



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OKB TANISI ALAN HASTALARIN EŞLERİ
ÜZERİNDEKİ YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

BEMAL GENÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OKB TANISI ALAN HASTALARIN EŞLERİ
ÜZERİNDEKİ YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

BEMAL GENÇ

20155270

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŐMANI

Doç. Dr. İREM ERDEM ATAK

LEFKOŞA

2018

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih:

İmza:

Ad, Soyad:

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren saygı değer Doç. Dr. İrem Erdem ATAK 'a katkılarından dolayı ve engin tecrübeleriyle yolumuzu aydınlattıkları için teşekkür ederim. Bu çalışma süresince bize desteklerini esirgemeyen çok değerli psikoloji bölüm başkanımız Prof. Dr. Ebru ÇAKICI 'ya müteşekkirim. Her konuda bize yardımcı olmaktan kaçınmayan saygı değer Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI ' ya azim ve sabırlarından ve desteklerinden dolayı şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmamda beni yalnız bırakmayan her konuda danışmaktan onur ve gurur duyduğum kadim arkadaşlarım Sadık AYTEKİN , Emre GENÇ'e her daim bana verdiği destekleri için can-ı gönülden teşekkür ederim.

Bir diğer taraftan maddi manevi tüm desteklerini benden esirgemeyen Av. Serhat YÜZER 'e Sedat YILDIRIM 'a ve son olarak Murat ULUDİL'e çok teşekkür ederim.

Ayrıca lisans ve yüksek lisans süresince bana hep destek olan , hep çabalayıp beni bu yaşıma getiren çok değerli Aileme sonsuz teşekkür ederim. Anket çalışmalarımda bana yardımcı olan hasta ve hasta eşlerinin her birine müteşekkirim olduğumu ifade etmek isterim.

BEMAL GENÇ

ÖZ

OKB TANISI ALAN HASTALARIN EŞLERİ ÜZERİNDEKİ YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada, Bitlis'teki Devlet Hastanelerinde Obsesif kompulsif (OKB) tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu Türkiye Cumhuriyeti'nde bulunan Bitlis Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet hastanesinde OKB tanısı almış 40 hasta ve bu hastaların eşleri oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında iki farklı anket formu kullanılmıştır. Hastalara yöneltilen anket formu Kişisel Bilgiler Formu ve Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği kullanılmıştır. Eşlere yöneltilen anket formunda ise Kişisel Bilgiler Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların obsesyon puanları ile Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ile Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunduğu saptanmıştır. Buna göre hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları arttıkça, Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmakta, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar ise artmaktadır. Buna göre hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları arttıkça, Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmakta, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar ise artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: OKB, aile, yük, yaşam kalite

ABSTRACT

THE RESEARCH ABOUT THE BURDEN AND EFFECTS OF THE PATIENTS WITH OCD ON THEIR SPOUSE'S LIFE QUALITY

In this research, the main aim is to analyse the burden and effects of the patients with OCD in Bitlis State Hospital on their Spouse's Life Quality. The working party consists of 40 patients with OCD and their spouses in Bitlis State Hospital and Bitlis Tatvan State Hospital in Turkish Republic. Two different forms of questionnaire were used in gathering data. Those are personal data forms about patients and Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. The questionnaire forms directed to spouses are personal data form, Life Quality Scale (SF-36) and Zarit Bakıcı Burden Scale. It was determined that there were meaningful statistical correlations between the obsession score of patients in scope of research with the score of Physical Role Complication in Spouses' Life Quality Scale, Emotional Role Complication, Social Functionality sub-dimensions and Zarit Bakıcı Burden Scale. It was determined that there were meaningful statistical correlations between The Yale-Brown Obsession Compulsion score of patients in scope of research with the score of Physical Role Complication, Emotional Role Complication, Social Functionality sub-dimensions in Spouses' Life Quality Scale, and Zarit Bakıcı Burden Scale. Accordingly, the score of patients in Yale-Brown Obsession Compulsion gets the more whereas the the score of Physical Role Complication, Emotional Role Complication, Social Functionality sub-dimensions in Spouses' Life Quality Scale gets less but also the score in Zarit Bakıcı Burden Scale gets more.

KeyWords: OCD, burden, quality of life

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	I
BİLDİRİM	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZ	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO DİZİNİ	VIII
KISALTMALAR	X
1.BÖLÜM	
GİRİŞ	1
2.BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	3
2.1.Tanım ve Klinik özellikleri	3
2.2. Okb'nin Tarihçesi	4
2.3.Obsesyon tipleri	4
2.4.Kompulsiyon tipleri	4
2.5. DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri	4
2.6. Epidemiyoloji	5
2.7. Etiyoloji	6
2.7.1 Psikodinamik Etkenler	6
2.7.2. Bilişsel Davranışçı Etkenler	7
2.7.3. Biyolojik etkenler	7
2.8. Sınırlılıklar	8

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM9

3.1. Araştırmanın Modeli.....9

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem (Çalışma Grubu).....9

3.3. Veri Toplama Araçları.....9

3.3.1. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği.....9

3.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....10

3.3.3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği.....10

3.4. Verilerin Toplanması.....11

3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....11

4.BÖLÜM

BULGULAR.....13

5.BÖLÜM

TARTIŞMA.....34

6.BÖLÜM

SONUÇ37

6.1.ÖNERİLER.....37

KAYNAKÇA.....38

EKLER.....44

ÖZGEÇMİŞ

İNTİHAL RAPORU

ETİK KURULU ONAYI

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	13
Tablo 2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı.....	14
Tablo 3. Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler.....	15
Tablo 4. Hastaların yaş gruplarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	16
Tablo 5. Hastaların eğitim durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	16
Tablo 6. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	17
Tablo 7. Hastaların çalışma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	18
Tablo 8. Hastaların belirtilerin başlama zamanı üzerinden geçen sürelerine göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	19
Tablo 9. Hastaların ilaç kullanma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	20
Tablo 10. Eşlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	21
Tablo 11. Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler.....	22
Tablo 12. Eşlerin yaş gruplarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	23
Tablo 13. Eşlerin öğrenim durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	25
Tablo 14. Eşlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	26

Tablo 15. Eşlerin aylık gelirlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....28

Tablo 16. Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar.....30

Tablo 17. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar.....32

KISALTMALAR

OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ECA:	Epidemiologic Catchment Area
DEK:	Düşence – eylem kaynaşması
SF-36:	Yaşam Kalitesi Ölçeği
YBOKÖ:	Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü

1.BÖLÜM

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), temel özelliği obsesyonel düşünceler ve kompulsif eylemler olan ruhsal bir bozukluktur (Köroğlu E (ed.); 2007). Obsesyonlar (takıntı, saplantı, vesvese) yineleyici, istem dışı, sıkıntı verici ve genellikle kişinin benliğine aykırı (ego distonik) olduğu için kişinin zihninden uzaklaştırmak istediği fakat bir türlü uzaklaştıramadığı (aksine zihnini daha da sık meşgul eder) her türlü düşünce, düşünem veya dürtülere denir.Kompulsiyonlar (zorlantı) ise obsesyonların yarattığı sıkıntı hissini gidermek için yapılan her türlü eylem veya düşünceye denir (Amerikan Psikiyatri Birliği , 2013).

Yaşam boyu % 0,8-3,2 prevalansı ile toplumda yaygın görülür (Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G , 1998). Kişinin sosyal ilişkilerini, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu rahatsızlık, yalnızca kişiyi değil birlikte yaşadığı aile bireylerini kesinlikle etkilemektedir (Stein DJ, Roberts M, Hollander E , 1996). OKB Kişinin sosyal ilişkilerini günlük hayatı, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Özellikle hastaya en yakın kişi olan eşi direk olarak hem maruz kalıyor hem de fazlasıyla etkilendiğini söyleyebiliriz. OKB hastalığının klinik özelliklerinden dolayı hasta yakınları günlük aktivitelerini tümüyle değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Hastanın şüphe obsesyonları, kararsızlığı, güven arama davranışı, kaçınma davranışları ile aile bireyelerine aşırı bağımlılık ile sonuçlanabilir. Bununla birlikte hastanın birçok günlük yaşam aktivitesi, görev ve sorumluluklarını hastanın eşi yüklenbilir.Eşi hastanın hastalıkla ilgili

ihtiyaçlarını karşılamak büyük bir yük almakla beraber hastanın anksiyetesini azaltıyor fakat hasta, hastalığın gidişini kötüleştirmekte, aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir (Laidlaw TM 1999) – (Ferrao YA , 2006). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda bu alanda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalarda yaşam kalitesinin hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisine ait bilgiler ise sınırlıdır (Schneider1997, Koran ve ark. 1996). Tanı konulan hastanın, eşi direk maruz kaldığından dolayı en sık karşılaştıkları güçlükler aile içi çatışma, depresyon, tükenmişlik, öfke, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde güçlüklerdir(Gupta M, ve Giridhar C,1991); (Black DW ve Gaffney G, J.1998).

OKB inatçı bir hastalık olduğu gibi birlikte hastanın eşi bu durumu kabullenmeli ve hastalık seyrinde hastaya destek olması gerekmekte ve bu hastalığı birlikte atlatmak gerekmektedir. Bu bile eşi yaşam kalitesinin etkilenmesinde bir etken olabilir. Çünkü devamlı hasta ile ilgilenmesi kendi sosyal aktivitelerinden geri kalması ve yeterince üstüne yk binmesi gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de yapılan ilk alışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı iek (2011) tarafından obsesif kompulsif hasta yakınlarında aile üzerindeki yükü yaşam kalitesi ve psikiyatrik bozuklukların değerlendirmesi şeklinde olmuştur.

Bu alışmada, Bitlis Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet hastanesinde Obsesif kompulsif (OKB) tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma grubu, Bitlis Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet hastanesinde OKB tanısı almış hasta ve hastanın eşleri oluşturmaktadır. Bu çalışmanın yapılış amacı hastaların kendine en yakın kişi olan eşlerini hem maddi hem de manevi bir şekilde nasıl etkilediği hayat kalitesini günlük yaşamını ve üzerindeki etkisinin nasıl olacağı konusunda daha iyi bilgi edinmek için bu çalışma yürütülmüştür.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1.Tanım ve Klinik özellikleri:

Obsesyonlar kişinin istem dışı ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, kaygıyı ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Obsesyonlar kişinin benliğine yabancı olup kendi denetiminde değildir. Kişi obsesyonları zihninin bir ürünü olarak görüp bastırmaya veya önem vermemeye çalışır (Işık E, Işık Taner Y. 2006).

Kompulsiyonlar ise kişinin, obsesyonlarına cevap olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden kaygıyı gidermek, korku yaratan bir durumu önlemek yada kurtulmak için yapılır. Haz alma ya da doyum sağlama amacı yoktur. Bazen hastalar sebebini bilmeden kendilerinin oluşturduğu belli kurallara göre yapılan eylemleri yerine getirirler. OKB tanısı konulabilmesi için, obsesyon ve/veya kompulsiyonların kişide belirgin sıkıntıya neden olması, önemli zaman kaybına yol açması ya da kişinin günlük işlerini etkileyip, toplumsal ve mesleki işlevselliği bozması gerekir. Bir çok insanın zihnine kısa süreli, aklına daha az yabancı, kolayca uzaklaştırılan, kişide belirgin sıkıntıya yol açmayan obsesyonel doğada düşünceler gelmekte, fakat bu düşünceler önemli nötralizasyon çabası gerektirmemektedir (J Clin Psychiatry 1990). Bu yüzden her obsesyon ve/veya kompulsiyonu olan bireye OKB tanısı konulamaz.

2.2 OKB'nin Tarihçesi :

Genellikle obsesyon ve kompulsiyonların oluşumu üç yüzyıl zaman diliminde bilinen hastalık bir çok araştırmacı tarafından bir çok isimle adlandırılmıştır. Bu kişilerler den en önemlisi 1838'de Esquirol'un dile getirdiği ettiği monomaniler ve içgörülü delilik (Steketee, 1993), 1864'te Falret'nin dile getirdiği folie de doute (tereddüt manisi/deliliği; Solyom ve ark., 1985), obsesif kompulsif nevroz (Fenichel, 1945) en son olarak günümüzde de kullanım ismi ile OKB'olmuştur.

Obsesif kompulsif klasik anlamda Freud'un (1957) terimi kullandığı şekliyle nevrotik olarak isimlendirse de erken dönemlerdeki tanımlar bu semptomların psikotik durumlarla yakın bağlantılardan olduğu şeklindedir. Obsesif kompulsif nevrozun en ayrıntılı şekilde tanımını yapanlardan biri ise Westphal (1871) bu hastalığın psikozla benzerliklerini vurgulamıştır.

2.3. Obsesif Tipleri: Saldırganlık, Kirlenme/Bulaşma, Kuşku, Cinsel, Simetri/Düzenleme Dinsel , Somatik Obsesyonlar

2.4. Kompulsif Tipleri: Temizleme, Kontrol Etme, Düzenleme, Tekrarlama, Sayma Diğer: Kompulsiyonlar: Dokunma , İstifleme Kompulsiyonları

2.5. DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma,kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar yada zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

2.6. Epidemiyoloji

Hastalığı kabullenmedeki güçlükler ve belirtilerin hafif seyretmesi gibi nedenlerle hastaların doktora başvurma oranlarının düşük olması OKB 'nin sıklığını ve yaygınlığını saptamada zorluk oluşturmaktadır. OKB 1980'li yıllara kadar nadir rastlanan bir hastalık olarak düşünölmüştür. Oysa ki Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1980-1988 yılları arasında yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında (Epidemiologic Cathcement Area, ECA) OKB fobiler, madde kullanım bozuklukları ve major depresyondan sonra dördüncü sık görölen psikiyatrik bozukluk olarak saptanmıştır. Bu çalışmada OKB 'nin bir yıllık yaygınlığı %1.6, yaşam boyu yaygınlığı ise %2.5 bulunmuştur (Karno M, Golding JM, 1988, (Weissman MM, Bland RCr.J Clin Psychiatry 1994). Yapılan çalışmalarda ABD dışında OKB yaygınlığı araştırmak için dört kıtada yapılan çalışmada %0.7 oranına sahip Taiwan dışarıda bırakılınca OKB'nin yaygınlığının %2 olduğu görölmüştür. Bu çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %0.5-2.5, kadınlarda %0.9-3.4 olarak tespit edilmiştir (Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, 1994). Türkiye'de ise yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2–3.7 oranında olduğu tespit edilmiştir (Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, 2004 , Deniz F. 2005).

Yapılan çalışmalara göre OKB kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir (Cho MJ, Kim JK 2007) , (Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S 2006). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da OKB'nin kadınlarda daha sık olduğu gösterilmiştir (Eğrilmez A, Gülseren L 1997). OKB çocuklukta, ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlamaktadır (Aslan H, Ünal M. 1995). Ortalama başlangıç yaşı 21 ile 35 arası oldukça geniş bir aralıkta seyretmektedir. Ancak, vakaların çoğu (%65) 25 yaşından önce başlarken; küçük bir oranı (%5) 15 , (%30) 40 yaşından sonra başlamaktadır (Samuels J, Nestadt G 1997). Hastalık kadınlarda erkeklerden daha geç yaşta başlamaktadır (Rasmussen SA, Eisen JL 1990).

2.7. Etiyoloji

2.7.1 Psikodinamik Etkenler

OKB ile ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud tarafından geliştirilmiştir. Freud, obsesif kompulsif bozukluğun kişinin ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki psikoseksüel gelişim dönemi olan anal döneme gerilemesi sonucu oluştuğunu bildirmiştir (Tükel R, Demet MM 2006). Anal dönemde fiksasyon yaşayan ve Ödipal dönemdeki dürtülerden kaçıp anal döneme gerilemiş olan hasta burada da kendisini anal-sadistik dürtülerin rahatsız ettiğini görür. Obsesif kişilikte anal döneme özgü kirlilik, karşıtçılık, saldırganlık, inatçılık eğilimleri kişide bunaltıya neden olur (Şahin AR, Böke Ö. 2007).

Obsesif kişilikte anal döneme özgü mükemmeliyetçi kişilik yapısı, kirlilik, karşıtçılık, saldırganlık, inatçılık eğilimleri kişide bunaltıya neden olur. Bunun neden olduğu bunaltıyı ise karşıt tepki kurma, yalıtma, yapma-bozma ve yer değiştirme savunma mekanizmaları ile gidermeye çalışır (Öztürk MO 2002). Obsesyon ve kompulsyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu, üst benliğin (süperego) dürtülere karşı tehditlerini ya da üst benlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir.

2.7.2. Bilişsel Davranışçı Etkenler

Çoğu insanın zihnine geçici sıkıntıya neden olabilecek türden, istemsiz düşünceler ve imgeler gelebilmektedir. Bu düşünceler ve imgeler insanların %90'ını etkiler (Rachman S, De Silva P 1978). Bilişsel teoriye göre klinik obsesyonlar ile zorlayıcı düşünceler arasındaki farkın, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil obsesif hastaların zorlayıcı düşünceleri yanlış yorumlamaları ve aşırı değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır (Rachman S 1997).

İlk başlarda kolaylıkla zihinden atılabilen ve klinik açıdan anlamı olmayan bu düşünce ve zihinsel uğraşların daha sonraları nasıl klinik önemi olan obsesyonlara dönüştüğü ile ilgili iki farklı varsayım öne sürülmüştür. Bunlardan birincisi kişinin düşüncelerinin sonuçları ve önemi hakkında aşırı değerlendirme eğilimini yansıtan düşünce-eylem kaynaşması (DEK) teorisidir (Shafran R, Thordarson DS, Rachman S 1996). ikincisi ise istenmeyen düşünceleri “bilinçli bastırma” çabalarının obsesyonları arttırdığı görüşüdür (Wegner DM, Zanakos S. 1994). Bilişsel kaçınma stratejilerden biri olan düşünce bastırma, paradoksal bir etki ile kişinin sahip olmayı istemediği, benliğine yabancı olarak algıladığı düşünce ya da hayalleri daha da güçlendirmektedir (Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Kara H, 2004). Sonuçta obsesyonlar bu istenmeyen düşüncelerin sıklığının ve yoğunluğunun artması ile oluşmaktadır (Rassin E, Muris P, Schmidt H, Merckelbach H,2000).

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

2.7.3. Biyolojik etkenler

Aile, ikiz, ayrışım çözümlenmesi araştırmaları ve moleküler genetik çalışmalar OKB'de genetik geçisin rolü olduğunu göstermektedir. Genetikle ilgili ilk

çalışmalar 1930'lu yıllarda başlamış son yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte OKB'nin genetik temeliyle ilgili bilgiler giderek artmıştır (Pauls DL, 1995).

Aile çalışmalarında genetik geçişin önemli rol oynadığını gösteren çalışmalar (Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N, 2006) , olduğu gibi bunun tersini gösteren çalışmalarda vardır (McKeon P, Murray R, 1987). Aile çalışmalarında OKB hastalarının yakınlarında bozukluktan etkilenme oranı %35 olarak bulunmuştur. (Pauls DL 1992). Pauls ve ark.nın yaptığı çalışma 100 OKB hastası ile 100 kontrol grubunun birinci derece yakınlarını içeren çalışmalarında, OKB'li hastaların yakınlarında OKB % 18.2, kontrol grubunun yakınlarında ise OKB'yi %3.9 bulmuşlardır. Yapılan diğer bir çalışmada ise OKB'li hastaların yakınlarında OKB %11.7, kontrol grubunun yakınlarında OKB ise %2.7 bulunmuştur (Pauls DL,1995). Çalışmalarda, obsesyonların kompulsiyonlara oranla daha yüksek genetik geçiş gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB'de ailesel geçişin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Nestadt G, Samuels J, 2000).

2.8. Sınırlılıklar

- Elde edilen bulgular, veri toplama araçlarının değerlendirilmesi ile sınırlıdır.
- Hasta seçimi Bitlis devlet hastanesi ile Bitlis Tatvan devlet hastanesi ile sınırlıdır.
- Hasta ve hastanın eşinin anket sorularına verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.
- Sadece kadın hasta ve bunların eşlerinden oluşturulmuş örneklem grubudur.

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada Obesesif-Kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve eşlerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmış olup, araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem (Çalışma Grubu)

Araştırmanın çalışma grubunu Türkiye Cumhuriyeti'nde bulunan Bitlis Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet hastanesinde OKB tanısı almış 40 erişkin hasta ile 40 hastanın eşleri oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında iki farklı anket formu kullanılmıştır. Hastalara yöneltilen anket formu Hasta Demografik , Kişisel Bilgiler Formu ve Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği kullanılmıştır. Eşlere yöneltilen anket formunda ise Kişisel Bilgiler Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği yer almaktadır.

3.3.1. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. (Goodman WK, Price LH,1989) tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Görüşmeci tarafından uygulanır ve toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde

(madde 1b ve 6b dışında) kullanılmakta ve her soruya 0-4 arasında puan verilmektedir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (Karamustafalıoğlu 1993).

Araştırmacı tarafından yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,86 bulunmuştur.

3.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık ya da bedensel güçsüzlüğün olmaması değil, tam bir fiziksel olarak, ruhsal olarak ve sonucusu sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu çerçevede toplum sağlığına baktığımızda şimdiye kadar kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam süresi kavramlarının artık sadece sağlığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı, sağlık hizmeti ve ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü ileri sürülmüştür (Heidelberg: Springer Verlag,1994).

Yaşam kalitesi kişinin genellikle yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri kapsayarak yasamdaki durumunu algılaması şeklinde tanımlanır (Başaran S, Güzel R, Sarpel T. 2005). Kişinin fiziksel sağlığı, ruh sağlığı, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, duygusal ve ekonomik statü gibi faktörü içeren durumdur. Anket 1'den 11'e kadar soru bulunmaktadır. (Chung MC, Killingworth A, Nolan1997).

3.3.3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Zarit ve ark. tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. İnsan bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır .Bakım veren kişinin yaşamı üzerindeki olan etkisini belirleyen 15 sorudan oluşmaktadır. Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklindedir. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.şeklinde 1'dan 5'e kadar değişen derecelendirmeye

sahiptir. Toplam skor 0-88 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci tarafından yapılmıştır (İnci 2006).

Araştırmacı tarafından yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,83 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Bitlis Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet hastanesinde OKB tanısı almış hastaların eşleri oluşturacaktır.. Ardışık olarak başvuran çalışma kriterlerini karşılayan OKB tanısı alan 40 erişkin hasta ile 40 hastaların eşleri oluşturacaktır.

Hastaya , Hasta Demografik Formu , Sosyodemografik formu uygulanacaktır. OKB tanısı konan hastalarda belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) kullanılacaktır. Hastanın eşine Sosyodemografik formu yaşam kalitesi ölçeği , bakıcı yük ölçeği uygulanacaktır.

Sosyo Demografik Bilgi Formu Örneklemeye alınan bireylere yaş, cinsiyet, eğitim aldığı bölüm, eğitim sürecinde kaldığı yer, anne baba medeni durum, yaşadığı aile tipi gibi sorular yöneltilecektir.

3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmada hastalardan ve Eşlerinden elde etmekle birlikte verilerin istatistiksel olarak analiz edilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 veri analizi paket programı kullanılmıştır. Hastaların ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı frekans analizi ile saptanmış olup, elde edilen bulgular frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir. Hastaların Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinden, eşlerinin ise Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden alınan puanlara ait ortalama, standart sapma, alt ve üst değer gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Hastaların ve eşlerinin ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermediğini incelemek adına Shapiro-Wilk testi kullanılmış ve ölçek puanlarının normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu sebeple hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinden ve

eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında parametrik olmayan (nonparametrik) testler kullanılmıştır. Bağımsız değişken iki kategorinde halinde oluşmuşsa halinde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategoriden oluşuyorsa Kruskal-Wallis testi kullanılır. Araştırmaya katılan hastaların Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1.
Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=40)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
30 yaş altı	12	30,00
30-39 yaş arası	18	45,00
40 yaş ve üzeri	10	25,00
Cinsiyet		
Kadın	40	100,00
Eğitim durumu		
İlköğretim	27	67,50
Lise	7	17,50
Lisans	6	15,00
Çalışma durumu		
Çalışan	4	10,00
Çalışmayan	36	90,00
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	35	87,50
Olmayan	5	12,50

Tablo 1.'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1.'de araştırmaya katılan %30,0'unun 30 yaş ve altı yaş grubunda, %45,0'inin 30-39 yaş arası ve %25,0'inin 40 yaş ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, tamamının (%100) kadın olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde, %67,50'sinin ilköğretim mezunu, %17,50'sinin lise ve %15,0'inin lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %10,0'unun çalıştığı, %87,50'sinin çocuk sahibi olduğu görölmüştür.

Tablo 2.

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=40)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalıkla ilgili ilk belirtiler		
Temizlik	24	60,00
Bulaşma korkusu	4	10,00
Güvensizlik	2	5,00
Sürekli kaygı	1	2,50
Sayı sayma	2	5,00
Simetri ve düzen takıntısı	6	15,00
Uykusuzluk	1	2,50
Belirtilerin başlama zamanı üzerinden geçen süre		
5 yıl ve altı	15	37,50
6-10 yıl arası	14	35,00
11 yıl ve üzeri	11	27,50
İlk doktor başvuru tarihi üzerinden geçen süre		
5 yıl ve altı	21	52,50
6-10 yıl arası	12	30,00
11 yıl ve üzeri	7	17,50
Tedavi şekli		
Ayakta tedavi	40	100,00
İlaç kullanma durumu		
Kullanmayan	34	85,00
Kullanan	6	15,00

Tablo 2.'de araştırmaya dahil edilen hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. incelendiğinde hastaların %60,0'ünün hastalıkla ilgili ilk belirtileri temizlik takıntısı, %15,0'inin simetri ve düzen takıntısı, %10,0'unun ise bulaşma korkusu olduğu görülmüştür. Hastaların %37,50'si hastalığa ilişkin belirtilerin 5 yıl ve daha kısa bir süre önce başladığını, %35,0'i 6-10 yıl arası ve %27,50'si 11 yıl ve daha uzun bir süre önce başladığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %52,5'inin doktora ilk başvurma süresi üzerinden 5 yıl ve daha kısa bir zaman, %30,0'unun 6-10 yıl arası ve %27,50'sinin 1 yıl ve daha uzun bir zaman geçmiştir. Hastaların tamamının ayakta tedavi gördüğü saptanmış olup, %15,0'inin ilaç kullandığı tespit edilmiştir .

Tablo 3.

Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler (n=40)

	N	\bar{x}	s	Min	Max
Obsesyon	40	12,25	3,48	5	19
Kompülsiyon	40	12,43	3,45	4	19
YBOK Ölçeği Toplamı	40	24,68	6,66	10	38

Tablo 3.'te hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 3. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğinde yer alan obsesyon alt boyutundan $\bar{x}=12,25\pm 3,48$ puan aldığı, obsesyon alt boyutundan alınan en düşük puanın 5, en yüksek puanın ise 19 olduğu saptanmıştır.

Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğinde bulunan kompülsiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $\bar{x}=12,43\pm 3,45$ olup, bu alt boyuttan alınan en düşük puan 4, en yüksek puan ise 19'dur.

Araştırmaya dahil edilen hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden $\bar{x}=24,68\pm 6,66$ puan aldıkları saptanmıştır. Hastalar Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğinden en düşük 10, en yüksek ise 38 puan almıştır.

Tablo 4.

Hastaların yaş gruplarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=40)

	Yaş Grubu	N	\bar{x}	S	M	Sıra Ort.	X ²	P
Obsesyon	30 yaş altı	12	12,42	2,78	13,00	21,38	0,420	0,811
	30-39 yaş arası	18	12,44	3,75	12,50	21,06		
	40 yaş ve üzeri	10	11,70	4,03	10,50	18,45		
Kompulsiyon	30 yaş altı	12	11,83	2,82	13,00	18,79	0,531	0,767
	30-39 yaş arası	18	12,78	3,86	12,50	21,89		
	40 yaş ve üzeri	10	12,50	3,60	11,00	20,05		
YBOK Ölçeği Toplamı	30 yaş altı	12	24,25	5,45	26,00	20,33	0,286	0,867
	30-39 yaş arası	18	25,22	7,24	26,50	21,44		
	40 yaş ve üzeri	10	24,20	7,48	21,50	19,00		

Tablo 4.'te araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir

Tablo 4.'e göre araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. 30 yaş altı, 30-39 yaş arası ve 40 yaş ve üzeri yaş gruplarında yer alan hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar benzer bulunmuştur.

Tablo 5.

Hastaların eğitim durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=40)

	Eğitim Durumu	N	\bar{x}	S	M	Sıra Ort.	X ²	P
Obsesyon	İlköğretim	27	12,44	3,85	13,00	20,81	0,062	0,970

	Lise	7	12,00	1,73	12,00	19,93		
	Lisans	6	11,67	3,67	13,00	19,75		
	İlköğretim	27	12,33	3,84	12,00	20,17	0,075	0,963
Kompulsiyon	Lise	7	12,71	2,43	12,00	21,43		
	Lisans	6	12,50	2,95	13,00	20,92		
	İlköğretim	27	24,78	7,53	22,00	20,67	0,018	0,991
YBOK Ölçeği	Lise	7	24,71	3,04	26,00	20,07		
Toplamı	Lisans	6	24,17	6,31	26,50	20,25		

Araştırmaya dahil edilen hastaların eğitim durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları Tablo 5.'te gösterilmiştir.

Tablo 5. incelendiğinde araştırmaya alınan hastaların eğitim durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Eğitim durumlarına bakılmaksızın araştırmaya katılan hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 6.

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=40)

	Çocuk sahibi	N	\bar{x}	S	Medyan	Sıra Ort.	Z	P
Obsesyon	Olan	35	12,29	3,62	13,00	20,61	-0,165	0,869
	Olmayan	5	12,00	2,65	13,00	19,70		
Kompulsiyon	Olan	35	12,40	3,49	12,00	20,31	-0,267	0,789
	Olmayan	5	12,60	3,51	13,00	21,80		
YBOK Ölçeği	Olan	35	24,69	6,83	26,00	20,37	-0,184	0,854
	Toplamı	Olmayan	5	24,60	6,02	26,00		

Tablo 6.'da araştırma kapsamına alınan hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 6. incelendiğinde araştırmaya katılan çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan obsesyon ve kompülsiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çocuk sahibi olma durumlarına göre hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan obsesyon ve kompülsiyon alt boyutlarından aldıkları puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 7.

Hastaların çalışma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=40)

	Çalışma Durumu	N	\bar{x}	S	Medyan	Sıra Ort.	Z	P
Obsesyon	Çalışan	4	12,75	1,26	13,00	22,50	-0,363	0,717
	Çalışmayan	36	12,19	3,66	12,50	20,28		
Kompülsiyon	Çalışan	4	12,75	0,50	13,00	21,88	-0,249	0,803
	Çalışmayan	36	12,39	3,64	12,00	20,35		
YBOK Ölçeği	Çalışan	4	25,50	1,73	26,00	21,38	-0,158	0,874
	Toplamı	Çalışmayan	36	24,58	7,01	25,00		

Araştırmaya dahil edilen hastaların çalışma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 7.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çalışma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan obsesyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışan hastaların Yale–

Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları çalışmayanlara göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 8.

Hastaların belirtilerin başlama zamanı üzerinden geçen sürelerine göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=40)

	Süre	N	\bar{x}	S	M	Sıra Ort.	X ²	P
Obsesyon	5 yıl ve altı	15	12,27	4,22	13,00	20,33	0,080	0,961
	6-10 yıl arası	14	12,00	3,19	12,00	20,04		
	11 yıl ve üzeri	11	12,55	3,01	13,00	21,32		
Kompulsiyon	5 yıl ve altı	15	12,40	3,62	13,00	19,87	0,165	0,921
	6-10 yıl arası	14	12,14	3,57	12,00	20,25		
	11 yıl ve üzeri	11	12,82	3,34	13,00	21,68		
YBOK Ölçeği Toplamı	5 yıl ve altı	15	24,67	7,75	26,00	20,07	0,036	0,982
	6-10 yıl arası	14	24,14	6,40	22,50	20,64		
	11 yıl ve üzeri	11	25,36	5,90	26,00	20,91		

Tablo 8.'de araştırmaya dahil edilen hastaların belirtilerin başlama zamanı üzerinden geçen süreye göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 8.'e göre araştırmaya katılan hastaların belirtilerin başlama zamanı üzerinden geçen süreye göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). İlk belirtilerin başlaması üzerinden 11 yıl ve daha uzun bir süre geçen hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları diğer hastalara göre yüksek olsa da, bu fark anlamlı değildir.

Tablo 9.

Hastaların ilaç kullanma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=40)

	İlaç kullanma durumu	N	\bar{x}	s	M	Sıra Ort.	Z	P
Obsesyon	Kullanmayan	34	11,74	3,15	12,50	18,97	-1,981	0,048*
	Kullanan	6	15,17	4,17	16,50	29,17		
Kompulsiyon	Kullanmayan	34	12,03	3,17	12,00	19,37	-1,467	0,142
	Kullanan	6	14,67	4,41	15,50	26,92		
YBOK Ölçeği	Kullanmayan	34	23,76	5,97	25,00	19,12	-1,784	0,074
Toplamı	Kullanan	6	29,83	8,54	32,00	28,33		

Tablo 9.'da araştırma kapsamına alınan hastaların ilaç kullanma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla uygulanan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların ilaç kullanma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğinde yer alan obsesyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İlaç kullanan hastaların obsesyon alt boyutundan aldıkları puanlar, ilaç kullanmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Hastaların ilaç kullanma durumlarına göre Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan kompulsiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). İlaç kullanan hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ilaç kullanmayanlara göre yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 10.

Eşlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=40)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
40 yaş altı	22	55,00
40-49 yaş arası	12	30,00
50 yaş ve üzeri	6	15,00
Cinsiyet		
Erkek	40	100,00
Öğrenim durumu		
İlköğretim	11	27,50
Lise	16	40,00
Lisans	13	32,50
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	35	87,50
Olmayan	5	12,50
Çalışma durumu		
Çalışan	39	97,50
Çalışmayan	1	2,50
Eşin çalışma durumu		
Çalışan	4	10,00
Çalışmayan	36	90,00
Aile tipi		
Çekirdek aile	39	97,50
Geniş aile	1	2,50
Aylık gelir		
500-1600	6	15,00
1600-2500	15	37,50
2500-3500	8	20,00
3500 ve üzeri	11	27,50

Tablo 10.'da araştırmaya katılan Eşlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen Eşlerin %55,0'inin 40 yaş ve altı yaş

grubunda, %30,0'unun 40-49 yaş arası ve %15,0'nin 50 yaş ve üzeri yaş grubunda, %15,0'inin 50 yaş ve üzeri yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır. Eşlerin tamamının erkek olduğu, %27,50'sinin ilköğretim mezunu, %40,0'ının lise mezunu ve %32,50'sinin lisans mezunu olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan Eşlerin %87,50'sinin çocuğunun olduğu, %97,50'sinin çalıştığı, %90,0'ının eşinin çalışmadığı, %97,50'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %15,0'inin aylık 500-1600 TL arası, %37,50'sinin 1600-2500 TL arası, %20,0'sinini 2500-3500 TL arası ve %27,50'sinin aylık 3500 TL ve üzeri gelirinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 11.

Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler

	N	\bar{x}	s	Min	Max
Fiziksel Fonksiyon	40	86,25	20,90	40	100
Fiziksel Rol Güçlüğü	40	50,63	45,11	0	100
Emosyonel Rol Güçlüğü	40	42,50	45,91	0	100
Enerji/Canlılık/Vitalite	40	53,63	22,53	10	100
Ruhsal Sağlık	40	60,10	18,42	28	92
Sosyal İşlevsellik	40	62,19	22,20	12,5	100
Ağrı	40	71,50	19,86	22,5	100
Genel Sağlık Algısı	40	55,38	18,96	20	95
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	40	42,05	9,79	15	58

Tablo 11. Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 11. incelendiğinde, Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan $\bar{x}=86,25\pm 20,90$ puan, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan $\bar{x}=50,63\pm 45,11$ puan, emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan $\bar{x}=42,50\pm 45,91$ puan, enerji/canlılık/vitalite alt boyutundan $\bar{x}=53,63\pm 22,53$ puan aldıkları görülmüştür. Bakıcılar Yaşam Kalitesi Ölçeğinde bulunan ruhsal sağlık alt boyutundan $\bar{x}=60,10\pm 18,48$ puan, sosyal işlevsellik alt

boyutundan $\bar{x}=62,19\pm 22,20$ puan, ağrı alt boyutundan $\bar{x}=71,50\pm 19,86$ puan ve genel sağlık algısı alt boyutundan $\bar{x}=55,38\pm 18,96$ puan almıştır.

Araştırma kapsamına alınan Eşlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının $\bar{x}=42,05\pm 9,79$ olduğu, ölçekten alınan en düşük puanın 15, en yüksek puanın ise 58 olduğu görülmüştür.

Tablo 12.

Eşlerin yaş gruplarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=40)

	Yaş Grubu	N	X	S	M	Sıra Ort.	X ²	p	Fark
Fiziksel Fonksiyon	40 yaş altı	2	90,6	17,5	100,0	23,0	5,57	0,061	
		2	8	5	0	0	8		
	40-49 yaş arası	1	76,2	24,1	90,00	14,2			
		2	5	3		9			
	50 yaş ve üzeri	6	90,0	22,1	100,0	23,7			
		6	0	4	0	5			
Fiziksel Rol Güçlüğü	40 yaş altı	2	46,5	43,8	25,00	19,7	0,24	0,884	
		2	9	4		3	7		
	40-49 yaş arası	1	56,2	47,8	75,00	21,5			
		2	5	2		8			
	50 yaş ve üzeri	6	54,1	51,0	62,50	21,1			
		6	7	3		7			
Emosyonel Rol Güçlüğü	40 yaş altı	2	39,3	45,5	16,67	19,8	0,20	0,901	
		2	9	8		2	9		
	40-49 yaş arası	1	44,4	45,6	33,33	21,1			
		2	4	9		3			
	50 yaş ve üzeri	6	50,0	54,7	50,00	21,7			
		6	0	7		5			
Enerji/Canlılık /Vitalite	40 yaş altı	2	53,4	23,9	50,00	19,9	0,14	0,932	
		2	1	7		3	1		
	40-49 yaş arası	1	52,5	19,2	52,50	21,5			
		2	0	5		0			
	50 yaş ve üzeri	6	56,6	26,7	52,50	20,5			
		6	7	7		8			
Ruhsal Sağlık	40 yaş altı	2	60,1	19,0	54,00	20,3	0,24	0,883	
		2	8	6		2	9		
	40-49 yaş arası	1	61,3	18,9	60,00	21,6			
		2	3	4		7			
	50 yaş ve üzeri	6	57,3	17,8	58,00	18,8			
		6	3	3		3			
Sosyal İşlevsellik	40 yaş altı	2	61,9	20,9	50,00	20,3	1,25	0,535	
		2	3	4		2	0		
	40-49 yaş arası	1	57,2	22,2	50,00	18,6			
		2	9	7		7			
	50 yaş ve üzeri	6	72,9	26,7	75,00	24,8			
		6	2	1		3			

Ağrı	40 yaş altı	2	73,7	20,5	77,50	21,2	0,75	0,687	
		2	5	7		7	0		
	40-49 yaş arası	1	65,2	20,6	67,50	18,1	7		
	50 yaş ve üzeri	6	75,8	14,8	77,50	22,3	3		
Genel Sağlık Algısı	40 yaş altı	2	54,0	21,6	50,00	19,7	0,61	0,734	
		2	9	9		7	8		
	40-49 yaş arası	1	55,0	13,9	50,00	20,1	3		
	50 yaş ve üzeri	6	60,8	18,8	62,50	23,9	2		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	40 yaş altı	2	42,2	9,76	43,50	20,5	6,49	0,039	1-3
		2	7			7	7	*	
	40-49 yaş arası	1	45,9	7,54	46,50	25,3	8		
	50 yaş ve üzeri	6	33,5	9,89	38,00	10,5	0		2-3

* $p < 0,05$

Tablo 12.'de Eşlerin yaş gruplarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 12. incelendiğinde araştırmaya katılan Eşlerin yaş gruplarına göre Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Eşlerin yaş gruplarına göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark 50 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan bakıcılardan kaynaklanmaktadır. 50 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan Eşlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puanları diğer yaş gruplarındaki bakıcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 13.

Eşlerin öğrenim durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=40)

	Öğrenim durumu	N	\bar{x}	S	M	Sıra Ort.	X ²	P	Fark
Fiziksel Fonksiyon	İlköğretim	11	86,82	22,05	100,00	22,64	1,748	0,417	
	Lise	16	82,50	23,31	95,00	17,72			
	Lisans	13	90,38	17,26	100,00	22,12			
Fiziksel Rol Güçlüğü	İlköğretim	11	50,00	41,83	25,00	21,09	4,566	0,102	
	Lise	16	65,63	42,70	100,00	24,19			
	Lisans	13	32,69	47,20	0,00	15,46			
Emosyonel Rol Güçlüğü	İlköğretim	11	27,27	46,71	0,00	16,41	6,329	0,042*	1-2
	Lise	16	62,50	41,94	83,33	25,72			2-3
	Lisans	13	30,77	44,02	0,00	17,54			
Enerji/Canlılık /Vitalite	İlköğretim	11	45,00	17,18	40,00	16,09	2,661	0,264	
	Lise	16	59,69	25,33	62,50	23,53			
	Lisans	13	53,46	22,02	50,00	20,50			
Ruhsal Sağlık	İlköğretim	11	56,00	12,26	56,00	18,86	1,679	0,432	
	Lise	16	65,25	21,94	66,00	23,41			
	Lisans	13	57,23	17,77	52,00	18,31			
Sosyal İşlevsellik	İlköğretim	11	54,55	19,58	50,00	16,23	2,779	0,249	
	Lise	16	68,75	22,36	62,50	23,47			
	Lisans	13	60,58	23,30	50,00	20,46			
Ağrı	İlköğretim	11	67,73	18,25	75,00	17,82	2,182	0,336	
	Lise	16	75,94	20,39	77,50	23,75			
	Lisans	13	69,23	20,98	55,00	18,77			
Genel Sağlık Algısı	İlköğretim	11	51,82	16,62	50,00	18,14	3,226	0,199	
	Lise	16	61,88	22,65	62,50	24,53			
	Lisans	13	50,38	14,21	50,00	17,54			
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	İlköğretim	11	45,45	7,63	42,00	23,36	1,231	0,540	
	Lise	16	40,06	9,84	41,50	18,31			
	Lisans	13	41,62	11,21	45,00	20,77			

* $p < 0,05$

Tablo 13.'te araştırmaya dahil edilen Eşlerin öğrenim durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 13.'te verilen Kruskal-Wallis testi sonuçları incelendiğinde, Eşlerin eğitim durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde bulunan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı

ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

Eşlerin eğitim durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan emosyonel rol gücülüğü alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark lise mezunu olan katılımcılardan kaynaklanmakta olup, lise mezunu katılımcıların emosyonel rol gücülüğü alt boyutundan diğer katılımcılara göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan Eşlerin eğitim durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 14.

Eşlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=40)

		Çocuk sahibi	N	\bar{x}	S	M	Sıra Ort.	Z	P
Fiziksel Fonksiyon	Olan		3	86,0	21,1	95,00	20,29	-	0,742
	Olmayan		5	0	0				
Fiziksel Rol Gücülüğü	Olan		3	47,8	45,1	25,00	19,86	-	0,328
	Olmayan		5	0	8				
Emosyonel Rol Gücülüğü	Olan		3	39,0	45,3	0,00	19,64	-	0,183
	Olmayan		5	6	6				
Enerji/Canlılık /Vitalite	Olan		3	50,1	20,8	50,00	18,89	-	0,020
	Olmayan		5	4	5				
			5	78,0	20,1	75,00	31,80	2,319	*

		0	9						
Ruhsal	Olan	3	57,8	17,5	56,00	19,16	-	1,932	0,053
		5	3	0					
Sağlık	Olmayan	5	76,0	18,5	88,00	29,90	-	1,932	0,053
		5	0	5					
Sosyal	Olan	3	60,7	21,6	50,00	19,83	-	1,013	0,311
		5	1	8					
İşlevsellik	Olmayan	5	72,5	25,6	62,50	25,20	-	1,013	0,311
		5	0	2					
Ağrı	Olan	3	69,6	18,8	77,50	19,50	-	1,459	0,145
		5	4	6					
Genel	Olmayan	5	84,5	24,1	100,0	27,50	-	1,459	0,145
		5	0	4					
Sağlık Algısı	Olan	3	54,4	19,6	50,00	19,67	-	1,193	0,233
		5	3	6					
Zarit Bakıcı	Olmayan	5	62,0	12,5	55,00	26,30	-	1,193	0,233
		5	0	5					
Yük Ölçeği	Olan	3	42,5	9,55	45,00	21,04	-	0,778	0,436
		5	7	0					
Yük Ölçeği	Olmayan	5	38,4	11,8	37,00	16,70	-	0,778	0,436
		5	0	0					

* $p < 0,05$

Eşlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis testi sonuçları Tablo 14.'te gösterilmiştir.

Tablo 14. incelendiğinde, Eşlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan enerji/canlılık/vitalite alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve çocuğu olmayan katılımcıların bu alt boyuttan daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Eşlerin çocuk sahibi olma durumuna göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 15.

Eşlerin aylık gelirlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=40)

	Aylık gelir	N	\bar{x}	S	M	Sıra Ort.	X ²	P	Fark
Fiziksel Fonksiyon	500-1600	6	89,1 7	21,7 8	97,50	21,58	0,82 4	0,844	
	1600-2500	1 5	89,3 3	17,4 1	95,00	20,80			
	2500-3500	8	86,2 5	24,0 2	100,0 0	22,38			
	3500 ve üzeri	1 1	80,4 5	24,1 3	90,00	18,14			
Fiziksel Rol Güçlüğü	500-1600	6	58,3 3	46,5 5	62,50	22,83	9,74 1	0,021 *	1-3
	1600-2500	1 5	43,3 3	43,7 8	25,00	19,00			2-3
	2500-3500	8	18,7 5	37,2 0	0,00	12,00			4-3
	3500 ve üzeri	1 1	79,5 5	36,7 7	100,0 0	27,45			4-2
Emosyonel Rol Güçlüğü	500-1600	6	44,4 4	45,5 4	33,33	21,83	8,95 8	0,030 *	1-3
	1600-2500	1 5	35,5 6	44,4 8	0,00	18,90			2-3
	2500-3500	8	12,5 0	35,3 6	0,00	12,94			4-3
	3500 ve üzeri	1 1	72,7 3	41,6 8	100,0 0	27,45			4-2
Enerji/Canlılık /Vitalite	500-1600	6	49,1 7	22,6 8	40,00	17,58	3,12 9	0,372	
	1600-2500	1 5	51,6 7	22,6 5	50,00	19,27			
	2500-3500	8	47,5 0	16,2 6	47,50	17,88			
	3500 ve üzeri	1 1	63,1 8	25,9 1	70,00	25,68			
Ruhsal Sağlık	500-1600	6	60,6 7	18,8 3	60,00	21,17	4,51 2	0,211	
	1600-2500	1 5	61,8 7	17,9 4	56,00	21,63			
	2500-3500	8	48,5 0	11,9 9	46,00	13,00			
	3500 ve üzeri	1 1	65,8 2	21,1 2	72,00	24,05			
Sosyal İşlevsellik	500-1600	6	56,2 5	18,9 6	56,25	19,00	4,99 5	0,172	
	1600-2500	1 5	59,1 7	18,5 8	50,00	18,60			
	2500-3500	8	56,2 5	18,9 0	50,00	16,63			

Ağrı	3500 ve üzeri	1 1	73,8 6	28,2 0	75,00	26,73	7,33 2	0,062
	500-1600	6	81,2 5	9,32	77,50	26,25		
	1600-2500	1 5	66,3 3	18,3 9	67,50	17,20		
	2500-3500	8	60,9 4	23,6 4	55,00	14,75		
	3500 ve üzeri	1 1	80,9 1	18,6 2	77,50	26,05		
Genel Sağlık Algısı	500-1600	6	51,6 7	18,3 5	52,50	18,25	2,29 3	0,514
	1600-2500	1 5	56,6 7	22,2 5	50,00	21,60		
	2500-3500	8	48,7 5	19,9 6	47,50	16,00		
	3500 ve üzeri	1 1	60,4 5	13,6 8	70,00	23,50		
	500-1600	6	41,6 7	6,83	41,50	19,25		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	1600-2500	1 5	44,4 0	7,02	45,00	22,37	2,85 9	0,414
	2500-3500	8	45,5 0	6,95	46,50	24,13		
	3500 ve üzeri	1 1	36,5 5	14,0 1	35,00	16,00		
	500-1600	6	41,6 7	6,83	41,50	19,25		

* $p < 0,05$

Tablo 15.'te araştırmaya dahil edilen Eşlerin aylık gelirlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına dair yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 15. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan Eşlerin aylık gelirlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde bulunan fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Eşlerin aylık gelirlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Aylık geliri 2500-3500 TL arasında olan Eşlerin fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar diğer bakıcılara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ayrıca aylık geliri 3500 TL ve üzerinde olan katılımcıların fiziksel rol güçlüğü puanları aylık geliri 1600-2500 TL olanlara göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan Eşlerin aylık gelirlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Aylık geliri 2500-3500 TL arasında olan Eşlerin emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan diğer bakıcılara göre daha düşük puan aldıkları saptanmıştır. Bunun yanında aylık geliri 3500 TL ve üzerinde olan katılımcıların emosyonel rol güçlüğü puanları aylık geliri 1600-2500 TL olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Eşlerin aylık gelirlerine göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 16.

Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar (n=40)

		Obsesyon	Kompulsiyon	YBOK Ölçeği Toplamı
Fiziksel	R	0,131	-0,018	0,059
Fonksiyon	P	0,420	0,911	0,717
Fiziksel	R	-0,388	-0,385	-0,402
Rol Güçlüğü	P	0,013*	0,014*	0,010*
Emosyonel	R	-0,357	-0,333	-0,359
Rol Güçlüğü	P	0,024*	0,036*	0,023*
Enerji/Canlılık/	R	-0,051	-0,101	-0,079
Vitalite	P	0,754	0,534	0,628
Ruhsal	R	-0,104	-0,083	-0,098
Sağlık	P	0,522	0,610	0,549
Sosyal	R	-0,393	-0,455	-0,441
İşlevsellik	P	0,012*	0,003*	0,004*
Ağrı	R	-0,239	-0,237	-0,248
	P	0,138	0,141	0,123

Genel	R	-0,046	-0,167	-0,111
Sağlık Algısı	P	0,778	0,302	0,497
Zarit Bakıcı	R	0,758	0,722	0,770
Yük Ölçeği	P	0,000*	0,000*	0,000*

Tablo 16. Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ile Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların belirlenmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların obsesyon puanları ile Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların obsesyon puanları ile fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise pozitif yönlü korelasyonlar bulunmaktadır. Buna göre hastaların obsesyon puanları arttıkça, Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmakta, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar ise artmaktadır.

Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon ölçeğinde yer alan kompülsiyon alt boyutundan aldıkları puanları ile Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise pozitif istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların kompülsiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmakta, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar ise artmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ile Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol

güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları ile fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise pozitif yönlü korelasyonlar bulunmaktadır. Buna göre hastaların Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği puanları arttıkça, Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmakta, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanlar ise artmaktadır.

Tablo 17.

Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar (n=40)

		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği
Fiziksel Fonksiyon	R	-0,067
	P	0,680
Fiziksel Rol Güçlüğü	R	-0,504
	P	0,001*
Emosyonel Rol Güçlüğü	R	-0,496
	P	0,001*
Enerji/Canlılık/Vitalite	R	-0,279
	P	0,081
Ruhsal Sağlık	R	-0,320
	P	0,044*
Sosyal İşlevsellik	R	-0,569
	P	0,000*
Ağrı	R	-0,497
	P	0,001*
Genel Sağlık Algısı	R	-0,273
	P	0,088

* $p<0,05$

Tablo 17.'da Eşlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların belirlenmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 17. incelendiğinde eşlerin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları ile Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunduğu görülmüştür. Bu korelasyonlar negatif yönlüdür. Eşlerin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanları arttıkça, Fiziksel Rol Güçlüğü Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı OKB tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda elde edilen veriler aşağıda sunulmuştur. Bu çalışmada hasta eşlerine uygulanan ZBYÖ toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı ölçek kullanılarak 50 OKB hastası ve 50 hasta yakınının değerlendirildiği bir çalışmada ise, çalışmamıza göre hasta yakınlarında ZBYÖ toplam puanı daha düşük bulunmuş (Torres AR, Torresan RC, Negreiros APM, and Vitorino CN. 2008). Bu çalışmada kontrol grubu alınmamış ve hastaların Y-BOKÖ toplam puanları bizim çalışmaya alınan hastaların Y-BOKÖ toplam puanlarından düşüktür. Zarit bakım yükü ölçeğinin kullanıldığı bu çalışmada ekonomik yük, günlük aktivitelerde bozulma ve tüm aile yükü değerleri ise fazla bulunmakla birlikte; aile içi ilişkilerde ve boş zaman aktivitelerinde bozulma, aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine olumsuz etkilenmiş. (Gruraj GP, Math SB, Reddy JYC, Chandrashekar CR. 2008). Bizim yapmış olduğumuz çalışmalarda ise OKB tanısı almış hastaların eşlerinde benzer bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar genellikle hasta eşi ile hasta ve yakınlarının sosyodemografik özellikleri arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Kalra H, Nischal A, 2009). Çalışmamızın sonucu bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hastalık süresinin aile yükünü artırdığını gösteren çalışmalar (Chakarborti S, Kulhara P, Verma SL.,1992), yanında etkilemediğini ileri süren çalışmada bulunmaktadır. Çalışmamızda hastalık süresi arttıkça eş yükünün arttığı bulundu. Hastalığın süresi uzadıkça hastanın eşinin, hastanın

ritüellerine katılmakta ve günlük aktivitelerini değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Bu da eş yükünün artmasına neden olabilir.

Örnekleminizde Y-BOKÖ değerlendirme ölçeği toplam puanlarının artması ile eş yükünün arttığı bulunmuştur. Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda bulgularımızla uyumlu olarak hastalığın şiddeti ile eş yükünün arttığı gösterilmiştir (Kalra H, Nischal A, 2009). Hastalığın şiddeti arttıkça hastaneye yatış sayısı artabilir, tedavi süresi uzar, ekonomik yük artar. OKB başlangıç yaşı ileri olan hastalarda ve geç tanı alan hastalarda eş yükünün arttığı bulundu. Erken yaşta başlayan olgularda ise eş hastanın belirtileri hastalık olarak görmekten çok kişilik özelliği olarak algılaması, bu durumu daha kolay kabullenmelerine neden olabilir. Böylece eş yükünü daha az algılayıp ifade ediyor olabilirler. İleri yaşta ortaya çıkan olgularda ise eşi bu durumu hastalık olarak görüp daha fazla rahatsızlık duymakta ve bu da aile yükünü arttırıyor olabilir. Çalışmada hastanın eşinin yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanları daha düşük bulundu. Hastanın eşinin yaşam kalitesini ölçmek için çalışmamızla benzer ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ise OKB'li hasta yakınları ile genel populasyon arasında anlamlı fark bulunmamıştır. (Wenzke KS, Kroll M, 2006). Yaşam kalitesini değerlendirmek için SF 36 kullanılarak Y-BOKÖ puanı 16 ve üstü olan hastaların eşlerine yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç bu konuda yapılan bir çalışma ile benzerdir (Albert U, Salvi V, Saracco P, 2007). Yapılan çalışmalarda hastanın eşinin yaşı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (Wenzke KS, Kroll M, 2006). Çalışmamızın sonucu bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. İleri yaş fiziksel sağlık sorunlarının sık görüldüğü bir dönemdir. Yaşam kalitesindeki düşme ileri yaş döneminin özelliği ile ilişkili olabilir.

Genel toplumda yapılan çalışmalarda işsizlerde ve ekonomik düzeyi düşük olan kişilerde yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir (Belek İ.1999). Çalışmayan hastanın eşi tüm alanlarda yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. Çalışmayan hastanın eşi hasta ile daha fazla zaman

geçirmekte, hastalığı hasta ile bire bir yaşamakta, hastanın sorumluluklarını üstlenmekte ve hastaya daha çok destek olması beklenmektedir. Bu nedenle çalışmayan hastanın eşi yaşam kalitesi daha fazla etkilenmiş olabilir.

6. BÖLÜM

SONUÇ

Yaptığımız bu çalışma sonucundaki bulgular ile bazı çıkarımlara varmak mümkündür. OKB tanısı almış hastaların eşleri üzerindeki yükü daha yüksek, yaşam kalitesi ise daha düşük olduğu bulundu. OKB tanısı almış hastaların eşleri üzerindeki yükün artması yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilir. Özellikle hastanın geç tanı alması ve hastanın eşinin ekonomik durumunun kötü olması ve yaşının artması eşin üzerindeki yükünün arttığı ve yaşam kalitesinin düştüğünü görmüş olduk.

6.1. ÖNERİLER

OKB tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve etkilenmesini azaltabilmek için daha fazla destek, eğitim ve uyum çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar eş üzerindeki yükünü azaltabilecek ve hastanın klinik durumunu olumlu etkileyebilecek hasta ve hasta eşine yönelik tedavi girişimlerini içerebilir. Bununla birlikte bulgularımızın geniş örneklemli izlem çalışmalarınca tekrarlanması gerekmektedir. Bu çalışma OKB tanısı almış hastaların eşleri üzerine yapılmıştır. Diğer aile bireyleri üzerine de yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı(DSM 5) (Çev. ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Dördüncü ed rev. Washington DC, American Psychiatric Association2000
- Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E. editör. Anksiyete monografıları serisi III. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995: 101-42
- Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Torres AR, Torresan RC, Negreiros APM, and Vitorino CN. Emotional Burden in caregivers of patients with obsessive compulsive disorder. Depression and anxiety 2008; 25:1020–1027
- Albert U, Salvi V, Saracco P, Bogetto F, Giuseppe Maina G. Health-Related Quality of Life Among First-Degree Relatives of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder in Italy. Psychiatric Services 2007;Vol. 58; 970-976
- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Kara H, Özer ÖA . Beyaz ayı supresyon envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15, 4, 282-290.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33: 587–95
- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, et al. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry 2001;16:239-245.
- Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessivecompulsive disorder on the family: preliminary findings. J Nerv Ment Dis 1998; 186:440–442.
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma, 2005;20(1):55-62.

- Belek İ. Genel saglık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler, Antalya' da bir alan araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10:163-72.
- Chung MC, Killingworth A, Nolan P. A critical of the concept of quality of life. Int J Health Care Qual Asur. 1997;10(2):80-84.
- Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. J Nerv Ment Dis 2007; 195: 203-10.
- Carey G, Gottesman II. Twinn and family studies of anxiety, phobia and obsessive compulsive disorder, İn: Kzlein D, Rapkin J, Anxiety: New Research and Changing Concepts New York: Raven pres 1981; 117-136.
- Chakarborti S, Kulhara P, Verma SL. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica,1992; 86, 247–252.
- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Compr Psychiatry 2004; 45: 367-74.
- Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi(Uzmanlık Tezi). Manisa:Celal Bayar Üniversitesi,2005.
- Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15: 45-52.
- Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş , Kültür S. Phenomenology of obsessions in Turkish series of OCD patients. Psychopathology 1997; 30: 106-110.
- Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. J Affective Disorder 2006;94:199–209.
- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. BMJ, 1992; 305:1074-1077.

- Gruraj GP, Math SB, Reddy JYC, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. *J Postgrad Med* 2008;54:91-7
- Gupta M, Giridhar C, Kulhara P. Burden of care of neurotic patients: correlates and coping strategies in relatives. *Indian J Soc Psychiatry* 1991; 7:8–21
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:1006-11.
- Hollander E, Kwon K, Won JH, et al. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:3–6.
- Hollander E. Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *Br J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 35):7–12
- Hollander E, Stein DJ, Kwon JH ve ark. (1998) Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 3(Suppl. 1) 48-58.
- Insel TR phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (suppl2):4-8.
- Işık E, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozuklukları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print, 2006:239-285
- İnci HF. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği (Yüksek lisans tezi). Denizli, 2006
- Jonnal AH, Gardner CO, Pressot CA, Kendler KS. Obsessive and Compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *Am J Med Genet* 2000; 96: 791-796.
- Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 2004;350(3):259-65.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(12): 1094–9

- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R (1996) Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 153: 783-788.
- Karamustafaloğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa: 1993: 86.
- Laidlaw TM, Fallon IRH, Barnfather D, Coverdale JH. The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Comm Mental Health J* 1999;35:443–449
- Moons P, Budts W, Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:891-901.
- McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151:528-534.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Apr; 57 (4) :358-63.
- Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E (ed.); 2007: 660 – 71
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessivecompulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1997;35(7) 667-681.
- Oğuz Karamustafaloğlu, Abdullah Akpınar. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2006;2(12):30-44
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. baskı. Ankara: Nobel Kitapevi, 2002: 365–74.
- Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 512:76-79.
- Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:1180-1182.

- Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 1991; 48:154-163.
- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15 (4): 759-66.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990 Feb; 51 Suppl:10-3
- Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1978;16, 233–248
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35: 793-802.
- Rassin E, Muris P, Schmidt H, Merckelbach H. Relationships between thought action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38: 889-897.
- Rosenberg CM. Familial aspects of obsessional neurosis. *Br J Psychiatry* 1967; 113:405-413.
- Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1996;10: 379–391.
- Stein DJ, Roberts M, Hollander E, et al. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder. *S Afr Med J* 1996; 36:1579– 1585.
- Stein DJ, Roberts M, Hollander E, et al. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder. *S Afr Med J* 1996; 36:1579–1585.
- Schneider FR (1997) Quality of life in anxiety disorders. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (ed). *Quality of life in mental disorders*, New York, Wiley, s: 149-163
- Steketee G. *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York; Guilford Press, 1993
- Sungur MZ. V. Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006: 363-82.
- Samuels J, Nestadt G: Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry* 1997;9(1):61-72.

- Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Güleç C, Köroğlu E. Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 343–52
- Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006:278-98.
- Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. Family Caregivers of The Frail Elderly”, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press (2001)
- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag,199
- Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are obsessive beliefs specific to OCD:A comparison across anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy 2006; 44: 469–480.
- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. Am J Psychiatry 2006; 163: 1362-70.
- Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980; 20:649-55.5.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder.J Clin Psychiatry 1994 Mar; 55 Suppl: 5- 10.
- Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. Journal of Personality 1994; 62, 615– 640.
- Wenzke KS, Kroll M, Matschinger H, Matthias C. Angermeyer. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry. 2006;47: 523– 52

EKLER

AYDINLATILMIŐ ONAM

Bu alıŐma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakóltesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleŐtiren bir çalıŐmadır.

Bu çalışmanın amacı Bitlis'teki Devlet Hastanelerinde Obsesif kompulsif (OKB) tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiŐtir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. ÇalıŐmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Yardımanız için çok teşekkür ederim.

Psk. Bernal Genç

BİLGİLENDİRME FORMU

OKB TANISI ALAN HASTALARIN EŞLERİ ÜZERİNDEKİ YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada, Bitlis'teki Devlet Hastanelerinde Obsesif kompulsif (OKB) tanısı alan hastaların eşleri üzerindeki yükü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma grubu ,Bitlis'teki Devlet Hastanelerinde OKB tanısı alan hastaların eşlerinden oluşacaktır. Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. bunlar demografik bilgi formu, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon değerlendirme ölçeği, Zarit bakıcı yük ölçeği ve Yaşam kalitesi ölçeğidir. Anket formunda verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışma ile ilgili herhangi bir şikâyet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri olan Bernal GENÇ ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz. (bernal_genc_@hotmail.com ve gencbernal@gmail.com 0533 889 39 13 ve 0542 428 16 54) araştırmacının sonuçları ile ilgileniyorsanız Haziran 2018 tarihinden itibaren araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz. Katıldığınız için teşekkür ederim.

PSİKOLOG Bernal GENÇ

Yakın Doğu Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Lefkoşa

Hasta Demografik Bilgi Formu

Lütfen formda sorulan soruları mümkün olduğunca detaylı cevaplayınız.

Yaş :

Doğum tarihi:

Cinsiyet : 1. Kadın 2. Erkek

Eğitim durumu: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite

Çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Meslek :

Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır

Evet ise kaç tane?

GENEL BİLGİLER:

Hastalıkla ilgili belirtileriniz nelerdir

İlk olarak ne zaman başladı

İlk kez doktora başvuru tarihi

Yatarak tedavi Ayakta tedavi.....

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaşınız ?

Cinsiyet?

- a.Kadın
- b. Erkek

Öğrenim Durumunuz?

- a.Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlkokul
- d. Ortaokul
- e. Lise
- f. Üniversite

Çocuk sahibi olma durumunuz?

- a.Çocuğu var kaç tane ?.....
- b. Çocuğu yok

Çalışma durumunuz?

- a.Çalışan
- b. Çalışmayan
- c. İşçi
- d. Memur
- e. Serbest meslek
- g. Emekli

Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği(Y-BOCS)

1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman İçin Harcanan Süre Harcanan Süre

(0) Yok

(1) Hafif

(2) Orta

(3) Ciddi

(4) İleri

6. Kompulsif Davranışlar

(0) Yok

(1) Hafif

(2) Orta

(3) Ciddi

(4) İleri

(Toplam ve alt toplamlara eklenmeyecek 1.b ve 6b.)

1b.Obsesyonsuz Geçen Dönem Geçen Dönem

(0) Semptom yok

(1) Ortalama uzun

(2) Uzun

(3) Çok kısa

(4) Kısa

6b. Kompülsiyonsuz

(0) Semptom yok

(1) Ortalama

2) Uzun

(3) Çok

(4) Kısa

2. Obsesif Düşüncelerin Yaşamı Etkilemesi

(0) Yok

(1) Hafif

(2) Orta

(3) Ciddi

(4) İleri

7. Kompulsif Davranışların

(0) Yok

(1) Hafif

(2) Orta

(3)Ciddi

(4)İleri

3. Obsesyonlardan Rahatsız Olma Olma

- (0) Yok
- (1) Hafif
- (2) Orta
- (3) Ciddi
- (4) İleri

8. Kompülsiyonlardan Rahatsız

- (0) Yok
- (1) Hafif
- (2) Orta
- (3) Ciddi
- (4) İleri

4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme

- (0) Sürekli direnme
- (1) Çoğu zaman direnme
- (2) Orta direnme
- (3) Az direnme
- (4) Tam teslimiyet

9. Kompulsif Hareketlere Direnç

- (0) Sürekli direnme
- (1) Çoğu zaman
- (2) Orta direnme
- (3) Az direnme
- (4) Tam teslimiyet

5. Obsesyonların Kontrolü Kontrolü

- (0) Tam kontrol
- (1) Yeterli kontrol
- (2) Orta kontrol
- (3) Az kontrol
- (4) Kontrol yok

10. Kompulsiyonların

- (0) Tam kontrol
- (1) Yeterli kontrol
- (2) Orta kontrol
- (3) Az kontrol
- (4) Kontrol yok

Obsesyon Alt Toplamı.....
Toplamı.....

(Madde 1-5 toplamı)

Kompulsiyon Alt

(Madde 6-10 toplamı)

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunların hangisini yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, ile fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde	1	2

kısıtlama		
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EYET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

Çok şiddetli	6
--------------	---

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğunuze en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan	1	2	3	4	5	6

mıydınız?						
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemlerden dolayı sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamın Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

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

1.Yakınınızla (EŞİNİZ) geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

2.Yakınına bakma (EŞİNİZ) ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

3.Yakınınızla (EŞİNİZ) birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?

- 1- Asla

- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

4.Yakınınızın (EŞİNİZ) şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

5.Yakınınızın (EŞİNİZ) geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

6.Yakınınızın (EŞİNİZ) size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

7.Yakınınızla (EŞİNİZ) birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

8.Yakınınızla (EŞİNİZ) uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

9.Yakınınız (EŞİNİZ) yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

10.Yakınınıza (EŞİNİZ) bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra

4- Oldukça sık

5- Neredeyse her zaman

11.Yakınınız (EŞİNİZ) nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?

1- Asla

2- Nadiren

3- Ara sıra

4- Oldukça sık

5- Neredeyse her zaman

12.Yakınınızın (EŞİNİZ) sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi,sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?

1- Asla

2- Nadiren

3- Ara sıra

4- Oldukça sık

5- Neredeyse her zaman

13.Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?

1- Asla

2- Nadiren

3- Ara sıra

4- Oldukça sık

5- Neredeyse her zaman

14.Yakınınız (EŞİNİZ) hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

15.Yakınınızın bakımını (EŞİNİZ) biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?

- 1- Asla
- 2- Nadiren
- 3- Ara sıra
- 4- Oldukça sık
- 5- Neredeyse her zaman

ÖZGEÇMİŞ

Bemal GENÇ , 7 Temmuz 1989 yılında Bitlis'in Tatvan ilçesinde doğdu. 2007 yılında Tatvan Atatürk Lisesinde eşit ağırlık bölümü bitirerek, 2010 yılında Yakın Doğu Üniversitesinde İngilizce Psikoloji Bölümünde Lisans eğitimine başladı. 2015 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2015- 2016 Yılında Klinik Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2016 yılında Bitlis Devlet Hastanesinde Klinik Stajını tamamladı. 2017-2018 Bahar Döneminde Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programını tamamlamıştır.

Öğrenim hayatı süresince birçok konferans, seminer ve eğitimlere ve son olarak III. RUH Sağlığı sempozyomuna katılmıştır.

İNTİHAL RAPORU

OKB TANISI ALAN HASTALARIN EŞLERİ ÜZERİNDEKİ YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ-Bemal Genç

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 11	% 8	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 5
2	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	www.psikiyatripsikoterapi.com İnternet Kaynağı	% 1
4	www.psikiyatristim.org İnternet Kaynağı	% 1
5	Atalay, Hakan, Figen Atalay, Dilara Karahan, and Mecit Çaliskan. "Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study", International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2008. Yayın	<% 1



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

25.04.2018

Sayın Bernal Genç

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/120 proje numaralı ve **“OKB Tanısı Alan Hastaların Eşleri Üzerindeki Yükü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.