsızlık ve duraksamayı da getirmektedir. Zihinsel olarak iki kutup arasında kalan birey gerçek düşünce yerine amaçsız düşünce etkinliklerine kapılmakta; kesin bir karara varamadığından sürekli olarak tekrarlanan davranışlara yönelmektedir. Kuşku obsesyonu ileri düzeylere ulaştığında birey zihinsel yanılmayla birlikte gözleriyle gördüklerine de inanmayacak; itibar etmeyecek duruma gelebilmektedir (Geçtan, 2013).

### **2.1.3.1.3. Ruminasyon**

Zihinsel geviş getirme olarak da tanımlanan ruminasyon zihindeki olumsuz düşüncelerin sürekli tekrarlanmasını ifade etmektedir. Bu nedenle bireyin olumsuz duygulardan kurtulması engellenmekte ve depresif süreçler daha uzun sürmektedir. Zihni meşgul eden olumsuz düşünceler bütün engelleme ve reddetmelere rağmen sürekli

tekrarlanmakta; istenmeyen düşünce, dürtü ve imgeler süreklilik kazanmaktadır (Atkinson, Atkinson ve Hilgard, 1995).

### **2.1.3.2. Kompulsiyon Türleri**

Kompulsiyonun tanımı yapılırken bilişsel ve davranışsal kurallara sahip ve yargısal kalıplarla yön bulan; sürekli tekrarlanan, amaçlı fakat anlamsız davranışlardan söz edilmektedir. Her ne kadar istemli olsa da dayatıcı nitelikte olması nedeniyle rahatsız edicidir (McKay, Taylor ve Abramowitz, 2008). Kompulsiyon türlerinden bir diğeri de eşyaların biriktirilmesi ve ihtiyacı olmadığı halde evinden çıkaramamasıdır. Bu nedenle yaşam kalitelerinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır (Frost ve Hartl, 1996). Kompulsiyon türleri temizlik, kontrol, yavaşlık (tekrar etme/ sayma/ sıralama/ simetri), biriktirme, dini kompulsiyonlar olmakla birlikte bu çalışma kapsamında olması ve en sık karşılaşılan obsesyonlar olmaları nedeniyle temizlik, kontrol, yavaşlık (tekrar etme/ sayma/ sıralama/ simetri) kompulsiyonlara yer verilmiştir.

#### **2.1.3.2.1. Temizlik**

Kirlenme ve bulaşma obsesyonunun neden olduğu temizlik kompulsiyonu sürekli olarak el, vücut, gıda, ev temizliğiyle belirgindir. Temizlik süresi kısa veya uzun olmakla birlikte kullanılan temizlik malzemeleri ve sürekli tekrarlanması nedeniyle kompulsif bozukluk olarak kabul edilmektedir. Temizliğin süresi ve sıklığı kompulsif bozukluğun düzeyini göstermektedir (Geçtan, 2018).

Temizlik kompulsiyonu halk arasında temizlik takıntısı olarak da bilinmektedir. Birey mikrop bulaşma veya hastalık korkusuyla kirlenme/bulaşma obsesyonuna yakalandığında sürekli temizlenme kompulsiyonu geliştirir. Temizlik kompulsiyonunda misafirler ayrıldıktan sonra evin her köşesini temizleme, eve her gelişinde kıyafetlerini, ellerini sürekli yıkama, sürekli banyo yapma, banyo ve tuvaleti sık sık ve uzun süren çabalarla temizleme şeklinde davranışlar gözlenmektedir. Temizlik eylemlerinin yanı sıra eve misafir kabul etmekten uzak durma, ortak kullanım alanlarına girmeme, misafiriğe gitmeme gibi önleyici veya kaçınmacı davranışlar da gözlenmektedir (Tümkaya, Karadağ ve Oğuzhanoğlu, 2015).

### **2.1.3.2.2. Kontrol**

Kontrol kompulsiyonu tehlikeye neden olabilecek kuşkulu durumların düzeltilmesi amacıyla geliştirilen davranışlardır. Kuşku obsesyonunda ilişkin belirtilen tehlike doğuracak durumlar karşısında bireyin sürekli kontrol etme ihtiyacı ve eylemi söz konusudur. Görülme sıklığı yüksek olan kompulsiyonlardan biri olan kontrol etme, kuşku obsesyonunun düzeyine göre artmakta veya azalmaktadır (McKay, Taylor ve Abramowitz, 2008).

Kontrol kompulsiyonunda kapıyı kilitlememiş olma kuşkusuna ilişkin obsesyon beraberinde kapının kilitli olduğunu kontrol etme davranışı görülmekte; bazen evden çok uzaklaştığı halde geri dönmesine neden olmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde bu davranışlar gün içinde birden fazla olmak üzere sürekli olarak tekrarlanmaktadır (Tan, 2016).

Kontrol kompulsiyonu olan bireylerde kararsızlık da sıkça yaşanan kontrol davranışının en önemli nedenlerindedir. Şüphe ile başlayan bu süreçte birey endişeye neden olan durum karşısında kararsızlığa düşmekte ve endişe kaynağını sürekli olarak kontrol etmektedir. Endişeye neden olan durumu düzeltmek için kontrol edip etmeme konusunda önce kararsızlık yaşanmakta; kontrol eylemi gerçekleştirildikten sonra aynı endişe, kararsızlık ve nihayetinde kontrol eylemi tekrarlanmaktadır. Bu duruma örnek olarak evden çıktığında bütün ışıkları kontrol etme, elektronik ev aletlerini kapatma veya fişlerini çekme, kapı kilidini üç veya daha fazla kez kontrol etme gibi hafif düzeylerde olabileceği gibi taşıt kullanırken başkalarına veya başkalarının araçlarına çarpmış olma kuşkusunu gidermek için aynı yere defalarca gelme, kanıt arama şeklinde ağır bir şekilde de seyredebilmektedir (Geçtan, 2018).

### **2.1.3.2.3. Yavaşlık**

Yavaşlık kompulsiyonu sıralama, simetri ve sayma davranışlarından kaynaklanabileceği gibi kuşku obsesyonu ve kontrol davranışlarıyla da ortaya çıkabilmektedir. Yavaşlık kompulsiyonu kitaplıktaki kitapların sayılması, simetrik olarak yerleştirilmesi ve alfabetik veya başka bir şekilde sıraya dizilmesi gibi sürekli tekrarlanan ritüellerden oluşabilmektedir. Tüm bu eylemler kişinin saatlerini alır ve yavaşlamaya neden olur (Juang ve Liu, 2001).

Sayma kompulsiyonu bireyin sürekli sayma ihtiyacı hissetmesi veya hemen her işini sayı sayarak yapması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Dolabın kapağını üç kez açıp kapatmak, taşıtların plakalarını okumak gibi davranışlar sayma kompulsiyonuna örnek olarak gösterilebilir (Piacentini ve Jangley, 2004).

Sıralama ve simetri kompulsiyonunda bireyin belirli bir düzen sağlama zorlantısı ile nesnelere sıralama ve simetri sağlayacak şekilde biçimlendirmesi söz konusudur. Bu düzen sağlanamadığında gerginlik başlar, gerginlikten kurtulabilmek için de kompulsiyon sürekli tekrarlanır (Kozak ve Foa, 1995). Bu davranışlar da kişinin güncel yaşamında yavaşlamaya neden olur.

## **2.2. BELİRSİZLİĞE KARŞI TAHAMMÜLSÜZLÜK**

### **2.2.1. Tanımı**

Belirsizlik “olaylar veya eylemlerin sonucunun kestirilememesi veya bilinmemesi” olarak tanımlanmaktadır. Sadece OKB’li hastalarda değil tüm bireylerde rahatsızlık verici, olumsuz etkilere sahip olduğu bilinmektedir. Belirsizliğe neden olan olay veya eylem bireyin endişelenmesine veya korkmasına neden olabilmekte; bu endişe ve korkuyu yenebilmek için önleyici davranışlara yol açmaktadır. Birbirini takip eden bu eylemler de bireyin iyi oluşu üzerinde olumsuz etkiler doğurmaktadır. Belirsizlik kavramı beraberinde tahammülsüzlüğü de getirdiğinde psikoloji alanında yeni bir kavram ile karşılaşmış olur (Buhr ve Dugas, 2006).

Belirsizliğin bireyler tarafından olumsuz olarak algılanma düzeyi farklılık gösterebilmektedir. Bu etkiyle birlikte belirsizliği azaltma veya ortadan kaldırma tutumu da kişiden kişiye değişmektedir. Kimi zaman da belirsizliği fırsat olarak kullanma isteği de ortaya çıkabilmektedir. Belirsizliğin nedenleri incelendiğinde bilgi eksikliği veya rastgelelik karşımıza çıkmaktadır. Kısmi veya tam bilgi eksikliğinde birey bilgi eksikliğini farkına vardıklarında araştırmaya yönelmektedirler. Rastgelelik insan hayatının önemli bir bölümünü oluşturmakta ve bu duruma karşı yapılabilecek çok fazla bir şey de bulunmamaktadır ve belirsiz durumlar hakkında sadece tahminlerde bulunmak mümkündür (Budner, 1962).

Frenkel-Brunswick (1949) tarafından ilk kez kullanılan belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı Budner (1962) tarafından daha açık bir şekilde dile getirilmiştir. Budner'e göre belirsizliğe tahammülsüzlük "belirsizliğe neden olan durumu tehlike olarak görmek" şeklinde ifade edilmiştir. Yapılan tanımda kuşku obsesyonunun doğurduğu tehditten söz edilmektedir. Günümüzde kabul gören tanımda ise belirsizliğe tahammülsüzlük "tehdit düzeyi yüksek, hatalı algılamaya yol açan ve başa çıkmanın güç olduğu, önyargılı bilgi işleminin oluşturduğu bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tepki" olarak kabul görmektedir (Freeston vd., 1994).

Belirsizliğe tahammülsüzlük kanıtlara dayalı muhtemel ve engelleyici olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır. Kanıtlara dayalı muhtemel belirsizlikte bireyin beklenmedik olaylara karşı tutumu ele alınırken aynı zamanda anksiyete ve kompulsif bozuklukla ilişkilendirilmektedir. Engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlükte ise belirsizlik durumunun bireyin yapacağı eylemlerden vazgeçmesine; bunun sonucu olarak da anksiyete ve depresyona düşmesine yol açması söz konusudur (McEvoy ve Mahoney, 2011).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün bir sorun olarak kabul edilmesi bireyin tahmin edilemeyen durumlarla baş edebilme becerisine sahip olamaması; mutlak kesinliği olmayan şeyleri kabul edememesi; belirsizlik durumunda yanlış bir durum olduğunu algılanması ile karakteristiktir. Belirsizlik durumu en çok ergen ve gençlerin yaşamında söz konusu olmakta ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün de bu dönemlerdeki duygu ve düşünce yönetimi ile şekillendiği ifade edilmektedir (Libby vd., 2004).

Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu (OCCWG) tarafından yapılan tanımda "her şeyin kesin ve belirsizlikten uzak olması gerektiğine inanma, belirsizlik durumunda baş edemeyeceğini düşünme ve belirsizlik durumunda işlevsellikte sorun yaşama" belirsizliğe tahammülsüzlük olarak tanımlanmaktadır (OCCWG, 1997).

Belirsizliğe tahammülsüzlük için yapılan diğer tanımlar incelendiğinde "belirsizlik durumunda huzursuz olma ve tahammül edememe", "belirsiz olaylara verilen olumsuz tepki", "istenmeyen veya olumsuz olayların ortaya çıkması ihtimaline karşı duyulan rahatsızlık hissi", "öngörülemeyen olayları stres, üzüntü kaynağı ve adaletsizlik olarak algılama, belirsizlik durumlarının olumsuz olduğunu ve mutlaka

öngörülebilir olması gerektiğini düşünme” tanımlamaları ile karşılaşmaktadır (Dugas, Freeston ve Ladouceur, 1997; Ladouceur, Gosselin ve Dugas, 2000; Carleton vd., 2007).

Patolojik endişe ve anksiyetenin bir alt bileşeni olarak da görülen belirsizliğe tahammülsüzlük, yaygın kaygı bozukluklarının alt bileşenleri arasında yer alan temel bilişsel süreç olarak da görülmektedir (Dugas ve Koerner, 2005).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü bilinmeyene karşı bir korku olarak da tanımlanmaktadır. Bireyin olay ve durumların belirsizliğine karşı olumsuz tepki verme eğilimi; belirsizlik durumlarında kaygı, endişe ve depresyon yaşaması olarak ifade edilebilir (Boelen ve Reijntjes, 2009).

Obsesif kompulsif bozuklukların belirsizliğe tahammülsüzlüğün önemli nedenlerinden biri olduğuna ilişkin yapılan araştırmalardan bir diğerinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliğin obsesif kompulsif bozukluklara özgü olduğu ve belirsizlik karşısındaki tehdit algısının OKB’li hastalarda daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Tolin vd., 2006).

### **2.2.2. Nedenleri**

Obsesif kompulsif tanımlı bireylerde görülmesi muhtemel obsesif inanç alanları abartılı sorumluluk ve tehdit algıları, düşüncelere aşırı önem verme kontrol edilmesi gerektiği inancı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik olarak ifade edilmektedir (OCCWG, 2005).

Belirsizliğe tahammülsüzlük her ne kadar endişe ve anksiyetenin bir alt bileşeni olarak görülmesi gerektiği, ancak yine de farklılıklar olduğu ifade edilmektedir. İlk olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün nedeni farklı olabilir ve birey gelecekte nasıl bir olayla karşılaşacağını bilmediğinden nasıl bir etki yaratacağını da kestiremeyebilir. Kaygı verici ve karışık bir durum arz eden bu tür olaylara karşı öfke, korku, heyecan, kaygı duyması bu olaylar karşısındaki çaresizlik algısından kaynaklanmakta olup bu durum birey için sıkıntılı bir durum kaynağı olmaktadır (Dugas ve Koerner, 2005).

Belirsizliğe tahammülsüzlük tanısı olan bireylerin, gelecekte olacıklara ilişkin kesinlik isteği ve emin olamaması sonucu çıkabilecek sorunlarla baş edemeyeceğine dair inancı vardır. Gelecekte emin olma sorumluluğuna ilişkin sorumluluk duygusu ve aksi durumda algılanan tehdit kaygının artmasına neden olmaktadır. OKB tanılı bireylerde bu belirsizliklere karşı tahammülsüzlük daha yüksek düzeydedir. Bu nedenle emin olmaya çalışmakta ve kararsızlık yaşamaktadırlar (Dürü ve Sayılğan, 2009).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün en önemli nedenlerinden biri endişe olarak belirtilmiştir. Mükemmeliyetçilik ve kontrol ile de ilişkili olan belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde endişenin daha fazla anlamlı etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde endişenin daha büyük bir etkisi bulunmaktadır. Patolojik olarak endişenin ayırt edici bir süreci olduğu da söylenebilir (Buhr ve Dugas, 2006).

Belirsizliğin nedenleri üç kategoride ele alınabilmektedir. Bunlardan ilki öngörülemeyen yeni bir durumla karşılaşma, ikincisi öngörülebilir karışık bir durum, üçüncüsü de farklı öngörülerin farklı bilgiler içermesi ve bu durumun çelişki yaratmasıdır. Daha açık bir ifadeyle belirsizliğe tahammülsüzlük ilk defa karşılaşılan, karmaşık ve çözülmesi zor veya çelişkili ve ne yapılacağını bilemez bir durumda ortaya çıkabilmektedir (Budner, 1962).

Belirsizliğe tahammülsüzlük görülen bireylerde belirsizlik moral bozucu ve strese neden olan bir durum olarak görülür ve belirsizlikten kaçınma veya işlevsellikte sorun yaşama durumlarıyla karşılaşılır. Diğer yandan belirsizlik durumunda bu kişilerin algı ve zihinsel yorumlamaları da sürekli olarak negatif yöndedir. Anılan nedenlerle belirsizlik durumu birey için tehdit edici bir durum olarak yorumlanmaktadır. Ancak bu durum tüm bireyler için geçerli olan bir durum olmayın öznel bir durum değerlendirmesinden ibarettir. Daha açık ifade etmek gerekirse belirsizlik durumunu tehdit edici olarak algılama düzeyi; bilişsel yanlılık belirsizliğe tahammülsüzlüğün en önemli nedenlerinden biri olarak gösterilebilir (Dugas vd., 2005).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün obsesif kompulsif davranışların temelini oluşturduğuna ilişkin görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşe göre obsesif kompulsif bozukluk yaşayan birey kesinlik sağlamak amacıyla girişimde bulunmuştur. Bu

bakımdan belirsizliğe tahammülsüzlük duygusal ve entelektüel olmak üzere iki kategoride ele alınabilmektedir. Birey için önemli olan nesnelere veya diğer kişiler için tehdit edici durum veya önceden kestirilemeyen olaylar hakkındaki duyguları duygusal belirsizlik olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir konudaki yetenek ve becerilerinin yetersiz olduğu inancı ve düşüncesi ve bu algı nedeniyle eylemlerden kaçınma tutumu da entelektüel belirsizliği ifade etmektedir (Grayson, 2010).

Belirsizliğe tahammülsüzlük nedenlerine ilişkin yapılan araştırmalarda anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün daha yüksek olduğu; benzer şekilde obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük olduğu gözlemlenmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün OKB'li bireylerde daha yüksek olmasının nedeni kontrol etme ihtiyacı ve tehdit olasılığı ile ilişkilendirilmektedir. Zira obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde tehdit olasılığı ile birlikte kontrol etme ihtiyacı artmakta ve kesinliğe ihtiyaç duyulmaktadır (Holaway, Heimberg ve Coles, 2006).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sonuçları arasında obsesif kompulsif alanlarından kontrol kompulsiyonu olduğu da ifade edilmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek düzeyde olan bireylerin kontrol kompulsiyonunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Tolin ve arkadaşları, 2003).

### **2.2.3. Sonuçları**

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan bireyler belirsiz durumları tehdit edici olarak algıladıklarından belirsiz durumları zihninde büyütme, problem çözme sürecinde etkisiz yollara başvurmakta ve eylemlerinde başarısız olmaktadır (Dugas, Freeston ve Ladouceur, 1997).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün fiziksel ve psikolojik sonuçları birlikte baş edilmesi güç stres kaynağı olarak görülmektedir. Belirsizliğe neden olan olay ve durumların anksiyete, depresyonu artırdığı; yaşam kalitesini düşürdüğü ifade edilmektedir (Barahmand ve Haji, 2014).

Problem çözme ve karar verme stratejileri üzerinde de belirsizliğe tahammülsüzlüğün olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek bireylerde endişe artmakta, belirsiz durumun çözümüne ilişkin kararlar alınırken bireyin özgüveni oldukça düşük kalmaktadır (Laugesen, Dugas ve Bukowski, 2003).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün problem çözme üzerindeki olumsuz etkisi açıklanırken bireyin problemin belirsizlik yönüne odaklandıkları ve bu nedenle problemi çözebileceklerine ilişkin yetersizlik algısına kapıldıkları; kendilerini adeta kilitlenmiş hissettikleri sonuç olarak da problem çözme becerilerini kaybettikleri ifade edilmektedir (Dugas, Freeston ve Ladouceur, 1997).

Bilgi eksikliği ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan belirsizlik durumunda günlük yaşamdaki durum ve olayları yorumlamada yaşanan tahammülsüzlük bireyin stresinin artmasına; devam eden süreçte de sorunu çözemeyecek düzeyde kendisini yetersiz hissetmesine neden olmaktadır. Yaşanan özgüven düşüşü, durumu kontrol etme algısının artmasına ve problem çözme becerisinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak bilgi eksikliğinden kaynaklanan belirsizliğe tahammülsüzlük, karşılaşılan problemlerin çözümünü zorlaştırmakta ve bireyin yaşamını daha güç hale getirebilmektedir (Chen ve Hong, 2010).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, OKB'deki tehdidin tahminini etkileyen faktörlerden biri olabilir. Obsesif kompulsif bilişler çalışma grubu tarafından yürütülen çalışmalar OKB hastalarının, diğer anksiyete bozukluklarından ve normal deneklerden daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük gösterdikleri sonuçlarını elde etmiştir. Bu inançlar kaygı ve depresyonun etkisi kontrol altına alındığında bile OKB belirtileri ile anlamlı olarak ilişkilidir. Mevcut kanıtlar, tehdit ve belirsizlik ile ilgili işlevsel olmayan inançların, OKB'yi diğer gruplardan ayırt eden düşüncelerin ve mükemmeliyetçiliğin önemi hakkındaki inançlarla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Sookman ve Pinard, 2002).

Belirsizliğe tahammülsüzlük veya kesinliğe duyulan ihtiyaç obsesif kompulsif bozuklukların gelişiminde önemli bir etkidir. Belirsizliğe tahammülsüzlük gözlenen hastaların olay veya durumlara ilişkin tehdit algıları nesnellikten uzaktır. Bu nedenle

belirsiz durumlarda sürekli olarak olumsuz yaklaşmakta ve kontrol altına alma ihtiyacı duymakta ve obsesif kompulsif bozukluk gelişimine neden olmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün neden olduğu diğer kişilik bozukluklarının olduğu da ifade edilmektedir (OCCWG, 1997).

## **2.3. YAŞAM KALİTESİ**

### **2.3.1. Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization -WHO) yaşam kalitesini “bireyin yaşamdaki konumlarını, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bağlamında algılaması” olarak tanımlamakta ve yaşam kalitesini “kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilgili göze çarpan özellikleri ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram” olarak ele almaktadır (WHO, 2006).

Literatürde yaşam kalitesi için benzer tanımlamalar görülmektedir. Bireyin yaşamına anlam katan hedefleri ve bu hedefler için planlamaları, umutları veya beklentileri ile elde ettiği sonuçlar arasındaki fark olarak da ifade edilmektedir (Arkar, Sarı ve Fidaner, 2004).

Yaşam kalitesi bireyin içinde bulunduğu toplumun kültürüne uyumlu bir şekilde yaşam koşullarını iyileştirmesi, sağlıklı bir ortamda yaşaması, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, hedeflerine ulaşabilmesi ve bundan tatmin olabilmesi, mutlu ve refah bir şekilde yaşaması gibi birden fazla kavramı barındırmaktadır. Sayılan tüm bu kavramların ortak noktası bireyin yaşamından memnuniyet duyması olup bireyin iyi olma durumu olarak da özetlenebilir (Avcı ve Pala, 2004).

Yaşam kalitesinin tanımında kategorilere ve boyutlara ayırma da görülmektedir. Öznel ve nesnel olmak üzere iki boyutta ele alındığında ilki bireyin yaşamı hakkındaki duygu ve düşünceleri, beklenti, tecrübe, mutluluk, doyum sağlama, iyilik hali gibi mevcut durumun algılanışı olarak tanımlanabilen öznel boyut; ikincisi de sosyal-

fonksiyonel normları ve yaşam tarzını gösteren üretkenlik, bağımsızlık, sosyal ilişkiler gibi nesnel boyut olarak kategorize edilmektedir (Bigelow, Farland ve Olson, 1991).

Psikiyatri biliminde de ilk günden itibaren hastaların değerlendirilmesi ve hastalığın tedavisinde yalnızca hastalığın belirtileri ve şiddeti yerine bireyin kendisini psikolojik, fiziksel, sosyal ve diğer çevre koşullarıyla nasıl değerlendirdiği; diğer bir ifadeyle yaşam kalitesine bakış açısına önem verilmiş ve ilerleyen zamanlarda psikolojik bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki de incelenmeye başlanmıştır (Baker ve Intagliata, 1982). Sonuç olarak günümüzde yaşam kalitesinin genel, fiziksel, psikolojik, çevre ve sosyal ilişkiler şeklinde çok boyutlu ele alındığı görülmektedir.

### **2.3.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler olumlu ve olumsuz olmak üzere eke kategoride ele alınabilir. Bireyin yaşamındaki konfor, yakın çevre ile iyi ilişkileri ve sosyal aktivitelere katılma düzeyi yaşam kalitesini artıran faktörler; geleceğe ilişkin kaygı, sağlıkla ilgili sorunlar ve sorunlarla başa çıkma çabası, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki yetersizlik, algılanan destek, iş yaşamındaki stres ve ekonomik kaygılar gibi faktörler de yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz faktörler olarak sıralanabilir (Baydur, 2013).

Psikiyatri biliminde sosyal işlevsellik, uyum, algılanan destek gibi kavramlar yaşam kalitesi ile birlikte ele alınmaktadır. Zira sayılan durumlar ve ile birlikte depresyon, kaygı, bipolar bozukluklar, sosyal yeti kaybı ve obsesif kompulsif bozukluk gibi olumsuz faktörler yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Akdede, 2006).

Yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörlere literatürde çokça yer verilmektedir. Bu faktörler bir araya getirildiğinde olumsuz faktörler kronik yorgunluk, kronik sağlık sorunları, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki güçlükler, gelecek kaygısı, aile ile ilgili kaygılar, algılanan sosyal destek yetersizliği, beden imgesi ve cinsel fonksiyonlardaki bozulma, hijyen sorunları olarak sıralanabilir. Yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen faktörleri aileden ve sosyal çevreden algılanan desteğin yüksek oluşu, ekonomik güvence, sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel yeterlilik,

çevresel koşullardaki konfor, aktif sosyal yaşam, özgüven, sosyal çevrede saygınlık, başta hastalık olmak üzere yaşamında karşılaştığı sorunlarla baş edebilme inancı olarak sıralamak mümkündür (Kızılcı, 1999).

### **2.3.3. Yaşam Kalitesi Alanları**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesinin tanımıyla birlikte yaşam kalitesinin ilgili olduğu alanları da birlikte ele almıştır. Tanımda yer alan beş alan (fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilgili göze çarpan özellikleri) ile birlikte genel sağlık algısı altıncı alan olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi alanlarından ilki fiziksel sağlık olarak belirtilmiş olup bireyin rahatsızlık, ağrı, enerji durumu, halsizlik, yorgunluk, uyku ve dinlenmiş olma durumlarını ifade etmektedir. Psikolojik sağlık alanında pozitif ve negatif düşünceler, algı, hafıza, zihinsel aktivite durumu, özgüven, beden imajı gibi fonksiyonlar ele alınmaktadır. Genel sağlık alanında bireyin günlük ihtiyaçlarını bağımsız olarak yapabilmesi; herhangi bir ilaç veya terapiye ihtiyaç duymaması değerlendirilmektedir. Sosyal ilişkiler alanında kişilerarası ilişkiler, algılanan sosyal destek; çevresel alanda bireysel veya ailesiyle ilgili fiziksel güvenlik, finansal iyi oluş, hava kirliliği, gürültü gibi çevresel koşullar ele alınmaktadır. Kişisel inançlar alanında ise bireyin kendini rahatlatmak için başvurduğu manevi, dini veya ruhsal destekten söz edilmektedir (WHO, 1995).

#### **2.3.3.1. Fiziksel Sağlık**

Genel sağlık algısı bireyin fiziksel, biyolojik veya işlevselliğine ilişkin durumuna bakarak iyilik veya hastalık halini göreceli olarak ifade etmesidir. Bireyin algıladığı sağlık durumu öz değerlendirmesine dayanmaktadır ve aynı belirtiler kişiden kişiye farklı algılanabilmektedir. Örneğin obsesif kompulsif bozukluğu olan bireyler nesnel bir belirti olmadığı halde kendisini hasta hissedebilmekte iken nesnel durum olduğu halde kimi bireyler bu durumu daha az olumsuz değerlendirebilmektedir. Nesnel durumun algılanışı da kişiden kişiye değişiklik göstermekte; kimi bireyler aynı belirtiler karşısında yine de kendisini sağlıklı olarak görebilmektedir (Muldoon vd., 1998).

### **2.3.3.2. Genel Sağlık**

Genel sağlık algısı bireyin temel ihtiyaçlarını karşılama, günlük yaşamdaki rollerini sürdürme, sağlık ve iyilik halini devam ettirmek için yeterliliği olarak ifade edilebilir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevleri yerine getirmedeki en üst düzey yeterlik aynı zamanda genel sağlık alanındaki yaşam kalitesinin en üst düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak genel sağlık algısı öznel olabildiği gibi bireyin çevresi tarafından da gözlenebildiğinden algı farklılıkları olabilmektedir. Yine de önemli olan bireyin kendi işlevlerine ilişkin performansını nasıl olduğunu algıladığıdır (Muldon, 1998).

### **2.3.3.3. Psikolojik Sağlık**

Psikolojik sağlık veya bireyin ruhsal hali kısa veya uzun süreli stresörlere verdiği yanıtı açıklamaktadır. Bireyin iç dünyasının dışarıdan görülen hali olarak da tanımlanabilen psikolojik sağlık anksiyete, depresyon, öfke gibi içsel durumla birlikte fiziksel sorunlar, işlevsel performans olarak da kendini gösterebilmektedir. Sonuç olarak bireyin yaşam kalitesinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Şahin, 1997).

### **2.3.3.4. Sosyal İlişkiler ve Çevre**

Sosyal ilişkiler bireyin kişilerarası ilişkilerindeki etkinliği, algıladığı sosyal desteği ifade etmektedir. Sosyal ilişkiler alanında kişilerarası ilişkiler, algılanan sosyal destek; çevresel alanda bireysel veya ailesiyle ilgili fiziksel güvenlik, finansal iyi oluş, hava kirliliği, gürültü gibi çevresel koşullar ele alınmaktadır. Kişisel inançlar alanında ise bireyin kendini rahatlatmak için başvurduğu manevi, dini veya ruhsal destekten söz edilmektedir (WHO, 1995).

### **2.3.4. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi**

Sağlığın tanımı, değerlendirilmesi ve düzey bakımından kategorize edilmesinde başlangıçta bireyin kendisi ve fiziksel durumu ile ilgili değerlendirmeler yapılırken yakın zamanda sağlığın değerlendirilmesi ve ölçülmesinde psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler ve bireyin bunları nasıl algıladığı da dikkate alınmaktadır. Bu nedenle

bireyi daha geniş bağlamda ele alma; fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme amacıyla yaşam kalitesi kavramı yaygınlaşmaya ve ölçekler geliştirilmeye başlamıştır (Beşiroğlu vd., 2007).

Yaşam kalitesinin bireyin yaşamı ve sağlığı ile ilgili öznel değerlendirmesine imkan tanıyan değerlendirme araçları, varsa hastalığın neden ve sonuçlarının değerlendirilmesine ve etkilerini yorumlama hakkında da bilgi içerebilmektedir. Bireyin içgörüsünü değerlendirmesi bakımından öznel olan bu değerlendirme araçlarındaki veriler yaşam kalitesi hakkında bilgi verdiği gibi hasta-hekim ilişkisinin iyileştirilmesi, tedavi seçimi, sonuçların izlenmesi, yöntemlerin karşılaştırılması ve bireyin iç dünyasının daha iyi anlaşılmasını sağlaması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sunması bakımından önemli görölmektedir (WHO, 1995).

Yaşam kalitesini değerlendirme araçlarında psikolojik boyutta olumlu ve olumsuz duygular, zihinsel yeti, benlik saygısı ve beden imgesi gibi kavramlar; genel sağlık alanında bireyin gündelik aktiviteleri, işiyle ilgili sorumlulukları, sosyal etkinlikleri yardım almadan tek başına yapabilme becerileri ve tıbbi tedaviye başvurma sıklığı değerlendirilebilmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Bireyin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerde bireyin sağlığının bozulması durumunda uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinliği belirlenebilmekte ve dolayısıyla hangi tedavi yönteminin daha etkin olduğuna karar verilebilmektedir. Aynı zamanda tedavi sonrasında elde edilen sonuçları değerlendirme amacıyla da kullanılabilir (Taneli ve Taneli, 2002).

Yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilen araçların amacı yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi, yaşam kalitesine etki eden olumlu ve olumsuz faktörlerin tespit edilmesi ve yapılan tedavi ve eğitim gibi müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesidir. Günümüzde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yaygın olarak WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), SF-36 (Self-Report Questionnaire Item- Short Form), EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-C15 PAL kullanılmaktadır (Eser, 2004).

## **2.4. OKB, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

### **2.4.1. Yurtiçindeki Araştırmalar**

Akdede ve arkadaşları (2005) obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında hem obsesif hem de kompulsif belirtilerin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu; obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylerden daha düşük olduğu ve yaşam kalitesinin, bilişsel işlevler ve obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Beşiroğlu ve Ağargün (2006) obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlık için yardım arama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulgularını elde etmişlerdir.

Aydın (2010) obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan bireylerle gerçekleştirdiği çalışmasında obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir.

Şar, Işıklar ve Aydoğan (2012) atama bekleyen öğretmenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaşam doyumu arasında negatif ilişki olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Korkmaz (2012) obsesif kompulsif bozukluklu hastaların yaşam kalitesini incelediği çalışmasında OKB'li hastaların yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir.

Derin (2014) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda bilme hissi kararlarının yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün OKB'li hastaların yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip

olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek OKB'li hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir.

Yassa (2016) bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda komorbid olarak obsesif-kompulsif bozukluğu değerlendirdiği çalışmasında OKB komorbiditesi olan hastalarda yaşam kalitesinin OKB olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir.

Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaşam kalitesi ile obsesif kompulsif bozukluk arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalardaki yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgularını elde etmiştir.

Mercan (2017) obsesif kompulsif tanısı alan bireylerdeki yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaşam kalitesinin obsesyon ve kompulsiyon ile negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; obsesyon ve kompulsiyonu yüksek bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğu bulgularını elde etmiştir.

Geçgin ve Sahranç (2017) belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlüğu yüksek düzeyde olan bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin daha düşük olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Bakır (2017) obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı bireylerde yaşam kalitesini incelediği çalışmasında OKB tanısı almış hasta grubunda yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir.

Bahçe ve arkadaşları (2008) obsesif kompulsif bozukluğu olan ve şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve işlevselliklerini inceledikleri çalışmalarında OKB hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediği; şizofreni hastalığı ile birlikte farklılık oluşmadığı bulgularını elde etmişlerdir.

## 2.4.2. Yurtdışı Araştırmalar

Holaway ve arkadaşları (2006) obsesif kompulsif tanılı hastalar ve kontrol grubuyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif belirtilerin belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkili olduğu bulgularını elde etmişlerdir (Holaway, Heimberg ve Coles, 2006).

Steketee, Frost ve Colen (1998) OKB ve anksiyetesi olan hastalar ve sağlıklı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin anksiyetesi olan ve sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Tolin ve arkadaşları (2003) OKB ve anksiyetesi olan hastalar ve sağlıklı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin anksiyetesi olan ve sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Eddy ve arkadaşları (2012) obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi ilişkisini inceledikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğun yaşam kalitesi üzerinde negatif yönlü ve anlamlı etkisi olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre (1999) obsesif kompulsif bozukluklar yaşam kalitesi göstergelerinden olan işlevselliği (genel sağlık) olumsuz etkilemektedir. Genel sağlık üzerindeki etkileri bakımından psikolojik rahatsızlıklar arasında obsesif kompulsif onuncu sırada; genç ve yetişkin tüm kadın bireylerin genel sağlığı üzerindeki etkisi bakımından beşinci sırada yer almaktadır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2014) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre obsesif kompulsif bozukluklar bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğini bozmakta; yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Bobes ve arkadaşları (2001) İspanyol ve Amerikalı şizofreni, somatik hastalığı, bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların madde bağımlıları ve diğer

psikolojik rahatsızlığı olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulgularını elde etmişlerdir.

Masellis ve arkadaşları (2003) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların depresyon ve obsesif kompulsif bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında obsesyon şiddetinin yaşam kalitesinin anlamlı yordayıcısı olduğu; kompulsif ritüellerin ise yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı bulgularını elde etmişlerdir.

Koran, Thienemann ve Davenport (1996) obsesif kompulsif bozukluğu olan, diyabet hastası ve sağlıklı bireyler ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğun şiddeti yükseldikçe yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan sosyal işlevselliğin azaldığı; bu etkinin diyabet hastaları ve sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir.

Barahmand ve Haji (2014) epilepsili bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün, kaygı, asabiyet ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygı ve öfkenin yaşam kalitesini negatif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediği bulgularını elde etmişlerdir.

## III. YÖNTEM

### 3.1. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırma örneklemini tesadüfi örnekleme yoluyla ulaşılan, çalışmaya katılmaya gönüllü 18 yaş üzeri 224 genç yetişkin birey oluşturmaktadır.

### 3.2. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır.

#### 3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Veri toplama aracının ilk bölümünde katılımcıların yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumu ve halen devam eden tedavi/hastalık durumlarına ilişkin bilgilerin yer aldığı kişisel bilgi formu yer almaktadır.

#### 3.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Veri toplama aracının ikinci bölümünde bireylerin obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetini ve türünü saptama amacıyla Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen ve Erol ve Savaşır (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan "Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi" yer almaktadır. Ölçekte "evet" (1) ve "hayır (0)" şeklinde seçenekleri bulunan 37 soru ve "kontrol, temizlik, yavaşlık (tekrar etme/sayma/sıralama/simetri), kuşku ve ruminasyon" olmak üzere 4 alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-37 aralığında olup yüksek puan obsesif kompulsif belirtilerinin yüksekliğini ifade etmektedir. Ölçekten 12 puan ve altı psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı var ama düşük, 13-17 puan arası psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı konma olasılığı var, 18 puan ve üzeri psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı yüksek şeklinde

gruplandırılabilir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,91 olarak tespit edildi.

### **3.2.3. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Ölçeği**

Veri toplama aracının üçüncü bölümünde belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesini ölçmek amacıyla Ersanlı ve Uysal (2014) tarafından geliştirilen “Belirsizliğe Karşı Tutum Ölçeği” yer almaktadır. Ölçekte beşli likert tipinde (1: hiç katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum) 15 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 15-75 olup yüksek puan belirsizliğe tahammülün yüksekliğini ifade etmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,96 olarak tespit edildi.

### **3.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Veri toplama aracının dördüncü bölümünde bireyin yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve Eser ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe’ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)” yer almaktadır. Ölçekte her soruda cevap seçeneği farklı olmakla birlikte beşli likert tipinde 27 madde ve “genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre” olmak üzere 5 alt boyut bulunmaktadır. Ölçek ve alt boyut puanlarının ağırlıklı ortalamaları alındığından ölçek ve alt boyutlarda puan aralığı 0 ile 20 aralığındadır. Yüksek puan genel olarak veya ilgili alandaki yaşam kalitesinin yüksekliğini ifade etmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,90 olarak tespit edildi.

## **3.3. VERİLERİN ANALİZİ**

Veriler, SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçek ve alt boyut puanlarının normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği

şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011:40). Yapılan normallik sınavında ölçek ve alt boyut puanları normal dağılım gösterdiğinden analizlerde bağımsız iki örneklem t testi, ANOVA, Pearson korelasyonu, MANCOVA ve ANCOVA testleri kullanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0,05  $p<0,05$ ) olarak belirlenmiştir.

## IV. BULGULAR

### 4.1. Betimsel Bulgular

Bu bölümde katılımcılar ve ölçeklere ilişkin betimsel bulgulara yer verilmiştir.

#### 4.1.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Katılımcıların %5,8'i lise, %78,1'i üniversite, %16,1'i lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Katılımcıların %33,5'i evli, %66,5'i bekarıdır. Katılımcıların %32,1'i geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmuş, %15,2'sinin halen devam eden hastalık/tedavisi bulunmaktadır. Araştırmaya katılanlar 19 ile 57 yaş aralığında olup yaş ortalaması  $28,47\pm 7,97$  olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1'de katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımına yer verilmiştir.

**Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Demografik Özellik	Gruplar	n	%
Öğrenim düzeyi	Lise	13	5,8
	Üniversite	175	78,1
	Lisansüstü	36	16,1
Medeni durum	Evli	75	33,5
	Bekar	149	66,5
Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma	Evet	72	32,1
	Hayır	152	67,9
Halen devam eden hastalık/tedavi	Var	34	15,2
	Yok	190	84,8
	Min.-Maks.	$\bar{X}$	SS
Yaş	19-57	28,47	7,97

#### 4.1.2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Katılımcıların kontrol (2,08±2,11), temizlik (3,14±2,08), yavaşlık (1,79±1,51), kuşku (2,87±1,67), ruminasyon (3,23±2,81) alt boyutları ve obsesif kompulsif toplam puanı (11,62±7,02) “çok düşük” düzeyde tespit edildi (Tablo 4.2).

Katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı (49,92±14,97) “orta düzeyde” tespit edildi (Tablo 4.2).

Katılımcıların genel sağlık (12,59±3,21), fiziksel sağlık (14,57±2,98), psikolojik sağlık (12,30±3,10), sosyal ilişkiler (12,40±3,37), çevre (12,43±2,46) algıları ve yaşam kalitesi toplam puanı (64,28±11,91) “orta-yüksek” düzeyde tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2’de ölçeklere ait ortalama, standart sapma, çarpıklık değerlerinden oluşan betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

**Tablo 4.2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler**

Ölçek ve Alt Boyutlar	n	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Skewness
Kontrol	224	0,00	9,00	2,08	2,11	1,18
Temizlik	224	0,00	11,00	3,14	2,08	0,78
Yavaşlık	224	0,00	7,00	1,79	1,51	1,01
Kuşku	224	0,00	7,00	2,87	1,67	0,45
Ruminasyon	224	0,00	9,00	3,23	2,81	0,44
<b>OBSESİF KOMPULSİF TOPLAM</b>	224	0,00	36,00	11,62	7,02	0,77
<b>BELİRSİZLİĞE KARŞI TUTUM</b>	224	15,00	75,00	49,92	14,97	-0,35
Genel Sağlık	224	0,00	20,00	12,59	3,21	-0,52
Fiziksel Sağlık	224	4,29	20,00	14,57	2,98	-0,71
Psikolojik Sağlık	224	1,67	19,17	12,30	3,10	-0,52
Sosyal İlişkiler	224	1,67	20,00	12,40	3,37	-0,27
Çevre	224	3,33	18,33	12,43	2,46	-0,63
<b>YAŞAM KALİTESİ TOPLAM</b>	224	16,67	100,0	64,28	11,91	-0,62

#### 4.2. Obsesif Kompulsif Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Bu bölümde obsesif kompulsif ölçek ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırma bulgularına yer verilmiştir.

#### 4.2.1. Obsesif Kompulsif Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Obsesif kompulsif alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3). Obsesif kompulsif ölçeği toplam puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ( $F=3,47$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların obsesif kompulsif puanı, üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3'te obsesif kompulsif ölçek ve alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.3. Obsesif Kompulsif Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kontrol	Lise	13	2,69	1,80	2,19	0,114	
	Üniversite	175	2,16	2,10			
	Lisansüstü	36	1,47	2,18			
Temizlik	Lise	13	4,38	1,89	2,85	0,060	
	Üniversite	175	3,12	2,03			
	Lisansüstü	36	2,81	2,28			
Yavaşlık	Lise	13	2,54	1,66	1,87	0,157	
	Üniversite	175	1,77	1,46			
	Lisansüstü	36	1,61	1,66			
Kuşku	Lise	13	3,54	2,11	1,49	0,228	
	Üniversite	175	2,87	1,61			
	Lisansüstü	36	2,61	1,73			
Ruminasyon	Lise	13	4,69	2,32	2,38	0,095	
	Üniversite	175	3,22	2,80			
	Lisansüstü	36	2,72	2,90			
OBSESİF KOMPULSİF TOPLAM	A-Lise	13	15,62	7,24	3,47	<b>0,033</b>	<b>A&gt;B,C</b>
	B-Üniversite	175	11,71	6,77			
	C-Lisansüstü	36	9,75	7,69			

#### 4.2.2. Obsesif Kompulsif Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Kontrol ( $t=-3,01$ ;  $p<0,05$ ), ruminasyon ( $t=-3,68$ ;  $p<0,05$ ) ve obsesif kompulsif ölçeği toplam puanlarının ( $t=-2,48$ ;  $p<0,05$ ) medeni duruma göre anlamlı farklılık

gösterdiği tespit edildi. Bekar katılımcıların kontrol, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.4).

Temizlik, yavaşlık ve kuşku alt boyut puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4'te obsesif kompulsif ölçek ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.4. Obsesif Kompulsif Puanlarının Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyut	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kontrol	Evli	75	1,49	1,63	-3,01	<b>0,003</b>
	Bekar	149	2,38	2,26		
Temizlik	Evli	75	3,12	1,79	-0,12	0,907
	Bekar	149	3,15	2,22		
Yavaşlık	Evli	75	1,52	1,39	-1,91	0,058
	Bekar	149	1,93	1,56		
Kuşku	Evli	75	2,59	1,50	-1,82	0,070
	Bekar	149	3,01	1,73		
Ruminasyon	Evli	75	2,28	2,26	-3,68	<b>0,000</b>
	Bekar	149	3,70	2,94		
OBSESİF KOMPULSİF TOPLAM	Evli	75	10,00	5,95	-2,48	<b>0,014</b>
	Bekar	149	12,44	7,39		

#### 4.2.3. Obsesif Kompulsif Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Kontrol ( $t=2,48$ ;  $p<0,05$ ), yavaşlık ( $t=2,11$ ;  $p<0,05$ ), ruminasyon ( $t=4,03$ ;  $p<0,05$ ) ve obsesif kompulsif ölçeği toplam puanlarının ( $t=2,02$ ;  $p<0,05$ ) geçmişte psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran katılımcıların kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.5).

Temizlik ve kuşku alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5'te obsesif kompulsif ölçek ve alt boyut puanlarının daha önce psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.5. Obsesif Kompulsif Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre t Testi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyut	Psikiyatri /Psikoloğa	n	$\bar{X}$	SS	t	p
	Başvurma					
Kontrol	Evet	72	2,58	2,40	2,48	<b>0,014</b>
	Hayır	152	1,84	1,92		
Temizlik	Evet	72	3,10	1,96	-0,23	0,822
	Hayır	152	3,16	2,14		
Yavaşlık	Evet	72	2,10	1,60	2,11	<b>0,036</b>
	Hayır	152	1,64	1,45		
Kuşku	Evet	72	3,06	1,88	1,14	0,254
	Hayır	152	2,78	1,55		
Ruminasyon	Evet	72	4,29	3,11	4,03	<b>0,000</b>
	Hayır	152	2,72	2,52		
OBSESİF KOMPULSİF TOPLAM	Evet	72	12,99	7,64	2,02	<b>0,045</b>
	Hayır	152	10,97	6,64		

#### 4.2.4. Obsesif Kompulsif Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Kontrol ( $t=5,57$ ;  $p<0,05$ ), yavaşlık ( $t=4,93$ ;  $p<0,05$ ), kuşku ( $t=4,09$ ;  $p<0,05$ ), ruminasyon ( $t=6,51$ ;  $p<0,05$ ) ve obsesif kompulsif ölçeği toplam puanlarının ( $t=5,59$ ;  $p<0,05$ ) halen devam eden tedavi durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların kontrol, yavaşlık, kuşku, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, halen devam eden hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.6).

Temizlik alt boyut puanlarının halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6’da obsesif kompulsif ölçek ve alt boyut puanlarının halen devam eden hastalık durumuna göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.6. Obsesif Kompulsif Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre t Testi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyut	Devam Eden Hastalık	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kontrol	Var	34	3,82	2,71	5,57	<b>0,000</b>
	Yok	190	1,77	1,82		
Temizlik	Var	34	3,68	2,61	1,63	0,105
	Yok	190	3,05	1,96		
Yavaşlık	Var	34	2,91	1,78	4,93	<b>0,000</b>
	Yok	190	1,59	1,37		
Kuşku	Var	34	3,91	1,78	4,09	<b>0,000</b>
	Yok	190	2,68	1,58		
Ruminasyon	Var	34	5,88	2,89	6,51	<b>0,000</b>
	Yok	190	2,75	2,52		
OBSESİF KOMPULSİF TOPLAM	Var	34	17,44	8,17	5,59	<b>0,000</b>
	Yok	190	10,58	6,27		

#### 4.2.5. Obsesif Kompulsif Puanları ile Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Katılımcıların yaşı ile kontrol ( $r=-0,33$ ;  $p<0,05$ ), yavaşlık ( $r=-0,26$ ;  $p<0,05$ ), kuşku ( $r=-0,19$ ;  $p<0,05$ ), ruminasyon ( $r=-0,28$ ;  $p<0,05$ ) ve obsesif kompulsif toplam puanları ( $r=-0,26$ ;  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Bireylerin yaşı arttıkça obsesif kompulsif belirtileri azalmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7’de obsesif kompulsif ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların yaşı arasındaki Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.7. Obsesif Kompulsif Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Yaş
Kontrol	-0,33**
Temizlik	-0,07
Yavaşlık	-0,26**
Kuşku	-0,19**
Ruminasyon	-0,28**
<b>OBSESİF KOMPULSİF TOPLAM</b>	<b>-0,26**</b>

\*p<0,05 \*\*p<0,01

### 4.3. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Bu bölümde belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırma bulgularına yer verilmiştir.

#### 4.3.1. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8’de belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının öğrenim düzeyine göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.8. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Lise	13	54,38	16,71		
Üniversite	175	49,54	14,64	0,64	0,529
Lisansüstü	36	50,17	16,10		

#### 4.3.2. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ( $t=-2,44$ ;  $p<0,05$ ). Bekar katılımcıların belirsizliğe karşı

tahammülsüzlük puanı, evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9’da belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının medeni duruma göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.9. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları**

Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Evli	75	46,52	14,80	-2,44	<b>0,016</b>
Bekar	149	51,63	14,81		

#### **4.3.3. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular**

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ( $t=2,46$ ;  $p<0,05$ ). Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10’da belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.10. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre t Testi Sonuçları**

Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Evet	72	53,46	15,65	2,46	<b>0,015</b>
Hayır	152	48,24	14,39		

#### **4.3.4. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular**

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının halen devam eden hastalık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ( $t=2,71$ ;  $p<0,05$ ). Halen devam

eden hastalığı bulunanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanı, herhangi bir hastalığı bulunmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11’de belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının halen devam eden hastalık durumuna göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.11. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık Durumuna Göre t Testi Sonuçları**

Devam Eden Hastalık	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Var	34	56,24	17,57	2,71	<b>0,007</b>
Yok	190	48,79	14,22		

#### **4.3.5. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanlarının ile Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular**

Katılımcıların yaşı ile belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ( $r=-0,27$ ;  $p<0,05$ ). Bireylerin yaşı arttıkça belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü azalmaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12’de belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ölçek puanı ile katılımcıların yaşı arasındaki Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.12. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Yaş
<b>BELİRSİZLİĞE KARŞI TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	-0,27**

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

#### **4.4. Yaşam Kalitesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular**

Bu bölümde yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırma bulgularına yer verilmiştir.

#### 4.4.1. Yaşam Kalitesi Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Genel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13).

Fiziksel sağlık ( $F=6,75$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının ( $F=3,21$ ;  $p<0,05$ ) öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları, lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13'te yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.13. Yaşam Kalitesi Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
Genel Sağlık	Lise	13	10,77	1,88	2,33	0,100	
	Üniversite	175	12,74	3,22			
	Lisansüstü	36	12,50	3,38			
Fiziksel Sağlık	A-Lise	13	11,70	2,29	6,75	<b>0,001</b>	<b>B,C&gt;A</b>
	B-Üniversite	175	14,78	2,81			
	C-Lisansüstü	36	14,58	3,51			
Psikolojik Sağlık	Lise	13	10,90	3,49	1,42	0,244	
	Üniversite	175	12,37	3,11			
	Lisansüstü	36	12,45	2,86			
Sosyal İlişkiler	Lise	13	11,28	2,65	1,07	0,344	
	Üniversite	175	12,38	3,48			
	Lisansüstü	36	12,87	3,00			
Çevre	Lise	13	11,58	2,21	0,83	0,438	
	Üniversite	175	12,48	2,40			
	Lisansüstü	36	12,50	2,81			
YAŞAM KALİTESİ TOPLAM	Lise	13	56,23	6,61	3,21	<b>0,042</b>	<b>B,C&gt;A</b>
	Üniversite	175	64,75	11,94			
	Lisansüstü	36	64,91	12,42			

#### 4.4.2. Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alt boyut puanlarının ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14).

Psikolojik sağlık alt boyut puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ( $t=4,24$ ;  $p<0,05$ ). Evli katılımcıların psikolojik sağlık puanı, bekar katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14'te yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyut	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Genel Sağlık	Evli	75	13,00	2,82	1,36	0,175
	Bekar	149	12,38	3,38		
Fiziksel Sağlık	Evli	75	14,25	2,93	-1,13	0,258
	Bekar	149	14,73	3,01		
Psikolojik Sağlık	Evli	75	13,49	2,56	4,24	<b>0,000</b>
	Bekar	149	11,69	3,18		
Sosyal İlişkiler	Evli	75	12,93	3,17	1,70	0,090
	Bekar	149	12,13	3,44		
Çevre	Evli	75	12,35	2,23	-0,37	0,715
	Bekar	149	12,48	2,57		
YAŞAM KALİTESİ	Evli	75	66,02	10,40	1,55	0,122
TOPLAM	Bekar	149	63,40	12,55		

#### 4.4.3. Yaşam Kalitesi Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Genel sağlık ( $t=-2,55$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $t=-1,97$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $t=-3,56$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının ( $t=-2,23$ ;  $p<0,05$ ) geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmayan katılımcıların genel sağlık,

fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmuş olan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.15).

Sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15'te yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.15. Yaşam Kalitesi Puanlarının Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre t Testi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyut	Psikiyatri/Psikoloğa		n	$\bar{X}$	SS	t	p
	Başvurma						
Genel Sağlık	Evet	72	11,81	3,31	-2,55	<b>0,012</b>	
	Hayır	152	12,96	3,10			
Fiziksel Sağlık	Evet	72	14,00	3,14	-1,97	<b>0,050</b>	
	Hayır	152	14,84	2,88			
Psikolojik Sağlık	Evet	72	11,25	3,22	-3,56	<b>0,000</b>	
	Hayır	152	12,79	2,92			
Sosyal İlişkiler	Evet	72	11,88	3,90	-1,60	0,111	
	Hayır	152	12,64	3,07			
Çevre	Evet	72	12,79	2,45	1,51	0,131	
	Hayır	152	12,26	2,45			
YAŞAM KALİTESİ	Evet	72	61,72	12,88	-2,23	<b>0,027</b>	
TOPLAM	Hayır	152	65,49	11,27			

#### 4.4.4. Yaşam Kalitesi Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puanlarının devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ( $p<0,05$ ). Herhangi bir hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların genel, fiziksel, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve genel olarak yaşam kalitesi puanları, halen devam eden

hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16’da yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının halen devam eden hastalık durumuna göre karşılaştırmasına ait t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.16. Yaşam Kalitesi Puanlarının Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre t Testi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyut	Devam Eden Hastalık/Tedavi		n	$\bar{X}$	SS	t	p
	Var	Yok					
Genel Sağlık	Var	34	10,44	3,72	-4,41	<b>0,000</b>	
	Yok	190	12,97	2,96			
Fiziksel Sağlık	Var	34	12,88	3,46	-3,68	<b>0,000</b>	
	Yok	190	14,87	2,79			
Psikolojik Sağlık	Var	34	9,78	3,59	-5,46	<b>0,000</b>	
	Yok	190	12,75	2,78			
Sosyal İlişkiler	Var	34	10,54	4,20	-3,58	<b>0,000</b>	
	Yok	190	12,73	3,09			
Çevre	Var	34	11,52	3,09	-2,38	<b>0,018</b>	
	Yok	190	12,60	2,30			
YAŞAM KALİTESİ TOPLAM	Var	34	55,16	14,69	-5,11	<b>0,000</b>	
	Yok	190	65,91	10,59			

#### 4.4.5. Yaşam Kalitesi Puanları ile Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Katılımcıların yaşı ile genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alt boyut puanları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları ile anlamlı ilişki tespit edilmedi ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların yaşı ile psikolojik sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ). Bireylerin yaşı arttıkça psikolojik sağlık algısında iyileşme de artmaktadır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17’de yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların yaşı arasındaki Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.17. Yaşam Kalitesi Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

<b>Değişkenler</b>	<b>Yaş</b>
Genel Sağlık	0,08
Fiziksel Sağlık	-0,06
Psikolojik Sağlık	0,30**
Sosyal İlişkiler	0,08
Çevre	-0,05
<b>YAŞAM KALİTESİ TOPLAM</b>	<b>0,12</b>

\*p<0,05 \*\*p<0,01

#### **4.5. Araştırma Sorularına Ait Bulgular**

Bu bölümde araştırma sorularına ilişkin elde edilen bulgularına yer verilmiştir.

##### **4.5.1. Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular**

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanları ile yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ( $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=-0,29$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,51$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,42$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=-0,17$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,44$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Araştırma sorusu 1 sonucu: Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır.

Obsesif kompulsif ölçeği kontrol ( $r=0,57$ ;  $p<0,05$ ), temizlik ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ), yavaşlık ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ), kuşku ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ), ruminasyon ( $r=0,61$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve obsesif kompulsif ölçeği toplam ( $r=0,59$ ;  $p<0,05$ ) puanları ile belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ölçek puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Obsesif kompulsif belirtileri yüksek olan bireylerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri de yüksektir (Tablo 4.18).

Araştırma sorusu 2 sonucu: Obsesif kompulsif belirti düzeyi ile kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Obsesif kompulsif ölçeği kontrol alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=-0,26$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,42$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,28$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,36$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Kontrol kompulsif davranışı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Obsesif kompulsif ölçeği temizlik alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık ( $r=-0,23$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,13$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,18$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Temizlik kompulsif davranışı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Obsesif kompulsif ölçeği yavaşlık alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=-0,29$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,45$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=-0,18$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,39$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Yavaşlık kompulsif davranışı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Obsesif kompulsif ölçeği kuşku alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık ( $r=-0,22$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,33$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,23$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=-0,14$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,27$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Kuşku kompulsif davranışı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Obsesif kompulsif ölçeği ruminasyon alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ( $r=-0,41$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=-0,38$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,57$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,46$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=-0,21$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,55$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Ruminasyon obsesif davranışı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Obsesif kompulsif ölçeği puanları ile yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ( $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=-0,35$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=-0,46$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=-0,36$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=-0,19$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ( $r=-0,43$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Obsesif kompulsif düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 4.18).

Araştırma sorusu 3 sonucu: Obsesif kompulsif bozukluk belirti düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

Tablo 4.18’de ölçek ve alt boyut puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.18. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1. Kontrol	0,40**	0,73**	0,62**	0,73**	0,84**	0,57**	-0,24**	-0,26**	-0,42**	-0,28**	-0,15*	-0,36**	
2. Temizlik		0,40**	0,42**	0,37**	0,65**	0,31**	-0,12	-0,23**	-0,13*	-0,15*	-0,07	-0,18**	
3. Yavaşlık			1	0,51**	0,76**	0,77**	0,47**	-0,24**	-0,29**	-0,45**	-0,31**	-0,18**	-0,39**
4. Kuşku				1	0,57**	0,79**	0,43**	-0,13	-0,22**	-0,33**	-0,23**	-0,14*	-0,27**
5. Ruminasyon					1	0,85**	0,61**	-0,41**	-0,38**	-0,57**	-0,46**	-0,21**	-0,55**
6. OBSESİF KOMPULSİF						1	0,59**	-0,30**	-0,35**	-0,46**	-0,36**	-0,19**	-0,43**
7. BELİRSİZLİĞE KARŞI TUTUM							1	-0,30**	-0,29**	-0,51**	-0,42**	-0,17*	-0,44**
8. Genel Sağlık								1	0,56**	0,54**	0,47**	0,29**	0,75**
9. Fiziksel Sağlık									1	0,56**	0,54**	0,49**	0,80**
10. Psikolojik Sağlık										1	0,62**	0,41**	0,81**
11. Sosyal İlişkiler											1	0,43**	0,80**
12. Çevre												1	0,64**
13. YAŞAM KALİTESİ TOPLAM													1

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

#### 4.5.2. OKB Semptom Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Etkisi

Bağımlı değişkenlere (genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre) ait puanların obsesif kompulsif belirtilere göre anlamlı düzeyde değişme durumunu belirlemek amacıyla yapılan MANCOVA analizinde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ortak değişken olarak dahil edilmiştir. Analiz sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlük (Wilks'  $\Lambda = 0,869$ ;  $F_{(5;216)} = 6,52$ ,  $p<0,05$ ;  $\eta^2p = 0,13$ ) ve obsesif kompulsif belirtiler (Wilks'  $\Lambda = 0,927$ ;  $F_{(10;432)} = 1,66$ ,  $p<0,10$ ;  $\eta^2p = 0,04$ ) bağımlı değişkenler üzerinde çok değişkenli etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Obsesif kompulsif belirtiler ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkenlerinin çok değişkenli etkilerinin, daha detaylı biçimde incelenmesi amacıyla MANCOVA'yı takiben gerçekleştirilen ANCOVA analizi sonuçlarına Tablo 4.19 ve 4.20'de yer verilmiştir.

Levene testi sonucunda bağımlı değişkenler için varyansların homojenliği koşulunun sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19. Varyansların Homojenliğine İlişkin Levene Testi Sonuçları**

Bağımlı Değişken	F	sd1	sd2	p
Genel Sağlık	4,69	2	221	0,100
Fiziksel Sağlık	1,47	2	221	0,232
Psikolojik Sağlık	2,50	2	221	0,084
Sosyal İlişkiler	0,82	2	221	0,441
Çevre	2,52	2	221	0,083

Tablo 4.20'deki ANCOVA sonuçlarına göre göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(1;220)}=7,59$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,03$ ), fiziksel sağlık ( $F_{(1;220)}=4,75$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(1;220)}=27,69$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,11$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(1;220)}=18,41$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,08$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; çevre değişkeni üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ( $F_{(1;220)}=1,88$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,01$ ).

Tablo 4.20'deki ANCOVA sonuçlarına göre göre obsesif kompulsif değişkeninin psikolojik sağlık üzerindeki etkisinin anlamlı ve önemli olduğu ( $F_{(2;220)}=5,78$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,5$ ); genel sağlık ( $F_{(2;220)}=2,34$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ), fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=2,94$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=2,25$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=1,67$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.20. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	F	p	$\eta^2p$
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	7,59	<b>0,006</b>	0,03
	Fiziksel Sağlık	4,75	<b>0,030</b>	0,02
	Psikolojik Sağlık	27,69	<b>0,000</b>	0,11
	Sosyal İlişkiler	18,41	<b>0,000</b>	0,08
	Çevre	1,88	0,171	0,01
Obsesif Kompulsif Belirtiler	Genel Sağlık	2,34	0,099	0,02
	Fiziksel Sağlık	2,94	0,055	0,02
	Psikolojik Sağlık	5,78	<b>0,004</b>	0,05
	Sosyal İlişkiler	2,25	0,107	0,02
	Çevre	1,67	0,190	0,02

Tablo 4.21'e göre obsesif kompulsif belirtileri "12 puan ve altı psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı var ama düşük" düzeyde olan katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğe göre düzeltilmiş psikolojik sağlık puanları, obsesif kompulsif belirtileri "18 puan ve üzeri psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı yüksek" düzeyde olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma sorusu 4 sonucu: Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerine göre, obsesif kompulsif belirti düzeyleri ile yalnızca psikolojik sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır.

ANCOVA sonuçlarına göre obsesif kompulsif değişkeninin psikolojik sağlık bağımlı değişkeni üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edildiğinden Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma sonuçlarına 4.21'de yer verilmiştir

**Tablo 4.21. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlüğe Göre Düzeltilmiş Bağımlı Değişken Puanlarının Obsesif Kompulsif Belirtilere Göre Bonferroni Düzeltmeli İkili Karşılaştırma Sonuçları**

Bağımlı Değişken	Obsesif Kompulsif			SH	Anlamlı Fark
	Belirti Düzeyi	n	$\bar{X}$		
Genel Sağlık	A	137	12,94	0,28	
	B	44	11,71	0,48	
	C	43	12,36	0,51	
Fiziksel Sağlık	A	137	14,99	0,26	
	B	44	14,03	0,44	
	C	43	13,75	0,48	
Psikolojik Sağlık	A	137	12,83	0,24	A>C
	B	44	11,86	0,41	
	C	43	11,05	0,44	
Sosyal İlişkiler	A	137	12,78	0,28	
	B	44	12,08	0,48	
	C	43	11,50	0,51	
Çevre	A	137	12,69	0,22	
	B	44	12,23	0,37	
	C	43	11,82	0,40	

A- 12 puan ve altı psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı var ama düşük,  
B-13-17 puan arası psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı konma olasılığı var,  
C-18 puan ve üzeri psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı yüksek

Bağımlı değişkenlere (genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre) ait puanların belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğe göre anlamlı düzeyde değişme durumunu belirlemek amacıyla yapılan MANCOVA analizinde obsesif kompulsif belirtiler ortak değişken olarak dahil edilmiştir. Analiz sonucunda obsesif kompulsif (Wilks'  $\Lambda = 0,901$ ;  $F_{(5;216)} = 7,42$ ,  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p = 0,10$ ) ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlükün (Wilks'  $\Lambda = 0,854$ ;  $F_{(10;432)} = 3,55$ ,  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p = 0,08$ ) bağımlı değişkenler üzerinde çok değişkenli etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ve obsesif kompulsif değişkenlerinin çok değişkenli etkilerinin, daha detaylı biçimde incelenmesi amacıyla MANCOVA'yı takiben gerçekleştirilen ANCOVA analizi sonuçlarına Tablo 4.22 ve 4.23'te yer verilmiştir.

**Tablo 4.22. Varyansların Homojenliğine İlişkin Levene Testi Sonuçları**

Bağımlı Değişken	F	sd1	sd2	p
Genel Sağlık	1,03	2	221	0,359
Fiziksel Sağlık	0,76	2	221	0,466
Psikolojik Sağlık	4,64	2	221	0,110
Sosyal İlişkiler	2,63	2	221	0,074
Çevre	0,32	2	221	0,723

Levene testi sonucunda bağımlı değişkenler için varyansların homojenliği koşulunun sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.23'teki ANCOVA sonuçlarına göre göre obsesif kompulsif değişkeninin fiziksel sağlık ( $F_{(1;220)}=13,82$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,06$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(1;220)}=19,79$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,08$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(1;220)}=8,57$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,04$ ) ve çevre ( $F_{(1;220)}=5,26$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,02$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; genel sağlık değişkeni üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ( $F_{(1;220)}=3,54$ ;  $p > 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,02$ ).

Tablo 4.23'teki ANCOVA sonuçlarına göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(2;220)}=5,13$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,05$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(2;220)}=8,16$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,07$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=5,33$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,05$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=0,44$ ;  $p > 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,00$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=1,72$ ;  $p > 0,05$ ;  $\eta^2 p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.23. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	F	p	$\eta^2p$
Obsesif Kompulsif	Genel Sağlık	3,54	0,061	0,02
	Fiziksel Sağlık	13,82	<b>0,000</b>	0,06
	Psikolojik Sağlık	19,79	<b>0,000</b>	0,08
	Sosyal İlişkiler	8,57	<b>0,004</b>	0,04
	Çevre	5,26	<b>0,023</b>	0,02
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	5,13	<b>0,007</b>	0,05
	Fiziksel Sağlık	0,44	0,646	0,00
	Psikolojik Sağlık	8,16	<b>0,000</b>	0,07
	Sosyal İlişkiler	5,33	<b>0,005</b>	0,05
	Çevre	1,72	0,182	0,02

Tablo 4.24'e göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü düşük ve orta düzeyde olan katılımcıların obsesif kompulsif belirtilere göre düzeltilmiş genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puanları, belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü yüksek düzeyde olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma sorusu 5 sonucu: Kişilerin OKB semptom düzeylerine göre, belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkilere ilişkin yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.

ANCOVA sonuçlarına göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler bağımlı değişkenleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edildiğinden Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma sonuçlarına 4.24'te yer verilmiştir

**Tablo 4.24. Obsesif Kompulsif Belirtilere Göre Düzeltilmiş Bağımlı Değişken Puanlarının Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlüğe Göre Bonferroni Düzeltmeli İkili Karşılaştırma Sonuçları**

Bağımlı Değişken	Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	n	$\bar{X}$	SH	Anlamlı Fark
Genel Sağlık	A-Düşük	44	13,00	0,50	<b>A,B&gt;C</b>
	B-Orta	88	13,31	0,33	
	C-Yüksek	92	11,70	0,35	
Fiziksel Sağlık	A-Düşük	44	14,94	0,46	
	B-Orta	88	14,58	0,31	
	C-Yüksek	92	14,37	0,33	
Psikolojik Sağlık	A-Düşük	44	13,71	0,44	<b>A,B&gt;C</b>
	B-Orta	88	12,52	0,29	
	C-Yüksek	92	11,40	0,31	
Sosyal İlişkiler	A-Düşük	44	13,69	0,50	<b>A,B&gt;C</b>
	B-Orta	88	12,64	0,34	
	C-Yüksek	92	11,54	0,36	
Çevre	A-Düşük	44	12,38	0,39	
	B-Orta	88	12,81	0,26	
	C-Yüksek	92	12,10	0,28	

Düşük: 15,0-35,0      Orta. 35,1-55,0      Yüksek: 55,1-75,0

Tablo 4.25'teki medeni duruma göre ağırlıklandırılmış ANCOVA sonuçlarına göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(2;220)}=7,81$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,06$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(2;220)}=11,28$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,09$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=6,33$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,05$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=1,15$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,01$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=2,35$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 4.23'teki sonuçlarla karşılaştırıldığında medeni duruma göre ağırlıklandırma yapılmadan ve yapıldıktan sonra elde edilen anlamlılık ve etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre;

Araştırma sorusu 6 sonucu: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 25'te OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin medeni durumlarına göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4.25. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Medeni Duruma Göre Ağırlıklandırılmış)**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Medeni Durum Dikkate Alınmadan			Medeni Duruma Göre Ağırlıklandırılmış		
		F	p	$\eta^2p$	F	p	$\eta^2p$
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	5,13	<b>0,007</b>	0,05	7,81	<b>0,001</b>	0,06
	Fiziksel Sağlık	0,44	0,646	0,00	1,15	0,318	0,01
	Psikolojik Sağlık	8,16	<b>0,000</b>	0,07	11,28	<b>0,000</b>	0,09
	Sosyal İlişkiler	5,33	<b>0,005</b>	0,05	6,33	<b>0,002</b>	0,05
	Çevre	1,72	0,182	0,02	2,35	0,098	0,02

Tablo 4.26'daki yaş gruplarına göre ağırlıklandırılmış ANCOVA sonuçlarına göre göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(2;220)}=5,17$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,05$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(2;220)}=7,54$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,06$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=5,47$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,05$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=0,55$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,00$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=2,42$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 4.23'teki sonuçlarla karşılaştırıldığında yaş gruplarına göre ağırlıklandırma yapılmadan ve yapıldıktan sonra elde edilen anlamlılık ve etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre;

Araştırma sorusu 7 sonucu: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 26'da OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4.26. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Yaş Gruplarına Göre Ağırlıklandırılmış)**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Yaş Grupları Dikkate Alınmadan			Yaş Gruplarına Göre Ağırlıklandırılmış		
		F	p	$\eta^2p$	F	p	$\eta^2p$
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	5,13	<b>0,007</b>	0,05	5,17	<b>0,006</b>	0,05
	Fiziksel Sağlık	0,44	0,646	0,00	0,55	0,575	0,00
	Psikolojik Sağlık	8,16	<b>0,000</b>	0,07	7,54	<b>0,001</b>	0,06
	Sosyal İlişkiler	5,33	<b>0,005</b>	0,05	5,47	<b>0,005</b>	0,05
	Çevre	1,72	0,182	0,02	2,42	0,091	0,02

Tablo 4.27'deki öğrenim düzeyine göre ağırlıklandırılmış ANCOVA sonuçlarına göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(2;220)}=7,05$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,06$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(2;220)}=8,38$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,07$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=3,95$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,04$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=0,43$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,00$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=1,85$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 4.23'teki sonuçlarla karşılaştırıldığında öğrenim düzeyine göre ağırlıklandırma yapılmadan ve yapıldıktan sonra elde edilen anlamlılık ve etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre;

Araştırma sorusu 8 sonucu: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.27'de OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin öğrenim düzeyine göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4.27. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Öğrenim Düzeyine Göre Ağırlıklandırılmış)**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Öğrenim Düzeyi Dikkate Alınmadan			Öğrenim Düzeyine Göre Ağırlıklandırılmış		
		F	p	$\eta^2p$	F	p	$\eta^2p$
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	5,13	<b>0,007</b>	0,05	7,05	<b>0,001</b>	0,06
	Fiziksel Sağlık	0,44	0,646	0,00	0,43	0,649	0,00
	Psikolojik Sağlık	8,16	<b>0,000</b>	0,07	8,38	<b>0,000</b>	0,07
	Sosyal İlişkiler	5,33	<b>0,005</b>	0,05	3,95	<b>0,021</b>	0,04
	Çevre	1,72	0,182	0,02	1,85	0,159	0,02

Tablo 4.28'deki geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre ağırlıklandırılmış ANCOVA sonuçlarına göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(2;220)}=4,56$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,04$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(2;220)}=6,95$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,06$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=4,13$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,04$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=0,24$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,00$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=2,28$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı

etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 4.23'teki sonuçlarla karşılaştırıldığında geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre ağırlıklandırma yapılmadan ve yapıldıktan sonra elde edilen anlamlılık ve etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre;

Araştırma sorusu 9 sonucu: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.28'de OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4.28. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Ağırlıklandırılmış)**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumundan Dikkate Alınmadan			Geçmişte Psikiyatri/Psikoloğa Başvurma Durumuna Göre Ağırlıklandırılmış		
		F	p	$\eta^2p$	F	p	$\eta^2p$
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	5,13	<b>0,007</b>	0,05	4,56	<b>0,011</b>	0,04
	Fiziksel Sağlık	0,44	0,646	0,00	0,24	0,790	0,00
	Psikolojik Sağlık	8,16	<b>0,000</b>	0,07	6,95	<b>0,001</b>	0,06
	Sosyal İlişkiler	5,33	<b>0,005</b>	0,05	4,13	<b>0,017</b>	0,04
	Çevre	1,72	0,182	0,02	2,28	0,105	0,02

Tablo 4.29'daki halen devam eden hastalık/televi durumuna göre ağırlıklandırılmış ANCOVA sonuçlarına göre belirsizliğe karşı tahammülsüzlük değişkeninin genel sağlık ( $F_{(2;220)}=4,76$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,04$ ), psikolojik sağlık ( $F_{(2;220)}=6,60$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,06$ ), sosyal ilişkiler ( $F_{(2;220)}=4,45$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta^2p=0,04$ ) üzerindeki etkilerinin anlamlı ve önemli olduğu; fiziksel sağlık ( $F_{(2;220)}=0,104$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,00$ ) ve çevre ( $F_{(2;220)}=2,07$ ;  $p>0,05$ ;  $\eta^2p=0,02$ ) değişkenleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 4.23'teki sonuçlarla karşılaştırıldığında halen devam eden hastalık/televi durumuna göre ağırlıklandırma yapılmadan ve yapıldıktan sonra elde edilen anlamlılık ve etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre;

Araştırma sorusu 10 sonucu: Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.29’da OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4.29. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Kovaryans Analizi Sonuçları (Halen Devam Eden Hastalık/Tedavi Durumuna Göre Ağırlıklandırılmış)**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Halen Devam Eden Hastalık Durumu Dikkate Alınmadan			Halen Devam Eden Hastalık Durumuna Göre Ağırlıklandırılmış		
		F	p	$\eta^2p$	F	p	$\eta^2p$
Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük	Genel Sağlık	5,13	<b>0,007</b>	0,05	4,76	<b>0,009</b>	0,04
	Fiziksel Sağlık	0,44	0,646	0,00	0,10	0,905	0,00
	Psikolojik Sağlık	8,16	<b>0,000</b>	0,07	6,60	<b>0,002</b>	0,06
	Sosyal İlişkiler	5,33	<b>0,005</b>	0,05	4,45	<b>0,013</b>	0,04
	Çevre	1,72	0,182	0,02	2,07	0,129	0,02

## V. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmalardan elde edilen bulguların önceki literatür çalışmalarından elde edilen bulgular ile karşılaştırılması ve tartışması yapılmıştır.

Obsesif kompulsif alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların obsesif kompulsif puanı, üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eriş (2017) 56 yaş ve üzeri bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların obsesif-kompulsif toplam puanlarının üniversite düzeyinde öğrenim görenlere göre daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Keloğlu (2017) ruh sağlığı hizmetine başvurmuş 200 kadın birey ile gerçekleştirdiği çalışmasında obsesif kompulsif alt boyutlarının öğrenim düzeyi ile ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Yılmaz (2016) 18-53 yaş arası bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada obsesif kompulsif alt boyut puanlarının öğrenim düzeyi ile ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında lise düzeyinde öğrenim gören OKB'li bireylerin semptom düzeylerinin, üniversite düzeyinde öğrenim görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Temizlik, yavaşlık ve kuşku alt boyut puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bekar katılımcıların kontrol, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eriş (2017) 56 yaş ve üzeri bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada bekar katılımcıların obsesif-kompulsif bozukluk düzeyinin evli bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Keloğlu (2017) ruh sağlığı hizmetine başvurmuş 200 kadın birey ile gerçekleştirdiği çalışmasında bekar katılımcıların obsesif-kompulsif bozukluk düzeyinin evli bireylere göre daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Yılmaz (2016) 18-53 yaş arası bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada bekar katılımcıların yavaşlık, kuşku ve ruminasyon semptom düzeylerinin evli bireylere göre daha yüksek olduğu; kontrol ve temizlik semptom düzeylerinin medeni durum ile ilişkili

olmadığı bulgularını elde etmiştir. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada obsesif ve kompulsif alt boyut puanlarının medeni durumla ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran katılımcıların kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Temizlik ve kuşku alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bal (2018) asistan hekimlerde stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeylerini incelediği çalışmada geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuranların obsesif kompulsif semptom düzeyinin, başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Dereli (2017) obsesif kompulsif bozuklukta bellek ve işlevsel olmayan inançlar ilişkisini incelediği çalışmada geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuranların obsesif kompulsif semptom düzeyinin, başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Sözer (2017) OKB ve depresyon komorbiditesinde obsesif inanışların rolünü incelediği çalışmada geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuranların obsesif kompulsif semptom düzeyinin, başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların kontrol, yavaşlık, kuşku, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, halen devam eden hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Temizlik alt boyut puanlarının halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Dereli (2017) obsesif kompulsif bozuklukta bellek ve işlevsel olmayan inançlar ilişkisini incelediği çalışmada halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre obsesif kompulsif semptom düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Sözer (2017) OKB ve depresyon komorbiditesinde obsesif inanışların rolünü incelediği çalışmada halen devam eden başka bir hastalık/tedavi durumuna göre üç kat daha fazla obsesif kompulsif semptom

görüldüğü bulgularını elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Bireylerin yaşı ile obsesif kompulsif semptom düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu ve bireyin yaşı arttıkça obsesif kompulsif belirtileri azalmaktadır. Bal (2018) asistan hekimlerde stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeylerini incelediği çalışmasında obsesif kompulsif semptom düzeyinin yaş ile ilişkili olmadığı bulgularını elde etmiştir. Özcan (2017) 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlerle gerçekleştirdiği çalışmada obsesif kompulsif semptom düzeyinin yaş ile ilişkili olmadığı bulgularını elde etmiştir. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaş ile obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Eriş (2017) 56 yaş ve üzeri bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada yaş arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de arttığı bulgusunu elde etmiştir. Keloğlu (2017) ruh sağlığı hizmetine başvurmuş 200 kadın birey ile gerçekleştirdiği çalışmasında yaş ile obsesif kompulsif semptom düzeyi arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulgularını elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile Keloğlu (2017) bulgularının paralellik gösterdiği; literatürdeki diğer çalışmalarda genel olarak yaş ile obsesif kompulsif semptomlar arasında anlamlı ilişki olmadığı; Eriş (2017) çalışmasında ise yaş ile pozitif yönlü ilişki olduğu bulguları dikkate alındığında bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının kısmen paralellik, kısmen farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Uysal (2015) kültürel farklılıkların belirsizliğe karşı tutuma etkisini incelediği çalışmasında öğrencilerin okudukları bölüm ve fakülte ile belirsizliğe karşı tutum düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Gümüş (2012) 19-64 yaş arası 175 multiple skleroz hastası ile gerçekleştirdiği çalışmada eğitim süresi ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu bulgusunu elde etmiştir. Çevik (2017) düşük riski olan ve olmayan gebelerle gerçekleştirdiği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün öğrenim düzeyi ile ilişkisi olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Bekar katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Gümüş (2012) 19-64 yaş arası 175 multiple skleroz hastası ile gerçekleştirdiği çalışmada evli hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının bekar hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Literatürde belirsizliğe tahammülsüzlük ile medeni duruma ilişkin yapılan çalışmalardan yalnızca birine ulaşılmış olup bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Dönmezler (2017) bipolar bozukluğu teşhisi olan hasta grubu ve sağlıklı bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada bipolar bozukluğu olan hasta grupta belirsizliğe tahammülsüzlüğün anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Değirmenci (2017) ayrılma anksiyetesi olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkisini incelediği çalışmada ayrılma anksiyetesi teşhisi olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüğünün anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, herhangi bir hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Gümüş (2012) 19-64 yaş arası 175 multiple skleroz hastası ile gerçekleştirdiği çalışmada hastalık süresi fazla olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Aydın (2011) panik bozukluğu olan hasta grubu ve sağlıklı bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün hasta olan grupta anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Çevik (2017) düşük riski olan ve olmayan gebelerle gerçekleştirdiği çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün düşük tehdidi olan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Başer (2016) bozukluğa özgü belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğini geliştirme çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ile hasta sağlığı arasında anlamlı ilişki olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Bireylerin yaşı arttıkça belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü azalmaktadır. Gümüş (2012) 19-64 yaş arası 175 multiple skleroz hastası ile gerçekleştirdiği çalışmada yaş ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif ilişki olduğu bulgularını elde etmiştir. Çevik (2017) düşük riski olan gebelerle gerçekleştirdiği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaş ile ilişkisi olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Göç (2017) sürekli kaygının belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili inançlar ve kontrol odağı ile ilişkisini incelediği çalışmasında yaş ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif ilişki olduğu ve yaş arttıkça ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün azaldığı bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Genel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları, lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında sosyal ilişkiler, çevre alanı, psikolojik sağlık ve bedensel alan alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Eruzun (2017) kadınların spor etkinliklerine katılımlarının boş zaman ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında lisansüstü düzeyinde öğrenim gören bireylerin yaşam kalitesi toplam puanlarının, lise düzeyinde öğrenim görenlerin yaşam kalitesine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Çeler (2017) meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve bakım yükünü incelediği çalışmasında bedensel, ruhsal ve sosyal alana ilişkin yaşam kalitesi puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Büyükyörük (2017) migren olan hastalar ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmasında fiziksel ve sosyal ilişkiler alanına ilişkin yaşam kalitesi ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Başcılar (2017) malul terör gazilerinin yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek ilişkisini incelediği çalışmasında gazilerin öğrenim düzeyi ile ruhsal, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ilişki olmadığı; lisansüstü düzeyde öğrenim gören gazilerin fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin, ilkökul, ortaokul ve lise düzeyinde öğrenim görenlerin yaşam

kalitesine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Literatür bulguları incelendiğinde yaşam kalitesi toplam puanının yüksek öğrenim görenlerde daha yüksek olduğu; buna karşın yaşam kalitesi alanlarında öğrenim düzeyine göre elde edilen sonuçların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alt boyut puanlarının ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Evli katılımcıların psikolojik sağlık puanı, bekar katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaşam kalitesinin medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Polat (2018) hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında evli hekimlerin bedensel alan yaşam kalitesinin, bekar hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. İskender (2017) araştırma hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi, algılanan stres ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında bedensel, ruhsal ve çevresel alana ilişkin yaşam kalitesinin medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Doğan (2017) oral kanserli hastalarda protetik tedavinin hayat kalitesi ve depresyona etkisini incelediği çalışmasında tedavi sonrası yaşam kalitesinin medeni durum ile ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Eruzun (2017) kadınların spor etkinliklerine katılımlarının boş zaman ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında yaşam kalitesinin medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Çeler (2017) meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve bakım yükünü incelediği çalışmasında bedensel, ruhsal, çevresel ve sosyal alana ilişkin yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Büyükyörük (2017) migren olan hastalar ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmasında yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Başçılar (2017) malul terör gazilerinin yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek ilişkisini incelediği çalışmasında gazilerin medeni durumu ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Literatür bulguları incelendiğinde yaşam kalitesi toplam

puanının medeni durumla ilişkili olmadığı; buna karşın yaşam kalitesi alanlarında medeni duruma göre elde edilen sonuçların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen katılımcıların genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmuş olan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında sosyal ilişkiler ve çevre alanı alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri servisine yatma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Polat (2018) hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında depresif semptomları yüksek olan hekimlerin yaşam kalitesinin, herhangi bir psikiyatrik sorunu olmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. İskender (2017) araştırma hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi, algılanan stres ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında sosyal alan ve çevresel alana ilişkin yaşam kalitesinin ruhsal hastalıkla ilişkili olmadığı; ruhsal hastalığı olmayanların genel olarak yaşam kalitesinin ruhsal hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Özkars (2017) prematüre doğum yapmış annelerin travma, depresyon, maternal bağlanma ve yaşam kalitesi açısından incelediği çalışmasında depresyonu düşük düzeyde olan bireylerin yaşam kalitesinin, depresyonu yüksek olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Doğan (2017) oral kanserli hastalarda protetik tedavinin hayat kalitesi ve depresyona etkisini incelediği çalışmasında tedavi sonrası anksiyete ve depresyonu yüksek kanser hastalarının yaşam kalitesinin, anksiyete ve depresyon düşük olanlara göre anlamlı düzeyde daha olumsuz olduğu bulgusunu elde etmiştir. Arıkboğa (2017) hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşam kalitesi ve sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında sosyal anksiyetesi yüksek düzeyde olan bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Büyükyörük (2017) migren olan hastalar ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmasında depresyonu ve anksiyetesi düşük düzeyde olanların yaşam kalitesinin, depresyonu ve anksiyetesi yüksek düzeyde olanların yaşam kalitesine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu

bulgusunu elde etmiştir. Can (2016) troid hastası olan ve olmayan kişilerde kişilik özellikleri, stres ve yaşam kalitesi düzeylerini incelediği çalışmada psikolojik rahatsızlık ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir

Herhangi bir hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların genel, fiziksel, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve genel olarak yaşam kalitesi puanları, halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Polat (2018) hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada yaşam kalitesi ile kronik hastalık arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. İskender (2017) araştırma hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi, algılanan stres ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada yaşam kalitesinin kronik hastalık ile ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Doğan (2017) oral kanserli hastalarda protetik tedavinin hayat kalitesi ve depresyona etkisini incelediği çalışmada tedavi sonrası yaşam kalitesinin tüm alanlarında anlamlı düzeyde iyileşme kaydedildiği; hastalık ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu bulgusunu elde etmiştir. Çeler (2017) meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve bakım yükünü incelediği çalışmada bedensel, ruhsal, çevresel ve sosyal alana ilişkin yaşam kalitesi puanlarının kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusunu elde etmiştir. Büyükyörük (2017) migren olan hastalar ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmada migreni olan hastaların yaşam kalitesinin migreni olmayan sağlıklı bireylerin yaşam kalitesine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Başcılar (2017) malul terör gazilerinin yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek ilişkisini incelediği çalışmada kronik hastalığı olan gazilerin sosyal ilişkiler alanına ilişkin yaşam kalitesinin, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Can (2016) troid hastası olan ve olmayan kişilerde kişilik özellikleri, stres ve yaşam kalitesi düzeylerini incelediği çalışmada troid hastalarının yaşam kalitesinin, troid hastası olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Bireylerin yaşı arttıkça psikolojik sağlık algısında iyileşme artmakta; yaş ile genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alt boyut puanları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları ile anlamlı ilişki tespit edilmedi. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanı ile yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Polat (2018) hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yaşam kalitesi ile yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. İskender (2017) araştırma hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi, algılanan stres ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alana ilişkin yaşam kalitesinin yaş ile ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Özkars (2017) prematüre doğum yapmış annelerin travma, depresyon, maternal bağlanma ve yaşam kalitesi açısından incelediği çalışmasında anne yaşı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Arıkboğa (2017) hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşam kalitesi ve sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yaş ile bedensel, sosyal ve çevre yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Eruzun (2017) kadınların spor etkinliklerine katılımlarının boş zaman ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında fiziksel ve sosyal kalitenin yaş ile birlikte arttığı; psikolojik kalitenin yaş ile ilişkili olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Büyükyörük (2017) migren olan hastalar ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmasında yaşam kalitesi ile fiziksel ve çevre sağlığı alanları arasında anlamlı ilişki olmadığı; yaş ilerledikçe psikolojik sağlık alanına ilişkin yaşam kalitesinin düştüğü bulgusunu elde etmiştir. Başçılar (2017) malul terör gazilerinin yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek ilişkisini incelediği çalışmasında gazilerin yaşı ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır. Koran, Thienemann ve Davenport (1996) obsesif kompulsif bozukluğu olan, diyabet hastası ve sağlıklı bireyler ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğun şiddeti yükseldikçe yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan sosyal işlevselliğin azaldığı; bu etkinin diyabet

hastaları ve sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Steketee, Frost ve Colen (1998) OKB ve anksiyetesi olan hastalar ve sağlıklı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin anksiyetesi olan ve sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Masellis ve arkadaşları (2003) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların depresyon ve obsesif kompulsif bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında obsesyon şiddetinin yaşam kalitesinin anlamlı yordayıcısı olduğu; kompulsif ritüellerin ise yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı bulgularını elde etmişlerdir. Tolin ve arkadaşları (2003) OKB ve anksiyetesi olan hastalar ve sağlıklı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin anksiyetesi olan ve sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Akdede ve arkadaşları (2005) obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında hem obsesif hem de kompulsif belirtilerin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu; obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylerden daha düşük olduğu ve yaşam kalitesinin, bilişsel işlevler ve obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Holaway ve arkadaşları (2006) obsesif kompulsif tanılı hastalar ve kontrol grubuyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif belirtilerin belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkili olduğu bulgularını elde etmişlerdir (Holaway, Heimberg ve Coles, 2006). Beşiroğlu ve Ağargün (2006) obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlık için yardım arama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulgularını elde etmişlerdir. Şar, Işıklar ve Aydoğan (2012) atama bekleyen öğretmenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaşam doyumu arasında negatif ilişki olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Eddy ve arkadaşları (2012) obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi ilişkisini inceledikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğun yaşam kalitesi üzerinde negatif yönlü ve anlamlı etkisi olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Korkmaz (2012) obsesif kompulsif bozukluklu hastaların yaşam kalitesini incelediği çalışmasında OKB'li hastaların yaşam kalitesi

puanlarının sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Barahmand ve Haji (2014) epilepsili bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün, kaygı, asabiyet ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygı ve öfkenin yaşam kalitesini negatif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediği bulgularını elde etmişlerdir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2014) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre obsesif kompulsif bozukluklar bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğini bozmakta; yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Yassa (2016) bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda komorbid olarak obsesif-kompulsif bozukluğu değerlendirdiği çalışmasında OKB komorbiditesi olan hastalarda yaşam kalitesinin OKB olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Aktaş (2016) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaşam kalitesi ile obsesif kompulsif bozukluk arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalardaki yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgularını elde etmiştir. Mercan (2017) obsesif kompulsif tanısı alan bireylerdeki yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaşam kalitesinin obsesyon ve kompulsiyon ile negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; obsesyon ve kompulsiyonu yüksek bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğu bulgularını elde etmiştir. Geçgin ve Sahranç (2017) belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek düzeyde olan bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin daha düşük olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Bakır (2017) obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı bireylerde yaşam kalitesini incelediği çalışmasında OKB tanısı almış hasta grubunda yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bahçe ve arkadaşları (2008) obsesif kompulsif bozukluğu olan ve şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve işlevselliklerini inceledikleri çalışmalarında OKB hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediği; şizofreni hastalığı ile birlikte farklılık oluşmadığı bulgularını elde etmişlerdir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerine göre, obsesif kompulsif belirti düzeyleri ile yalnızca psikolojik sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır.

Kişilerin OKB semptom düzeylerine göre, belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkilere ilişkin yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır. Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki medeni durum, yaş, öğrenim düzeyi, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumu ve halen devam eden hastalık/televi durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bobes ve arkadaşları (2001) İspanyol ve Amerikalı şizofreni, somatik hastalığı, bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların madde bağımlıları ve diğer psikolojik rahatsızlığı olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulgularını elde etmişlerdir. Aydın (2010) obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan bireylerle gerçekleştirdiği çalışmasında obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Derin (2014) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğünün yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün OKB'li hastaların yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek OKB'li hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

## VI. SONUÇ

Bu çalışmada bireylerin obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeylerine göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu bölümde araştırmalardan elde edilen bulgular ile literatür sonuçları birlikte ele alınarak sonuçlara verilmiştir.

Araştırmaya katılan 224 genç yetişkin bireye sunulan Maudsley Obsesif Kompulsif ölçeğinden elde edilen bulgulara göre katılımcıların obsesyon ve kompulsiyon semptom düzeyleri çok düşük düzeyde; belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı orta düzeyde; genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve yaşam kalitesi toplam puanı orta-yüksek düzeyde tespit edildi.

Obsesif kompulsif alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların obsesif kompulsif puanı, üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve obsesif kompulsif alt boyutlarının öğrenim düzeyi ile anlamlı ilişkili olmamakla birlikte obsesif kompulsif toplam puanlarının öğrenim düzeyi ile ilişkili olduğu ve üniversite ve daha yüksek düzeyde öğrenim gören bireylerin obsesif kompulsif semptom düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Temizlik, yavaşlık ve kuşku alt boyut puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bekar katılımcıların kontrol, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve temizlik, yavaşlık ve kuşku alt boyutlarının medeni durum ile anlamlı ilişkili olmadığı; kontrol, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanlarının medeni durum ile ilişkili olduğu ve evli bireylerin kontrol, ruminasyon ve obsesif kompulsif semptom düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran katılımcıların kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Temizlik ve kuşku alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve temizlik ve kuşku alt boyutlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma ile anlamlı ilişkili olmadığı; kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma ile ilişkili olduğu ve geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen bireylerin kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif semptom düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların kontrol, yavaşlık, kuşku, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanı, halen devam eden hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Temizlik alt boyut puanlarının halen devam eden hastalık/tedavi durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve temizlik alt boyut puanlarının halen devam eden hastalık ile anlamlı ilişkili olmadığı; kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif toplam puanlarının halen devam eden hastalık ile ilişkili olduğu ve halen devam eden hastalık/tedavisi bulunmayan bireylerin kontrol, yavaşlık, ruminasyon ve obsesif kompulsif semptom düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin yaşı ile obsesif kompulsif semptom düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu ve bireyin yaşı arttıkça obsesif kompulsif belirtileri azalmaktadır. Bu çalışma bulguları ile Keloğlu (2017) bulgularının paralellik gösterdiği; literatürdeki diğer çalışmalarda genel olarak yaş ile obsesif kompulsif semptomlar arasında anlamlı ilişki olmadığı; Eriş (2017) çalışmasında ise yaş ile pozitif yönlü ilişki olduğu bulguları dikkate alındığında çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmasının araştırmaya dahil edilen örneklemin yaş aralığı, eşlik eden kronik hastalıklar veya diğer psikolojik rahatsızlıkların farklı sonuçlara neden olduğu söylenebilir.

Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel

olarak paralellik gösterdiği ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bekar katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Literatürde belirsizliğe tahammülsüzlük ile medeni duruma ilişkin yapılan çalışmalardan yalnızca birine ulaşılmış olup bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının paralellik gösterdiği ve bekar bireylerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük düzeyinin ile evli bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının paralellik gösterdiği ve geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuran bireylerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerinin, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların belirsizliğe karşı tahammülsüzlük puanı, herhangi bir hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan bireylerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerinin, halen devam eden hastalık/tedavisi bulunmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin yaşı arttıkça belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü azalmaktadır. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve yaş arttıkça belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğün azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Genel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları, lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Literatür bulguları incelendiğinde yaşam kalitesi toplam puanının yüksek

öğrenim görenlerde daha yüksek olduğu; buna karşın yaşam kalitesi alanlarında öğrenim düzeyine göre elde edilen sonuçların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde fiziksel sağlık alanı ve yaşam kalitesi toplam puanlarının yüksek öğrenim görenlerde yüksek olduğu tespit edildiğinden yüksek öğrenim gören bireylerin yaşam kalitesinin, daha düşük düzeyde öğrenim gören bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir.

Genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alt boyut puanlarının ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Evli katılımcıların psikolojik sağlık puanı, bekar katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu çalışmada literatürdeki çalışmaların bir kısmına uygun olarak psikolojik sağlık alanı puanlarının evli bireylerde daha yüksek olduğu; buna karşın yaşam kalitesi toplam puanı ve diğer yaşam kalitesi alanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildiğinden genel anlamda yaşam kalitesinin medeni durumla ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen katılımcıların genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmuş olan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurmeyen bireylerin yaşam kalitesinin geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvuranlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Herhangi bir hastalık/tedavisi bulunmayan katılımcıların genel, fiziksel, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve genel olarak yaşam kalitesi puanları, halen devam eden hastalık/tedavisi bulunan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve herhangi bir hastalığı bulunmayan bireylerin yaşam kalitesinin herhangi bir hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin yaşı arttıkça psikolojik sağlık algısında iyileşme artmakta; yaş ile genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alt boyut puanları ve yaşam kalitesi

ölçeği toplam puanları ile anlamlı ilişki tespit edilmedi. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ve obsesif kompulsif bozukluk ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kişilerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerine göre, obsesif kompulsif belirti düzeyleri ile yalnızca psikolojik sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır. Kişilerin OKB semptom düzeylerine göre, belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkilere ilişkin yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır. Kişilerin OKB semptom düzeylerinin yaygınlığına göre belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki medeni durum, yaş, öğrenim düzeyi, geçmişte psikiyatri/psikoloğa başvurma durumu ve halen devam eden hastalık/tedavi durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu çalışma bulguları ile literatür bulgularının genel olarak paralellik gösterdiği; OKB semptomları yüksek olan bireylerde belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğün yaşam kalitesi üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu; bu bulgunun psikolojik rahatsızlığı olan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin daha fazla olduğu bulgusuyla pekiştiği sonucuna ulaşılmıştır.

## VII. ÖNERİLER

Bireylerin sahip oldukları obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetine göre, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada, gelecekte konu ile ilgili yapılacak araştırmalara ışık tutması bakımından şu önerilerde bulunulması uygun görülmüştür:

- Yaş ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasındaki ilişkinin yaş grupları ile tekrarlanması ve (varsa) yaş ile ilişkisinin vurgulanması,

- Yaşam kalitesi için farklı ölçeklerin veya aynı ölçeğin farklı versiyonlarının kullanılıyor olmasının farklı sonuçlar ortaya çıkarması ve sonuçların karşılaştırılmasına engel teşkil etmesi nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ölçeğin standart uyarlamasının çalışmalarda kullanılması,

- Belirsizliğe tahammülsüzlüğün obsesif kompulsif semptomlardan biri olduğuna ilişkin literatür bulguları dikkate alındığında obsesif kompulsif semptomların yeniden tanımlanması ve kategorize edilmesi amacıyla bilimsel araştırmaların artırılmasında yarar görülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Agheli, F., Hasanzadeh, R. ve Ghasemian, D., 2013, "Compare of Intolerance of Uncertainty Among Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Healthy Subjects", *Journal of Novel Applied Sciences*, 2(2): 896-899.
- Akdede, B.B.K, 2006, "Psikiyatrik Bozukluklar ve Yaşam Kalitesi", *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1(2): 94-8.
- Akdede, B.B.K., Alptekin, K., Akvardar, Y. ve Kitiş, A., 2005, "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 13-19.
- Aktaş, M.C., 2016, "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", *Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Çeviri: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Arıkboğa, A., 2017, "Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi", *Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Arkar, H., Sarı, Ö. ve Fidaner, H., 2004, "Relationships Between Quality of Life, Perceived Social Support, Social Network, and Loneliness in a Turkish Sample", *Yeni Sempozyum Dergisi*, 42(1): 20-27.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C. ve Hilgard, E.R., *Psikolojiye Giriş II*, Çeviri: K. Atakay ve M. Atakay, Sosyal Yayınları, İstanbul, 1995.
- Avcı, K. ve Pala, K., 2004, "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2): 81-85.
- Aydın, E., 2010, "Panik Bozuklukta Obsesif İnançlar ve Semptom Ölçümleriyle İlişkisi", *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.*
- Bahçe, Z., Böke, Ö., Şahin, A.R., Arık, A.C., Güz, H., Sarısoy, G. ve Baykal, S., 2008, "Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eşlik Ettiği Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi ve İşlevsellik", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(3): 117-124.
- Baker, F., ve Intagliata, J., 1982, "Quality of Life in Evaluation of Community Support Systems", *Eval Program Plann*, 5(1): 69-79.
- Bakır, M.G., 2017, "Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda ve Alt Tiplerinde Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce Üstbiliş, Büyüsel İnançlar, Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Diğer Klinik Özelliklerle İlişkisi", *Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.*

- Bal, N.G., 2018, "Asistan Hekimlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Mesleki Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi", Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Barahmand, U. ve Haji, A., 2014, "The Impact of Intolerance of Uncertainty, Worry and Irritability on Quality of Life in Persons with Epilepsy: Irritability as Mediator", *Epilepsy Research*, 108(8): 1335-1344.
- Başcılar, M., 2017, "Malul Terör Gazilerinin Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Başer, İ.G., 2016, "Bozukluğa Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BÖBTÖ) Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bayar, R. ve Yavuz, M., 2008, "Obsesif Kompulsif Bozukluk", Türkiye'de Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 62: 185-192.
- Baydur, H., 2013, "Çalışma Yaşamı Kalitesi Kavramı", 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, ss. 257- 258, İzmir.
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M.Y. ve Aşkın, R., 2007, "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ile İlişkili Etkenler", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1): 5-13.
- Bigelow, D.A., McFarland, B.H. ve Olson, M.M., 1991, "Quality of Life Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure", *Community Ment Health J*, 27(1): 43- 55.
- Bobes, J., Gonzalez, M.P., Bascaran, M.T., Arango, C., Saiz, P.A. ve Bousoño, M., 2001, "Quality of Life and Disability in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder", *Eur Psychiatry*, 16(4): 239-245.
- Boelen, P.A. ve Reijntjes, A., 2009, "Intolerance of Uncertainty and Social Anxiety", *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1): 130-135.
- Bolton, D., Rijdsdijk, F., O'connor, T.G., Perrin, S. and Eley, T.C., 2007, "Obsessive-Compulsive Disorder: Tics and Anxiety in 6-Year-Old Twins", *Psychological Medicine*, 37(01): 39-48.
- Budner, S., 1962, "Intolerance of Ambiguity as a Personality Variable", *Journal of Personality*, 30(1): 29-50.
- Buhr, K. ve Dugas, M. J., 2006, "Investigating the Construct Validity of Intolerance of Uncertainty and its Unique Relationship with Worry", *Anxiety Disorders*, 20: 222-236.
- Büyükyörük, C., 2017, "Migren Hastalarının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi", Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi.
- Can, A., 2016, "Tiroid Hastası Olan ve Olmayan Kişilerde Kişilik Özellikleri, Stres ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Carleton, R.N., Sharpe, D. ve Asmundson, G.J., 2007, "Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty: Requisites of the Fundamental Fears?", *Behaviour Research and Therapy*, 45(10) 2307–2316.
- Chen, C.Y. ve Hong, R.Y., 2010, "Intolerance of Uncertainty Moderates the Relation between Negative Life Events and Anxiety", *Personality and Individual Differences*, 49(2010): 49–53.
- Çelek, H.G., 2017, "Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi", Uzmanlık Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Çevik, S., 2017, "Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisi", Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Değirmenci, S.S., 2017, "Gebelikte Ayrılma Anksiyetesi ve Belirsizliğe Tahammülsüzlükle İlişkisi", Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Dereli, F., 2017, "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Prospektif ve Retrospektif Bellek, Üst-Bellek ve İşlevsel Olmayan İnançların İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Derin, S., 2014, "Metacognitive and Cognitive Mechanism of Obsessive Compulsive Disorder: The Role of Memory Confidence and Feeling of Knowing Judgments", Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Doğan, İ., 2017, "Oral Kanserli Hastalarda Protetik Tedavinin Hayat Kalitesi ve Depresyona Etkisinin Psikiyatrik Bulgular ile İncelenmesi", Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Doğan, Ş., Semiyoloji, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 2009.
- Dönmezler, F.G., 2017, "Bipolar Bozuklukta Obsesif İnanışlar", Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi.
- Dugas, M.J. ve Koerner, N., 2005, "Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1): 61-81.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H. ve Ladouceur, R., 1997, "Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry", *Cognitive Therapy and Research*, 21(6): 593-606.
- Dugas, M.J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. ve Phillips, N.A., 2005, "Intolerance of Uncertainty and Information Processing: Evidence of Biased Recall and Interpretations", *Cognitive Therapy and Research*, 29(1): 57-70.
- Dürü, Ç. ve Sayılğan, M.A., "Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Yaklaşım", İçinde: Bilişsel Davranışçı Terapiler, Editörler: I. Savaşır, G. Soygüt, ve E. Barışkın, 4. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2009.
- Eddy, C.M., Cavanna, A.E., Gulisano, M., Cali, P., Robertson, M.M., Rizzo, R., 2012, "The Effects of Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder and Attention-Deficit

- Hyperactivity Disorder on Quality of Life in Tourette Syndrome”, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 24(4):458-462
- Eriş, K., 2017 “Otomatik Düşüncelerin ve İrrasyonel İnanışların Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Depresyon Arasındaki Aracı Değişken Rolü”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eruzun, C., 2017, “Kadınların Spor Etkinliklerine Katılımlarının Boş Zaman Tatmini ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin Araştırılması: B-Fit Spor Merkezleri Üyeleri Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Bartın Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Eser, E., 2004, “Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü”, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, ss. 4-7, İzmir.
- Farrell, L. and Barrett, P., 2006, “Obsessive- Compulsive Disorder Across Developmental Trajectory: Cognitive Processing of Threat in Children, Adolescents and Adults”, *British Journal of Psychology*, 97(1): 95-114.
- Fitzgibbons, L. and Pedrick, C., *Helping Your Child with OCD: A Workbook for Parents of Children with Obsessive Compulsive Disorder*, New Harbinger Publications, California, 2003.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. ve Ladouceur, R., 1994, “Why Do People Worry?”, *Personality and Individual Differences*, 17(6): 791-802.
- Frost, R.O. ve Hartl, T.L., 1996, “A Cognitive-Behavioral Model of Compulsive Hoarding”, *Behaviour Research and Therapy*, 34(4): 341-350.
- Geçgin, F.M. ve Sahranç, Ü., 2017, “Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki”, *Sakarya University Journal of Education*, 7(4): 739-755.
- Geçtan, E., *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*, 23. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul, 2018.
- Gentes, E.L. ve Ruscio, A.M., 2011, “A Meta-Analysis of The Relation of Intolerance of Uncertainty To Symptoms of Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder”, *Clinical Psychology Review*, 31(6): 923-933.
- Göç, E., 2017, “Sürekli Kaygının Yordayıcıları Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Endişe ile İlgili İnançlar ve Kontrol Odağının İncelenmesi ile Yaşam Doyumunun Araştırılması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Grayson, J., 2010, “OCD and Intolerance of Uncertainty: Treatment Issues”, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(1): 1-15.
- Gümüş, K., 2012, “Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Holaway, R.M, Heimberg, R.G, ve Coles, M.E., 2006, “A Comparison of Intolerance of Uncertainty in Analogue Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder”, *Anxiety Disorders*, 20(2): 158-174.
- Insel, T.R., 1990, “Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder”, *J. Clin Psychiatry*, 51(2): 4-8.

- İskender, S., 2017, "Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kalra, S.K. and Swedo, S.E., 2009, "Children with Obsessive-Compulsive Disorder: Are They Just 'Little Adults'?", *J. Clin. Invest*, 119: 737-746.
- Karamustafalıoğlu, K.O., 2010, "Obsesif Kompulsif Bozukluk", *The Journal of Turkish Family Physician*, 1(1): 1-10.
- Keloğlu, T., 2017, "Kadıköy Bölgesinde Ruh Sağlığı Hizmetine Başvurmuş 200 Kadın Vakanın SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testine Göre İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kızılcı, S., 1999, "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış İlişkisi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2): 1-14.
- Köknel, Ö., *Zorlanan İnsan*, 4. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1998.
- Koran, L.M., Thienemann, M.L. ve Davenport, R., 1996, "Quality of Life for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder", *Am J Psychiatry*, 153(6): 783-788.
- Korkmaz, I.Z., 2012, "Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Bilişsel İşlevlerindeki Olası Bozuklukların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi", Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kozak, M.J. and Foa, E.B., 1994, "Obsessions, Overvalued Ideas and Delusions in Obsessive-Compulsive Disorder", *Behav Res Ther*, 32(3): 343-353.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. ve Dugas, M.J., 2000, "Experimental Manipulation of Intolerance of Uncertainty: A Study of a Theoretical Model of Worry", *Behaviour Therapy and Research*, 38(9): 933-941.
- Laugesen, N., Dugas, M.J. ve Bukowski, W.M., 2003, "Understanding Adolescent Worry: Theapplication of a Cognitive Model", *Journal of Abnormal and Clinical Psychology*, 31(1): 55-64.
- Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J. ve Clark, S., 2004, "Cognitive Appraisals in Young People with Obsessive-Compulsive Disorder", *J Child Psychol Psychiatry*, 45(6):1076-1084.
- March, J.S. and Mulle, K., *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive- Behavioral Treatment Manual*, Guilford Press, New York, 1998.
- Masellis, M., Rector, N.A. ve Richter, M.A., 2003, "Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity", *Can J Psychiatry*, 48(2): 72-77.
- McEvoy, P.M. ve Mahoney, A.E.J., 2011, "Achieving Certainty about The Structure of Intolerance of Uncertainty in A Treatment Seeking Sample with Anxiety and Depression", *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1): 112-122.
- McKay, D., Taylor, S. ve Abramowitz, J., *Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı*, Çeviri: Y.B. Doğan, Okuyan Us Yayınevi, İstanbul, 2008.

- Mercan, H.M., 2017, "Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D. ve Manuck, S.B., 1998, "What are quality of life measurements measuring?", *BMJ*, 316(7130): 542-545.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). "Psychometric Validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory-Part 2: Factor Analyses and Testing of a Brief Version", *Behavioral Research Therapy*, 43(11): 1527-1542.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, (OCCWG), 1997, "Cognitive Assessment of Obsessive- Compulsive Disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 35(7): 667- 681.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M. ve Tolin, D.F., 2007, "Quality of Life in the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review", *Clinical Psychology Review*, 27(5): 572-581.
- Özcan, M.K., 2017, "Tourette Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Edebilen Yaşam Boyu Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptomlarının, Mevcut Tik Davranışlarının Özellikleri İle İlişkisi ve Bulguların Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptomları Bulunmayan Olgularla Karşılaştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği.
- Özerdem, A., 1998, "OKB Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1(2): 98-102.
- Özkars, B.N., 2017, "Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakfı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztürk. O. ve Uluşahin, A., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı, Nobel Tıp Yayınevi, Ankara, 2015.
- Piacentini, J. ve Langley, A.K., 2004, "Cognitive-Behavioral Therapy for Children Who Have Obsessive-Compulsive Disorder", *J Clin Psychol*, 60: 1181-1194.
- Polat, Z., 2018, "Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Tükenmişlik ve Etki Eden Faktörler", Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Rachman, S., 2002, "A Cognitive Theory of Compulsive Checking", *Behavior Research and Therapy*, 40: 625-639.
- Rector, N., Bartha, C., Katzman, M. and Richter, M., *Obsessive- Compulsive Disorder: A Guide for People with Obsessive-Compulsive Disorder and Their Families*, Center for Addiction and Mental Health, Canada, 2001.
- Rosa-Alcázar, A.I., Iniesta-Sepúlveda, M., Storch, E.A., Rosa-Alcázar, Á., Parada-Navas, J.L. and Rodríguez, J.O., 2017, "A Preliminary Study of Cognitive-Behavioral Family-Based Treatment Versus Parent Training for Young Children

- with Obsessive-Compulsive Disorder”, *Journal of Affective Disorders*, 208: 265-271.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. ve Ruiz, P., “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar”, İçinde: *Psikiyatri: Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*, Editör: A. Bozkurt, Çeviri: M. Ak ve S. Akarsu, 11. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2016.
- Şahin, H., 1997, “Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi”, *Toplum ve Hekim*, 12(77): 40-46.
- Şar, A.H., Işıklar, A. ve Aydoğan, İ., 2012, “Atama Bekleyen Öğretmen Adaylarının Yaşam Doyumunun Yordayıcı Değişkenlerin İncelenmesi”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(23): 257-271.
- Sookman, D. ve Pinard, G., “Overestimation of Threat and Intolerance of Uncertainty in Obsessive Compulsive Disorder”, In: *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment*, pp 63-89, R.O. Eds: Frost and G. Steketee, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc, Amsterdam, 2002.
- Sözer, B., 2017, “OKB ve Depresyon Komorbiditesinde Obsesif İnanışların Rolü”, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği*.
- Steketee, G., Frost, R.O. ve Cohen, I., 1998, “Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder”, *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6): 525–537.
- Tan, O., *Takıntılar*, 14. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul, 2016.
- Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Brigidi, B.D. ve Foa, E.B., 2003, “Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder”, *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2): 233–242.
- Tolin, D.F., Worhunskya, P. ve Maltby, N., 2006, “Are Obsessive Beliefs Specific to OCD? A Comparison Across Anxiety Disorders”, *Behaviour Research and Therapy*, 44(4): 469-480.
- Tükel, R., Demet, M.M. ve Topçuoğlu, V., “Obsesif Kompulsif Bozukluk”, İçinde: *Anksiyete Bozuklukları*, Editörler: R. Tükel ve T. Alkın, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, ss 277-363, Ankara, 2006.
- Tümkaya, S., Karadağ, K. ve Oğuzhanoglu, N.K., 2015, “Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Obsesif İnançların Belirtilerle İlişkisi”, *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52: 54-58.
- Uysal, E., 2015, “Kültürel Farklılıkların Belirsizliğe Karşı Tutuma Etkisi”, *Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*.
- Vural, P., Taneli, S. ve Taneli, Y., 2002, “Familial Aspects of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(3): 172-177.
- Waite, P. and Williams, T., *Obsessive Compulsive Disorder: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People (CBT with Children, Adolescents and Families)*, Routledge, London, 2009.

- World Health Organization (WHO), 1995, "Field Trial WHOQOL-100", <http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-100.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO), 2006, "QHOQOL: Measuring Quality", <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
- Yalçın, Ö., Şener, Ş., Boyunağa, Ö.L.K., Sarıpınar, E.G., Oğur, T., Güney, E., Sarı, B.A. ve İşeri, E., 2011, "Tedavi Almayan Pediatrik Obsesif-Kompulsif Bozukluk Hastalarının Beyin Magnetik Rezonans Spektroskopi Bulgularının Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması", Türk Psikiyatri Dergisi, 22(4): 222-229.
- Yassa, A., 2016, "Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Komorbid Olarak Anksiyete Bozuklukları ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk Değerlendirilmesi", Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Yılmaz, M.A., 2016, "Öğretmen Çocuklarının Mükemmeliyetçilik Düzeyleri ile Obsesif Kompulsif Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

## EKLER

### EK-1: TANI VE TEDAVİ AMAÇLI MATERYAL ALIMI ONAM FORMU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

**Çalışmanın Adı:** Bireylerin Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptom Düzeylerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlükleri ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Yürütülen çalışma Klinik Psikoloji alanında hazırlanan bir Yüksek Lisans tezi olup, bireylerin obsesif kompulsif davranış düzeylerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

#### **CALISMA İŞLEMLERİ:**

*Bu çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size 4 adet form verilecektir. Bu formlardan birisi uygulayıcı tarafından hazırlanıp kişinin sosyodemografik bilgilerini elde etmek için kullanılacaktır. Diğer formlar standardize ölçekler olup sizin obsesif kompulsif bozukluk semptom düzeyinizi, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinizi ve yaşam kalitesi düzeyinizi ölçmeyi amaçlamaktadır. Katılımcılardan tüm formları eksiksiz doldurmaları beklenmektedir.*

#### **ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR**

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konuda destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

#### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmaya katılan gönüllülerden kişisel bilgi formunda istenilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Ad, soyad bilgilerinin paylaşılması zorunlu değildir.

#### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

Kubilay ERSANLI

E-Posta: [kubilay.ersanli@gmail.com](mailto:kubilay.ersanli@gmail.com)

Telefon: 0535 421 41 01

#### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

*Tarih/İmza*

## EK-2: VERİ TOPLAMA ARACI

### A- DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar ve kişisel bilgiler sadece araştırma amacı ile kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır (Adınız-soyadınız sorulmamaktadır), formdaki tüm sorular eksiksiz olarak cevaplamamız çok önemlidir. Bu çalışmaya olan katkınız ve verdiğiniz cevaplardaki samimiyetinizden dolayı teşekkür ederim.

- 1) Yaşınız:
- 2) Eğitim Düzeyiniz:  
 Okur-Yazar Değil  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite
- 4) Medeni Durumunuz?  
 Evli  Bekar  Dul/Boşanmış
- 5) Geçmişte psikiyatris/psikolog başvurunuz var mı?  
 Evet  Hayır
- 6) Varsa tanınız ve tedavi ne aldınız:
- 7) Halen devam eden tedaviniz/hastalığınız var mı?  
 Evet  Hayır

## B- MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU”yu uygun değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınıyorum.		
2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm		
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6. Sık sık havagazımı, su musluklarımı ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7. Değişmez kurallarım vardır.		
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.		
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13. Çok fazla sabun kullanırım.		
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19. Pis tuvaletlere giremem.		
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.		
25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayırım.		
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim.		
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

### C- BELİRSİZLİĞE KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

Değerli katılımcı lütfen aşağıdaki soru maddelerini dikkatlice okuyunuz ve size en uygun cevabı 1-hiç katılmıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum şeklinde işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5
1. Belirsizlikler karşısında strese kapılıyorum.					
2. Belirsizlik bana zaman kaybettirir.					
3. Belirsizlik beni umutsuzluğa sevk eder.					
4. Kararsızlığımı sonlandırmak için aldığım karardan emin olamam.					
5. Belirsizlikler beni çok düşündürüyor.					
6. Karar verememek beni huzursuz ediyor.					
7. Belirsizlik harekete geçmemi engelliyor.					
8. Yanlış yapma korkusuyla karar vermekte zorlanıyorum.					
9. Belirsizlik bir işe başlamamı engelliyor					
10. Belirsizlik beni psikolojik olarak yoruyor.					
11. Belirsiz durumlar zihnimi çok meşgul ediyor.					
12. Belirsizlik kararımı olumsuz yönde etkiliyor					
13. Belirsiz durumlar karşısında karışık duygular yaşıyorum.					
14. Belirsizlik benimle birlikte çevremi de olumsuz etkiler.					
15. Belirsiz durum uzadıkça gerilimim artar.					

## D- WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

<b>1</b> G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
<b>2</b> G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
<b>3</b> F1.4	Ağrıların sizin yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 5	Çok az <input type="checkbox"/> 4	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 2	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 1
<b>4</b> F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>5</b> F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>6</b> F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>7</b> F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Son derecede <input type="checkbox"/> 5
<b>8</b> F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>9</b> F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>10</b> F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Tamamen <input type="checkbox"/> 5
<b>11</b> F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>12</b> F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>13</b> F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>14</b> F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## WHOQOL-BREF Sayfa-2

<b>15</b> P9.1	Bedensel hareketlilik (trafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
<b>16</b> F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne dedeği <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
<b>17</b> F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>18</b> F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>19</b> F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>20</b> F13.3	Äile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>21</b> F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>22</b> F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>23</b> F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>24</b> F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>25</b> F23.3	Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>26</b> P8.1	Ne sıklıkta hüün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> 5	Nadiren <input type="checkbox"/> 4	Ara sıra <input type="checkbox"/> 3	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> 2	Her zaman <input type="checkbox"/> 1
<b>27</b> II	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgilizorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çok fazla <input type="checkbox"/> 4	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 5
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? .....		

# ÖZGEÇMİŞ

## Adı Soyadı

Kubilay Ersanlı

## Doğum Tarihi-Yeri

07/04/1984 Havza

## İletişim Bilgileri

Cep Tel: 05354214101

E-Posta: [kubilay.ersanli@gmail.com](mailto:kubilay.ersanli@gmail.com)

Adres: İçerenköy Mah. Umut Sok. Umut Sitesi No:5 Daire:6 Ataşehir/İSTANBUL

## EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans- Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji (2016-)

Lisans- Yeditepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik (2011-2016)

## Yabancı Diller

İngilizce- İleri seviye

İtalyanca- Başlangıç seviyesi

## SERTİFİKA BİLGİLERİ

Cinsel Terapiler Eğitimi – CİTEB (2017)

Çift ve Aile Terapileri Eğitimi – CİTEB (2017)

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi – Poem Psikoloji (2018)

## İŞ DENEYİMİ

Ers Ltd. Şti (Kurucu ortak) (2005-2013)

Mikrokontor.com (kurucu sahibi) (2007-2013)

Kubilay Ersanlı Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri (2017-)

