



**Mehmet Cihad Aktaş**

Istanbul University-Cerrahpaşa, cihadaktas003@hotmail.com,  
Istanbul-Turkey

**Döndü Çuhadar**

Gaziantep University, donduchuhadar@hotmail.com, Gaziantep-Turkey

DOI	<a href="http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2020.15.2.1B0090">http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2020.15.2.1B0090</a>	
ORCID ID	0000-0002-6529-9766	0000-0002-0244-1614
CORRESPONDING AUTHOR	Mehmet Cihad Aktaş	

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA SOSYAL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ÖZ**

Bu çalışmanın amacı, OKB hastalarında sosyal uyum, yaşam kalitesi ve aralarındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışma tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini 114 OKB tanılı hasta oluşturdu. Veriler sosyodemografik veri formu, Y-BOCS, WHOQOL-BREF-TR ve SUKDÖ kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 31.43±9.71 ve %57.9'u kadındır. Hastalarda en fazla kirlilik ve bulaşma obsesyonu (%55.3) ve temizleme kompulsiyonu (%62.3) olduğu saptandı. Çalışmamıza göre hastaların sosyal uyum ve yaşam kalitelerinin beklenenin az olduğu, sosyal uyum azaldıkça bireylerin yaşam kalitesinin azaldığı saptandı (p<0.05). Hastalık şiddeti arttıkça bireylerin yaşam kalitesinin ve sosyal uyumunun olumsuz etkilendiği belirlendi (p<0.05). Yaşam kalitesini ve sosyal uyumu artırmaya yönelik müdahalelerin planlanması ve bunların sonuçlarını değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obsesif Davranış, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Uyum, Yaşam Kalitesi

**EVALUATION OF THE SOCIAL ADJUSTMENT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER**

**ABSTRACT**

The aim of this study was determined relation between them and social adjustment, quality of life in patients with OCD. This study was conducted as a descriptive. The sample was consisted 114 patients with OCD. Data were collected using the sociodemographic form, Y-BOCS, WHOQOL-Bref TR and SASS. In the data analysis, it was used SPSS 23.0 package program. Mean age of patients was 31.43±9.71 and %57.9 was female. It was found that the most frequent obsession was contamination obsession (%55.3) and cleaning compulsion (%62.3). According to the study social adjustment and quality of life in patients was lower than expected, the less social adjustment was associated with the less quality of life (p<0.05). Obsessive compulsive symptom severity was associated negatively with quality of life and social adjustment (p<0.05). It is recommended to planning interventions to improve the quality of life and social adjustment and to evaluate the results of these.

**Keywords:** Obsessive Behavior, Obsessive Compulsive Disorder, Social Adjustment, Social Functioning, Quality of Life

**How to Cite:**

Aktaş, M.C. ve Çuhadar, D., (2020). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Medical Sciences (NWSAMS), 15(2):55-70, DOI: 10.12739/NWSA.2020.15.2.1B0090.

## 1. GİRİŞ (INTRODUCTION)

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık "Sadece bir hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik hali"dir [1]. Tam bir huzur ve iyilik içinde olma vurgusu yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmıştır [1 ve 2]. Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin bedensel sağlık durumu, uyum yetisi, ruhsal durumu, toplumsal ilişkileri ve ekonomik durumudur [3]. Uyum kişinin kendisi ve çevresiyle iyi ilişkiler kurması, bu durumun sürdürülebilirliğini sağlaması şeklinde tanımlanabilir. Uyumun temel ölçütlerinden birisi kişinin kendisini iyi hissedebilmesidir [4]. Sosyal uyum bireyler arasındaki etkileşimlerle ilgili bir durumdur ve kişinin kendinden beklenen rollerini sosyal normlara uygun şekilde karşılaması şeklinde tanımlanmıştır [5 ve 6]. Jenson (1998) uyumun yapısal boyutunu beş unsura ayırmakta ve bunları aidiyet/izolasyon, içerme/dışlanma, katılım/pasiflik, kabul görme/reddedilme ve meşruiyet/gayri yasallık olarak sıralamaktadır [6, 7 ve 8]. Sosyal fonksiyonların değerlendirilmesinde; rutin, üretkenlik, sosyal ilişkiler, entellektüel kapasite, duygusal istikrar (değişmezlik) ve huzur faktörleri ele alınmaktadır. Yaşam kalitesi günlük yaşam aktivitelerinin performansı ile ilgiliyken, sosyal uyum belirtilen faktörlerle ilişkilidir [9, 10, 11, 12, 13 ve 14]. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) yaşam boyu yaygınlık oranının %1.9-%3.3 arasında olduğu, sıklıkla büyük bir sosyal ve mesleki işlev bozukluğunun eşlik ettiği, kişinin günlük, akademik, mesleki, aile ve sosyal işlevleriyle ilgili aktivitelerinin önemli ölçüde etkilendiği, yeti yitimine sebep olan ve kronik seyir gösteren bir bozukluktur [9, 15, 16, 17, 18, 19 ve 20].

## 2. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ (RESEARCH SIGNIFICANCE)

Yapılan çalışmalarda OKB'li hastalarda obsesyon ve kompulsiyon şiddeti nedeniyle toplumsal ve mesleki işlev bozukluğunun hastalık süresince arttığı ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur [10, 11, 12 ve 13]. OKB semptomlarının bireylerin en çok ruhsal alan ve bağımsızlık düzeylerini etkilediği bildirilmiştir. Bağımsızlık duygusu kişinin rollerini başkasının yardımı olmadan yerine getirebilmesi olarak tanımlanabilir. OKB semptomlarının sosyal uyumla bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Sosyal işlev yetersizliği hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, aile içindeki rollerinde, sosyal rollerinde, boş zaman ve mesleki rollerinde sorunlara sebep olmakta ve bağımsızlık düzeyini ciddi anlamda etkilemektedir. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir [9, 13, 19 ve 21]. Hastanın hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması, hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır [22]. OKB kişinin yaşam kalitesini birçok alanda ciddi anlamda etkileyen, birey ve toplum açısından işlevsellik ve uyum düzeyi açısından önem arz eden bir bozukluktur. Bu çalışmanın; hastalık ve tedavi nedeniyle sosyal yaşama uyumda sorun yaşayan hastaların belirlenerek gerekli müdahalelerin yapılmasını ve dolayısıyla hastanın yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olacağı, hastaların sosyal hayata devam etmesinin önündeki engellerden biri olan sosyal uyum düzeylerinin belirlenmesi yoluyla, uyum sorunu yaşayan hastalara yönelik uygun rehabilitasyon

etkinliklerinin düzenlenmesine katkıda bulunacağı, hastaların sosyal uyum düzeylerinin iyileştirilmesine katkısıyla toplumsal yarar sağlayacağı, bu anlamda çözüm yollarının araştırılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir. Bu çalışma, OKB hastalarında sosyal uyum, yaşam kalitesi ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### **3. MATERİYAL VE METOD (MATERIAL AND METHODS)**

Bu çalışma, OKB hastalarında sosyal uyum, yaşam kalitesi ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirilmiştir. .

#### **3.1. Araştırmanın Örnekleme (The Study of Sampling)**

Çalışmanın evrenini, Aralık 2014-Ağustos 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-IV veya DSM-V tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan 123 hasta oluşturmuştur. Örneklemin belirlenmesinde güç analizi yapılmıştır. Buna yönelik olarak pilot çalışma yapılmış ve hastalarda Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) beklenen güven aralığı belirlenerek güven aralığının tahmin edilmesi gerekli minimum örnek genişliği  $\alpha=0.05$ , testin gücü  $(1-\beta)$  0.80 iken örneklem sayısı 84 olarak belirlenmiş, çalışmanın güvenilirliğini arttırmak adına ulaşılan 114 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmaya 18-65 yaş grubunda yer alan, çalışmaya katılmayı kabul eden, en az ilkökul mezunu, çalışmaya katılmaya engel bilişsel, görsel ve işitsel engeli olmayan bireyler dahil edilmiştir.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları (Data Collection Tools)**

Veriler, hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, sosyo-demografik veri formu, obsesyon ve kompulsiyon şiddetini belirlemek için Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Y-BOCS), yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve sosyal uyum düzeylerini belirlemek için Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

##### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (Sociodemographic Data Form)**

Hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik durum, medeni durum, ekonomik durum, mesleki durumu gibi sosyodemografik ve hastalığın başlangıç yaşı, obsesyon veya kompulsiyon türü, tedaviye uyumu, hastalık boyunca suicidal düşünce veya girişimi gibi hastalıkla ilgili bilgilerini elde etmeye yönelik 10 sorudan oluşan form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

##### **3.2.2. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale=Y-BOCS)**

OKB belirtilerinin şiddetini değerlendirmek üzere Goodman ve ark (1989) tarafından geliştirilen ve Karamustafalloğlu ve ark. (1993) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ve değerlendirici tarafından puanlanan bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşan bu ölçekte, ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmeye alınmakta; 1-5. maddelerin toplamı obsesyon (Y-BOCS-OBS), 6-10. maddelerin toplamı kompulsiyon (Y-BOCS-KOMP), 1-10. maddelerin toplamı obsesyon-kompulsiyon (Y-BOCS) puanlarını vermektedir. Ölçekte her soru için puanlandırma 0-4 arasında değerlendirilir. Y-BOCS-OBS ve Y-BOCS-KOMP 0-20 arası puanlar alabilmekte, Y-BOCS ise 0-40 arasında puanlamayla değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların karşılıkları ise; 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli olarak kabul

edilmektedir [23, 24 ve 25]. Ölçeğin Cronbach alfa değeri orijinalinde 0.98 [23], mevcut çalışmada 0.94 olarak belirlenmiştir.

### **3.2.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (World Health Organization Quality of Life Bref Form-Turkish Version WHOQOLBREF-TR)**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOLBREF-TR), başlangıçta çeşitli ülkelerden 15 merkezin katkılarıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilip, Eser ve Ark (1999) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan bir değerlendirme aracıdır [26 ve 27]. Yüz sorudan oluşan daha geniş bir değerlendirme aracı (WHOQOL-100) içinden seçilen 26 soruyu ve dört alanı kapsamaktadır. Bu dört alan bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır [28]. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Ölçek Likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel etkinlik, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Dört alana ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir [1 ve 28]. Puanlar arttıkça yaşam kalitesinin arttığı değerlendirilmektedir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.87 olarak belirlenmiştir.

### **3.2.4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Social Adaptation Self Evaluation Scale)**

Bosc ve ark (1997) tarafından geliştirilip, Akkaya ve ark (2008) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 21 maddeli bir kendini-değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanını (boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulamaktadır. Ölçeği dolduranlar motivasyonlarının ve davranışlarının, kendilik algılarının, günlük yaşamlarında sahip oldukları farklı rollere ilgilerinin ve aldıkları tatminin değerlendirilebilmesi amacıyla birbirlerini tamamlayan sorulara yanıt vermektedirler. 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi toplam 0-3aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puanaralığı 0-60 arasındadır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri orijinalinde 0.74, Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizinde tüm grup için 0.90 olarak elde edilmiştir [29 ve 30]. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 olarak belirlenmiştir.

### **3.3. Etik Konular (Ethical Considerations)**

Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.10.2014 tarih ve 2014/326 kurul sayısıyla izin alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü Üniversite hastanesinin bağlı bulunduğu Rektörlükten ve hastane başhekimliğinden yazılı izinler alınmıştır (06.01.2015 tarih ve 100-08 sayılı yazı). Çalışmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

### **3.4. Verilerin Analizi (Data Analysis)**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma, hastaların tanıtıcı özellikleri ile ölçeğin puan ortalamalarının karşılaştırmasında t- testi, Kruskal-Wallis testi, Varyans Analizi kullanılmıştır. İleri analizlerde Tukey testi ile Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde korelasyon analizi kullanılmıştır. P<0.05 düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### 3.5. Araştırmanın Sınırlılığı (Limitation of the Research)

Çalışmanın yalnızca ayaktan tedavi alan hastalarla yapılması, sosyal işlevselliğin önemli derecede bozulduğu yatan hastaların çalışmaya alınmaması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışma sadece bu hastalara genellenebilir.

### 4. BULGULAR VE TARTIŞMA (RESULTS AND DISCUSSION)

OKB hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 31.43±9.71'dir. Hastaların %57.9'unu kadın, %64.9'u herhangi bir işte çalışmamakta, %35.1'i üniversite mezunu, %68.4'ü büyük şehirde yaşamakta, %50'sinin ekonomik durumu orta düzeydedir (Tablo 1).

Tablo 1. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların sosyo-demografik özellikleri (S=114)

(Table 1. Socio-demographic characteristics of patients with obsessive compulsive disorder (N=114))

Özellikler		N	%
Yaş (yıl, X±SS)		31.43±9.71	Min. 18 Max. 63
Cinsiyet	Erkek	48	42.1
	Kadın	66	57.9
Medeni Durum	Evli	58	50.9
	Bekar	56	49.1
Çalışma Durumu	Evet	40	35.1
	Hayır	74	64.9
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	23	20.2
	Ortaokul	16	14.0
	Lise	35	30.7
	Üniversite	40	35.1
Ekonomik Durumu	Düşük	2	19.3
	Orta	57	50.0
	İyi	35	30.7

Hastalar tarafından dile getirilen obsesyon ve/veya kompulsiyon türüne ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde; hastalarda en fazla görülen obsesyonun %55.3'lük bir oranla kirlilik ve bulaşma obsesyonu olduğu, en fazla görülen kompulsiyonun ise %62.3'lük bir oranla temizleme kompulsiyonu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde en sık görülen obsesyon ve kompulsiyon türlerinin, Karakuş ve Tamam'ın (2018) çalışmasına benzer şekilde Öneker (2017), Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kirlenme obsesyonu ve temizleme kompulsiyonu, Rosa ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında simetri-düzen, Akpınar'ın (2007) çalışmasında, kirlenme obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu olarak belirlenmiştir, Şahin ve Böke (2007) OKB'de en sık görülen obsesyonların kirlenme obsesyonları olduğunu belirtmektedirler [9, 13, 31, 32, 33 ve 34].

Tablo 2. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların obsesyon ve kompulsiyon türüne ilişkin bulguların dağılımı (S=114)  
(Table 2. Distribution of findings regarding obsession and compulsion type in patients with obsessive compulsive disorder (N=114))

Özellikler	N	%
Obsesyon Türü*		
Kirlilik ve Bulaşma Obsesyonu		
Yok	51	44.7
Var	63	55.3
Saldırganlık Obsesyonu		
Yok	103	90.4
Var	11	9.6
Simetri Düzen Obsesyonu		
Yok	91	79.8
Var	23	20.2
Dini Obsesyon		
Yok	66	57.9
Var	48	42.1
Cinsel Obsesyon		
Yok	87	76.3
Var	27	23.7
Biriktirme-Saklama Obsesyonu		
Yok	111	97.4
Var	3	2.6
Somatik Obsesyonlar		
Yok	104	91.2
Var	10	8.8
Temizleme-Yıkama Obsesyonu		
Yok	59	51.8
Var	55	48.2
Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar		
Yok	94	82.5
Var	20	17.5
Diğer Obsesyonlar		
Yok	83	72.8
Var	31	27.2
Kompulsiyon Türü**		
Yıkama Temizleme Kompulsiyonu		
Yok	43	37.7
Var	71	62.3
Kontrol Kompulsiyonu		
Yok	83	72.8
Var	31	27.2
Sıralama Düzenleme Kompulsiyonu		
Yok	99	86.8
Var	15	13.2
Sayma Kompulsiyonu		
Yok	101	88.6
Var	13	11.4
Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar		
Yok	89	78.1
Var	25	21.9
Biriktirme-Toplama Kompulsiyonları		
Yok	110	96.5
Var	4	3.5
Diğer Kompulsiyonlar		
Yok	59	51.8

Var	55	48.2
-----	----	------

\*Hastalar Birden Fazla Obsesyon Türü İşaretlemişlerdir

\*\*Hastalar Birden Fazla Kompulsiyon Türü İşaretlemişlerdir

Çalışmaya katılan hastaların Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale=Y-BOCS) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (World Health Organization Quality of Life Bref Form-Turkish Version WHOQOLBREF-TR) ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların SUKDÖ, Y-BOCS ve WHOQOL-BREF-TR alt ölçek ve toplam puan ortalamaları (S=114)  
(Table 3. SASS, Y-BOCS and WHOQOL-BREF-TR subscale and total score averages of patients with obsessive compulsive disorder (N=114))

Ölçekler	X±SS	Alınan Min-Max Değerler	Alınabilecek Min-Max Değerler
SUKDÖ	32.48±11.84	9.00-55.00	0-60
Y-BOCS	Y-BOCS-OBS	11.14±5.65	0-20
	Y-BOCS-KOMP	10.07±5.31	0-20
	Y-BOCS-Toplam	21.21±10.53	0-40
WHOQOL-BREF-TR	Bedensel Alan	12.00±3.52	4.00-20.00
	Ruhsal Alan	11.87±3.78	4.00-19.33
	Sosyal Alan	10.59±4.41	4.00-18.67
	Çevre Alanı	12.06±2.92	5.33-18.22

Çalışmamızda sosyal uyum düzeyinin değerlendirildiği SUKDÖ puan ortalaması 32.48±11.84 olarak bulunmuştur (Tablo 3). SUKDÖ Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında kişinin sosyal uyumunun normal düzeyde olduğunu kabul etmek için en az 35 puan alması gerektiği, ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 60 olarak bildirilmiştir [30]. Bunun hem hastaların obsesyon ve kompulsiyonlara harcadıkları süreyle hem de obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin kişinin sosyal ilişkilerine olan olumsuz etkisiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların sosyal uyumlarını arttırmak için kişisel etkileşim alanlarını genişletecek müdahalelerin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Rosa ve ark (2012) çalışmasında da OKB hastalarında sosyal uyumun beklenenden az olduğu tespit edilmiştir [9 ve 35]. Obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin ölçüldüğü Y-BOCS'a göre toplam Y-BOCS puan ortalaması 21.21±10.53 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 40'tır. Ölçek değerlendirmesinde puan karşılıkları; 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli olarak kabul edilmektedir [25, 26, 27, 28 ve 29]. Bu değerlendirme göz önüne alındığında çalışmamıza katılanların orta düzeyde obsesyon ve/veya kompulsiyon şiddeti yaşadıkları tespit edilmiştir. Tedavi uyumları iyi olan bir hasta grubu olduğundan semptom şiddetinin orta düzeyde olduğu düşünülmektedir. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde; semptom şiddeti açısından çalışmamızla paralellik gösteren araştırmaların mevcut olduğu görülmekle birlikte [11, 36 ve 37], semptom şiddeti daha yüksek olan çalışmalara da rastlanılmıştır [38, 39 ve 40]. Aradaki farklılıkların çalışmamıza yalnızca OKB tanısı almış hastaların dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşam kalitesinin ölçüldüğü WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin alt boyutlarından olan bedensel alan alt ölçeği puan ortalaması 12.00±3.52, ruhsal alan alt ölçeğinin puan ortalaması 11.87±3.78, sosyal alan alt ölçeğinin puan ortalaması 10.59±4.41, çevre alanı alt ölçeği puan ortalaması 12.06±2.92 olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçeğin alabileceği minimum puan 4, maksimum puan ise

20'dir (Tablo 3). Çalışmamıza göre OKB hastalarında en fazla sosyal ve ruhsal yaşam kalitesi alanları etkilenmektedir. OKB'nin semptom şiddeti sebebiyle bireylerin psikolojik durumunu ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediği söylenebilir. Daha önce yapılan çalışmalarda da en fazla etkilenen yaşam kalitesi alanlarının sosyal ve ruhsal alan oldukları saptanmıştır [10, 13, 20, 41, 42, 43 ve 44]. Bu anlamda bizim çalışmamız da yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Tablo 4. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ, Y-BOCS ve WHOQOL-BREF-TR Arasındaki İlişki (S=114)

(Table 4. Correlation Between SASS, Y-BOCS and WHOQOL-BREF-TR in Patients with Obsessive Compulsive Disorder (N=114))

Ölçekler		SUKDÖ	WHOQOL-BREF-TR				
			Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	
SUKDÖ		r	-	.620**	.757**	.701**	.802**
Y-BOCS	Y-BOCS OBS	r	-.416**	-.734**	-.699**	-.376**	-.232*
	Y-BOCS KOMP	r	-.333**	-.650**	-.565**	-.297**	-.195*
	Y-BOCS TOP	r	-.391**	-.722**	-.660**	-.351**	-.223**

\*p<0.05, \*\*p<0.001

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda SUKDÖ, Y-BOCS ve WHOQOL-BREF-TR arasındaki ilişki Tablo 4'de verilmektedir. SUKDÖ ile WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde sosyal uyum ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, sosyal uyum azaldıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4). Sosyal uyum, kişinin işine ilgisini, boş zamanlarını değerlendirme niteliğini, aile içinde ve sosyal çevresiyle olan kişiler arası iletişimini, sosyal hayata katılımını, toplumsal kurallara uyumunu, anlaşılabilirlik duygusunu, beden imajını ve ekonomik yeterlilik algısını değerlendirir. Yaşam kalitesi bireylerin kendilik olgusunu algılayış biçimi olarak tanımlanabilir. Bireyin kendini fiziksel olarak güçlü ve yeterli hissetmesi, psikolojik olarak iyi durumda olması, çevresi ve ailesiyle olan iletişiminin olumlu düzeyde olması, çevresel etmenlerden duyulan memnuniyet yaşam kalitesini etkiler. İnsan biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlıktır, bu nedenle kişinin sosyal uyumunun iyi olmasının, kişiler arası ilişkilerinin tatmin edici düzeyde olmasının onun bütün olarak yaşam kalitesini de etkilediği düşünülmektedir. Literatürde OKB'nin psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine derin bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir [20 ve 45]. Rosa ve ark (2012) düşük sosyal işlevselliğin zayıf yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [9].

SUKDÖ ile Y-BOCS-OBS, Y-BOCS-KOMP ve Y-BOCS toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Çalışma sonuçlarına göre obsesyon ve kompulsiyon şiddeti arttıkça sosyal uyumun azaldığı belirlenmiştir. Sosyal ilişkiler OKB'de hastalığın olumsuz etkilerinin önemli derecede hissedildiği bir alandır. OKB'nin DSM-5 tanı kriterlerinden biri hastanın kompulsif davranışlarının gün içinde en az bir saat sürmesidir. Gerek hastanın zamanın çoğunu kompulsif davranışlarına ayırmasının, gerek bulaş obsesyonları nedeniyle temiz olmadığını düşündüğü ortamlardan uzak durma çabasının, hastaların çevre ile olan etkileşimini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.



Yapılan çalışmalarda aile ilişkilerinin OKB semptomlarının en çok etkilediği boyut olduğu bildirilmektedir [15, 20, 39, 46, 47 ve 48]. OKB'li hastalar yakınları için katlanılması zor, bıktırıcı hale gelebilen törensel davranışları nedeniyle sıklıkla baskıya maruz kalmaktadırlar [47 ve 49]. Aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanması, cinsel yaşamda zorluklar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın, hem de aile bireylerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir [13 ve 50]. Yapılan çalışmalarda, çalışmamızla paralel olarak yüksek obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin düşük sosyal uyumla ilişkili olduğu bildirilmektedir [9, 35 ve 40]. Elde edilen verilere göre; Y-BOCS-OBS, Y-BOCS-KOMP, ve Y-BOCS toplam ile WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak negatif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Çalışmamıza göre obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile sosyal alan yaşam kalitesi negatif yönde ilişkilidir (Tablo 4). OKB'nin; tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Yapılan çalışmalar, semptom şiddetinin sosyal alan yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir, çalışmamız literatürü desteklemektedir [13, 20, 37, 42, 43, 51, 52, 53, 54, 55 ve 56]. Hastalık şiddeti ile kişinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi doğrudan ilişkilidir [43]. Sosyal alan yaşam kalitesi bireyin kişiler arası ilişkilerini, cinsel aktivitelerini ve sosyal desteğini değerlendirir [28]. Obsesyonların zihni meşgul eden ve anksiyete yaratan özelliklerinden dolayı bireylerin hem kişiler arası ilişkileri hem de cinsel aktivitelerinin etkilendiği söylenebilir. Çalışmamıza göre en sık görülen obsesyon türü bulaşma kirlilik obsesyonudur. Bireylerin kirlenebileceği ya da istenmeyen şeylerin bulaşması endişesiyle diğer insanlarla temas kurmakta, dolayısıyla iletişime geçmekte çekingen davranabildikleri, yine aynı düşüncelerle cinsel aktivite yaşamaktan çekinebildikleri düşünülmektedir. Berksun (2003) OKB hastalarının yakınlarının çoğunlukla kompulsif davranışlardan dolayı zamanla bıkkınlık yaşayabildiklerini belirtmiştir [57]. Bu durumun hastanın sosyal desteklerini zayıflattığı böylece sosyal alan yaşam kalitesinin obsesyon ve kompulsiyon şiddetinden olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre obsesyon ve kompulsiyon şiddeti arttıkça bedensel alan yaşam kalitesi azalmaktadır (Tablo 4). Bedensel alan yaşam kalitesi kişinin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme becerisini, iş ile ilgili işlevselliğini, bedensel hareketliliğini, medikal tedaviye ihtiyacını değerlendirir [28]. Çalışmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmakta ve en fazla görülen obsesyonun kirlilik, en fazla görülen kompulsiyonun ise yıkama olduğu belirlenmiştir. Bu veriler dikkate alındığında temizlik ile ilgili kompulsif davranışların yoğunluğunun bu hastalarda bedensel alan yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamıza paralel olarak obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin bedensel alan yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir [10, 51, 52, 55, 58 ve 59]. Ruhsal alan yaşam kalitesi, kişinin olumlu ve olumsuz duygulanımını, beden imajı ve görünümünü, dini ve kişisel inançlarını, düşünme, öğrenme ve konsantrasyonunu değerlendirir [28]. Bu araştırmanın sonucunda ruhsal alan yaşam kalitesinin, obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile negatif yönde ilişkili olduğu saptandı (Tablo 4). Obsesyonlar mantık dışı olduğu kişi tarafından bilindiği halde karşı konulamayan inatçı düşüncelerdir. Bu düşüncelerin artması beraberinde bireyin anksiyetesinin artmasına sebep olmaktadır. Artan endişe ve huzursuzluk duygusunun bireylerin ruhsal olarak kendilerini

iyi algılamasına engel olduğu düşünülmektedir. OKB'de ruhsal alan yaşam kalitesinin semptom şiddetinden olumsuz etkilendiğini bildiren benzer çalışmalar mevcuttur [13, 37, 42, 51, 52, 55, 58 ve 60].

Bu çalışmada, çevresel alan yaşam kalitesi ile obsesyon ve kompulsiyon şiddeti arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Çevresel alan yaşam kalitesi, kişinin yakınlarından gördüğü baskıyı, maddi kaynakların yeterliliğini, bireyin bağımsızlığını, güvenliğini, yaşadığı evin şartlarını, gerekli olan bilgilere ulaşabilme becerisini, boş zamanını değerlendirme niteliğini, gürültü, trafik, kirlilik gibi çevresel etmenleri ve ulaşım memnuniyetini değerlendirir [27 ve 28].

Tablo 5. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre SUKDÖ ve WHOQOL-BREF-TR alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=114)

(Table 5. Comparison of SASS and WHOQOL-BREF-TR subscale and total score averages according to the disease-related features of patients with obsessive compulsive disorder (N=114))

Özellikler	WHOQOL-BREF-TR				
	SUKDÖ	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
İlaçlarını Düzenli Kullanma					
Evet (n:82, %71.9)	35.06±11.47	12.21±3.79	12.52±4.01	11.52±4.36	12.76±2.77
Hayır (n:32, %28.1)	25.87±10.23	11.36±2.69	10.20±2.49	8.20±3.64	10.27±2.54
	t=3.955	t=1.183	t=3.695	t=3.814	t=4.392
	P<0.001	p>0.05	P<0.001	P<0.001	P<0.001
Kontrollerine Düzenli Gelme					
Evet (n:86, %75.4)	35.08±11.09	12.20±3.83	12.41±4.01	11.37±4.35	12.68±2.69
Hayır (n:28, 24.6)	24.50±10.57	11.38±2.29	10.21±2.37	8.19±3.76	10.15±2.83
	t= 4.432	t= 1.365	t= 3.520	t= 3.475	t= 4.260
	P< 0.001	p>0.05	p<0.001	P< 0.001	P< 0.001
*Hastalığın Gidişi ve Seyri					
Artma-Azalma (Sürekli Gidiş Gösterenler) (n:37, %32.5)	29.48±12.06	12.35±3.15	11.51±3.64	9.54±4.53	11.51±3.35
Arada Tama Yakın İyileşme Gösterenler (Epizodik) (n:46, %40.4)	39.54±9.15	13.50±3.27	13.95±3.33	12.81±3.85	13.30±2.19
İlerleyici-Kötü Gidişli (n:31, %27.1)	25.58±9.55	9.36±2.83	9.20±2.70	8.55±3.65	10.88±2.72
	F=19.380	F=16.613	F= 19.719	F=12.093	F= 8.255
	P<0.001	P< 0.001	P< 0.001	P<0.001	P<0.001
* Hastalık Seyri Boyunca İntihar Düşüncesi/Girişimi Varlığı					
Düşünce Var (36, %31.6)	27.69±11.40	10.77±2.92	10.14±3.10	9.03±4.14	11.25±2.90
Düşünce Yok (66, %57.9)	35.18±11.21	12.83±3.69	13.09±3.69	11.41±4.43	12.60±2.93
İntihar Girişimi Var (12, %10.5)	32.00±12.86	11.09±3.14	10.33±3.86	10.77±4.19	11.51±2.51
	KW=8.863	KW= 8.653	KW=14.606	KW= 7.463	KW= 4.978
	P<0.05	P< 0.05	P< 0.001	P< 0.05	p> 0.05

\*Tukey Testi Kullanılmıştır

OKB hastaları sıklıkla kompulsif davranışlardan dolayı çevreleri tarafından baskıyla karşılaşmaktadır. Hastaların ellerini yıkayıp yıkamadığı, elektrik düğmesini kapatıp kapatmadığı gibi endişeleri hakkında tekrar tekrar aile üyelerince onaylanma istekleri olabilir. Aşırı temizlik, sıralama-düzenleme obsesyonları hem kendisinin, hem de aile üyelerinin gündelik yaşamının kısıtlanmasına neden olabilir, ya da biriktirme kompulsiyonları sonucunda toplanan gereksiz eşyalarla sıkıcı bir ev ortamı oluşabilir [13, 47 ve 61]. Bu durumun hastaların çevresel alan yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda OKB'de semptom şiddetiyle çevresel alan yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmekte ve çalışmamızın literatürle paralellik arz ettiği görülmektedir [11, 37, 52, 53, 58 ve 59].

OKB olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre WHOQOL-BREF-TR alt ölçek ve SUKDO toplam puan ortalamaları tablo 5'de görülmektedir. Çalışmamıza göre düzenli ilaç kullananların ve kontrollerine düzenli devam edenlerin sosyal uyum skorları ve ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Araştırma sonucuna göre düzenli ilaç kullanımı ve kontrollere düzenli gelmenin tedavinin etkinliğini arttırdığı, böylelikle OKB hastalarında hastalık semptomlarını azaltarak hastaların hem sosyal uyum düzeylerini hem de yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Literatüre göre randevulara uyumsuzluk, yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmakla birlikte aynı zamanda ilaç tedavisine uyumsuzlukla da yakın ilişkilidir. Tedaviye uyum hastalık seyrini ve her anlamda işlevselliği etkilemektedir [37, 62 ve 63]. Bu anlamda çalışmamız literatürü desteklemektedir.

Çalışmaya göre dönem dönem tama yakın iyileşme gösterenlerin, sürekli gidiş gösterenlere göre, her iki grubun da kronik seyir gösterenlere göre hem sosyal uyumlarının hem de yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Bu verilere dayanarak kötü prognozun hastaların yaşam kalitelerini ve sosyal uyumlarını olumsuz etkilediği söylenebilir. Nitekim Sosyal uyumun kötü olmasının kötü prognoz belirleyicisi olduğu bildirilmektedir [64]. Velloso ve ark (2018) hastalık sürecinin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilediğini bildirmektedir [37]. Epidemiyolojik bir çalışmada OKB tanısı olan bireylerin % 63'ünün yaşam boyu intihar düşüncelerinin olduğu ve %25'inin en az bir defa intihar girişimi bildirdiği gösterilmiştir [65]. Yine bir başka çalışmada intiharın OKB için sık rastlanılan bir durum olduğu bildirilmektedir [20]. Çalışma da hastalık süresi boyunca intihar düşüncesi olmayan hastaların intihar düşüncesi veya girişimi olanlara göre sosyal uyum skorları ve ruhsal alan, bedensel alan, sosyal alan yaşam kalitelerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). İntihar bireyin kendini sorunlar karşısında yalnız ve çaresiz hissettiği durumlarda ortaya çıkan bir düşüncedir. İntihar düşüncesi olmayanların destek sistemlerini daha etkin kullandıkları, çevreleriyle daha sağlıklı ilişkiler sürdürdükleri ve bu durumun sosyal uyum düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir. Yaşam kalitesi kişinin kendi yaşantısını iyi ya da kötü algılamasına yönelik subjektif bir değerlendirmedir. Kişinin hayata başl

ılışı ve bakış açısının yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir. OKB hastalarında intihar düşüncesinin yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik üzerinde ciddi bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir [37 ve 66].

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER (CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS)

Bu çalışmanın sonucunda hastaların sosyal uyum ve yaşam kalitelerinin beklenenden az olduğu belirlenmiştir. Hastalık şiddeti arttıkça bireylerin yaşam kalitesi ve sosyal uyumunun olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bu hasta grubunun değerlendirilmesinde sosyal uyum ve yaşam kalitesine yönelik değerlendirmelere de yer verilmesi önerilmektedir. Sosyal uyum azaldıkça bireylerin yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. OKB hastalarının tedavi programlarının içerisinde sosyal uyumu ve işlevselliği artırmaya yönelik terapötik yaklaşımlara yer verilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma hastaların yaşam kalitesini ve sosyal uyumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Yaşam kalitesini ve sosyal uyumu artırmaya yönelik müdahalelerin planlanması ve bunların sonuçlarını değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

#### KAYNAKLAR (REFERENCES)

- [1] Group W., (1997). Measuring quality of life. Geneva: The World Health Organization. ss:1-13.
- [2] Saxena, S., Orley, J., and Group W., (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European psychiatry*, 12:263s-6s.
- [3] Soygür, H., (2003). Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 6:9-14.
- [4] Koca, Ş., (2010). Müzik Eğitimi Alan ve Almayan Lise Öğrencilerinin Sosyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29:49-63.
- [5] Barrabee, P., Barrabee, E.L., and Finesinger, J.E., (1955). A Normative Social Adjustment Scale. *American Journal of Psychiatry*, 112(4):252-9.
- [6] Chan, J., To, H.P., and Chan, E., (2006). Reconsidering Social Cohesion: Developing a Definition and Analytical Framework for Empirical Research. *Social Indicators Research*, 75(2):273-302.
- [7] Jenson, J., (1998). Mapping Social Cohesion: The State of Canadian Research: Canadian Policy Research Networks Ottawa.
- [8] Ongan, N.T., (2013). Sosyal Uyum-Sosyal Sermaye Eksenli Kalkınma Yaklaşımının Sınıfsal Sonuçlarına İlişkin Bir Değerlendirme. *Calisma ve Toplum*, 36(1).
- [9] Rosa, A.C., Diniz, J.B., Fossaluza, V., Torres, A.R., Fontenelle, L.F., De Mathis, A.S., et al., (2012). Clinical Correlates of Social Adjustment in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of psychiatric research*, 46(10):1286-92.
- [10] Bobes, J., Gonzalez, M., Bascaran, M., Arango, C., Saiz, P., and Bousoño, M., (2001). Quality of Life and Disability in Patients with Obsessive-compulsive Disorder. *European Psychiatry*, 16(4):239-45.
- [11] Masellis, M., Rector, N.A., and Richter, M.A., (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2):72-7.
- [12] Heyman, I., Mataix-Cols, D., and Fineberg, N., (2006). Obsessive-compulsive Disorder. *Bmj*, 333(7565):424-9.
- [13] Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M.Y. ve Askın, R., (2007). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi İle İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1):5.
- [14] Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G., Dikeos, D., Lerer, B., et al. (2004). Social Adjustment and Self-esteem

- of Bipolar Patients: a Multicentric Study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3):97-103.
- [15] Steketee, G., (1997). Disability and Family Burden in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9):919-28.
- [16] Köroğlu, E., (2001). Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (Dsm-Iv-Tr) (Köroğlu E, Çev) Ankara: Hekimler.
- [17] Skoog, G. and Skoog, I., (1999). A 40-year Follow-up of Patients with Obsessive-compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(2):121-7.
- [18] Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., et al, (2010). Long-term Outcomes of Obsessive-Compulsive Disorder: Follow-up of 142 Children and Adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2):128-34.
- [19] Yüksel, N., (2014). Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. In: Yüksel N, editor. *Ruhsal Bozukluklar*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, ss:229-39.
- [20] Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J., Shafie, S., Chang, S., Seow, E., and Chong, S.A., (2020). Obsessive-Compulsive Disorder in Singapore: Prevalence, Comorbidity, Quality of Life and Social Support. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49(1):15.
- [21] Akpınar Öztürk, Ş., (2008). Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 11:180-190.
- [22] Erşan, E.E., Kelleci, M. ve Baysal, B., (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(4):214-24.
- [23] Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., et al, (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11):1006-11.
- [24] Karamustafalıoğlu, O., Üçışık, A., Ulusoy, M. ve Erkmen, H., (1993). Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa Savaş Ofset, s:86.
- [25] Korkmaz, I., (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Bilişsel İşlevlerindeki Olası Bozuklukların Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Uzmanlık Tezi*.
- [26] Group, W., (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3):24-56.
- [27] Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Elbi, H. ve Göker, E., (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2):23-40.
- [28] Whoqol-Bref, W., (1996). Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment-Field Trial Version. Geneva, Switzerland.
- [29] Bosc, M., Dubini, A., and Polin, V., (1997). Development and Validation of a Social Functioning Scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European psychopharmacology*, 7(1):S57-S70.
- [30] Akkaya, C., Sarandöl, A., Danacı, A.E., Sivrioğlu, E.Y., Kaya, E. ve Kirli, S., (2008). Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme

- Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3).
- [31] Akpınar, A., (2007). Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı. Uzmanlık Tezi Sağlık Bakanlığı Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- [32] Şahin A., (2007). Güleç, C., Köroğlu, E., (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. ss:343-52.
- [33] Karakuş, G. ve Tamam, L., (2018). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Uyku ve Özkıyım İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19:37-44.
- [34] Öneker, T., (2017). OKB Tanısı Almamış Beliren Yetişkinlikte Obsesif-Kompulsif Belirtilerin ve Belirti Şiddetlerin Cinsiyet Açısından Dağılımının İncelenmesi. Master's Thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [35] Das, R. and Raychaudhuri, S., (2016). Disease Severity and Social Adjustment of Patients with Obsessive Compulsive Disorder from West Bengal. The International Journal of Indian Psychology, 3(4):81.
- [36] Siddiqui, M.A., Pattojoshi, A., Munda, S.K., Siddiqui, S.V., and Ram, D., (2015). Impact of Psychopathology of Adult Obsessive Compulsive Disorder on Quality of Life: A Patient Controlled Study. Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare, 2(56):8865-8871.
- [37] Velloso, P., Piccinato, C., Ferrão, Y., Perin, E.A., Cesar, R., Fontenelle, L.F., and do Rosário, M.C., (2018). Clinical Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Adult Obsessive-compulsive Disorder Outpatients. Comprehensive psychiatry, 86:82-90.
- [38] Jacoby, R.J., Leonard, R.C., Riemann, B.C., and Abramowitz, J.S., (2014). Predictors of Quality of Life and Functional Impairment in Obsessive-compulsive Disorder. Comprehensive Psychiatry, 55(5):1195-202.
- [39] Gururaj, G., Math, S.B., Reddy, J., and Chandrashekar, C., (2008). Family Burden, Quality of Life and Disability in Obsessive Compulsive Disorder: An Indian Perspective. Journal of Postgraduate Medicine, 54(2):91.
- [40] Sahoo, P., Sethy, R.R., and Ram, D., (2017). Functional Impairment and Quality of Life in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. Indian Journal of Psychological Medicine, 39(6):760.
- [41] Kıvrırcık Akdede, B., Alptekin, K., Akvardar, Y. ve Kitiş, A., (2005). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular İle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(1):13-9.
- [42] Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., (2006). Subjective Quality of Life of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(8):662-8.
- [43] Koran, L.M., Thienemann, M.L., and Davenport, R., (1996). Quality of Life for Patients with Obsessive-compulsive Disorder. The American journal of psychiatry, 153(6):783-788.
- [44] Alghamdi, H.M. and Awadalla, A.W., (2016). Sociodemographic and Quality of Life of Patients with Obsessive Compulsive Disorder: A Comparison within Saudi Arabia's Population. International Neuropsychiatric Disease Journal, 1-15.
- [45] Hollander, E., Stein, D.J., Kwon, J.H., Rowland, C., Wong, C.M., Broatch, J., et al., (1997). Psychosocial Function and Economic

- Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS spectrums*, 2(10):16-25.
- [46] Vikas, A., Avasthi, A., and Sharan, P., (2011). Psychosocial Impact of Obsessive-compulsive Disorder on Patients and Their Caregivers: a Comparative Study with Depressive Disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1):45-56.
- [47] Beşiroğlu, L. Ve Ağargün, M.Y., (2006). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17:213-22.
- [48] Palardy, V., El-Baalbaki, G., Fredette, C., Rizkallah, E., and Guay, S., (2018). Social Support and Symptom Severity among Patients with Obsessive-compulsive Disorder or Panic Disorder with Agoraphobia: A Systematic Review. *Europe's journal of psychology*, 14(1):254.
- [49] Cooper, M., (1996). Obsessive-compulsive Disorder: Effects on Family Members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2):296-304.
- [50] Black, D.W., Gaffney, G., Schlosser, S., and Gabel, J., (1998). The Impact of Obsessive-compulsive Disorder on the Family: Preliminary Findings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7):440-2.
- [51] Hertenstein, E., Thiel, N., Herbst, N., Freyer, T., Nissen, C., Külz, A.K., et al, (2013). Quality of Life Changes Following Inpatient and Outpatient Treatment in Obsessive-Compulsive Disorder: a Study with 12 Months Follow-up. *Annals of General Psychiatry*, 12(1):4.
- [52] Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., and Mataix-Cols, D., (2010). Clinical Predictors of Health-related Quality of Life in Obsessive-compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2):193-200.
- [53] Huppert, J.D., Simpson, H.B., Nissenson, K.J., Liebowitz, M.R., and Foa, E.B., (2009). Quality of Life and Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder: a Comparison of Patients with and without Comorbidity, Patients in Remission, and Healthy Controls. *Depression and Anxiety*, 26(1):39-45.
- [54] Schwartzman, C.M., Boisseau, C.L., Sibrava, N.J., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., and Rasmussen, S.A., (2017). Symptom Subtype and Quality of Life in Obsessive-compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 249:307-310.
- [55] Pozza, A., Lochner, C., Ferretti, F., Cuomo, A., and Coluccia, A., (2018). Does Higher Severity Really Correlate with a Worse Quality of Life in Obsessive-compulsive Disorder? A Meta-Regression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1013.
- [56] Remmerswaal, K.C.P., Batelaan, N.M., Smit, J.H., van Oppen, P., and Van Balkom, A.J.L.M., (2016). Quality of Life and Relationship Satisfaction of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 56-62.
- [57] Berksun, O., (2003). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. *Turgut Yayıncılık*. ss:1-75.
- [58] Hou, S.Y., Yen, C.F., Huang, M.F., Wang, P.W., and Yeh, Y.C., (2010). Quality of Life and Its Correlates in Patients with Obsessive-compulsive Disorder. *The Kaohsiung Journal of Medical sciences*, 26(8):397-407.
- [59] Tan, J.Z.J., (2017). Quality of Life in OCD Patients.
- [60] Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., and Goracci, A., (2016). Adult Obsessive-

- 
- Compulsive Disorder and Quality of Life Outcomes: a Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 22:41-52.
- [61] Koran, L.M., (2000). Quality of Life in Obsessive-compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3):509-17.
- [62] Demirkol, M.E. ve Tamam, L., (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu: Treatment Adherence in Psychiatric Disorders. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar.*, 8(1):85.
- [63] Asnaani, A., Kaczkurkin, A.N., Alpert, E., McLean, C.P., Simpson, H.B., and Foa, E.B., (2017). The Effect of Treatment on Quality of Life and Functioning in OCD. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 7-14.
- [64] Bal, U., Çakmak, S. ve Uğuz, Ş., (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4):441-59.
- [65] Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M., et al, (2006). Obsessive-compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11):1978-85.
- [66] Velloso, P., Piccinato, C., Ferrao, Y., Perin, E.A., Cesar, R., Fontenelle, L., and do Rosário, M.C., (2016). The Suicidality Continuum in a Large Sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) Patients. *European Psychiatry*, 38, 1-7.