

Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler

Lütfullah BEŞİROĞLU,¹ Faruk UĞUZ,² Mürsel SAĞLAM,³ Ertan YILMAZ,⁴
 Mehmet Yücel AĞARGÜN,⁵ Rüstem AŞKIN⁶

ÖZET

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişinin aile, meslek ve sosyal işlevselliğini belirgin olarak etkileyen bir bozukluk olduğu için OKB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki giderek daha çok önem kazanmaya başlamıştır. Bu çalışmada OKB'ta en çok etkilenen yaşam kalitesi alanlarını ve OKB'ta azalmış yaşam kalitesi ile ilişkili etkenleri araştırmak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Yetmiş üç OKB hastası ve 69 sağlıklı katılımcının yaşam kalitesi puanları Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) aracılığıyla karşılaştırıldı. Ayrıca regresyon analizleri aracılığıyla yaşam kalitesi ve olası klinik değişkenler arasındaki ilişkiler araştırıldı. **Sonuçlar:** Kontrol grubuna göre, OKB grubunun psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puanları anlamlı olarak daha düşük bulundu. Yapılan çoklu regresyon analizleri sonucunda depresif belirtilerin şiddeti hem fiziksel sağlık, hem de psikolojik sağlık alanı ile en fazla ilişkili olarak bulundu. Kişilik bozukluğu eş tanısının varlığı psikolojik sağlığı yordayan ikinci önemli etken olarak bulundu. Kompulsiyonların şiddeti sosyal ilişki alanı ile ilişkili tek değişken olarak bulunurken, ikinci bir modelde depresif belirtilerin şiddeti de denkleme eklendi. Çevre alanı ile ilişkili tek etken hastalık süresi olarak bulundu. İkili bağıntı analizlerinde ise obsesyonların ve depresif belirtilerin şiddeti psikolojik sağlık ile ilişkili bulunurken, kompulsiyon şiddeti ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. **Tartışma:** OKB'ta yaşam kalitesi değerlendirmesinde depresif belirtilerin etkisi belirgin olarak ortaya çıktığı için OKB'a özgü bir değerlendirme aracı geliştirilme zorunluluğu doğmaktadır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:5-13*)

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, yaşam kalitesi, depresyon, obsesyon, kompulsiyon

Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder

ABSTRACT

Objective: Since obsessive compulsive disorder (OCD) is an illness that considerably influences the family, academic, occupational and social functioning of patients, the relationship between OCD and QOL has been acquiring more importance. The present study was designed to investigate which aspects of quality of life (QOL) are most affected in OCD and to explore the predictors of decreased QOL in OCD. **Methods:** Seventy-three patients with OCD and 69 healthy control subjects were compared in terms of their quality of life scores by means of WHOQOL-BRIEF. The relationship between QOL and probable clinical variables were explored by means of multivariate regression analyses. **Results:** Psychological health and social relationship scores of OCD patients were significantly lower than healthy subjects. Multivariate regression analyses revealed that the severity of depressive symptoms was the best predictor of both psychical health, and psychological health. The presence of comorbid personality disorder was the second significant factor to predict psychological health. While the severity of compulsions was the sole associated factor with psychological health, in second model, severity of depression as an associated variable was added to equation. Only the duration of illness was associated with environment

¹ Yrd.Doç.Dr., ³ Arş.Gör.Dr., ⁵ Prof.Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fak., Psikiyatri ABD, VAN

² Yrd.Doç.Dr., ⁴ Arş.Gör.Dr., ⁶ Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fak., Psikiyatri ABD, KONYA

Yazışma adresi: Dr. Lütfullah BEŞİROĞLU, Yüzüncü Yıl Univ., Tıp Fak., Psikiyatri ABD, 65200 VAN

E-posta: lbesiroglu@gmail.com

6 Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler

scores. In the bivariate correlational analyses, while the severity of obsessions and depressive symptoms were significantly associated with psychological health, there is no association between psychological health and compulsion severity. **Discussion:** Since the subjective perception of QOL is considerably affected by depression severity, a quality of life assessment instrument that is specific for OCD should be developed. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:5-13)

Key words: obsessive compulsive disorder, quality of life, depression, obsession, compulsion

GİRİŞ

Uzun yıllar "sağlıklı yaşam" değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler organ düzeyinde, nesnel olarak fizyolojik veya ruhsal bir hasarın saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır.¹ Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklı yaşamın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır.²

Son 20 yıldır Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) merkezli çalışmaların da katkısı ile sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar fiziksel ve ruhsal hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini tanımlama konusunda daha çok çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik durumunu ve yaşam kalitesini öznel olarak ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekte ve sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmaktadır. Yaşam kalitesinin henüz etrafıca kabul edilen bir tanımlama olmamakla birlikte, "kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmıştır.³

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile kişinin aile, akademik, meslek ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregelen bir bozukluktur.⁴ Psikiyatrik bozukluklar içinde fobiler, madde kullanımı ve duygulanım bozukluklarından sonra dördüncü sıklıkta görülmektedir.^{5,6} Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı %0.5-5.6 arasında saptanmıştır.⁷⁻¹⁰ DSÖ'nün verilerine göre OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda ise beşinci sırada yer almaktadır.¹¹

Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:5-13

Hem sık görülen bir bozukluk olması, hem de kişinin kendi yaşamına ve çevresine olan belirlenim derecede olumsuz etkisi nedeniyle OKB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki son yıllarda giderek daha çok ilgi çekmektedir.

OKB'ü olan hastalarda en çok psikolojik sağlık ve bağımsızlık düzeyi alanlarında etkilenmeler tanımlanmıştır.^{12,13} Ruhsal alandaki yaşam kalitesi olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesi hakkında kişinin öznel yorumunu yansıtmaktadır. Kişinin bağımsızlık düzeyi algısı ise çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işleri, sosyal etkinliklerini başkasının yardımı olmadan yürütme becerisini ve yaşamını sürdürme konusunda tıbbi tedaviye ne kadar gereksinim duyabileceğini yansıtmaktadır.¹⁴ Kişinin bağımsızlık düzeyi algısı OKB için sağlık yardımı arama davranışını yordayan bir etken olarak da bulunmuştur.¹³ Bobes ve ark.¹⁵ OKB ve şizofreni hastalarında bu alanlardaki işlevselliğinin benzer biçimde etkilendiği bulurken, Stengler-Wenzke ve ark.,¹⁶ OKB hastalarında şizofreni hastalarına göre bu alanlarda daha olumsuz etkilenme olduğunu bulmuşlardır.

OKB hem sık görülen bir bozukluk olması, hem de kişinin yaşam kalitesinin birçok yönünü etkilemesi nedeniyle birey ve toplum sağlığı açısından giderek daha çok önem kazanmaktadır. Bu bağlamda OKB'ta yaşam kalitesi üzerine etkili olan etkenlerin araştırılması daha çok akademik ilgiyi hak etmektedir. Bu görüşler doğrultusunda, bu çalışmada bir grup OKB hastasında yaşam kalitesi düzeyi ile bazı değişkenler (cinsiyet, belirti şiddeti, eksen-I ve kişilik bozukluğu eş tanımlarının varlığı, içgörü düzeyi, hastalık süresi) arasındaki ilişki araştırılmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

2005-2006 yıllarında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ardışık 40 OKB hastası ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 33 OKB hastası çalışmanın örneklemi

oluşturdu. Hastalar için çalışmaya alınma ölçütleri DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konmuş olması; çocukluk çağında sekel bırakan bir hastalık ya da kafa travması geçirmemiş olması, nörolojik bozukluğunun ya da zeka geriliğinin olmaması; görüşme sırasında ya da geçmişte DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısının konmamış olması; yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyecek ciddi bir fiziksel hastalığının olmaması (kanser, böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, epilepsi, astım gibi); 18-60 yaşları arasında olması; okuma yazma biliyor olması; daha önce tedavi için başvurmamış olması ya da son 2 ay içinde herhangi psikotrop ilaç kullanmaması olarak belirlendi. Ayrıca yaşam kalitesini etkileyecek herhangi bir psikiyatrik ve fiziksel hastalığı olmayan, hasta yakınlarından oluşan, yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu açısından eşleştirilmiş 69 sağlıklı erişkinden oluşan bir kontrol grubu oluşturuldu.

Gereçler

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-I): Hastalarda DSM-IV'e göre eksen-I psikiyatrik bozukluk tanımlarını araştırmak için görüşmecinin uyguladığı yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır.¹⁷ Klinik tanı dışında aile öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, stresli yaşam olaylarının varlığı gibi değişkenlerin de değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. SCID-I'in Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁸

DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-II): DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hazırlanmış, eksen-II kişilik bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiştir.¹⁹ SCID-II'nin Türkçe sürümünün uyarlaması Sorias ve ark. tarafından yapılmıştır.²⁰

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ): Obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark.²¹ tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, fakat toplam puanın saptanması için yalnız ilk 10 madde (madde1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. On birinci madde ile hastaların içgörüsü değerlendirilebilmektedir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Karamustafaloğlu ve ark.²² ile Tek ve ark.²³ tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton²⁴ tarafından geliştirilmiş, Williams²⁵ tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Bu çalışmada 17 maddelik formu kullanılmıştır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır.²⁶

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): WHOQOL-BREF-TR, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır.²⁷ Yüz sorudan oluşan daha geniş bir değerlendirme aracı (WHOQOL-100) içinden seçilen 26 soruyu ve dört alanı kapsamaktadır.²⁸ ^{Hatalı Başvuru kaynağı bulunamadı.} Bu dört alan

fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. 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. Fiziksel alanda günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Dört alana ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve ark. tarafından yapılmıştır.^{28,29}

Uygulama ve istatistiksel değerlendirme

OKB ve kontrol grubuna ilişkin kategorik değişkenler ki-kare testi, sayısal değişkenleri Student-t testi ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi verileri ile hastalık şiddeti, hastalık süresi, içgörü düzeyi arasındaki ilişki iki yönlü Pearson bağıntı analizi ile yapıldı. Ayrıca yaşam kalitesi

8 Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler

alan puanları bağımlı değişken cinsiyet, hastalık süresi, obsesyon şiddeti, kompulsiyon şiddeti, içgörü düzeyi, eksen-I eş tanı varlığı, kişilik bozukluğunun varlığı, depresif belirtilerin şiddeti bağımsız değişken olmak üzere çoklu regresyon analizleri (adım adım izleme yöntemi) uygulandı. Bu analizler her yaşam kalitesi alanı için yinelenildi. Bu analizlerde kategorik değişkenler kukla kodlama yöntemi ile kodlanarak analizlere alındı.

BULGULAR

Örneklemin sosyodemografik bilgileri ve bazı

linik değişkenleri Tablo 1'de sunulmuştur. Tablo 2'de eksen-I, eksen-II eş tanılarıyla obsesyon ve kompulsiyon içeriklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların %56.2'sinin (n=41) en az bir eksen-I bozukluğu, %42.5'inin (n=31) en az bir kişilik bozukluğu eş tanısı vardır. Eksen-I tanıları arasında en yaygın tanı majör depresif bozukluk (n=28, %38.4), eksen-II tanıları arasında ise obsesif kompulsif kişilik bozukluğudur (n=18, %24.7). En yaygın obsesyonlar kirlenme (n=43, %58.9) ve simetri (n=32, %43.8) obsesyonları iken, en yaygın kompulsiyonlar kontrol (n=44, %60.3) ve temizlik (n=43, %58.9) kompulsiyonları olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Örneklemin sosyodemografik ve bazı klinik özellikleri

Özellikler	OKB grubu		Kontrol grubu		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					$\chi^2=0.16$	>0.05
Kadın	51	70.0	46	66.7		
Erkek	22	30.0	23	33.3		
Medeni durum					$\chi^2=0.26$	>0.05
Bekar	36	49.3	32	46.4		
Evli	39	50.7	37	53.6		
Öğrenim durumu					$\chi^2=2.33$	>0.05
İlk öğretim	31	42.5	22	31.9		
Orta öğretim	30	41.1	37	53.6		
Yüksek öğretim	12	16.4	10	14.5		
Yaş (Ortalama±SD)	30.7±11.8		31.3±10.9		t=0.35	>0.05
Başlangıç yaşı (Ortalama±SD)	23.3±9.8					
Hastalık süresi (Ortalama±SD)	7.4±9.0					
YBOKÖ (Ortalama±SD)						
Obsesyon	13.2±3.0					
Kompulsiyon	12.5±3.1					
Toplam	25.6±4.9					
İçgörü	1.3±1.2					
HDDÖ (Ortalama±SD)	13.6±8.8					

OKB grubu ve kontrol grubuna ait yaşam kalitesi karşılaştırma sonuçları Tablo 3'te verilmiştir. OKB grubunun psikolojik sağlık (t=-5.23, p<0.001) ve sosyal ilişkiler (t=-4.70, p<0.001) alanlarında yaşam kalitesi puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulunurken, fiziksel sağlık ve çevre alanlarında herhangi bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4'de OKB grubunda yaşam kalitesi verileri ile hastalık şiddeti, depresyon düzeyi, içgörü düzeyi, hastalık süresi arasında bağıntı katsayıları verilmektedir. Fiziksel sağlık alanı yalnız HDDÖ puanları ile ters yönde anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (r=-0.38, p<0.005). Psikolojik sağlık alanı ile YBOKÖ obsesyon puanı (r=-0.31, p<0.005), toplam puan (r=-0.24, p<0.05)

Tablo 2. Örneklemde eksen-I ve eksen-II eş tanıları ve belirti dağılımı

Eş tanıları ve belirtiler	Sayı	%
Eksen-I eş tanıları	41	56.2
Majör depresyon	28	38.4
Yaygın anksiyete boz.	12	16.7
Basit fobi	10	13.7
Panik bozukluğu	8	11.0
Sosyal fobi	8	11.0
Distimik bozukluk	7	9.6
Posttravmatik stres boz.	5	6.8
Beden dismorfik boz.	2	2.7
Somatizasyon boz.	2	2.7
Bipolar bozukluk	1	1.4
Eksen-II eş tanıları	31	42.5
Obsesif kompulsif KB	18	24.7
Çekingen KB	11	15.1
Borderline KB	7	9.6
Pasif agresif KB	3	4.1
Şizotipal KB	2	2.7
Histriyonik KB	1	1.4
Paranoid KB	1	1.4
Şizoid KB	1	1.4
Antisosyal KB	0	0
Bağımlı KB	0	0
Narsisistik KB	0	0
Obsesyonlar		
Kirlenme	43	58.9
Simetri	32	43.8
Dinsel	22	30.1
Saldırganlık	11	15.1
Somatik	6	8.2
Cinsel	5	6.8
Biriktirme	4	5.5
Diğer	30	41.1
Kompulsiyonlar		
Kontrol	44	60.3
Temizlik	43	58.9
Tekrarlama	26	35.6
Sıralama, düzenleme	23	31.5
Sayma	21	28.8
Biriktirme	4	5.5
Diğer	30	41.1

ve HDDÖ puanları ($r=-0.51$, $p<0.005$) ters yönde anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Sosyal ilişkiler alanı ile obsesyon puanı ($r=-0.28$, $p<0.05$), kompulsiyon puanı ($r=-0.39$, $p<0.005$), toplam puan ($r=-0.44$, $p<0.005$) ve HDDÖ ($r=-0.29$, $p<0.05$) arasında anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki bulunmuştur. Çevre puanları ile

hastalık süresi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-0.39$, $p<0.005$), diğerleri anlamlı bulunmamıştır.

Çoklu regresyon analizleri ile cinsiyet, hastalık süresi, obsesyon şiddeti, kompulsiyon şiddeti, içgörü düzeyi, eksen-I eş tanı varlığı, kişilik bozukluğu varlığı, depresif belirtilerin şiddetinin yaşam kalitesi alt alanları ile ilişkisi araştırılmıştır (Tablo 5). Bu analizler sonucunda fiziksel sağlık alanı ile ilişkili olarak tek bir model ortaya çıktı. Bu modelde HDDÖ puanları fiziksel sağlık alanı ile ilişkili olan tek değişken olarak bulundu ($B=-0.13$, $SD=0.04$, $\beta=-0.38$, $t=-3.43$, $p<0.005$). Psikolojik sağlık alanı ile ilişkili analizlerde iki model ortaya çıktı. Birinci modelde HDDÖ puanları tek başına psikolojik sağlık ile ilişkili etken olarak bulundu ($B=-0.16$, $SD=0.03$, $\beta=-0.51$, $t=-4.97$, $p<0.001$). İkinci modelde ise HDDÖ puanı ($B=-0.15$, $SD=0.03$, $\beta=-0.47$, $t=-4.68$, $p<0.001$) ve kişilik bozukluğu eş tanısının varlığı ($B=-1.29$, $SD=0.57$, $\beta=-0.23$, $t=-2.24$, $p<0.05$) psikolojik sağlıkla anlamlı düzeyde ilişkili etkenler olarak bulundu. Sosyal ilişkiler alanı ile ilgili analizlerde de iki model ortaya çıktı. Birinci modelde yalnız kompulsiyon puanı ($B=-0.47$, $SD=0.13$, $\beta=-0.39$, $t=-3.64$, $p<0.005$), ikinci modelde ise kompulsiyon ($B=-0.46$, $SD=0.12$, $\beta=-0.39$, $t=-3.75$, $p<0.001$) ve HDDÖ ($B=-0.12$, $SD=0.03$, $\beta=-0.28$, $t=-2.71$, $p<0.01$) puanları anlamlı düzeyde ilişkili etkenler olarak bulundu. Çevre puanları için bir model ortaya çıktı ve bu modelde yalnız hastalık süresi çevre puanının yordayıcısı olarak bulundu ($B=-0.11$, $SD=0.03$, $\beta=-0.39$, $t=-3.64$, $p<0.005$).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonucunda OKB grubunda sağlıklı bireylere göre psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında anlamlı düzeyde bozulma olduğu bulunmuştur. Fiziksel sağlık ve çevre alanlarında ise herhangi bir fark bulunamamıştır. Bu bulgular önceki çalışmanın sonuçlarını büyük oranda desteklemektedir.^{12,15,16,30}

OKB hastalarının %92'sinde azalmış kendine güven, %73'ünde aile ilişkilerinin bozulması, %62'sinde arkadaş edinememe ya da ilişkiyi sürdürmemeye, %58'inde akademik başarıda düşme, %66'sında kariyer arzusunun azalması, %47'sinde mesleki sorunlar, %40'ında işine devam edememe gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır.³¹ Obsesif düşünceler anksiyete uyandıran, kişinin sahip olmaktan utandığı, kişiliğine ve moral değerlerine aykırı olarak algıladığı, kişinin kendisini günahkar veya küçük

10 Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler

Tablo 3. OKB ve kontrol grubunun yaşam kalitesi verilerinin karşılaştırılması

Alanlar	OKB grubu Ort. ± SD	Kontrol grubu Ort. ± SD	t	p
Fiziksel sağlık	11.5 ± 3.0	12.3 ± 3.1	-1.53	>0.05
Psikolojik sağlık	11.0 ± 2.8	13.8 ± 3.4	-5.23	<0.001
Sosyal ilişkiler	11.2 ± 3.7	14.2 ± 2.8	-5.35	<0.001
Çevre	11.7 ± 2.5	12.2 ± 3.1	1.12	>0.05

Tablo 4. Yaşam kalitesi ile bazı klinik değişkenler arasındaki bağıntı katsayıları

Değişkenler	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre
Hastalık süresi	-0.03	-0.02	-0.01	-0.39**
YBOKÖ obsesyon	-0.19	-0.31**	-0.28*	-0.10
YBOKÖ kompulsiyon	-0.07	-0.11	-0.39**	-0.12
YBOKÖ içgörü	-0.14	-0.10	-0.08	0.12
YBOKÖ toplam	-0.16	-0.24*	-0.44**	-0.13
HDDÖ	-0.38**	-0.51**	-0.28*	-0.10*

* p<0.05

** p<0.005

Tablo 5. Yaşam kalitesi alan puanları ile ilişkili değişkenlere ait regresyon analizi sonuçları

	Bağımsız değişkenler	Model 1			R	R ²	Model 2			R	R ²
		B	SD	β			Bağımsız değişkenler	B	SD		
Fiziksel sağlık	HDDÖ	-		-	R=0.38						
		0.13	0.04	0.38	R ² =0.14						
Psikolojik sağlık	HDDÖ	-		-	R=0.51	HDDÖ	-	0.03	-	R=0.55	
		0.16	0.03	0.51	R ² =0.25		0.15	0.47		R ² =0.30	
						Eksen II	-	0.57	-		
							1.29		0.23		
Sosyal ilişkiler	YBOKÖ kompuls.	-	0.13	-	R=0.39	YOBOKÖ kompuls.	-	0.12	-	R=0.48	
		0.47		0.39	R ² =0.16		0.46		0.39	R ² =0.23	
						HDDÖ	-	0.03	-		
							0.12		0.28		
Çevre	Hastalık süresi	-	0.03	-	R=0.39						
		0.11		0.39	R ² =0.16						

düşmüş olarak algılamasına neden olan türden düşüncelerdir. Bu olumsuz duygular, azalmış

benlik saygısı ve azalmış bilişsel yetiler kişinin psikolojik sağlık alanında yaşam kalitesini

düşük olarak algılamasına yol açmaktadır.

Bu çalışmada OKB ve kontrol grubu arasında fiziksel sağlık açısından herhangi bir fark bulunmamasına karşın, fark bulan çalışmalar da vardır.^{15,32,33} OKB'nin başta majör depresyon olmak üzere birçok hastalık ile yüksek eş tanı oranı göstermesinin ve depresyona fiziksel belirtilerin sıklıkla eşlik etmesinin bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.³³ Genel olarak yaşam kalitesi değerlendirilmesi için kullanılan araçların hemen tümü herhangi bir hastalığa özgü olmayıp genel değerlendirme araçlarıdır. Hastalar ise yaşam kalitelerini, yalnız obsesyon ve kompulsiyonların etkisine göre değil, genel olarak yorumlamaktadırlar. Bu düşünceyi doğrulamak amacıyla yapılan bağıntı analizlerinde fiziksel sağlık alanı ile ilişkili etkenin depresyon şiddeti olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda olduğu gibi, hem obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti, hem de depresif belirtilerin şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ayrıntılı olarak analiz eden bir çalışma vardı.³⁴ Masellis ve ark. hem obsesyonların, hem de depresif belirtilerin yaşam kalitesi üzerinde bağımsız etkilerinin olduğunu, kompulsiyonların ise ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Fakat Masellis ve ark.nın çalışmasında yaşam kalitesinin alt alanları ile olan ilişki araştırılmamıştır. Bu çalışmada da benzer biçimde obsesyonların ve depresif belirtilerin psikolojik sağlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çoklu regresyon analizlerinde ise 2 model ortaya çıkmış; birincisinde yalnız depresif belirtilerin şiddeti, ikinci modelde ek olarak kişilik bozukluğu eş tanısının varlığı olumsuz yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Fakat birinci model ile ikinci model arasında R katsayılarındaki değişimin çok az olması, kişilik bozukluğu eş tanısının bu ilişkide etkisinin az olduğunu düşündürmüştür.

Sosyal ilişkiler alanında yaşam kalitesi ile ilgili bağıntı analizlerinde iki model ortaya çıkmıştır. Birinci modelde kompulsiyon şiddeti tek başına ilişkili iken, ikinci modele depresyon şiddeti de denkleme eklenmiştir. Birçok obsesif kompulsif hasta obsesyonların oluşturduğu anksiyeteyi kompulsiyonlarla yatıştırır, fakat belli bir zaman sonra durdurulamayan kompulsiyonlar da anksiyete kaynağı olur.³⁵ 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.³⁶ Aile üyelerinin %87'si için törensel davranışların çok sıkıcı bir durum haline geldiği saptanmıştır.³⁷ Ailelerin üçte birinden çoğunun rutin ev düzenlerinde hastaların belirtilerine uygun değişiklikler olmaktadır. Evli olan hastaların yaklaşık yarısından çoğunda obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili uyum sorunları ve duygusal açıdan doyumsuzluk vardır.³⁸ Sıklıkla aile için katlanılması zor, bıkırtıcı olan bu durumlara ailenin direnmesi durumunda, hastalarda öfke patlamaları, anksiyetede artma ya da depresif belirtiler olabilir. Hastaların %73'ünün cinsel yaşamlarında da sorunlar yaşanmaktadır. Bu hastaların yaklaşık olarak yarısının cinsel yaşamlarındaki sorunların kaynağı obsesif-kompulsif belirtilerdir. Bir çalışmada evli olan hastaların %25'inin cinsel obsesyonları nedeniyle hiç cinsel ilişkiye giremediği bulunmuştur.³⁹ Aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanamaması, cinsel yaşamda zorluklar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın, hem de aile bireylerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir.⁴⁰ OKB'un hastaların aile yaşamlarına olumsuz etkisi en az şizofreni ve depresyon kadar ağır olmaktadır.⁴¹ OKB hastaları yakınları için katlanılması zor, bıkırtıcı hale gelebilen törensel davranışları nedeniyle sıklıkla baskıyla karşılaşmaktadırlar.⁴² Bu durum, kişinin hastalığı arttıkça üzerindeki sosyal baskının arttığını hissetmesine ve artan baskı hastalığının daha da pekişmesine neden olabilir. Tüm bu çalışmalar ve sonuçlarımız genel olarak değerlendirildiğinde, OKB'un kişinin yaşamında bireysel ve sosyal olarak çok boyutlu bir şekilde olumsuz etkiler oluşturduğu görülmektedir. Bununla birlikte obsesyonların etkisi daha çok öznel olarak hissedilirken, kompulsiyonların olumsuz etkisi hem kişi tarafından, hem de yakınları ve çevresi tarafından hissedilmektedir.

Çalışmamızın bir diğer dikkat çekici bulgusu da hastalık ile ilişkili etkenlerden etkilenmemesi beklenen bir alan olarak çevre alanının hastalık süresi ile negatif yönde ilişkili bulunmuş olmasıdır. Daha önce herhangi bir işi olan hastalarda, bu hastalığa bağlı olarak yaklaşık işgücü kaybı ortalama üç yıldır. Hastaların %14'ünün ortalama işgücü kaybı on yıldan daha çok olmaktadır.³¹ Bilindiği gibi, WHOQOL-BREF'in Türkçe sürümü sosyal baskı ek sorusunu da içermektedir. Hastalığın artan süresi ile kişinin belirtilerine bağlı olarak üzerinde artan bir sosyal baskı hissetmesi, işlevselliğinin giderek düşmesi ile maddi kaynaklarının ya da üretkenliğinin azalması ve boş zamanlarını değerlen-

12 Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler

dirme yeteneğinin giderek azalması gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesinin düşebileceği düşünülmektedir.

OKB'ta yaşam kalitesiyle ilgili veriler, hekim-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde, tedavi için başvuran hastaların önceliklerinin anlaşılmasında, tedavi hizmetlerinin seçiminde, tedavi sonuçlarının izlenmesinde, tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında, hastalıkların doğasının daha iyi anlaşılmasında, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılabilir. Bununla birlikte hastalar yaşam kalitelerini, yalnız obsesif kompulsif belirtilerin etkisine göre değil genel olarak yorumlamaktadırlar. Hem obsesyonlar, hem de kompulsiyonlar belirgin düzeyde yeti yitimi oluşturmakla birlikte, jenerik yaşam kalite-

si değerlendirme araçları ile depresif belirtilerin etkisi ön plana çıkmaktadır. Bu açıdan OKB'a özgü, obsesyon ve kompulsiyonların etki alanlarını özgün olarak hedefleyen bir yaşam kalitesi değerlendirme aracının geliştirilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızı etkileyebileceği düşünülen bazı sınırlılıkları bulunmaktadır: 1. Daha önce de belirtildiği gibi, WHOQL-BREF OKB'a yönelik bir ölçek olmaktan çok genel bir ölçektir. 2. Kontrol grubuna herhangi bir yapılandırılmış tanı aracı uygulanmamıştır. Kişilerin öz bildirimleri temel alınmış, şüphelenilmesi durumunda o tanıya yönelik klinik inceleme yapılmıştır. 3. Katılımcıların içgörü düzeyi bu alana yönelik bir ölçekle değil, tek bir madde ile değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Suser M. Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap. *Psychol Med* 1990; 20:471-473.
2. Lehman AF, Mand NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1983; 10:1271-1276.
3. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry* 1997; 12(suppl.3):263-266.
4. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl.8):3-6.
5. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE 3rd, Leaf PJ, Orvaschel H et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:959-967.
6. Karno M, Golding JM, Sorenson SM, Burnam A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1094-1099.
7. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası, 1995, s. 50-52.
8. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1997.
9. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Anaç Ş, Turan M, Gençelli Ş ve ark. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi* 1997; 5:253-265.
10. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R Kaya N, Bodur S, Kucur R. 12 month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:5-13
11. World Health Organization. The "newly defined" burden of mental problems. Geneva, WHO, 1999.
12. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:783-788.
13. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45:99-108.
14. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. WHO, 1997, (WHO/MSA/MNH/PSF/97.4).
15. Bobes J, González MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2001; 16:239-245.
16. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:662-668.
17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
18. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:233-236.
19. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, 9/1/1989 version). New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, 1989.

20. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. *DSM-III-R Yapılan-
dırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik
Bozuklukları Formu: SCID II. İzmir, Ege Üni-
versitesi Basımevi, 1990.*
21. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:1006-1011.*
22. Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmek H. *Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa, Savaş Ofset, 1993, s.86.*
23. Tek C, Ulug B, Rezaki BG, Tanriverdi, Mercan S, Demir B et al. *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:410-413.*
24. Hamilton M. *A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23:56-62.*
25. Williams BW. *A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 1978; 45:742-747.*
26. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. *Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi 1996; 4:251-259.*
27. WHOQOL GROUP. *Development of the WHOQOL: rationale and current status. Int J Mental Health 1994; 23:24-56.*
28. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E. *Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999; 7(ek.2):5-13.*
29. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999; 7(ek.2):23-40.*
30. Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. *Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16:13-19.*
31. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong C, Broatch J et al. *Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectrums 1998; 3(suppl.1):48-58.*
32. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R et al. *Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. Compr Psychiatry 2006; 47:270-275.*
33. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L et al. *Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. Compr Psychiatry 2005; 46:453-459.*
34. Masellis M, Rector NA, Richter MA. *Quality of life in OCD: differential impact of obsessions and compulsions, and depression comorbidity. Can J Psychiatry 2003; 48:72-79.*
35. Okasha A, Saad A, Khalil AH, Seif El Dawla A, Yehia N. *Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. Compr Psychiatry 1994; 35:191-197.*
36. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle et al. *Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995; 152:441-443.*
37. Cooper M. *Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry 1996; 66:296-304.*
38. Emmelkamp PMG, de Haan E, Hoogduin CAL. *Marital adjustment, and obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry 1990; 156:55-60.*
39. Freund B, Steketee G. *Sexual history, attitudes and social functioning of obsessive-compulsive patients. J Sex Marital Ther 1989; 1:31-41.*
40. Black DW, Gaffney, Schlosser S, Gabel J. *The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. J Nerv Ment Dis 1998; 186:440-442.*
41. Magliano L, Tosini P, Guarneri M. *Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. Eur Psychiatry 1996; 11:192-197.*
42. Beşiroğlu L, Ağargün MY. *Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. Türk Psikiyatri Derg 2006; 17: 213-222.*