



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA  
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKOLOJİK  
DAYANIKLILIĞIN YAŞAM KALİTESİYLE İLİŞKİSİ**

Dr. AHMET UZUN  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA  
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKOLOJİK  
DAYANIKLILIĞIN YAŞAM KALİTESİYLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ahmet UZUN  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN

SAMSUN-2023

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlanma şansına sahip olduğum, mesleki ve insani değerleriyle örnek aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ, Prof. Dr. Ömer BÖKE, Prof. Dr. Gökhan SARISOY ve Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU'na;

Tez sürecimde ve asistanlık eğitimimde akademik bilgisi ve deneyimleriyle desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN'e;

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, her konuda paylaşımda bulunduğum asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına;

Daima arkamda olan sevgili annem Ayşe UZUN'a, babam Mecit UZUN'a; hayatımda olduğu andan itibaren sevgi, ilgi ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Beyzanur YAHŞİ UZUN'a ve tüm aile üyelerime sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SAMSUN-2023

Dr. Ahmet UZUN

## **BEYAN**

“Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesiyle İlişkisi” başlıklı tez çalışmasının bana özgü bir çalışma olduğunu, herhangi başka bir çalışmanın kopya edilmediğini, tezimin planlamasından ve başlangıcından itibaren yazımına kadar tüm safhalarında etik dışı bir davranışımın olmadığını, çalışmamdaki bütün bilgileri ve verileri etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu çalışmayla elde edilmemiş olan bütün bilgi ve verilere kaynak gösterdiğimi ve destek aldığım tüm kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, bu tezin çalışılması ve yazılması aşamasında telif ve patent haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Ahmet UZUN

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşam kalitesiyle bağıntısının incelenmesi hedeflenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu tez çalışması 72 obsesif kompulsif bozukluk hastası ve herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olmayan 72 sağlıklı kontrolden oluşan kesitsel bir çalışmadır. Sosyodemografik Veri Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) kullanılmıştır. Sağlıklı kontrol grubundaki bireyler hasta grubuyla yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından aynı oranda dağılım göstermesi göz önünde bulundurularak seçilmiştir.

**Bulgular:** Obsesif kompulsif bozukluk grubunun belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin toplam skorunda ve bütün alt boyutlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Toplam puanda ve yapısal stil alt ölçeği dışındaki bütün alt ölçeklerde hasta grubunun daha düşük puanlar aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk grubu yaşam kalitesine ait bütün alanlarda kontrol grubundan daha düşük puanlar almıştır. Obsesif kompulsif bozukluk grubunda yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde bütün yaşam kalitesi ölçekleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanları ile alt boyutlarının her biri arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde tüm yaşam kalitesi ölçekleri ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Yaşam kalitesinin ruhsal sağlıkla ilişkili alanları üzerinde sosyodemografik değişkenler, Y-BOCS puanı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin etkisini değerlendirmek amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır. Psikolojik dayanıklılık düzeyi, Y-BOCS skoru ve hastalık süresinin yaşam kalitesine ait olan genel sağlık ve sosyal işlevsellik alanlarının en güçlü yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Mental sağlık alanı üzerinde en etkili faktörlerin psikolojik dayanıklılık düzeyi ve Y-BOCS puanı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Emosyonel kısıtlılık alanı

üzerinde sadece Y-BOCS skorunun etkili olduğu ve enerji alanı üzerinde tek etkili faktörün belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi olduğu sonuçları elde edilmiştir.

**Sonuç:** Araştırmamızdan elde edilen verilere göre OKB hastalarında yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre önemli derecede etkilendiği ve bu etkilerin yaşam kalitesinin çeşitli alanlarında hastalık şiddeti, hastalık süresi, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ve psikolojik dayanıklılık düzeyleriyle ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Elde edilen bulgular ışığında OKB hastalarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik terapötik yaklaşımlar esnasında ilişkili faktörlerin üzerinde durulmasının yararlı olacağı düşünülebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Obsesif kompulsif bozukluk, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi.

## **ABSTRACT**

**Aim:** In this study, it was aimed to examine the relationship between intolerance to uncertainty and psychological resilience levels and quality of life in patients with obsessive compulsive disorder.

**Materials and Methods:** This thesis is a cross-sectional study consisting of 72 obsessive compulsive disorder patients and 72 healthy controls without any mental illness. Sociodemographic Data Form, Uncertainty Scale, Adult Resilience Scale, Quality of Life Scale (SF-36), Hamilton Anxiety Rating Scale (HADS), Hamilton Depression Rating Scale (HDDS), and Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (Y-BOCS) measurement tools were used. Individuals in the healthy control group were selected considering that the patient group had the same distribution in terms of age and gender variables.

**Results:** When the obsessive compulsive disorder (OCD) and healthy control groups were compared, it was found that the OCD group had higher scores in the total score of the intolerance to uncertainty scale and in all sub-dimensions compared to the control group. Comparing the scores of the obsessive-compulsive disorder group and the control group on the resilience scales, it was concluded that the patient group had lower scores in the total score and in all subscales except the structural style subscale. When both groups were compared according to their quality of life scale scores, the OCD group had lower scores than the control group in all areas of quality of life. When the relationship between quality of life and intolerance to uncertainty levels in the obsessive compulsive disorder group was examined, a negative correlation was found between the all of quality of life scales and intolerance to uncertainty total scores and each of its sub-dimensions. When the relationship between quality of life and resilience levels in obsessive compulsive disorder patients was examined, a positive correlation was found between all quality of life scales and total psychological resilience score. Linear regression analysis was performed to evaluate the effects of sociodemographic variables, Y-BOCS score, intolerance to uncertainty, and resilience levels on mental health-related domains of quality of life. Resilience level, Y-BOCS score, and disease duration were found to be the strongest predictors of general health and social functionality, which belong to quality of life.

It has been concluded that the most effective factors on mental health are the level of resilience and the Y-BOCS score. It was concluded that only the Y-BOCS score was effective on the emotional limitation area and the only effective factor on the energy area was the level of intolerance to uncertainty.

**Discussion:** According to the data obtained from our study, it was concluded that the quality of life in OCD patients was significantly affected compared to healthy individuals, and that these effects were related to the severity of the disease, the duration of the disease, the level of intolerance to uncertainty and psychological resilience in various areas of the quality of life. In the light of the findings obtained, it can be thought that it would be useful to focus on the related factors during the therapeutic approaches to increase the quality of life of the OCD patients.

**Keywords:** Obsessive compulsive disorder, intolerance of uncertainty, psychological resilience, quality of life.

## İÇİNDEKİLER

Sayfa

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iii</b>
<b>BEYAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ix</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>xii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Çalışmanın Amacı.....	2
1.2. Çalışmanın Hipotezleri .....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Tanım ve tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etiyoloji.....	4
2.1.4. Klinik özellikler .....	6
2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük .....	7
2.3. Psikolojik Dayanıklılık .....	9
2.4. Yaşam Kalitesi .....	10
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>14</b>
3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar .....	14
3.1.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri .....	14
3.1.2. Çalışmadan dışlanma kriterleri .....	15
3.2. Veri Toplama Araçları .....	15
3.2.1. Sosyodemografik veri formu .....	15
3.2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği.....	16
3.2.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	16
3.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36) .....	17
3.2.5. Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) ....	18

3.2.6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği .....	18
3.2.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği .....	18
3.3. İstatistiksel Analiz.....	19
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>20</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>31</b>
5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri	31
5.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri.....	33
5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yaşam Kalitesi .....	35
5.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerinin Yaşam Kalitesiyle İlişkisi .....	36
5.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Yaşam Kalitesiyle İlişkisi .....	38
5.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi Düzeylerini Öngören Belirteçler .....	39
<b>6. GÜÇLÜLÜK VE KISITLILIK .....</b>	<b>42</b>
<b>7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>43</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>44</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>54</b>
EK-1: Etik Kurul Onay Formu.....	54
EK-2: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	55
EK-3: Sosyodemografik Veri Formu .....	58
EK-4: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği .....	59
EK-5: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği .....	61
EK-6: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36) .....	63
EK-7: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) .....	67
EK-8: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği .....	68
EK-9: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği .....	70
EK-10: Turnitin Orijinallik Raporu .....	71

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
BT	:Belirsizliğe Tahammülsüzlük
PD	:Psikolojik Dayanıklılık
Y-BOCS	:Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
SF-36	:Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
YAB	:Yaygın Anksiyete Bozukluğu



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler..... 11

Şekil 2. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi ..... 12



## **TABLolar DİZİNİ**

Tablo 1. Hollingshead Endeksine Göre Sosyoekonomik Düzeyin Sınıflanması.....	16
Tablo 2. Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	20
Tablo 3. Hasta grubunun klinik verileri .....	21
Tablo 4. Hasta grubunda cinsiyetler arasında belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık ölçeklerinin karşılaştırılması .....	21



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesyon zorla ve istenmeden gelen, bunalıya neden olan, aldırılmamaya ve bastırılmaya çalışılan, yineleyici ve sürekli düşünce, imge ve dürtü anlamına gelmektedir. Kompulsiyon ise obsesyonlara tepki olarak meydana gelen veya kişinin katı kurallara göre yapılmasını zorunlu hissettiği, kendini uygulamaktan alıkoymadığı davranışlar veya zihinsel edimlerdir. Yaşanan bunalıdan kurtulmak veya korkulan bir olaydan kaçınmak amacıyla yapılan kompulsiyonlar genelde amaçlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde bağlantılı değildir ya da bağlantılı olsalar bile aşırılık mevcuttur. Obsessif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve/veya kompulsiyonların olduğu ruhsal bir hastalıktır. Hastalık tanımlaması için, obsesyon veya kompulsiyonların zaman kaybına neden olması, kişi için bunalı oluşturması ve gündelik hayatta işlevsellik kaybına sebep olması gerekmektedir (1).

Obsesif kompulsif bozukluk genelde geç ergenlik veya erişkinliğin erken dönemlerinde başlamaktadır ve ciddi anlamda bütün işlevsellik alanlarında kayıplara sebep olmaktadır (2). Ayrıca toplum için yüksek maliyet oluşturan hastalıklardan birisi olarak kabul görmektedir (3).

Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT), kişinin belirsizlik karşısında önyargılı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini içerir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinde bu kavramın, kişinin karakteri üzerine olan yansıması, geleceğin kontrol etme inancı, belirsizliği ortadan kaldırma çabası, belirsiz durumlara hep ya da hiç yanıtlarının verilmesi, belirsizliğin davranışsal ve duygusal sonuçları şeklinde bileşenlerden meydana geldiği belirtilmiştir (4).

Psikolojik dayanıklılık (PD), yaşam zorlukları, travma, trajedi, tehdit ve stres karşısında kişinin uyum sağlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmıştır (5). Bu kavram ilk defa 1970'lerde ortaya atılmış, 1980'lerde dayanıklılık kavramı üzerine olan ilginin arttığı görülmüştür (6).

Yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili yaşamdaki konumuna dair algısı olarak ifade edilmiştir (7). Yaşam kalitesinde rol alan faktörler kişisel tercihe göre değişmekle birlikte genelde finansal güvence, iş doyumunu, aile yaşamı, sağlık ve güvenliği içermektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise sadece bireyin sağlığının

bir parçası olan faktörleri içerir ve kişinin yaşamındaki işlevselliğiyle birlikte sağlığın fiziksel, zihinsel, sosyal alanlarında algılanan refahı olarak tanımlanır (8).

Obsesif kompulsif bozukluk ve BT ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda, sağlıklı kontrol grubuna göre OKB hastalarında daha fazla BT saptanmıştır (9, 10). OKB hastalarında PD üzerine yapılan çalışmalarda da sağlıklı kontrollere kıyasla PD düzeylerinin düşük oldukları görülmüştür (11). Yaşam kalitesiyle OKB ilişkisini inceleyen araştırmalar ise; OKB hastalarında sosyal ilişkiler başta olmak üzere yaşam kalitesinin etkilendiğini ortaya koymuştur (12). Psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesinin OKB hastalarında birlikte değerlendirildiği bir çalışmada düşük PD, daha yüksek OKB şiddeti ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmiştir (13).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında BT ve PD düzeylerinin aynı olgu grubunda yaşam kalitesi üzerine olan yordayıcı etkisi daha önce araştırılmamış bir konudur. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi üzerine BT ve PD düzeylerinin etkisinin incelenmesi hastalığa ilişkin morbiditenin azaltılmasına yardımcı bilgiler sunabilir.

### **1.1. Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmada, OKB tanısı almış olan hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşam kalitesiyle ilişkisinin ortaya konulması ve kontrol grubuyla kıyaslanması hedeflenmiştir.

### **1.2. Çalışmanın Hipotezleri**

- OKB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük daha fazladır.
- OKB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılık daha azdır.
- OKB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre yaşam kalitesi daha düşüktür.
- OKB tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça yaşam kalitesi azalır.
- OKB tanılı hastalarda psikolojik dayanıklılık arttıkça yaşam kalitesi artar.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

#### 2.1.1. Tanım ve tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk, rahatsız edici ve zaman alıcı nitelikteki obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlarla karakterize ruhsal bir hastalıktır. Obsesyonlar, müdahaleci ve istenmeyen, kaygı, bunaltı, tiksinti ve/veya bir şeyin tam olarak doğru olmadığı hissiyle bağdaştırılan dürtü, imge ve düşüncelerdir. Yaygın görülen obsesyonel temalar, başkalarına zarar verme veya kendini, başkalarını kirletme endişeleridir. Kompulsiyonlar ise, güvenliği kontrol etmek, temizlik kontrolü, tekrarlayan sayma ve sıralama gibi davranışlar veya zihinsel ritüellerdir. Kompulsiyonların işlevi obsesyonların neden olduğu hayali, korkulan bir olayı engellemektir (14). Örneğin, bulaş obsesyonu, yüksek düzeyde bunaltıya neden olmaktadır ve kompulsif yıkama takıntının getirdiği bunaltıyı geçici olarak azaltma işlevi görmektedir. Fakat OKB’de obsesyonlar tekrar eder, kompulsiyonları yeniden tetikler ve böylece obsesyon kompulsiyon döngüsü devam eder.

15. Yüzyılda saplantılı düşünceleri olanların şeytan tarafından kısmen ele geçirildiği, “psikotik” bireylerin ise tamamen ele geçirildiği düşünülüyordu. Zamanla obsesyonların ve kompulsiyonların dini bir bakış açısından ele alınması yerine tıbbi değerlendirmelerle tanımlanması geçerlilik kazanmaya başladı (15). Obsesyon ve kompulsiyonlar psikiyatri literatüründe ilk defa 1838 yılında Esquirol tarafından tanımlandı ve 19. yüzyılın sonunda genellikle melankoli ve depresyonun belirtileri olarak kabul edildi. 1950’lerde davranışsal terapinin yükselişiyle birlikte, fobik bozuklukların kavramsallaştırılmasında ve tedavisinde yardımcı olan öğrenme teorileri OKB semptomlarının tedavisi için de kullanıldı. Bu öğrenme kuramları, bütün OKB semptomlarını açıklamak için yetersiz olsa da, 1960’ların sonlarında ve 1970’lerin başlarında kompulsif ritüelleri azaltmak için etkili tedavilerin geliştirilmesini sağladı. 1980’lerde araştırmalar OKB ile epilepsi, hafıza bozuklukları ve Tourette sendromu gibi problemler arasındaki ilişkilere odaklandı (16, 17).

Obsesyon ve kompulsiyon terimleri resmi olarak ilk kez DSM I’de obsesif kompulsif reaksiyon olarak tanımlanmıştır (18). OKB’nin günümüzdeki anlayışa en yakın tanımlaması ise DSM III’te yapılmıştır. İlk defa Akhtar ve arkadaşları (19),

obsesyonları içerik ve biçim açısından ayırmış; sonra Dowsen (20) ile Stern ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla bu yaklaşım desteklenmiştir (21). Böylece DSM III'te obsesyon ve kompulsiyonların ayrımı net bir şekilde yapılmış, hem de belirtilerin içerik ve biçimsel olarak en yaygın olanları tanımlanmıştır. 1994'te DSM IV'te Obsesif Kompulsif Bozukluk terimi kullanılmaya başlanmış ve iç görüsü az olan alt tip kategorize edilmiştir. DSM 5'te ise OKB ve ilişkili bozukluklar kategorisi tanımlanmıştır. Bu kategori altında OKB, beden dismorfik bozukluk, istifleme bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu, başka bir tıbbi bozukluğa, madde, ilaç kullanımına bağlı OKB ve ilişkili bozukluklar tanımlanmıştır. Ayrıca iç görüsü iyi olan, az olan ve olmayan alt tipler tarif edilmiştir (1).

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

Toplumda obsesif ve kompulsif semptomlar yaygındır. Genel popülasyonun %50'sinde bazı ritüelleştirilmiş davranışlar bulunurken, %80'inde müdahaleci, istenmeyen veya nahoş düşünceler bulunabilir (22). Obsesif kompulsif bozukluğun 12 aylık prevalansının %0.6-1 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır (23).

Vakaların %21'i erken başlangıçlı olup ortalama 10 yaşında ortaya çıktığı, yetişkin dönemde ise ortalama başlangıç yaşının 22 ile 35 arasında olduğu bildirilmiştir (24).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda, genel popülasyona kıyasla doğal ve doğal olmayan nedenlerle olan ölüm riskinin önemli ölçüde arttığı bulunmuştur (25). Benzer şekilde, güncel bir çalışmada, OKB hastalarında ortalama yaşam boyu intihar girişimi oranının %14.2 olduğu vurgulanmıştır (26).

### **2.1.3. Etiyoloji**

Obsesif kompulsif bozukluğun etiyojisi halen netlik kazanamamıştır, fakat genetik, bağışıklık sistemi, nörokimyasal mekanizmalar gibi birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (27, 28). Psikanaliz ve bilişsel davranışçı kuram ise OKB'nin gelişimini farklı bakış açılarıyla ele almaktadır.

Obsesif kompulsif bozuklukta genetiğin etkisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır (29-31). Bazı çalışmalarda OKB'nin meydana gelmesinde genetik faktörlerin %45-%65 oranında rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır (32). Ailesel çalışmalarda özellikle tik bozukluğu eşlik eden ve erken başlangıçlı olgularda genetik geçişin daha yüksek

olduğu saptanmıştır. OKB hastaları ve ailelerinin üzerine yapılan bir çalışmada, OKB riskinin erken başlangıç (<18yaş) gösteren hastaların ailelerinde, geç başlangıç gösterenlerin ailelerine kıyasla iki misli yüksek olduğu görülmüştür (29, 33). Rasmussen ve Tsuang erken dönem OKB hastalarıyla ilgili çalışmalarında monozigotlarda eş hastalanma oranını %63 olarak bulmuşlardır (34). Bir başka çalışmada ise kalıtilabilirlik obsesif kompulsif özellikler için %44 olarak bulunmuştur (35). Taylor ve arkadaşları, 14 çalışmada yer alan 37 ikiz örneklem üzerinde uyguladıkları meta-analiz çalışmasında; varyansın çoğundan sorumlu olmaları nedeniyle, obsesif kompulsif belirtilerin, genetik faktörlerin ve çevresel etkenlerin bir bileşiminden meydana geldiği sonucuna ulaşmışlardır (36).

Bazı çalışmalarda, OKB'nin patofizyolojisinde bağışıklık sistemine ait mekanizmaların yer aldığına yönelik sonuçlar ortaya konulmuştur. Çocukluk çağı OKB'si olan hastalarda yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre romatizmal ateş için bir belirteç olan B-lenfosit antijeni D8/17'nin daha yüksek ordanda görüldüğü bildirilmiştir (37). Antimikrobik profilaksiyle birlikte OKB/tik belirtilerinin tekrarlamasının ve alevlenmesinin azaltılması, enfeksiyöz ajanların bu rolünü desteklemektedir. Ayrıca, streptokoklarla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar(PANDAS)'a sahip çocukların tedavisinde plazmaferez veya damar içi immunglobulin kullanılmasıyla ilişkili bir çalışmada immün sistemle OKB gelişimi arasındaki bağlantıyı destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır (38).

Nörokimyasal mekanizmalar üzerinden OKB gelişimini inceleyen çalışmalarda seratonerjik sistem üzerine yoğunlaşmıştır. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda postsinaptik 5-HT reseptörlerinin aşırı duyarlılığı üzerinde durulmuştur (39).

Psikanalitik açıdan bakıldığında OKB'nin oluşumunda kilit rol oynayan mekanizmanın "gerileme" olduğu öne sürülmüştür. Gerileme, kişinin saplanmış olduğu doyum biçimlerine veya nesneye geri dönmesi olarak tanımlanmaktadır. OKB'de de ödipal dönemdeki istek ve dürtülerin yarattığı çatışmanın sonucunda libidonun anal-sadistik döneme gerilediği düşünülmüştür (40).

Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı kuramına göre ise obsesif düşüncelerin OKB hastalarında ruhsal olarak sağlıklı olanlara kıyasla niteliksel olarak farklılık göstermediği ancak farklı değerlendirildikleri varsayılmaktadır. Bu

yaklaşımında, obsesif düşüncelerin klinik obsesyonlarla içerik olarak aynı olduğu ve popülasyonun %80'inde bulunduğu düşünülmektedir. Normal zorlayıcı düşüncelerle klinik obsesyonlar arasındaki temel farkın bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinden ziyade, obsesif hastaların zorlayıcı düşünceleri, zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabilecekleri yönündeki yorumlamalarından kaynaklanmaktadır (22, 41).

#### **2.1.4. Klinik özellikler**

Obsesif kompulsif bozuklukta, obsesyon ve kompulsiyon belirtileri beraber görülebildiği gibi, yalnızca obsesyonlar veya yalnızca kompulsiyonlar görülebilir. Hastalarda sık görülen obsesyon çeşitleri şunlardır:

**Bulaşma(kontaminasyon) obsesyonları:** En çok karşılaşılan obsesyon türüdür . Bu obsesyonlar gözle görülmeyen mikrop, kir ya da zararlı etkenlerle kişinin kirleneceği, enfekte olacağı şeklinde bir kaygı ile kendini göstermektedir. Örneğin; hastalar, herşeyin bir kirlenme kaynağı olabileceğini düşünürler ve bulaşmanın sıklıkla nesneden nesneye ya da insandan insana en ufak bir temasla veya tamamen temassız geçtiği hissine kapılırlar. Bu obsesyonlara sıklıkla yıkama veya olası bulaştırıcı nesnelere kaçınma kompulsiyonları eşlik eder (42).

**Saldırganlık obsesyonları:** Kişinin kendisine veya çevresindeki insanlara zarar verme, öldürme düşünceleri, utanılacak bir şey yapmaktan korkma ile ilgili obsesyonlardır. OKB hastalarında yaygınlığı %10-20 arasında bulunmuştur (43).

**Cinsel obsesyonlar:** İçeriği genellikle kişi için utanç verici ve kabul edilemez niteliktedir. Örneğin; kişi aileden birisiyle cinsel ilişkiye girdiği düşünce veya imgelerine sahip olabilir (43).

**Dini obsesyonlar:** Geçmişten bugüne OKB'ye ait tanımlanmış en eski belirti grubudur (44). Tanrı, dini kişi, ilke ve değerlere karşı hürmetsizlik veya küfür içerebilir. Şahsın dini inancıyla bağdaşmayan belirli şeyleri söyleme veya yapma korkusu bulunabilir (45).

**Simetri, düzen obsesyonları:** Kişinin her şeyin yerli yerinde düzenli ve sırasında olması gerektiğini düşünmesiyle ilgili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara genellikle kontrol etme, sıralama, sayma ve düzenleme gibi kompulsiyonlar eşlik etmektedir.

Örneğin; kişiler masalarındaki nesnelerin simetrik görünmemesinden dolayı yoğun rahatsızlık duyup düzenleme ihtiyacı hissetmektedir (43).

Somatik obsesyonlar: Kişilerin kanser veya AIDS gibi tedavi edilmesi zor olan hastalıklarının bulunduğu veya bu hastalıklara yakalanma risklerinin olduğuna dair gerçeklikle bağdaşmayan düşüncelerinin olduğu obsesyonlardır.

Obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan, belli kurallara göre uygulanan yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan kompulsif davranışların en sık görülenleri temizlik ve kontrol etmeyle ilgili olanlarıdır. Bu davranışlar bir sıkıntıyı gidermek, korkulan bir olayı etkisizleştirmek ya da önlemek maksadıyla yapılmaktadır (46). Fakat yapılan etkinlik önlenmek istenilen şeyle gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir veya aşırıdır. Kompulsiyonlar zihinsel eylemler olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Anksiyeteyi azaltmayı amaçlayan yineleyici şekilde dua etme, otomobil plakalarını ve evlerin yerini sayma, bazı kelimeleri belli sayılarda yineleme gibi zihinsel süreçler örnek olarak gösterilebilir.

OKB hastalarının çoğunluğunda psikiyatrik bir eş tanının görüldüğü bildirilmiştir. Major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve sosyal fobi en çok birlikte ortaya çıkan tanılardandır. Diğer yaygın komorbidit tanılar arasında otizm spektrum bozukluğu, anoreksiya nervosa ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yer almaktadır (47). Yapılan çalışmalarda OKB, Tourette sendromu, progresif supranükleer felç, Huntington hastalığı, Parkinson hastalığı gibi nörolojik bozukluklarla da ilişkilendirilmiştir (48, 49).

İç görüsü olmayan tip dışındaki OKB hastaları ne kadar zorlayıcı, şiddetli obsesyon ve kompulsiyonlara sahip olursa olsun, bunların saçma ve anlamsız olduğunun farkındadır. Obsesyonel düşünceler kişiye hemen her zaman huzursuzluk verir. Obsesyon ve kompulsiyonları olan kişi, genelde bunlara karşı koymak için kuvvetli bir istek duyar. Hastaların neredeyse %80'i kompulsiyonlarının saçma olduğuna inanmalarına rağmen, sadece yarısı bunlara karşı mücadele etmeye çalışmaktadır (50).

## **2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük**

Belirsizlik kavramı, bilinmeyen bir şeyi, veya bir başka deyişle, herhangi bir bilinç düzeyinde algılanan bilgi eksikliğini deneyimlemektir. Yaşam boyunca insanın aldığı

kararlarda ve yaptığı seçimlerde çoğu zaman çeşitli belirsizlikler bulunmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı ise, kişinin, bir olayın gerçekleşmesini, gerçekleşme ihtimalinden bağımsız olarak, tehdit edici ve kabul edilemez olarak algılama eğilimi şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi tarafından algılanan bilinenler ve bilinmeyenler arasındaki denge, bilinmeyenin olumlu veya olumsuz olarak yorumlanmasında ve belirsizliğe tahammül düzeyinde önemli düzeyde etkilere sahiptir (51).

Bireyler günlük yaşamlarında sıklıkla belirsiz durumlarla karşılaşmaktadır. Bu durumlar karşısında çeşitli bağlamsal bilgileri kullanarak kararlar almakta ve farklı davranışlar sergilemektedirler. Belirsizlik düzeyleri aynı olsa bile bazı bireyler karşılaştıkları belirsizliklere tahammül etmekte daha fazla zorlanırken, bazılarıysa oldukça rahat bir biçimde tahammül edebilmektedirler (52).

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı üzerine yapılan güncel bir çalışmanın sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün gelişiminde bir belirsizlik durumunda rahatsız hissetmenin ve belirsizliği ortadan kaldırmak için önceden bir şeyler yapılması gerektiğine inanmanın önemli bir rolü olabileceği bulunmuştur (53).

Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesinin, ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirken sergiledikleri davranışlarla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bazı ebeveynlerin daha koruyucu bir tutum sergilemesinin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttırdığı fikri ön plana çıkmıştır (54). Bir çalışmada, BT düzeyi yüksek olan annelerin BT düzeyi yüksek olan çocuklara sahip olma ihtimalinin fazla olduğu bulunmuştur (55). Bu durumun ortaya çıkmasında belirsizlik içeren durumlarla karşılaşmaktan kaçınan annelerin çocuklarını da belirsizlikten korumaya çalışması sonucu, çocukların belirsizlik yaşamamasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre belirsizliğe tahammülsüzlük OKB dışında yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk gibi birçok ruhsal bozuklukla ilişkili bulunmuştur (9, 56, 57). Boelen ve arkadaşlarının 215 üniversite öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün; yukarıda sayılan hastalıklara ek olarak yetişkin ayrılma anksiyetesiyle de bağlantılı olduğu sonucunu elde etmişlerdir (58).

Belirsizliğe tahammülsüzlük açısından OKB ve YAB hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB ve YAB'da belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin kontrol gurubuna kıyasla yüksek olduğu bulunmuş ancak OKB ve YAB arasında bu açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (10).

### **2.3. Psikolojik Dayanıklılık**

Psikolojik dayanıklılığın İngilizce'deki karşılığı olan ' psychological resilience' terimini incelediğimizde 'resilience' kelimesinin kökeninin 're' ve 'salire' kelimelerinin birleşiminden oluşan 'resiliere' sözcüğünden geldiği bulunmuştur. Bu kavramın dilimizdeki anlamı ise 'geriye atlamak, yeniden sıçramak' olarak tanımlanmıştır. 'Resilience' kavramı ise bir şeyin esneyebilmesi veya önceki formuna kolay bir şekilde geri dönebilmesi anlamına gelmektedir (59). Geçmişte çoğunlukla teknik bilimlerde kullanılan bu sözcük psikiyatri literatüründe ise kişinin stres altındaki yaşam koşullarında oluşan olumsuz bilişlerin üstesinden gelme ve stabil ruhsal durumuna geri dönebilme yeteneği olarak tanımlanmıştır (60). Bu kavram üzerine yapılan çalışmalarda, olumsuz deneyimlerle karşılaşan kimi insanların yoğun bunaltı hissettiği, ancak aylarca mücadele ettikten sonra travma öncesi normal yaşantısına dönebildiği, kimilerinin ise olay sonrası kısa bir süre geçmiş olmasına rağmen hayatına kolay bir biçimde devam edebildiği gözlenmiştir. Psikolojik dayanıklılığın, potansiyel travmatik yaşantıların üstesinden gelme yeteneği sağlayan bir özellik olduğu düşünülmüştür (61).

Psikolojik dayanıklılığı biyolojik, genetik ve çevresel faktörler olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin zeka düzeyinin düşük olması, içe dönük kişilik yapısına sahip olması, sosyoekonomik seviyesinin düşük olması, aile içi ihmal veya istismara maruziyeti, ebeveyn kaybı, madde kullanımı, göç etme, fiziksel veya ruhsal hastalıklarının olması, benlik saygısının ve özgüveninin düşük oluşu PD düzeyini olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (62).

1950'de Emmy Werner'in yaptığı boylamsal bir çalışma, dayanıklılık kavramının oluşmasına öncülük eden önemli bir araştırma olarak bilinmektedir. Bu çalışmada olumsuz şartlar altındaki (zor doğum, alkol kötüye kullanımı olan aileler, şiddet, yoksulluk, ruhsal hastalıklar) 698 çocuğun gelişim süreci ve uyumu 30 yıl süreyle takip edilmiştir. Birçok risk faktörüne sahip bu çocukların büyük bir kısmında ciddi

ruhsal yakınmaların geliştiği gözlenmiştir. Fakat çocukların %28'inde klinik anlamda ruhsal bir şikayet görülmemiş ve kendine güvenen, uyumlu, işlevselliği yüksek birer yetişkin oldukları görülmüştür. Bu kişilerin psikolojik olarak dayanıklı olduğu düşünülmüştür. Werner'in bu çalışmasından sonra dayanıklılık araştırmalarında daha çok koruyucu faktörler üzerinde durulmaya başlanmıştır (63).

Luther ve arkadaşlarının bir çalışmasında psikolojik dayanıklılığın bireyin özelliklerini temsil etmediği ve kişilik özelliği olmadığı, dinamik bir gelişimsel süreç olduğu vurgulanmıştır (64). Ungar'ın yaptığı tanımlamaya göre ise PD travmaya maruz kalan bir kişinin, fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı kalmasını sağlayan toplumsal ve kişisel kaynak kapasiteleri şeklinde ifade edilmiştir (65). Bazı araştırmalarda psikolojik dayanıklılığın dinamik bir süreç olduğu, risk faktörleriyle bireysel ve çevresel faktörlerin etkileşiminin sonucunda oluştuğu üzerinde durulmaktadır (66). Geçmişte bazı kişilerin genetik yapılarından ötürü dayanıklı olarak doğdukları ve psikolojik dayanıklılığın yalnızca bir kişilik özelliği olduğu düşünülürken, güncel yaklaşımda öğrenilebilir bir süreç olarak ele alınmaktadır (67). Dolayısıyla, kimi araştırmacılar psikolojik dayanıklılığın bir sonuç olduğunu düşünürken, kimileri de sahip olunan kaynak veya kişisel özellik olduğunu düşünmektedir.

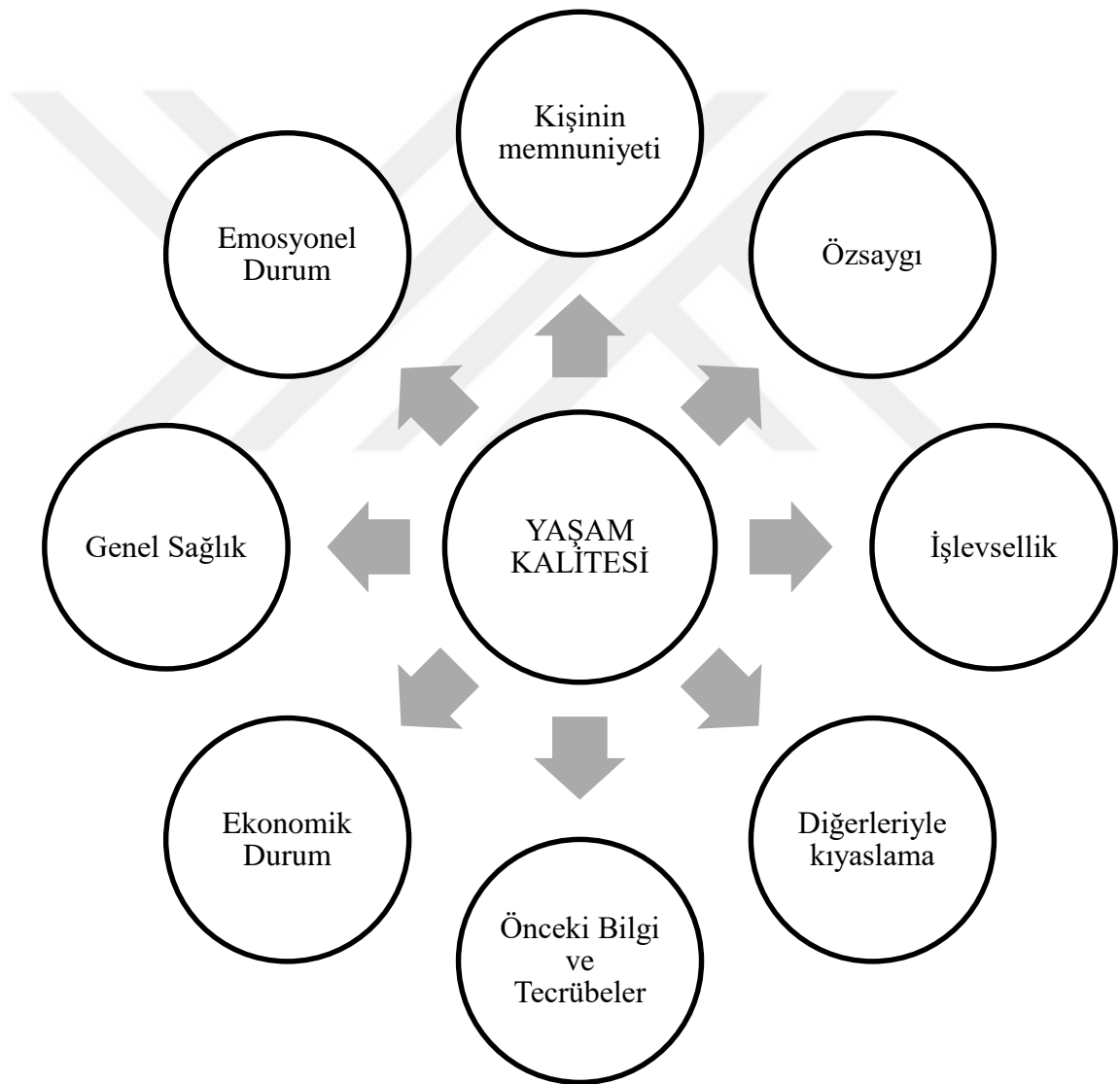
#### **2.4. Yaşam Kalitesi**

Antik çağlardan günümüze uzanan süreçte yaşam şartlarının değişmesine bağlı oluşan yenilikler yaşam kalitesi tanımını hayatımıza sokmuştur. Birçok filozof yaşamın temel amacını “en yüksek seviyeye ve hayatın izin verdiği en iyi koşullara sahip olmak” olarak tanımlamış ve bu hedefe ulaşan bireyin yaşam kalitesinin en yüksek olacağını varsaymıştır.

Sağlık terimi 1948 yılı sonrasında yalnızca sakatlığın veya hastalığın olmaması değil; aynı zamanda kişinin sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik haline sahip olması şeklinde tanımlanmıştır. 1973 yılından sonra da sağlığın bu tanımına yönelik olarak yapılan araştırmalar özellikle yaşam kalitesi kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır (68).

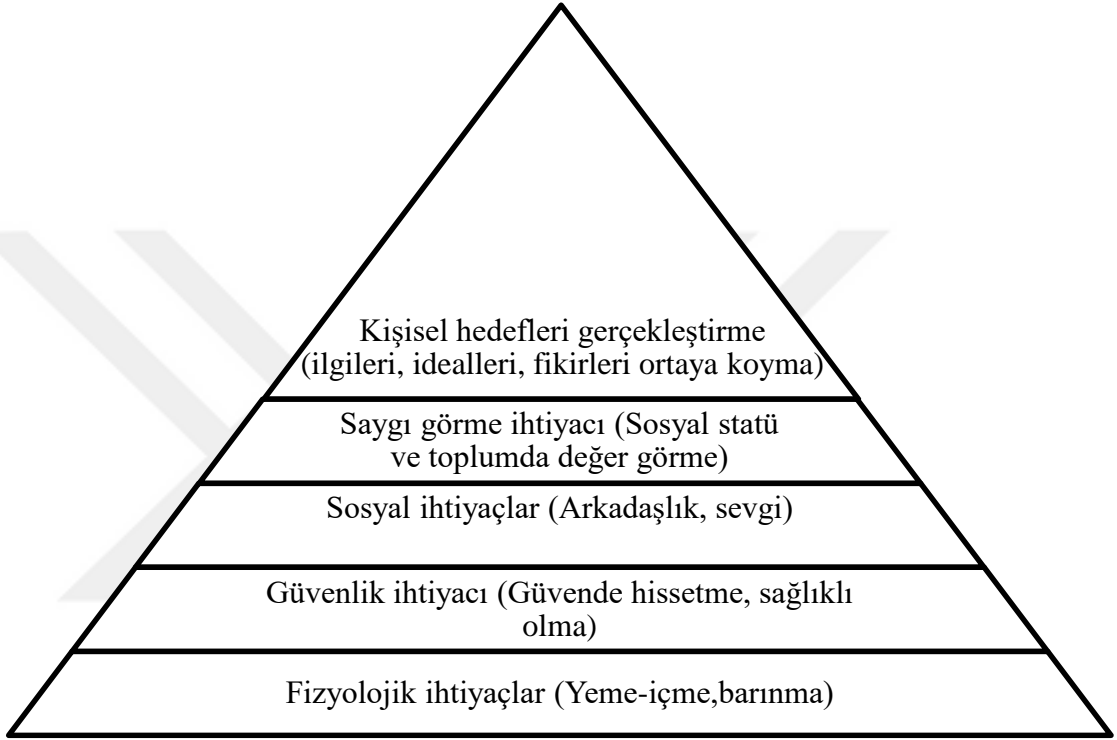
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, yaşam kalitesini “kişinin içinde yaşamakta olduğu kültür ve değer sistemi bağlamında standartları, amaçları, beklentileri ve endişeleriyle ilgili olarak hayattaki durumunu algılama şekli” olarak tanımlamıştır

(69). Bunların yanında yaşam kalitesi bağlamında öne çıkan bazı özellikler; bireyin mutluluğu, refah düzeyi, hayattan aldığı keyif, genel sağlığının durumu, işlevselliği, duygusal açıdan durumu, entelektüel kapasitesi, cinsel işlev düzeyi, toplumsal etkinlikleri, meslek veya bir işle uğraşma hali olarak belirtilmiştir (70). Bu bağlamda yaşam kalitesi kişinin hayatının her yönüyle iyi hissetmesini ve iyilik hali içerisinde bulunmasını ifade etmektedir (71). Tüm bu kavramların yaşam kalitesiyle süregelen bir şekilde etkileşimi bulunmaktadır (Şekil 1)(72). Klinik yaklaşımda bu kavramlara önem vermek hastanın ve hastalıkların anlaşılmasında yol gösterici olmaktadır (73).



Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler

Günümüzde yaşam kalitesi kavramının subjektif olduğu ve evrensel bir tanımlamaya sahip olmadığı vurgulanmaktadır. Yaşam kalitesinin net bir tanımlamasının olmamasının ve birçok alanı kapsamasının önde gelen nedeni Maslow'un 'İhtiyaçlar Hiyerarşisi' teorisi (Şekil 2)(74). Bu teoriye göre, bireyin ihtiyaçları öncelik sırasına göre dizilmiştir (75).



Şekil 2. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Bireyin yaşamı boyunca karşılanması gereken bütün ihtiyaçları Maslow'un teorisine göre sınıflandırılmıştır. Yaşam kalitesi kavramı ise bu ihtiyaçların niceliğinin yanı sıra niteliğinin de önemini belirtmektedir. Örnek olarak, insan ömrünün uzunluğundan önce kalitesinin üzerinde durulmaktadır. Güncel yaklaşımda yaşam kalitesinin bütün alanlarda erişilmek istenen en iyi seviye olduğu üzerinde durulmaktadır (76).

Yaşam kalitesinin, insanların duygusal, fiziksel doyumunu ve gündelik işlerini yerine getirebilme kabiliyetini de içine alan tanımı sağlığın bu kavramın en önemli bileşenlerinden biri olduğunu göstermektedir (77). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan veya dolaylı olarak bağlantılı pek çok faktörü içine almaktadır.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramında da, genel yaşam kalitesi konusunda olduğu gibi evrensel bir tek tanımlama bulunmamaktadır (78). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, daha çok algılanan bir sağlık durumunun tatmin edici bir yaşam sürme yeteneği üzerindeki etkisine odaklanan hasta temelli bir kavramdır.

Sağlığa ilişkin önde gelen yaşam kalitesine ilişkin göstergeler; kişinin her koşulda yürüme, koşma, eğilme, doğrulma, merdiven çıkma gibi fiziksel aktiviteleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, öz bakımını sağlayabilmesi ve bunların yeterli seviyede olmasıdır (79). Bunların dışında bireyin herhangi bir sağlık güvencesinin bulunması da yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen objektif bir göstergedir (80). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve ölçümü için kullanılan araçlar genel veya hastalığa özgü olabilir. Genel araçlar, hastalık türlerine bakılmaksızın tüm kişilere uygulanabilme avantajına sahiptir. Ayrıca koşullar ve popülasyonlar arasında karşılaştırmalara izin verir; ancak belirli hastalıklara özgü sorunlara duyarlı olmayabilirler. Öte yandan, hastalığa özgü ölçümler, genel ölçümlerin duyarsız kalabileceği özel koşullarda küçük, anlamlı farklılıkları saptayabilir (81). Yaşam kalitesini ölçen yaygın olarak kullanılan genel araçlar arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formları (SF-12 ve SF-36) (82), DSÖ'nün Yaşam Kalitesi Değerlendirme Araçları (WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF) (83, 84) ve Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol) (85) bulunmaktadır.

Tıpta yaşam kalitesi kavramının dört kullanım alanı tanımlanmıştır: Hastaların klinik bakımının planlanması için, klinik çalışmalarda ve sağlık hizmetleri araştırmalarında bir sonuç ölçütü olarak, popülasyonların sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi için ve sağlık hizmetlerine kaynak tahsisi için kullanılmaktadır (86).

1980'lerin başında psikiyatri, kronik ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar ile yaşam kalitesi araştırmalarının ön saflarında yer aldı. Daha sonra 1990'larda ruh sağlığı alanında yaşam kalitesine ilişkin çalışmalar yeniden ivme kazandı (87-92). Farklı psikiyatrik bozukluklarda yapılan çalışmalarda, psikopatolojik semptomların daha şiddetli olmasının daha fazla bozulmuş yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (93-102).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar**

Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran veya Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi alan 72 adet OKB hastası ile 72 adet sağlıklı kontrol yer almaktadır. Hasta grubunu DSM-5'e göre OKB tanısı alanlar oluşturmaktadır. Kontrol grubu, hasta grubuyla benzer sosyoekonomik niteliklere sahip sağlıklı gönüllü bireylerden oluşturulmuştur. Hem hasta hem de kontrol grubundaki bireyler çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup, gönüllü olarak katılım sağladıklarına dair yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve onamları alınan OKB hastalarıyla ve sağlıklı kontrol grubuyla klinik görüşme yapılmış olup, Sosyodemografik Veri Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (SF-36), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubundan farklı olarak OKB grubuna Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) de uygulanmıştır.

##### **3.1.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri**

OKB grubunun dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- DSM-5 TR'ye göre OKB tanı kriterlerini karşılıyor olmak
- Bilgilendirildikten sonra yazılı onam vererek çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Okuma-yazma biliyor olmak

Sağlıklı kontrol grubunun dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Bilgilendirildikten sonra yazılı onam vererek çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Okuma-yazma biliyor olmak

### 3.1.2. Çalışmadan dışlanma kriterleri

OKB grubunun dışlanma kriterleri:

- Halihazır durumuyla OKB dışında herhangi bir ruhsal hastalığın bulunması
- Uygulanması planlanan ölçekleri anlamaya engel olabilecek herhangi bir tıbbi hastalığa sahip olmak

Sağlıklı kontrol grubunun dışlanma kriterleri:

- Herhangi bir ruhsal hastalığın bulunması
- Uygulanması planlanan ölçekleri anlamaya engel olabilecek herhangi bir tıbbi hastalığa sahip olmak

## 3.2. Veri Toplama Araçları

### 3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Obsesif kompulsif bozukluk grubu ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerini öğrenmek ve mevcut klinik durumlarıyla ilgili bilgi elde etmek amacıyla bu çalışma için öznel olarak hazırlanmıştır. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim süresi, yaşam şekli, çalışma durumu, hastalık süresi, ilaç kullanma durumu, ailede ruhsal bir hastalık olup olmadığı, kişinin intihar girişimi olup olmadığı ve daha önce psikiyatri servisinde yatarak tedavi alıp almadığı değerlendirilmiştir. Her iki gruptaki bireylerle klinik görüşme gerçekleştirilirken görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Yaş, öğrenim durumu ve hastalık süresi yıl olarak değerlendirmeye alınmıştır.

**Sosyoekonomik düzey ölçümü:** Katılımcıların eğitim düzeyi ve mesleğine göre sınıflandırma yapılmış olup, bu sınıflandırmaya göre Hollingshead endeksi kullanılmıştır (103). Katılımcıların eğitim düzeyi ve mesleği değerlendirilerek aldıkları puan hesaplanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların partnerlerine ilişkin veri yer almadığı için, tek bireyle yapılan hesaplamalarda önerilen yöntem kullanılarak, elde edilen sosyoekonomik düzey puanları ikiyle çarpılıp ilgili sosyoekonomik düzey grubu belirlenmiştir (103-105). Tablo 1’de endeksle ilgili puanlama gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Hollingshead Endeksine Göre Sosyoekonomik Düzeyin Sınıflanması

Eğitim düzeyi	Skor	Meslek	Skor
Okuma yazma yok	0	Çalışmıyor	0
İlkokul mezunu	1	İşçi	1
Ortaokul mezunu	2	Mavi yakalı çalışan	2
Lise mezunu	3	Beyaz yakalı çalışan	3
Üniversite mezunu	4	Uzman	4

Sosyoekonomik düzeyler: 0–4: I; 5–8: II; 9–12: III; 13–16: IV. I-II: düşük sosyoekonomik düzey, III-IV: yüksek sosyoekonomik düzey

### 3.2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Orijinal haliyle Fransızca olarak Freeston tarafından geliştirilmiş olan ölçeği Buhr ve Dugas İngilizceye uyarlamıştır. Öz bildirim dayalı uygulanan bu ölçekte 27 madde ve 4 faktör bulunmaktadır. 5’li likert yapıya sahip olan ölçekte her maddede yazan ifadeyle ilgili “beni hiç tanımlamıyor” 1 puana “beni tam olarak tanımlıyor” ise 5 puana karşılık gelmektedir. Ölçekteki 4 faktör ise; 1) Belirsizlik üzücü ve stres vericidir. 2) Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller. 3) Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir. 4) Belirsizlik adil değildir, şeklinde tanımlanmıştır (106). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarı ve Dağ tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0.93, test tekrar güvenilirlik katsayısı da  $r=0.66$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin 21. Maddesi (Her şeyi önceden organize edebilmeliyim) hiçbir alt ölçeğe dahil edilemediği için 26 maddelik, dört alt ölçeğe sahip bir yapı elde edilmiştir (107).

### 3.2.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg ve arkadaşlarının geliştirdiği psikolojik dayanıklılık ölçeği 33 madde içermekte olup, 5’li Likert tipinde hazırlanmış bir ölçektir. Olumlu ve olumsuz özellikler içeren cevapların farklı taraflarda bulunmasıyla önyargılı

değerlendirmelerin engellenmesi hedeflenmiştir. Bu nedenle puanlamada bazı sorular (1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33) ters olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 33 ile 165 arasında değişmektedir. Ölçekte belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır. Öz bildirim dayalı uygulanmaktadır. Yüksek puanlar PD düzeyinin daha fazla olduğunu belirtmektedir (108). Kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar şeklinde altı alt ölçekten meydana gelmektedir. Ölçek, Basım ve Çetin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, alt boyutların iç tutarlılık katsayıları 0,66-0,81 aralığında ve test tekrar güvenilirlik değerlerinin de 0,68-0,81 aralığında bulunmuştur (109).

#### **3.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilebilmesi amacıyla 1990 yılında 149 maddeli olarak çalışmalarda yerini almıştır. Önce 20 maddeli kısa formu olan SF-20 hazırlanmış olsa da, psikolojik kapsamın artırılması amacıyla yeniden düzenlenerek 36 maddeden oluşan SF-36 meydana getirilmiştir. Pratik olarak uygulanabilirliği, öz bildirim dayalı olması, sağlıkla ilgili hem negatif hem de pozitif yönleri değerlendirebilmesi bu ölçeğin öne çıkan özelliklerindedir (110). SF-36 kullanılarak yaşam kalitesine ilişkin 8 alt boyut sınımlanmaktadır. Bunlar; fiziksel ve sosyal işlevsellik, fiziksel fonksiyonlara bağlı olan kısıtlanmalar (fiziksel rol kısıtlılığı), emosyonel sorunlara bağlı olan kısıtlanmalar (emosyonel rol kısıtlılığı), mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığa ilişkin genel algı şeklinde belirtilmiştir. Ölçek uygulanırken son 4 haftanın göz önüne alınmasının uygun olduğu görülmüştür (111). Değerlendirme esnasında ise 4. ve 5. maddelerin dışında Likert tipi kullanılmaktadır. 4. ve 5. maddeler ise evet/hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanlar yaşam kalitesini 0 ile 100 aralığında değerlendirmektedir. 0 kötü yaşam kalitesini gösterirken, 100 ise yaşam kalitesinin iyi olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (112).

### **3.2.5. Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

Yarı yapılandırılmış bir ölçek olarak Goodman ve arkadaşları tarafından obsesif, kompulsif belirtilerin tanımlanması ve şiddetinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. 19 maddeden oluşmakta ve görüşmeci tarafından doldurulmaktadır (113). Değerlendirirken sadece ilk 10 madde puanlamaya etki etmekte, bu maddelerin her biri 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte ilk 10 maddenin dışında iç görü, kaçınma, kararsızlık, aşırı sorumluluk, patolojik yavaşlık ve patolojik kuşkuyu değerlendiren maddeler bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından 1993'te gerçekleştirilmiştir. Ölçekten elde edilen puanlara göre 0-13 aralığı hafif, 14-25 aralığı orta, 26-34 aralığı orta-şiddetli, 35-40 aralığı ise şiddetli düzeyde semptomların bulunduğunu göstermektedir (114).

### **3.2.6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği**

Hamilton tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek bireylerde anksiyete seviyesini ve belirtilerin dağılımını ölçmek için kullanılmaktadır (115). Görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Türkçeye uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bedensel belirtilerle ilgili 8 ve ruhsal belirtilerle ilgili 6 olmak üzere toplamda 14 maddeden meydana gelmektedir. Değerlendirilirken toplam puana göre 17'ye kadar hafif, 18 ile 24 arası orta, 25 puan ve üzeri ise şiddetli olarak tanımlanmaktadır (116).

### **3.2.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği**

Depresyonun derecesini ölçmek için en çok kullanılan yöntemlerden biri olan bu ölçek Hamilton tarafından geliştirilmiş ve Williams tarafından yapılandırılmış şekline dönüştürülmüştür (117). Ölçekte bulunan, somatik belirtiler, gece yarısı uyanma, uykuya dalma zorluğu, sabah erken uyanma, zayıflama, genital semptomlar ve içgörü ile ilişkili maddeler 0-2 puan aralığında derecelendirilirken, diğer maddeler ise 0-4 puan aralığında derecelendirilmektedir. Görüşmeci tarafından uygulanan ölçekte en fazla 53 puan alınabilmektedir. 0-7 puan aralığı depresyonun olmadığını, 8-15 puan aralığı hafif düzeyde depresyonu, 16-28 puan aralığı orta düzeyde

depresyonu, 29 ve üzerinde alınan puanlar ise ağır derecede depresyonu işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (118).

### 3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri SPSS for Windows 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) aracılığıyla değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Yapılan incelemede verilerin normal dağıldığı tespit edildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ( $\pm$ ) standart sapma, ve yüzde olarak sunuldu. Sosyodemografik ve klinik verilerin karşılaştırılmasında, Çok Gözlü Ki Kare testi ve bağımsız örneklem t-testi (student t-testi) kullanılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, PD ve yaşam kalitesi düzeylerinin kıyaslanmasında bağımsız örneklem t-testi (student t-testi) kullanılmıştır. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alındı. Korelasyon analizlerinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon değerleri 0,3-0,5 arasındaysa düşük düzeyde, 0,5-0,7 arasındaysa orta düzeyde, 0,7-0,9 arasındaysa yüksek düzeyde, 0,9-1,0 arasındaysa çok yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlandı (119). Yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı ve ağrı ölçeklerinin sağlığa ilişkin fiziksel bileşenle çok yüksek oranda ilişkili olduğu belirtilmiştir. Mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı ve sosyal işlevsellik ölçeklerinin ise sağlığın ruhsal bileşeniyle çok yüksek düzeyde ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Enerji alt ölçeğinin her iki bileşenle de eşit düzeyde ilişkili olduğu, genel sağlık alt ölçeğinin ise fiziksel sağlık ile daha fazla olmak üzere her ikisiyle de bağlantılı olduğu belirtilmiştir (120). Bu nedenle çalışmamızda OKB hastalarında yaşam kalitesine ilişkin ruhsal bileşene ait faktörler bağımlı değişken olarak ele alınıp bağımsız değişkenlerle ilişkileri incelenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri olan genel sağlık, mental sağlık, emosyonel kısıtlılık, sosyal işlevsellik ve enerji puanlarını öngörmek amacıyla çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamızda 72 hasta ve 72 kontrol grubunda olmak üzere 144 katılımcının verileri incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda gruplar arasında sosyodemografik veriler arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Tablo 2’de sosyodemografik verilerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Çalışma Parametresi	OKB (n:72)	Kontrol (n:72)	İstatistik	p		
Yaş	32,8±11,5	32,8±11,6	T:0.000	1.000		
Cinsiyet	Erkek	%30,6 (n:22)	%29,2 (n:21)	$\chi^2$ :0,033	0,856	
	Kadın	%69,4 (n:50)				%70,8 (n:51)
Medeni durum	Evli	%41,7 (n:30)	%52,8 (n:38)	$\chi^2$ :1,783	0,182	
	Bekar	%58,3 (n:42)				%47,2 (n:43)
Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	%16,7 (n:12)	%6,9 (n:5)	$\chi^2$ :3,322	0,345	
	Ortaokul mezunu	%6,9 (n:5)				%6,9 (n:5)
	Lise mezunu	%34,7 (n:25)				%40,3 (n:29)
	Üniversite mezunu	%41,7 (n:30)				%45,8 (n:33)
Meslek	Çalışmıyor	%41,7 (n:30)	%36,1 (n:26)	$\chi^2$ :6,133	0,189	
	İşçi	%1,4 (n:12)				%9,7 (n:7)
	Mavi yakalı çalışan	%30,6 (n:22)				%22,2 (n:16)
	Beyaz yakalı çalışan	%25,0 (n:18)				%30,6 (n:22)
	Uzman	%1,4 (n:1)				%1,4 (n:1)
Sosyoekonomik durum(SED)	Düşük SED	%44,4 (n:32)	%45,8 (n:33)	$\chi^2$ :0,028	0,867	
	Yüksek SED	%55,6 (n:40)				%54,2 (n:39)
Yaşam şekli	Yalnız	%13,9 (n:10)	%11,1 (n:9)	$\chi^2$ :0,254	0,614	
	Biriyle birlikte	%86,1 (n:62)				%88,9 (n:64)

Not: OKB: Obsesif kompulsif bozukluk. T test ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

OKB grubunun klinik verileri incelendiğinde hastalık süresinin ortalama 6,2 yıl olduğu, hastaların %87,5’unun psikofarmakolojik tedavi aldığı, %12,5’unun en az bir aydır psikofarmakolojik tedavi almadığı, %38,9’unun ailesinde ruhsal hastalık olduğu ve %18,1’inin psikiyatri servisine yatış öyküsü olduğu görülmüştür. Tablo 3’de hasta grubunun klinik verileri gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Hasta grubunun klinik verileri

Hastalık süresi (yıl)		6,2±5,1 (min 1-max 30)
Psikofarmakolojik tedavi	Evet	%87,5 (n:63)
	Hayır	%12,5 (n:9)
Ailede ruhsal hastalık	Evet	%38,9 (n:28)
	Hayır	%61,1 (n:44)
İntihar girişimi	Evet	%18,1 (n:13)
	Hayır	%81,9 (n:59)
Psikiyatri servisine yatış	Evet	%18,1 (n:13)
	Hayır	%81,9 (n:59)
YBOCS Toplam Puan	20,5±6,8	
HADÖ Toplam Puan	2,5±1,3	
HDDÖ TOPLAM	2,4±1,4	

Not: YBOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği. HADÖ: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği. HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.

Hasta grubunda cinsiyetler arasında BT ve PD alt ölçekleri ve toplam puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hasta grubunda cinsiyetler arasında belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık ölçeklerinin karşılaştırılması

Çalışma Parametresi	Erkek (n:22)	Kadın (n:50)	İstatistik	p
Belirsizlik stres verici ve üzücüdür	26,6±8,3	27,9±8,0	T:-0,759	0,450
Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor	15,4±5,7	17,0±5,7	T:-1,078	0,285
Geleceği bilememek rahatsız edicidir	11,1±4,9	13,0±4,5	T:-1,669	0,100
Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri	24,4±8,5	25,8±7,8	T:-0,695	0,489
Belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı	80,3±26,2	86,6±25,2	T:-0,970	0,335
Kendilik algısı	17,6±6,3	17,3±5,8	T:0,196	0,845
Gelecek algısı	11,2±4,7	11,3±4,7	T:-0,125	0,901
Yapısal stil	13,2±4,1	13,9±3,1	T:-0,749	0,456
Aile uyumu	20,0±5,6	20,7±5,0	T:-0,496	0,622
Sosyal yeterlilik	19,8±5,3	19,4±4,8	T:0,296	0,768
Sosyal kaynaklar	25,2±6,2	25,8±4,6	T:-0,446	0,657
Psikolojik dayanıklılık toplam puanı	107,3±25,0	108,7±22,1	T:-0,270	0,788

Not: T testi kullanılmıştır. \*p<0,05

OKB ve kontrol grubunun BT puanları incelendiğinde, tüm alt ölçekler ve toplam puanda OKB grubunun daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Tablo 5’de belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin toplam puanının ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Hasta ve kontrol grubunun belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinin karşılaştırılması

Çalışma Parametresi	OKB (n:72)	Kontrol (n:72)	İstatistik	p
Belirsizlik stres verici ve üzücüdür	27,4±8,0	20,1±7,6	T:5,520	<0,001*
Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor	16,5±5,7	11,2±4,2	T:6,254	<0,001*
Geleceği bilememek rahatsız edicidir	12,4±4,4	9,3±3,9	T:4,337	<0,001*
Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri	25,4±8,0	18,1±7,2	T:5,662	<0,001*
Belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puan	84,7±25,3	60,8±22,5	T:5,993	<0,001*

Not: T testi kullanılmıştır. \*p<0,05

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması incelendiğinde yapısal stil alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekler ve toplam puanda OKB grubunun istatistiksel olarak anlamlı daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Tablo 6’da psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Hasta ve kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Çalışma Parametresi	OKB (n:72)	Kontrol (n:72)	İstatistik	p
Kendilik algısı	17,4±5,9	23,6±4,7	T:6,825	<0,001*
Gelecek algısı	11,3±4,7	15,2±3,7	T:5,482	<0,001*
Yapısal stil	13,6±3,4	14,0±4,1	T:0,586	0,559
Aile uyumu	20,5±5,2	23,6±4,6	T:3,737	<0,001*
Sosyal yeterlilik	19,5±4,9	21,6±4,8	T:2,520	0,013*
Sosyal kaynaklar	25,6±5,1	29,1±4,6	T:4,298	<0,001*
Psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puan	108,2±20,1	127,3±18,3	T:5,920	<0,001*

Not: T testi kullanılmıştır. \*p<0,05

OKB ve kontrol grubunun yaşam kalitesi karşılaştırıldığında OKB grubunun tüm yaşam kalitesi alanlarından kontrol grubundan istatistiksel anlamlı düşük puanlar aldığı gözlenmiştir. Tablo 7’de OKB ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması

Çalışma Parametresi	OKB (n:72)	Kontrol (n:72)	İstatistik	p
Genel Sağlık	46,0±23,1	66,4±20,9	T:5,552	<0,001*
Fiziksel fonksiyon	82,6±13,4	87,7±10,2	T:2,541	0,012*
Fiziksel rol kısıtlılığı	35,7±35,3	68,7±34,5	T:5,667	<0,001*
Emosyonel rol kısıtlılığı	30,5±31,0	74,0±37,2	T:7,623	<0,001*
Enerji	36,3±21,4	55,8±20,4	T:5,583	0,013*
Mental sağlık	45,0±21,4	69,0±16,4	T:7,504	<0,001*
Sosyal işlevsellik	53,4±25,1	78,8±20,3	T:6,647	<0,001*
Ağrı	63,9±26,3	76,6±21,5	T:3,150	0,002*

Not: T testi kullanılmıştır. \*p<0,05

Hasta grubunda yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinin puanlarının ilişkisi incelendiğinde tüm yaşam kalitesi ölçekleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Tablo 8’de yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği ilişkisi gösterilmiştir. Enerji alt ölçeği ile belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı arasında ( $r=-0,676$ )( $p<0,001$ ) ve enerji alt ölçeği ile belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor faktörü arasındaki ( $r=-0,660$ )( $p<0,001$ ) korelasyon en anlamlı bulunmuştur. Fiziksel rol kısıtlılığı alt ölçeği ile geleceği bilememek rahatsız edicidir faktörü arasında, emosyonel rol kısıtlılığı alt ölçeği ile de belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor ve geleceği bilememek rahatsız edicidir faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 8.** Hasta grubunda yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçekleri ilişkisi

Çalışma Parametresi		Belirsizlik stres verici ve üzücüdür	Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor	Geleceği bilememek rahatsız edicidir	Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri	Belirsizliğe tahammülsüzlük toplam
Genel Sağlık	r	<b>-0,511</b>	<b>-0,503</b>	<b>-0,486</b>	<b>-0,593</b>	<b>-0,568</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fiziksel fonksiyon	r	<b>-0,364</b>	<b>-0,419</b>	<b>-0,381</b>	<b>-0,418</b>	<b>-0,432</b>
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fiziksel rol kısıtlılığı	r	<b>-0,402</b>	<b>-0,306</b>	-0,261	<b>-0,341</b>	<b>-0,362</b>
	p	<0,001	0,009	0,027	0,003	0,002
Emosyonel rol kısıtlılığı	r	<b>-0,423</b>	-0,293	-0,289	<b>-0,407</b>	<b>-0,392</b>
	p	<0,001	0,012	0,014	<0,001	<0,001
Enerji alt ölçeği	r	<b>-0,635</b>	<b>-0,660</b>	<b>-0,571</b>	<b>-0,606</b>	<b>-0,676</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Mental sağlık	r	<b>-0,591</b>	<b>-0,605</b>	<b>-0,519</b>	<b>-0,567</b>	<b>-0,615</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sosyal işlevsellik	r	<b>-0,594</b>	<b>-0,459</b>	<b>-0,540</b>	<b>-0,618</b>	<b>-0,612</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ağrı	r	<b>-0,384</b>	<b>-0,392</b>	<b>-0,335</b>	<b>-0,504</b>	<b>-0,440</b>
	p	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001

Not: r: Pearson korelasyon katsayısı. Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.  $p < 0,05$ ,  $r > 0,3$  anlamlı kabul edilmiştir.

Hasta grubunda yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık ölçeklerinin puanlarının ilişkisi incelendiğinde tüm yaşam kalitesi ölçekleri ve psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Tablo 9’da yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık ölçekleri ilişkisi gösterilmiştir. Enerji alt ölçeği ile psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasında ( $r = -0,619$ )( $p < 0,001$ ) ve mental sağlık alt ölçeği ile psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasındaki ( $r = -0,617$ )( $p < 0,001$ ) korelasyon en anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 9.** Hasta grubunda yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık ölçekleri ilişkisi

Çalışma Parametresi		Kendilik algısı	Gelecek algısı	Yapısal stil	Aile uyumu	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	Toplam
Genel Sağlık	r	<b>0,610</b>	<b>0,583</b>	0,249	<b>0,311</b>	<b>0,415</b>	<b>0,411</b>	<b>0,610</b>
	p	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fiziksel fonksiyon	r	<b>0,400</b>	<b>0,459</b>	0,164	0,216	0,299	<b>0,333</b>	<b>0,446</b>
	p	<0,001	<0,001	0,050	0,009	<0,001	<0,001	<0,001
Fiziksel rol kısıtlılığı	r	<b>0,369</b>	<b>0,345</b>	0,094	0,188	<b>0,328</b>	0,260	<b>0,382</b>
	p	<0,001	<0,001	0,261	0,024	<0,001	0,002	<0,001
Emosyonel rol kısıtlılığı	r	<b>0,453</b>	<b>0,408</b>	0,109	0,196	<b>0,319</b>	0,284	<b>0,428</b>
	p	<0,001	<0,001	0,193	0,019	<0,001	<0,001	<0,001
Enerji alt ölçeği	r	<b>0,573</b>	<b>0,579</b>	0,245	<b>0,324</b>	<b>0,443</b>	<b>0,426</b>	<b>0,619</b>
	p	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Mental sağlık	r	<b>0,615</b>	<b>0,594</b>	0,148	<b>0,360</b>	<b>0,336</b>	<b>0,493</b>	<b>0,617</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,076	<0,001	<0,001	<0,001
Sosyal işlevsellik	r	<b>0,560</b>	<b>0,542</b>	<b>0,547</b>	0,273	0,234	<b>0,374</b>	<b>0,560</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	<0,001
Ağrı	r	<b>0,345</b>	<b>0,332</b>	<b>0,333</b>	0,173	0,142	<b>0,301</b>	<b>0,345</b>
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,038	0,088	<0,001	<0,001

Not: Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.  $p < 0,05$ ,  $r > 0,3$  anlamlı kabul edilmiştir.

Genel sağlık alt ölçeğinin puanlarını öngörmek için yapılan geriye dönük eliminasyon metodlu doğrusal regresyon analizinde, sosyodemografik veriler, psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı ve Yale-Brown OKB ölçeği toplam puanı kullanılmıştır. İlk modelde tüm değişkenler girilmiş model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ( $F:6,992$ ,  $p:<0,001$ ,  $R^2:0,562$ ) ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı ve Yale-Brown OKB ölçeği toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. 9. basamakta ise modelde 3 değişken kalmıştır, model istatistiksel anlamlı bulunmuş ( $F:23,226$ ,  $p:<0,001$ ,  $R^2:0,506$ ) ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı, hastalık süresi ve Yale-Brown OKB toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Genel sağlık alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modeli Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Genel sağlık alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modelleri

	MODEL 1			MODEL 2		
	Standardize katsayı Beta	t	p	Standardize katsayı Beta	t	p
Sabit		1,434	0,157		2,520	0,011
Yaş	0,051	0,335	0,739			
Cinsiyet	0,080	0,825	0,413			
Medeni durum	-0,174	-1,391	0,169			
Eğitim düzeyi	-0,243	-1,664	0,101			
Meslek	-0,135	-0,500	0,619			
Sosyoekonomik düzey	0,269	0,983	0,330			
Yaşam şekli	0,034	0,326	0,745			
Hastalık süresi	-0,218	-1,755	0,084	-0,205	-2,355	0,021*
Psikolojik dayanıklılık	0,329	2,816	0,007*	0,293	2,887	0,005*
Belirsizliğe tahammülsüzlük	-0,006	-0,037	0,971			
Yale-brown OKB	-0,474	-2,926	0,005*	-0,456	-4,575	<0,001*

Not: Geriye dönük eliminasyon ile yapılan modelin 9. basamağı gösterilmiştir.\*p<0,05

Mental sağlık alt ölçeğinin puanlarını öngörmek için yapılan geriye dönük eliminasyon metodlu doğrusal regresyon analizinde, sosyodemografik veriler, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı ve Yale-Brown OKB ölçeği toplam puanı kullanmıştır. İlk modelde tüm değişkenler girilmiş model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (F:5,723, p:<0,001, R2:0,512) ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı ve Yale-Brown OKB toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. 10. basamakta ise modelde 2 değişken kalmıştır, model istatistiksel anlamlı bulunmuş (F:14,894, p:<0,001, R2:0,471) psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı ve Yale-Brown OKB toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Mental sağlık alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modeli Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Mental sağlık alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modelleri

	MODEL 1			MODEL 2		
	Standardize katsayı Beta	t	p	Standardize katsayı Beta	t	p
Sabit		2,777	0,007		3,424	<0,001
Yaş	0,069	0,428	0,670			
Cinsiyet	-0,043	-0,424	0,673			
Medeni durum	-0,139	-1,050	0,298			
Eğitim düzeyi	-0,182	-1,183	0,241			
Meslek	0,284	0,997	0,323			
Sosyoekonomik düzey	-0,367	-1,270	0,209			
Yaşam şekli	0,080	0,736	0,465			
Hastalık süresi	-0,139	-1,057	0,295			
Psikolojik dayanıklılık	0,303	2,462	0,017*	0,272	2,368	0,021*
Belirsizliğe tahammülsüzlük	-0,206	-1,168	0,248			
Yale-brown OKB	-0,348	-2,032	0,047*	-0,313	-2,151	0,035*

Not: Geriye dönük eliminasyon ile yapılan modelin 10. basamağı gösterilmiştir. \*p<0,05

Emosyonel kısıtlılık alt ölçeği puanlarını öngörmek için yapılan geriye dönük eliminasyon metodlu doğrusal regresyon analizinde, sosyodemografik veriler, psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, ve Yale-Brown OKB ölçeği toplam puanı kullanılmıştır. İlk modelde tüm değişkenler girilmiş model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F:1,914, p:0,054, R2:0,512) ve. 11. Basamakta ise modelde bir değişken kalmıştır, model istatistiksel anlamlı bulunmuş (F:13,221, p:<0,001, R2:0,159) Yale-Brown OKB ölçeği toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Emosyonel kısıtlılık alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modeli Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** Emosyonel kısıtlılık alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modelleri

	MODEL 1			MODEL 2		
	Standartize katsayı Beta	t	p	Standartize katsayı Beta	t	p
Sabit		-0,015	0,988		6,295	0,001
Yaş	0,267	1,349	0,182			
Cinsiyet	,156	1,242	0,219			
Medeni durum	-0,253	-1,553	0,126			
Eğitim düzeyi	0,075	0,395	0,694			
Meslek	-0,184	-0,523	0,603			
Sosyoekonomik düzey	0,160	0,451	0,654			
Yaşam şekli	0,186	1,384	0,171			
Hastalık süresi	-0,077	-0,479	0,634			
Psikolojik dayanıklılık	0,045	0,293	0,770			
Belirsizliğe tahammülsüzlük	-0,183	-0,843	0,403			
Yale-brown OKB	-0,214	-1,016	0,314	-0,399	-3,698	0,001

Not: Geriye dönük eliminasyon ile yapılan modelin 11. basamağı gösterilmiştir. \*p<0,05

Sosyal işlevsellik alt ölçeği puanlarını öngörmek için yapılan geriye dönük eliminasyon metodlu doğrusal regresyon analizinde, sosyodemografik veriler, psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı ve Yale-Brown OKB ölçeği toplam puanı kullanmıştır. İlk modelde tüm değişkenler girilmiş model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:9,083, p:<0,001, R2:0,625) ve 9. basamakta ise modelde 3 değişken kalmıştır, model istatistiksel anlamlı bulunmuş (F:27,927, p:<0,001, R2:0,553) Yale-Brown OKB toplam puanı, hastalık süresi ve psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Sosyal işlevsellik alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modeli Tablo 13’de gösterilmiştir.

**Tablo 13.** Sosyal işlevsellik alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modelleri

	MODEL 1			MODEL 2		
	Standartize katsayı Beta	t	p	Standartize katsayı Beta	t	p
Sabit		1,249	0,217		2,614	0,011
Yaş	-0,050	-0,353	0,725			
Cinsiyet	0,163	1,827	0,073			
Medeni durum	-0,174	-1,504	0,138			
Eğitim düzeyi	0,216	1,601	0,115			
Meslek	0,015	0,061	0,951			
Sosyoekonomik düzey	-0,108	-0,425	0,672			
Yaşam şekli	0,133	1,393	0,169			
Hastalık süresi	-0,121	-1,050	0,298	-0,266	-3,212	0,002*
Psikolojik dayanıklılık	0,248	2,296	0,025*	0,329	3,407	0,001*
Belirsizliğe tahammülsüzlük	-0,248	-1,598	0,115			
Yale-brown OKB	-0,211	-1,405	0,165	-0,428	-4,511	0,001*

Not: Geriye dönük eliminasyon ile yapılan modelin 9. basamağı gösterilmiştir. \*p<0,05

Enerji alt ölçeği puanlarını öngörmek için yapılan geriye dönük eliminasyon metodlu doğrusal regresyon analizinde, sosyodemografik veriler, psikolojik dayanıklılık toplam puanları, belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanları ve Yale-Brown OKB toplam puanları kullanılmıştır. İlk modelde tüm değişkenler girilmiş model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:6,190, p:0,001, R2:0,532) ve 11. basamakta ise modelde bir değişken kalmıştır, model istatistiksel anlamlı bulunmuş (F:32,041, p:0,001, R2:0,482) belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Enerji alt ölçeği puanı için yapılan doğrusal regresyon modeli Tablo 14’de gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Enerji alt ölçeği toplam puanı için yapılan doğrusal regresyon modelleri

	MODEL 1			MODEL 2		
	Standartize katsayı Beta	t	p	Standartize katsayı Beta	t	p
Sabit		3,169	0,002		11,844	0,001
Yaş	-0,117	-0,740	0,462			
Cinsiyet	0,076	0,760	0,450			
Medeni durum	-0,077	-0,592	0,556			
Eğitim düzeyi	-0,156	-1,038	0,304			
Meslek	0,037	0,134	0,894			
Sosyoekonomik düzey	-0,061	-0,214	0,831			
Yaşam şekli	-0,023	-0,216	0,829			
Hastalık süresi	-0,071	-0,550	0,585			
Psikolojik dayanıklılık	0,151	1,253	0,215			
Belirsizliğe tahammülsüzlük	-0,495	-2,857	0,006*	-0,627	-7,422	0,001*
Yale-brown OKB	-0,150	-0,894	0,375			

Not: Geriye dönük eliminasyon ile yapılan modelin 11. basamağı gösterilmiştir. \*p<0,05

## 5. TARTIŞMA

Bu arařtırmada, obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda BT ve PD seviyelerinin yařam kalitesiyle iliřkisinin saptanması amaçlanmıřtır. Bu amaçla beř hipotez ortaya konulmuřtur. Birinci hipotezde OKB grubunda BT dūzeylerinin daha yūksək olacađı, ikinci ve ūçüncü hipotezde de OKB grubunda PD ve yařam kalitesi seviyelerinin daha dūřuk olacađı öngörölmüřtür. Dördüncü hipoteze bakıldıđında OKB grubunda BT dūzeyleri ile yařam kalitesi dūzeylerinin negatif yönde korelasyon göstereceđi varsayılmıřtır. Arařtırmanın beřinci hipotezinde ise OKB grubunda PD seviyelerinin yařam kalitesi seviyeleriyle pozitif yönde korelasyon göstereceđi öngörölmüřtür. Varsayımların dođruluđu alt bařlıklarda ilgili literatür ıřıđındaki bilgilerle tartıřılmıřtır.

### 5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Belirsizliđe Tahammülsüzlük Dūzeyleri

Bu araştırmada elde edilen verilere göre, OKB grubunda kontrol grubuna kıyasla BT seviyelerinin daha yūksək olduğu bulunmuştur. Belirsizliđe tahammülsüzlükle ilgili yapılan değerlendirmelerde bilişsel davranışçı teoriye göre BT dūzeyleri yūksək olan bireylerde OKB de dahil olmak üzere birçok ruhsal hastalık daha sık görölmektedir. Biliřsel davranışçı teoride, korkulan durumların mümkün olduğu, ancak bunların birçoğunun gerçekte olma olasılığının dūřuk olduğu vurgulanmaktadır. Olasılıkların ayrıntılı bir analizini yapmak yerine, belirsizliği ortadan kaldırma talebinin, bunaltı ve daha fazla şüphe ile bağlantısını fark etmenin önemi belirtilmektedir (121, 122).

Belirsizliđe tahammülsüzlük dūzeylerinin OKB ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) hasta gruplarında değerlendirildiği bir çalışmada, hem OKB hem de YAB grubunda BT anlamlı derecede yūksək bulunmuştur (10). Her ne kadar BT yer almasa da sübjektif belirsizliği inceleyen bir başka çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla OKB grubu değerlendirilmiş olup, belirsizlik deneysel olarak indüklendiğinde ventromedial prefrontal korteks, lateral orbitofrontal korteks, ventral anterior insula, amigdala, anterior para-hippocampus ve orta temporal korteksde hiperaktivasyon tespit edilmiştir (123). Obsesif kompulsif bozuklukta BT ile obsesyonların şiddeti, kompulsiyonların şiddeti ve genel OKB şiddeti arasında

pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (9). Obsesif kompulsif bozuklukta BT düzeyinin tüm OKB semptom boyutlarının bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur (124). Bu bağlamda araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre OKB hastalarında BT düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla yüksek bulunması yukarıda bahsedilen geçmiş çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler, bilinmeyen bir şeyi olumsuz yorumlama eğilimi göstermekte, önyargılı bilişsel ve davranışsal tepkiler vermektedir (4). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında ise obsesyonlardan duyulan bunalıntıyı ortadan kaldırmak amacıyla kompulsiyonlar ortaya çıkmaktadır (1). Kompulsif eylemlerin bir sonucu olarak kişinin, belirsiz durumlardan uzaklaşması, obsesyonları nedeniyle duyduğu rahatsızlığı azaltmaktadır. Dolayısıyla OKB hastalarında yüksek derecede belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve belirsizlikten uzaklaşma çabasının bulunması beklenebilecek sonuçlardır.

Literatürde bu zamana kadar araştırıldığı kadarıyla OKB tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği kullanılarak BT düzeyleri değerlendirilirken, ölçeğin alt faktörlerine ilişkin verilerin irdelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda yer alan sonuçlarda BT toplam puanının yanı sıra bütün alt ölçeklerde de hasta grubunun daha düşük puanlar aldığı görülmektedir. Ölçeğin birinci faktörü belirsizliğin üzücü, stres verici olduğu inancıyla ilgilidir ve belirsizliğe verilen duygusal bir yanıtı ifade etmektedir. Ölçeğin ikinci faktörü belirsizliğin, şahsın eyleme geçmesini engellediğini belirtmektedir. Bu faktör BT düzeyi yüksek şahısların belirsiz durumları tehlikeli algılayabileceği ve belirsiz durumlarda şahsın bir işe girişmesine olumsuz etkisinin olabileceğini belirtmektedir. Ölçekte yer alan üçüncü faktörde geleceği bilememenin rahatsız edici olduğu ifade edilmektedir. Bu faktörde, birey için gelecekte gerçekleşecek olan yaşam olaylarının tahmin edilebilir olması umulmaktadır, bu beklenti gerçekleşmediğinde ise birey üzüntü ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Ölçeğin dördüncü faktöründe ise belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri yer almaktadır. Bu faktörde emin olamamanın, bireyin güvensiz, iyi olmayan ve düzensiz biri olmasından dolayı ortaya çıktığına dair inancı belirtilmektedir (107).

Obsesif kompulsif bozuklukta kompulsyonların oluşunda, belirsizliğin rahatsız edici olması ve belirsizliği ortadan kaldırma ihtiyacı önemli derecede rol oynamaktadır (125, 126). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında muhtemel belirsiz durumların etkisini azaltmak için obsesyonlara yanıt olarak kompulsyonlar açığa çıkabilmektedir. Dolayısıyla bu hastalarda belirsizliğin stres verici olması, kişinin harekete geçmesini engellemesi, belirsizliklerin kendisi ile ilgili eksikliklerden kaynaklandığını düşünmesi gibi belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt ölçeklerine ait içeriklerin hasta grubunda beklenebilecek sonuçlar verdiği düşünülmüştür.

## **5.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri**

Çalışmamızda ulaşılan sonuçlara göre OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun PD düzeyleri kıyaslandığında yapısal stil alt ölçeği dışındaki bütün alt ölçeklerde ve toplam PD puanlarında OKB grubunun anlamlı olarak daha düşük puanlar aldığı görülmüştür.

Psikolojik dayanıklılık düzeyleri OKB grubunda hem tedavi öncesinde hem de tedavi sonrasında sağlıklı kontrollere göre önemli derecede düşük bulunmuştur (11). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının düşük PD düzeylerine sahip oldukları görülmüştür (127). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına bakıldığında ise çalışan ve öğrenci gruplarına uygulandığı, çalışan grubunun öğrenci grubuna kıyasla toplam puanlarda ve yapısal stil alt ölçeği dışındaki puanlarda anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu iki grup arasında PD düzeylerindeki farklılık, psikolojik dayanıklılığın zaman içerisinde gelişen bir süreç olmasıyla ve çalışan grubun yaş ortalamasının, öğrenci grubundan yüksek bulunmasıyla açıklanmıştır (67). Çalışmamızda ise vaka ve kontrol grupları yaş açısından eşleştirilmiştir. Dolayısıyla PD düzeyleri arasındaki farklılığın değerlendirilmesi noktasında yaşın etkisi ortadan kaldırılmıştır.

Normal zorlayıcı düşüncelerin gündelik hayatta hemen hemen herkeste bulunduğu bilinmektedir. Bu düşüncelerin patolojik olmasının ise değerlendirilme ve yorumlanma aşamasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirtilmiştir (22, 41). Psikolojik dayanıklılığı düşük olan bireyler olumsuz deneyimlerle karşılaştığında

yoğun bunaltı yaşamaktadır. Ayrıca bu bireylerin zorlayıcı düşüncelerle karşılaştıklarında da yoğun bunaltı yaşamaları ve bunaltısını yatıştırmak için kompulsiyonlar geliştirmesi beklenebilir. Dolayısıyla OKB hastalarında, PD düzeyinin düşük olması tahmin edilebilir bir sonuçtur.

Yüksek okul öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, yapısal stil dışındaki PD alt ölçekleri OKB semptomlarıyla ilişkili bulunmuştur (128). Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin beş faktörlü versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, kişisel yeterlilik faktörünün, benlik saygısı, öz yeterlilik, kendini sevme, umut ve kararlılık düzeylerini ölçtüğü, sosyal yeterlilik faktörünün dışa dönüklük, faaliyetleri başlatma yeteneği ve sosyal becerileri ölçtüğü, yapısal stil faktörünün günlük rutinleri sürdürme, planlama ve organize etme becerisini ölçtüğü, aile uyumu faktörünün aile içi işbirliği, destek ve sadakati ölçtüğü, sosyal kaynaklar faktörünün ise arkadaş ve yakın çevreden gelen dış desteğe erişimi ölçtüğü belirtilmiştir (108). Yapısal stil alt ölçeği incelendiğinde, günlük rutinleri sürdürme, organize etme ve planlama becerilerini ölçtüğü görülmektedir (67). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında ise bu davranışlar aşırı derecede yapılarak obsesyon veya kompulsiyon olarak yer alabilmektedir. Hastaların yapısal stil alt ölçeğinden kontrol grubuyla benzer puanlar alması bu bağlamda açıklanabilir. Çalışmamızda yapısal stil dışındaki alt ölçeklerde OKB grubu düşük puanlar almıştır. Bu alt ölçeklerden kendilik algısı ve gelecek algısı kendine güvenme, öz sevi ve umut ile ilişkilidir (108). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireyler, çoğunlukla hastalıklarıyla ilgili yüksek düzeyde iç görüye sahip oldukları için kendilerini suçlama eğilimi gösterebilirler (129). Buradan yola çıkarak bu bireylerin kendine güveninin düşük olması, kendilerini sevmekte zorlanmaları beklenebilir. Sosyal yeterlilik alt ölçeğinde dışadönüklük, sosyal ortamlarda esnek olabilme, aktiviteleri başlatma yeteneği değerlendirilmektedir (108). Obsesif kompulsif bozukluk hastaları, hem obsesyonlar hem de kompulsiyonları nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinde ve günlük hayatın birçok alanında zorlanma yaşayabilmektedir. Bu sebeple OKB hastalarının sosyal yeterlilik alanında düşük puanlar elde etmesi ön görülebilir. Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin başka bir faktörü olan aile uyumu, aile içerisindeki işbirliğini ve bireylerin birbirine olan desteğini ölçmektedir (108). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında zorlayıcı düşünceler ve kompulsif davranışlar bireyin ailesiyle olan ilişkilerinde bir

stres oluşturabilmektedir. Dolayısıyla OKB hastalarının aile uyumu faktöründen düşük puanlar alması beklenebilir. Ölçeğin bir diğer faktörü olan sosyal kaynaklar, arkadaşlar ile yakınlardan gelen dış desteği ve kişinin bu desteği elde etme yeteneğini değerlendirmektedir (108). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar, hastalıkları konusunda destek talep etmede istekli olmayabilir. Yakınları tarafından yargılanabileceğini, anlaşılmayacağını düşünebilir. Ayrıca ruhsal bir hastalığa sahip olmanın utanç verici olacağı düşüncesiyle hastalıklarını gizleme yoluna gidebilir. Bu nedenle OKB hastalarının yakınlarından ve arkadaşlarından bir destek sağlama konusunda yetersiz olması beklenebilir.

### **5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yaşam Kalitesi**

Çalışmamızda OKB ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeklerinden alınan puanları kıyaslandığında genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, enerji, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve ağrı olmak üzere 8 alt ölçeğin her birinde OKB grubunun anlamlı düzeyde düşük puanlar aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisiyle ilgili bir araştırmada, hastalığın işlevselliği önemli derecede etkilediği ve yılda ortalama 46 gün iş kaybına sebebiyet verdiği vurgulanmıştır (24). Bir başka çalışmada OKB'nin fiziksel sağlık ve ağrı dışındaki bütün alanlarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (130). Çalışmamızda OKB grubunda bütün yaşam kalitesi alanlarının kontrol grubundan farklılık gösterdiği sonucu bulunmuş olsa da, en az etkilenen alanların enerji, ağrı ve fiziksel fonksiyon olması bu çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Sağlık hizmeti arayan OKB hastaları ile daha önce sağlık hizmetlerine başvurusu olmamış OKB hastalarının kıyaslandığı bir çalışmada yaşam kalitesinin bütün alanlarında sağlık hizmetlerine başvuran grubun anlamlı düzeyde düşük puanlar aldığı gözlenmiştir. Hastalık şiddeti ile ilgili puanlara bakıldığında sağlık hizmeti arayan grubun anlamlı derecede yüksek puanlara sahip olduğu fark edilmiştir. Bu durum, hastalık şiddetinin artmasıyla birlikte sağlık hizmeti ihtiyacının oluşmasıyla açıklanmıştır. Buna bağlı olarak OKB şiddetinin artmasının yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği ve sağlık hizmeti arama davranışına yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (131). Elde edilen bulgular çalışmamızda ulaşılan sonuçlarla

benzerlik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesinin bir diğer sebebi olarak da, ilaç kullanımının olası yan etkileri gösterilebilir (132). Araştırmamızda yer alan OKB hastalarının çalışmaya katıldıkları esnada psikofarmakolojik tedavi alma oranı %87.5 idi. Dolayısıyla araştırmamızda ilaç kullanımına bağlı oluşan yan etkiler yaşam kalitesine olumsuz yönde etki etmiş olabilir. Obsesif kompulsif bozukluk ve diğer ruhsal hastalıkların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda özellikle sosyal işlevsellik, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık alanlarında OKB hastalarının diğerlerine kıyasla daha düşük puanlar aldığı bildirilmiştir (3, 133). Araştırmamızın ve konuyla ilgili geçmişte yapılan araştırmaların ortak sonucuna göre OKB önemli bir morbidite sebebi olarak yaşam kalitesini birçok yönüyle olumsuz yönde etkilemektedir.

#### **5.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerinin Yaşam Kalitesiyle İlişkisi**

Araştırmamızda OKB hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı ile yaşam kalitesinin bütün alanları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Literatürde araştırıldığı kadarıyla bu zamana kadar OKB hastaları üzerinde BT düzeyleriyle yaşam kalitesinin ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer hastalıklarda yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular ışığında verilerimiz tartışılacaktır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, BT'nin obsesif kompulsif özellikler ile azalan yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye önemli derecede aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (134). Kanser gibi birçok fiziksel hastalığa ilişkin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaşam kalitesine etkisinin incelendiği 31 çalışmanın derlendiği bir gözden geçirme araştırmasında, yüksek BT düzeyleri daha düşük mental sağlık ve genel yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (135). Yetişkin otizm hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin artması ile yaşam kalitesinin psikolojik alanının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (136). Eldeki diğer hastalıklara ait sınırlı sayıda literatür ışığında OKB'de de belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaşam kalitesi arasında ters

yönde bir ilişki olması belirsizliğe tahammülsüzlüğün azaltılmasının kişilerin genel anlamda yaşam kalitelerini arttırabileceğini düşündürmüştür.

Yaşam kalitesinin ruhsal bileşeniyle en çok ilişkili olan alt ölçekler mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı ve sosyal işlevsellik olarak belirtilmiştir (120). Çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile yaşam kalitesine ait enerji, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık alt ölçekleri arasındaki ilişki en anlamlı bulunmuştur. Buradan yola çıkılarak hastalarda BT düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesine ait alanlardan fiziksel bileşene kıyasla ruhsal bileşeni oluşturan faktörlerin daha çok etkilendiği söylenebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler, belirsizlik durumlarla karşılaştığında ortaya çıkan bunaltı ve zorlanma nedeniyle kendilerini ruhsal anlamda iyi hissetmeyebilir. Bu duruma bağlı olarak da belirsizliğe tahammülsüzlüğün artmasıyla birlikte mental sağlık alanından alınan puanların düşmesi beklenebilir. Ayrıca yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğe sahip kişiler gündelik hayatta sıklıkla karşılaşılan belirsiz durumlar karşısında, yorgun ve yıpranmış hissedebilir. Dolayısıyla canlılık ve enerjilik kavramlarını değerlendiren enerji alt ölçeğinden alınan puanlar ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arasında ters ilişki olması ön görülebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün artmasıyla bireylerin belirsiz durumlardan, ortamlardan kaçınması, gündelik hayattan uzaklaşmasına ve sosyal işlevselliğinin de olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu durumda sosyal işlevsellik alanından elde edilen puanlarla BT düzeyi arasındaki ters ilişki beklenebilecek nitelikte bir sonuçtur. Genel sağlık alanının her ne kadar yaşam kalitesinin fiziksel bileşeniyle bağlantısı daha yüksek olsa da, hem fiziksel hem de ruhsal bileşeni kapsadığı belirtilmiştir. Kişilerde, BT düzeylerinin yüksek olması, yaşamlarına ait birçok alanın etkilenmesine, gündelik yaşamlarında karşılaştıkları belirsiz durumlar karşısında zorlanmalarına, süreğen bir şekilde bunaltı içerisinde kalmalarına sebep olabilir. Bunlara bağlı olarak da genel olarak bakıldığında sağlıklarının iyi olmadığını bildirebilirler. Dolayısıyla BT düzeyi yüksek kişilerin genel sağlık alanından düşük puanlar alması beklenebilir.

## **5.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Yaşam Kalitesiyle İlişkisi**

Çalışmamızda OKB hastalarının PD düzeylerinin yaşam kalitesi alanlarıyla olan ilişkisi incelendiğinde bütün yaşam kalitesi alanlarının psikolojik dayanıklılık toplam puanıyla pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grubunda PD düzeyinin düşük olmasının, daha yüksek OKB şiddeti ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (137). Yeme bozukluğu hastalarında PD düzeyleriyle yaşam kalitesinin bağıntısının değerlendirildiği bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın, yaşam kalitesine ait mental sağlık ve sosyal işlevsellik alanlarını pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (138). Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk hastalarında yapılan çalışmalarda da PD düzeyleri arttıkça hastaların yaşam kalitesinin olumlu yönde değiştiği bulunmuştur (139-141). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde PD ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen bir meta analizde, major depresif bozukluk, bipolar affektif bozukluk, şizofreni ve sınırda kişilik bozukluğu tanılarında hastalarla yapılan çalışmalar incelenmiştir. İncelemenin sonucunda ruhsal hastalığa sahip kişilerde psikolojik dayanıklılık ile yaşam kalitesi arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır (142). Major depresif bozukluk, anksiyete, OKB ve diğer ruhsal hastalıklara ait bir veya daha çok tanıya sahip hastalarla yapılan bir diğer çalışmada PD düzeyleriyle yaşam kalitesi düzeylerinin pozitif yönde korelasyon gösterdikleri bulunmuştur. Bu bulgular, OKB de dahil olmak üzere birçok ruhsal hastalıkta sıkıntıya yönelik geliştirilen toleransın refah ve yaşam kalitesine olan olumlu etkisi nedeniyle klinik olarak önemli olabileceğini vurgulamaktadır (13).

Çalışmamızda ulaşılan sonuçlara göre, yaşam kalitesi alanlarından PD ile ilişkisi en güçlü olanlar enerji, mental sağlık, genel sağlık ve sosyal işlevsellik alanlarıdır. Psikolojik dayanıklılık kavramına ait tanımlamalarda, sahip olunan bir özellik olarak dayanıklı olmanın, kişinin fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı kalmasını sağladığı belirtilmiştir (65). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerin olumsuz bir olayla veya bir stresörle karşılaştığında içsel enerjilerini, canlılıklarını nispeten koruyabilecekleri varsayılabilir. Buna göre de PD düzeyleri yüksek olanların yaşam kalitesine ait enerji alanından yüksek puanlar alması beklenebilir. Psikolojik

dayanıklılığı yüksek bireylerin olumsuzluklarla mücadele etme konusunda daha başarılı olması, genel sağlıklarına ilişkin olarak da kendilerini iyi hissetmelerini sağlamış olabilir. Buradan yola çıkılarak genel sağlık alanından alınan puanların PD düzeyleriyle pozitif yönde ilişkili olması ön görülebilir. Ayrıca PD, kişinin stres altındaki yaşam koşullarına rağmen, olumsuz bilişlerin üstesinden gelerek stabil ruhsal durumuna geri dönebilme yeteneği olarak da tanımlanmıştır (60). Dolayısıyla PD düzeyi yüksek bireylerin zorlayıcı yaşam olaylarına rağmen ruhsal olarak kendisini iyi hissedebileceği varsayılabilir. Bu varsayımına göre PD düzeyleri arttıkça mental sağlık alanından alınan puanların da artması beklenebilecek nitelikte bir sonuçtur. Psikolojik dayanıklılığa ilişkin ifadelerde kişinin travmatik olaylar sonrasında kısa bir süre geçmiş olmasına rağmen gündelik hayatına devam edebildiği belirtilmiştir (61). Buradan yola çıkılarak PD düzeyleri yüksek kişilerin sosyal işlevselliklerini nispeten devam ettirebildikleri ön görülebilir. Dolayısıyla PD düzeyleriyle sosyal işlevsellik arasında pozitif yönde bir ilişki olması beklenebilir.

#### **5.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi Düzeylerini Öngören Belirteçler**

Yaşam kalitesinin ruhsal bileşen alanlarından genel sağlık, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, sosyal işlevsellik ve enerji için alınan puanları öngörmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Hastalık süresi, PD düzeyi ve OKB şiddetinin yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık alanı ile sosyal işlevsellik alanındaki puanları anlamlı olarak ön görebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Mental sağlık alanı değerlendirildiğinde PD düzeyi ve OKB şiddetinin bu alandaki puanları yordayabilen anlamlı faktörler olduğu bulunmuştur. Emosyonel rol kısıtlılığı alanında alınan puanları anlamlı olarak öngören tek faktörün OKB şiddeti olduğu, enerji alanında ise tek anlamlı ön görücü faktörün belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda, hastalık şiddetinin yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık ve fiziksel sağlık alanlarını negatif yönde ön gördüğü bulunmuştur (132). Başka bir çalışmada OKB'de hastalık şiddetinin yaşam kalitesinin bütün alanlarını olumsuz yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (143). Yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada da OKB şiddetinin yaşam kalitesi üzerine

anamlı ön görücü etkisi bulunmuştur (144). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesinin ruhsal bileşenine etki eden faktörlerden birisi hastalık şiddeti olarak bulunmuştur (145). Literatürdeki bu bilgilere paralel olarak çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre de hastalık şiddetinin artması yaşam kalitesine ait genel sağlık, sosyal işlevsellik, mental sağlık ve emosyonel rol kısıtlılığı alanlarından alınan düşük puanları yordamaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta hastalığa ilişkin semptomların şiddetlenmesi hastaların yaşamın birçok alanında zorlanma yaşamalarına neden olabilmektedir. Hastalık şiddetinin artması, günlük hayattaki uğraşlarından geri çekilmelerine, kendilerini sağlıksız ve duygusal olarak yıpranmış hissetmelerine yol açabilmektedir. Dolayısıyla OKB şiddetinin artmasıyla birlikte genel sağlık, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol kısıtlılığı alanlarından düşük puanlar alınması ön görülebilir.

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyal işlevsellik alanına ilişkin semptomların zaman alıcı olabileceği, iş veya akademik başarıyı etkileyebileceği gibi aileyle, arkadaşlarla geçirilen zamanı da etkileyebileceği, böylece kişinin işlevsel ve olumlu sosyal etkileşimlerini sınırlayabileceği düşünülmüştür (146). Çalışmamızda hastalık şiddeti, hastalık süresi ve PD düzeylerinin sosyal işlevsellik alanındaki puanları anlamlı derecede ön görebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastalık semptomlarından dolayı kişinin aile ve iş hayatı etkilenmektedir. Hastalığı sebebiyle bazen hastalığının başkaları tarafından anlaşılacağı kaygısıyla bazen de şikayetlerinin artmasını önlemek için sosyal aktivite ve etkinliklere katılmaktan kaçınabilmektedir. Bunlara bağlı olarak hastalık süresi ve hastalık şiddetinin sosyal işlevsellik üzerine yordayıcı etkisinin olması beklenebilir.

Literatürde bu zamana kadar araştırıldığı kadarıyla OKB hastalarında yaşam kalitesini öngören faktörler değerlendirilirken belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık kavramlarının ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda ulaşılan sonuçlara göre PD düzeyi yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık, mental sağlık ve sosyal işlevsellik üzerinde yordayıcı etkiye sahiptir. Psikolojik olarak dayanıklı bireyler yaşamları boyunca karşılaştıkları zorluklara rağmen ruhsal olarak stabil kalabilmişlerdir. Stresörlere rağmen gündelik ve sosyal hayatlarındaki uğraşlarını sürdürebilmeyi başarmışlardır. Dolayısıyla PD

düzeylerinin artmasının sonucu olarak yaşam kalitesinin genel sağlık, mental sağlık ve sosyal işlevsellik alanlarından daha yüksek puanlar elde edilmesi beklenebilecek özellikte bir sonuçtur.

Çalışmamızdan elde edilen bir başka sonuca göre BT düzeyi yaşam kalitesine ait enerji alanını yordayıcı özellikte tek faktör olarak bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişiler günlük hayatta karşılaşılan belirsizlikler karşısında zorlanma ve bunaltı yaşamaktadır. İçinde buldukları bunaltıyı azaltmak amacıyla belirsizliği ortadan kaldırmak için yoğun çaba sarf etmektedirler. Belirsizlikle yaşamın birçok alanında ve çeşitli zamanlarda sıklıkla karşılaşılması muhtemel olduğu için kişiler süreğen bir şekilde bir mücadele içerisinde kalmaktadır. Bu duruma bağlı olarak da hayatlarında kendilerini genel olarak yorgun, enerjisiz hissetmektedirler. Dolayısıyla BT düzeylerinin artmasıyla kişinin yaşam dolu ve enerjik hissetmesinin azalacağı ön görülebilir.

## 6. GÜÇLÜLÜK VE KISITLILIK

Çalışmanın güçlü yanlarından biri OKB’de belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık faktörlerinin birlikte yaşam kalitesiyle ilişkisini irdeleyen ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca BT ve PD’nin obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yaşam kalitesi üzerine yordayıcı etkisi daha önce değerlendirilmemiş bir konudur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık kavramlarının OKB de dahil olmak üzere ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmesine rağmen, bu kavramların yaşam kalitesi üzerine olan etkileri pek bilinmemektedir. Bu alan üzerine yapılan çalışmalar ve elde edilen sonuçlar psikiyatrik hastalıkların daha iyi anlaşılmasında ve dolayısıyla tedavi sürecinin yönetilmesinde katkı sağlayabilir. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi, çalışma popülasyonunun nispeten büyük bir örnekleme sahip olması da çalışmamızın güçlü yanlarından. Ayrıca majör depresyon ve anksiyete bozukluğunun çalışmamızdan dışlanmış olması, OKB hastalarında yaşam kalitesine ilişkin parametreleri incelerken bu etkenlerin dışında kalan faktörleri değerlendirmemize olanak sağlamaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından birisi kesitsel nitelikte olmasıdır. Tüm parametreler kesitsel olarak değerlendirildiği için değişkenler arasında bir nedensellik ilişkisinden söz edilememektedir. Çalışmamızda büyük oranda öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması verilerin objektifliğini etkilemiş olabilir. OKB grubundaki bireylerin sadece kliniğe başvuran hastalardan oluşması, çalışmanın sonuçlarını tüm OKB hastaları için genelleştirmeyi zorlaştırmaktadır.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ulaşılan sonuçlara göre OKB hastalarında BT ve PD düzeyleri ile yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre önemli derecede etkilendiği bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarını tedavi eden hekimler, hastanın belirsizlikle ilgili inançlarının ve davranışlarının semptomlarındaki iyileşmeyi engelleyebileceğini göz önünde bulundurabilirler. Psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olan OKB hastalarının ise karşılaşılan stresle daha iyi mücadele edebileceği düşünülebilir. Ayrıca hem BT hem de PD düzeylerinin obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yaşam kalitesine ait çeşitli alanları yordayıcı özelliklerinin olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda hastalık semptomlarına yönelik tedavilerin yanı sıra belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık üzerine yoğunlaşan psikoterapötik müdahalelerin de yaşam kalitesini arttırmada önemli etkisinin olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5®)2013.
2. Tükel R, Demet M, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları* (Eds R Tükel, T Alkın). 2006;277:298.
3. Bobes J, González M, Bascaran M, Arango C, Saiz P, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*. 2001;16(4):239-45.
4. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and individual differences*. 1994;17(6):791-802.
5. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*. 2019;55(11):745.
6. Eschleman KJ, Bowling NA, Alarcon GM. A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*. 2010;17(4):277.
7. Group W. *Measuring quality of life*. Geneva: The World Health Organization. 1997:1-13.
8. Killewo J, Heggenhougen K, Quah SR. *Epidemiology and demography in public health*: Academic Press; 2010.
9. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17(2):233-42.
10. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20(2):158-74.
11. Holm SEH, Hansen B, Kvale G, Eilertsen T, Johnsen BH, Hystad SW, et al. Dispositional resilience in treatment-seeking patients with obsessive-compulsive disorder and its association with treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2019;60(3):243-51.
12. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS drugs*. 2013;27:367-83.
13. Bernstein A, Marshall EC, Zvolensky MJ. Multi-method evaluation of distress tolerance measures and construct (s): Concurrent relations to mood and anxiety psychopathology and quality of life. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2011;2(3):386-99.
14. Blackman JS. *Review of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, and Essentials of Psychiatric Diagnosis: Responding to the Challenges of DSM-V*. 2016.
15. Pitman RK. Obsessive-compulsive disorder in Western history. *Current insights in obsessive compulsive disorder*. 1994:3-10.

16. Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive–compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2004;5(4):569-74.
17. Pitman RK, Green RC, Jenike MA, Mesulam M. Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1987.
18. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub. 1952.
19. Akhtar S, Wig N, Varma V, Pcrshad D, Verma S. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1975;127(4):342-8.
20. Dowson J. The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1977;131(1):75-8.
21. Stern R, Cobb J, Marks I, Jones R, Luscombe D. A preliminary report on clinical response and plasma levels of clomipramine and desmethylclomipramine in obsessive-compulsive neurosis. *Postgraduate medical journal*. 1977;53:97-103.
22. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behaviour research and therapy*. 1984;22(5):549-52.
23. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(8):1120-6.
24. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
25. Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Schendel DE, Mortensen PB, Plessen KJ. Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark. *JAMA psychiatry*. 2016;73(3):268-74.
26. Fernández de la Cruz L, Rydell M, Runeson B, D'Onofrio BM, Brander G, Rück C, et al. Suicide in obsessive–compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular psychiatry*. 2017;22(11):1626-32.
27. Alsheikh AM, Alsheikh MM. Obsessive-compulsive disorder with rheumatological and inflammatory diseases: a systematic review. *Cureus*. 2021;13(5).
28. Vardar E. Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Klinik psikofarmakoloji bülteni*. 2000;10(3):153-9.
29. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang K-Y, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(4):358-63.
30. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(2):182-9.

31. Pauls DL, Alsobrook 2nd J, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(1):76-84.
32. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*. 2015;100(5):495-9.
33. Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *American journal of medical genetics*. 1999;88(6):669-75.
34. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1986.
35. Clifford C, Murray R, Fulker D. Genetic and environmental influences on obsessional traits and symptoms. *Psychological Medicine*. 1984;14(4):791-800.
36. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical psychology review*. 2011;31(8):1361-72.
37. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, Allen AJ, Rapoport JL, Dow SP, et al. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(1):110-2.
38. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL, et al. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. *The Lancet*. 1999;354(9185):1153-8.
39. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-Compulsive Disorder. *Anxiety disorders*. 2003:83-93.
40. Freud S. Some thoughts on development and regression: Aetiology. *SE*. 1917;16:339-57.
41. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1978;16(4):233-48.
42. Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, McKay D, McGrath PB, Ciesielski BG. Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: Descriptive tests of incremental specificity. *Behavior Therapy*. 2010;41(4):475-90.
43. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013;46(6):365-76.
44. Berrios GE. *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*: Cambridge University Press; 1996.
45. Cefalu P. The doubting disease: Religious scrupulosity and obsessive-compulsive disorder in historical context. *Journal of Medical Humanities*. 2010;31:111-25.

46. Hollander E, Kim S, Khanna S, Pallanti S. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. *CNS spectrums*. 2007;12(S3):5-13.
47. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*. 2017;76:79-86.
48. Drubach DA. Obsessive-compulsive disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2015;21(3):783-8.
49. Richter PM, Ramos RT. Obsessive-compulsive disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2018;24(3):828-44.
50. Uzun Ç. Klinik Olmayan Bir Örnekte Aleksitimi, Bağlan-ma Stilleri Ve Obsesif Kompulsif Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*. 2016.
51. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert review of neurotherapeutics*. 2012;12(8):937-47.
52. Wever M, Smeets P, Sternheim L. Neural correlates of intolerance of uncertainty in clinical disorders. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2015;27(4):345-53.
53. Bottesi G, Marchetti I, Sica C, Ghisi M. What is the internal structure of intolerance of uncertainty? A network analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;75:102293.
54. GEÇGİN FM, SAHRANÇ Ü. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki The Relationships between Intolerance of Uncertainty and Psychological Well-Being.
55. Sanchez AL, Kendall PC, Comer JS. Evaluating the intergenerational link between maternal and child intolerance of uncertainty: A preliminary cross-sectional examination. *Cognitive therapy and research*. 2016;40:532-9.
56. White RG, Gumley AI. Postpsychotic posttraumatic stress disorder: associations with fear of recurrence and intolerance of uncertainty. *The Journal of nervous and mental disease*. 2009;197(11):841-9.
57. Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, Rector NA. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*. 2015;33:8-14.
58. Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive behaviour therapy*. 2014;43(2):133-44.
59. Edward KI, Welch A, Chater K. The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(3):587-95.

60. Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, et al. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub*. 2020;32(Suppl 2):226-32. Epub 2020/09/25. PubMed PMID: 32970640.
61. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7:511-35.
62. Tümlü GÜ, Recepoglu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. 2013(3):205-13.
63. Werner EE. Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. 1982.
64. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000;71(3):543-62.
65. Ungar M. Resilience across cultures. *The British Journal of Social Work*. 2008;38(2):218-35.
66. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2007;3(28):113-28.
67. Basim HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(2):104-14.
68. Andresen EM, Meyers AR. Health-related quality of life outcomes measures. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2000;81:S30-S45.
69. (WHO) WHO. World Health Statistics 2013. 2013.
70. Prutkin JM, Feinstein AR. A history of quality of life measurements. 2002.
71. Nazmi B, ÖZCEBE L, VAİZOĞLU S, ASLAN D, Nüket S, Telatar G. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF 36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2005;25(5).
72. Akyol AD. YAŞAM KALİTESİ VE YAKLAŞIMLARI. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1993;9(2):75-80.
73. Ö. A. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Yaşam Kalitesi. Serisi TK, editor2006.
74. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological review*. 1943;50(4):370.
75. Maslow A. *Motivation and personality*. New York, NY: Longman. 1970.
76. Evinç ST, Yavuzçehre PS. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*. 2008.
77. Aghaei A, Khayyamnekouei Z, Yousefy A. General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;84:569-73.

78. Tüzün E, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum. 2003;13(2):3-8.
79. Keskinoglu P. Yaşam kalitesini etkileyen nedenler. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresinde sunuldu, İzmir. 2010.
80. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. 2009.
81. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. American Journal of Psychiatry. 2000;157(5):669-82.
82. Framework IC. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Med Care. 1992;30(6):473-83.
83. Group W. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health. 1994;23(3):24-56.
84. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine. 1998;46(12):1569-85.
85. Group TE. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health policy. 1990;16(3):199-208.
86. Albrecht GL, Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research. Advances in medical sociology. 1994;5:1-21.
87. Malm U, May PR, Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. Schizophrenia Bulletin. 1981;7(3):477.
88. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and program planning. 1982;5(1):69-79.
89. Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. Innovative approaches to mental health evaluation: Elsevier; 1982. p. 345-66.
90. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. The American journal of psychiatry. 1982;139(10):1271-6.
91. MC A. Kilian R. Theoretical models of quality of life in mental disorders. Katschnig H Freeman H Sartorius N (eds) Quality of Life in Mental Disorders Chichester: Wiley. 1997:19-30.
92. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Current opinion in Psychiatry. 1997;10(5):337-45.
93. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. Social science & medicine. 1994;39(2):155-64.
94. Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. The Journal of nervous and mental disease. 1995;183(5):281-5.

95. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(1):42-6.
96. Pukrop R, Schlaak V, Möller-Leimkühler AM, Albus M, Czernik A, Klosterkötter J, et al. Reliability and validity of Quality of Life assessed by the Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Research*. 2003;119(1-2):63-79.
97. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry research*. 2004;129(2):141-7.
98. Örsel S, Akdemir A, Dağ İ. The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(1):57-61.
99. Ritsner M, Kurs R, Ratner Y, Gibel A. Condensed version of the Quality of Life Scale for schizophrenia for use in outcome studies. *Psychiatry research*. 2005;135(1):65-75.
100. Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Ratner Y, Endicott J. Validity of an abbreviated quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research*. 2005;14:1693-703.
101. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2007;33(5):1225-37.
102. Vatne S, Bjørkly S. Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies: A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(5):869-89.
103. Hollingshead AB. Hollingshead two factor index of social position 1957. 1991.
104. Hollingshead AB. Commentary on the indiscriminate state of social class measurement. *Soc F*. 1970;49:563.
105. Green LW. Manual for scoring socioeconomic status for research on health behavior. *Public health reports*. 1970;85(9):815.
106. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(8):931-45.
107. Sari S, Dağ İ. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(4):261-70.
108. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*. 2003;12(2):65-76.

109. Basim HN, Cetin F. The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(2):104.
110. Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*: Open University Press Milton Keynes; 1991.
111. Keller SD, Bayliss MS, Ware Jr JE, Hsu M-A, Damiano AM, Goss TF. Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health services research.* 1997;32(3):367.
112. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. Kısa Form-36 (SF-36) nm Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışma Özet Kitabı Kültür S, Küey L Editör (ed), İzmir Güneş Ofset. 1998:290-1.
113. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry.* 1989;46(11):1006-11.
114. Storch EA, De Nadai AS, Do Rosário MC, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, et al. Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry.* 2015;63:30-5.
115. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology.* 1959.
116. YAZICI MK, DEMİR B, TANRIVERDİ N, KARAAĞAOĞLU E, YOLAÇ P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1998;9(2):114-7.
117. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry.* 1988;45(8):742-7.
118. Akdemir A, ÖRSEL DS, DAĞ İ, TÜRKÇAPAR MH, İŞCAN N, ÖZBAY H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi.* 1996;4(4):251-9.
119. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Correlation: A measure of relationship. *Applied statistics for the behavioral sciences.* 2003:120-1.
120. Ware JE. *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual.* (No Title). 1994.
121. Veale D. Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in psychiatric treatment.* 2007;13(6):438-46.
122. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*: Guilford Press; 2006.
123. Stern ER, Welsh RC, Gonzalez R, Fitzgerald KD, Abelson JL, Taylor SF. Subjective uncertainty and limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder. *Human brain mapping.* 2013;34(8):1956-70.
124. Pinciotti CM, Riemann BC, Abramowitz JS. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *Journal of Anxiety Disorders.* 2021;81:102417.

125. Carr AT. Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological bulletin*. 1974;81(5):311.
126. Guidano VF, Liotti G, Mahoney MJ. *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. (No Title). 1983.
127. Hezel DM, Riemann BC, McNally RJ. Emotional distress and pain tolerance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;43(4):981-7.
128. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18(4):314-21.
129. Öztürk MOU, Aylin. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 2014:367.
130. Rodriguez-Salgado B, Dolengevich-Segal H, Arrojo-Romero M, Castelli-Candia P, Navio-Acosta M, Perez-Rodriguez MM, et al. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC psychiatry*. 2006;6(1):1-7.
131. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşk R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(2):99-108.
132. Hou S-Y, Yen C-F, Huang M-F, Wang P-W, Yeh Y-C. Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2010;26(8):397-407.
133. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1996.
134. Wheaton MG, Ward HE. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2020;11(5):357.
135. Gibson B, Rosser BA, Schneider J, Forshaw MJ. The role of uncertainty intolerance in adjusting to long-term physical health conditions: A systematic review. *PLoS One*. 2023;18(6):e0286198.
136. Sonido MT, Hwang YI, Srasuebkul P, Trollor JN, Arnold SR. Predictors of the quality of life of informal carers of adults on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022:1-18.
137. Garner LE, Van Kirk N, Tiffet ED, Kropfing JW, Mathes BM, Fraire M, et al. Validation of the distress tolerance scale-short form in obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*. 2018;74(6):916-25.
138. Calvete E, Las Hayas C, Del Barrio AG. Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders. *Psychiatry Research*. 2018;259:470-5.
139. Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, et al. Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophrenia Research*. 2016;175(1-3):148-53.

140. Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C, et al. Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;134(4):360-7.
141. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2018;238:399-404.
142. Chuang SP, Wu JYW, Wang CS. Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2023:507-14.
143. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(4):270-5.
144. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(6):1171-8.
145. Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2010;51(2):193-200.
146. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2000;14(1):19-30.

## 9. EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onay Formu



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/394-466 27.07.2022

**Sayın Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN**

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesiyle ilişkisi başlıklı OMÜ KA EK 2022/293 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 08.06.2022 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

## HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### ARAŞTIRMANIN ADI ( ÇALIŞMANIN AÇIK ADI ):

Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesiyle İlişkisi

### Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu çalışma, obsesif kompulsif bozuklukta belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

### BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığımız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

### ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

Obsesif kompulsif bozukluk; zorla, istenmeden gelen, bunalıya neden olan obsesyonlarla ve kişinin katı kurallara göre yapmaya zorlanmış hissettiği, kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranışlar olan kompulsiyonlardan oluşmaktadır. Genellikle geç ergenlik/erişkinlik dönemlerinde başlamaktadır ve ciddi anlamda tüm işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olabilir. Ayrıca topluma maliyeti yüksek önemli hastalıklardan biridir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kişinin belirsizlik karşısında önyargılı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini içerir. Psikolojik dayanıklılık ise hayat zorlukları, travma, trajedi, tehdit ve stres karşısında uyum sağlayabilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma, obsesif kompulsif

bozukluk tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşam kalitesiyle ilişkilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

### **CALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikli olarak psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı anket formlarını doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki veya risk söz konusu değildir.

### **BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?**

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?**

Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

### **CALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)**

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşam kalitesiyle ilişkilerini değerlendirmemize ve dolayısıyla tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.

### **GÖNÜLLÜ KATILIM**

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabileceğim bilincindeyim.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek yada sizden para talep edilmeyecektir.

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

Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dâhil, hiçbir aşamada sizin isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayımlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, çalışma verilerinizi artık kullanılmayacak ya da diğer kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:**

Ad, soyad ve telefon numaraları

Dr. Ahmet UZUN

Tel: 0362 312 1919-2632

**CALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:** Varsa açıklayınız

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

**YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR**

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

**Çalışmaya Katılma Onayı**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

**EK-3: Sosyodemografik Veri Formu**

**Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

**Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:** ( ) Erkek ( ) Kadın

**Medeni durum:** ( ) Bekar ( ) Evli

**Eğitim süresi:** ..... yıl

**Yaşam şekli:** ( ) Yalnız ( ) Biriyle birlikte (aile, arkadaş)

**Çalışma durumu:** ( ) Çalışmıyor ( ) Çalışıyor; çalışıyor ise meslek  
.....

**Hastalık süresi:** ..... yıl

**Daha önce psikiyatri başvurusu var mı:** ( ) Yok ( ) Var

**Halen psikiyatrik bir tedavi alıyor mu:** ( ) Hayır ( ) Evet

**Alıyorsa hangi tedavi:** .....

**Ailede ruhsal hastalık öyküsü var mı:** ( ) Yok ( ) Var

**Varsa hangi hastalık:** .....

**İntihar girişimi:** ( ) Yok ( ) Var

**Psikiyatri servisinde yatış:** ( ) Yok ( ) Var

**Varsa kaç kez:** .....

#### EK-4: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz

1	2	3	4	5
Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni Kısmen Tanımlıyor		Beni Tam Olarak Tanımlıyor
1. Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor.				1.....2.....3.....4.....5
2. Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir.				1.....2.....3.....4.....5
3. Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor.				1.....2.....3.....4.....5
4. Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur.				1.....2.....3.....4.....5
5. Yarı ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz.				1.....2.....3.....4.....5
6. Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor.				1.....2.....3.....4.....5
7. Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor.				1.....2.....3.....4.....5
8. İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor.				1.....2.....3.....4.....5
9. Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor.				1.....2.....3.....4.....5
10. Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufaklık bir durum her şeyi bozabilir.				1.....2.....3.....4.....5

- 
11. Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor. 1.....2.....3.....4.....5
12. Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösterir. 1.....2.....3.....4.....5
13. Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum. 1.....2.....3.....4.....5
14. Emin olamadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum. 1.....2.....3.....4.....5
15. Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözüküyorlar. 1.....2.....3.....4.....5
16. Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor. 1.....2.....3.....4.....5
17. Geleceğin benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim. 1.....2.....3.....4.....5
18. Beklenmedik olaylara katlanamıyorum. 1.....2.....3.....4.....5
19. En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor. 1.....2.....3.....4.....5
20. Her şeyi önceden organize edebilmeliyim. 1.....2.....3.....4.....5
21. Emin olamamam, güvensiz olduğum anlama gelir. 1.....2.....3.....4.....5
22. Başkalarının kendi gelecekllerinden eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir. 1.....2.....3.....4.....5
23. Belirsizlik derin uyumamı engelliyor. 1.....2.....3.....4.....5
24. Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım. 1.....2.....3.....4.....5
25. Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor. 1.....2.....3.....4.....5
26. Geleceğimle ilgili kararız olmaya katlanamıyorum. 1.....2.....3.....4.....5



### Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başta çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

## EK-6: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)

### SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: \_\_\_\_\_

Hasta # \_\_\_\_\_

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

### SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Öne eğilme, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)İki kilometreden çok yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

*Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.*

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamımızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer yaptığımız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çalışma yaşamımızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

*Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.*

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamımızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığımız veya duygusal sorunlarımız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

*Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

- Hiç etkilemedi
- Çok az
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

*Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

Hiç olmadı

Çok az

Az

Orta derecede

Çok

Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

*Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

Hiç etkilemedi

Biraz etkiledi

Orta derecede etkiledi

Epey etkiledi

Çok etkiledi

### **GENEL SAĞLIK**

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

*Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.*

	Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c>Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d>Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ***DUYGULARINIZ***

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Çok sınırlı biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Sağlığımız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorum:

**EK-7: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

**YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ  
(Y-BOCS)**

		<b>Puan</b>
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	<input type="checkbox"/>
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	<input type="checkbox"/>
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	<input type="checkbox"/>
12. KAÇINMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	<input type="checkbox"/>
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	<input type="checkbox"/>
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	<input type="checkbox"/>
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM PUAN</b>		.....

## EK-8: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

### HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

#### Birini İşaretleyin

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleme, irritabilite.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAC: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duygusu.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kıvrma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:

SOMATİK

(1,2,3,5,6)

(4,7,8,9,10,11,12,13)

**Değerlendiren Dr:**

**EK-9: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği**

		<b>Puan</b>
<b>1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>3. GENİTAL SEMPTOMLAR</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>5. KİLO KAYBI</b>		
<b>A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN</b>	(1-4)	<input type="checkbox"/>
<b>B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ</b>	(1-4)	<input type="checkbox"/>
<b>6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>7. UYKUSUZLUK (ORTA)</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>8. UYKUSUZLUK (GEÇ)</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>10. SUÇLULUK DUYGULARI</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>11. İNTİHAR</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>12. PSİŞİK KAYGI</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>13. SOMATİK KAYGI</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>14. HİPOKONDİRİ</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>15. İÇGÖRÜ</b>	(1-3)	<input type="checkbox"/>
<b>16. YAVAŞLAMA</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>17. AJİTASYON</b>	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM</b>		.....

## EK-10: Turnitin Orijinallik Raporu

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN YAŞAM KALİTESİYLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU			
%	<b>14</b>	%	<b>12</b>
BENZERLİK ENDEKSİ		İNTERNET KAYNAKLARI	
		YAYINLAR	%
			<b>3</b>
		ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ	%
			<b>8</b>
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
<b>1</b>	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a>	İnternet Kaynağı	%
			<b>4</b>
<b>2</b>	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Öğrenci Ödevi	%
			<b>3</b>
<b>3</b>	<a href="http://bmcurol.biomedcentral.com">bmcurol.biomedcentral.com</a>	İnternet Kaynağı	%
			<b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://aytulgurbuztukel.com">aytulgurbuztukel.com</a>	İnternet Kaynağı	%
			<b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://libratez.cu.edu.tr">libratez.cu.edu.tr</a>	İnternet Kaynağı	%
			<b>1</b>
<b>6</b>	Submitted to Marmara University	Öğrenci Ödevi	%
			<b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a>	İnternet Kaynağı	%
			<b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University	Öğrenci Ödevi	<%
			<b>1</b>
<b>9</b>	<a href="http://acikerisim.uludag.edu.tr">acikerisim.uludag.edu.tr</a>	İnternet Kaynağı	<%
			<b>1</b>