

**T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OKB TANISI ALMIŞ PSİKİYATRİ HASTALARINDA
TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI SIKLIĞI**

Psk. Yaşar Elif Kandaz

**Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**KOCAELİ
2009**

**T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OKB TANISI ALMIŞ PSİKİYATRİ HASTALARINDA
TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI SIKLIĞI**

Psk. Yaşar Elif Kandaz

**Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

Danışman: Doç. Dr. Ufuk Sezgin

**KOCAELİ
2009**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ ' NE

Tez Adı: OKB Tanısı almış Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları Sıklığı

Tez Yazarı: Psk. Yaşar Elif Kandaz

Tez Savunma Tarihi:

Tez Danışmanı: Doç Dr. Ufuk Sezgin

İşbu çalışma, jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ olarak kabul edilmiştir.

	JÜRİ ÜYELERİ	İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN:		
ÜYE (DANIŞMAN):		
ÜYE:		
ÜYE:		
ÜYE:		

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

..../.../2009

Prof. Dr. Ümit Biçer

Enstitü Müdürü

ÖZET

OKB Tanısı almış Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları Görülme Sıklığı

Travmatik yaşantılar, obsesif-kompulsif (OK) belirtilerin başlangıcında tetikleyici bir rol üstlenebilir. Bu çalışma OKB tanısı almış psikiyatri hastalarında OKB türleri ile travmatik yaşantılar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bunun için; NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesine başvuran 30 ' u erkek 35 ' i kadın olmak üzere OKB tanısı almış 65 psikiyatri hastası çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin elde edilmesi için katılımcılara, Sosyodemografik Bilgi Formu, Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Soru Listesi, Travmatik Yaşam Olayları Listesi ,Travmatik Stres Belirti Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmaya katılanlardan 10 ' u (%15,4) hiç travmatik yaşantı belirtmemiştir, 13 kişi (%20.0) insan elinden kasıtlı travmatik olaylar, 5'i (%7,7) doğal afet ve kazalar , 24'ü (%36,9) yakın kaybı, 10'u (%15,4) çocukluk çağı travmaları ve 3'ü (%4,6) ekonomik kayıp gibi travmatik yaşantıları bildirmişlerdir. Buna göre; cinsel saldırı durumu ve kuşku obsesyonları arasında p:.004 düzeyinde , cinayet ve ölüm olaylarına şahit olma durumu ile kontrol kompülsiyonları arasında p: .005 düzeyinde ve temizlik obsesyonları – kompülsiyonları arasında p: .000 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte yine cinayet ve ölüm olaylarına şahit olma durumu ile kontaminasyon obsesyonları arasında p: .009 düzeyinde sınırda anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan bu çalışma, travmatik yaşantı bildiren OKB hastalarında, bazı travmatik yaşantılarla OKB türleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif- kompulsif bozukluk, Travmatik Yaşam Olayları, TSSB,

ABSTRACT

The prevalence of traumatic life events in the psychiatric patients diagnosed with OCD

Traumatic experiences may have a triggering role in the genesis of obsessive–compulsive disorder. The aim of this study is to investigate the relationship between the OCD types and the traumatic life events in the patients diagnosed with OCD. For this purpose, the examples of the case study research included 30 male and 35 female, in total 65 psychiatric patients who had applied to NPI İstanbul Neuropsychiatric Hospital, and had been diagnosed as having obsessive-compulsive disorder (OCD). In order to reach the data, the patients were assessed with Sociodemographic Information Questionnaire, Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire, the Traumatic Life Events Questionnaire and Post Traumatic Stress Disorder Scale.

While the average age of the participants is 32,32, 10 cases were reported as they hadn't had any traumatic life experiences. Deliberate man-made traumatic events were present in 13 cases (20.0%), while natural disaster and accident experience were present in 5 cases (7,7%). 24(36,9%) of the cases were reported to experience the loss of relatives. Also, it was implied that 20 (15,4%) cases had childhood trauma and trauma relating to money. According to this there was a statistically significant correlation of $p = .004$ between sexual assault and kuşku compulsions, correlation of $p = .000$ between cinayet ve ölüm şahitlik and cleaning compulsions. There was a statistically significant correlation of $p = .009$ between cinayet ve ölüm olayına şahitlik and contamination obsessions. The results indicate that traumatic life events can be related with the subtypes of OCD.

Key words: Obsessive - compulsive disorder , traumatic life events , PTSD, OCD types

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan

Doç. Dr. Ufuk Sezgin Hocam 'a

uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Tamer Aker Hocam 'a

Prof. Dr. Bülent Coşkun , Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Ümit Tural,

Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Prof. Dr. Işık Karakaya 'ya ,

tezimin hazırlanma sürecinde istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı

Erkan Kalem' e

ve yine eğitim süresince desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen

arkadaşlarım Uzm. Psk. Nesligül Olgun, Uzm. Psk. Cumhuriyet Amasyalı ,

Psk. Didem Yağcı Yetkiner , Psk. Aslı Yeşil , Psk. Aylin Kula ,

Psk. Fatih Er , Psk. Merve Tuncel tezimin hazırlanması sürecinde manevi desteğini hiçbir zaman

esirgemeyen arkadaşlarım Pınar Çırçır ,Uzm. Dr. Gökben Hızlı Sayar

ve

Sevgili Aileme

TEŞEKKÜR EDERİM

İÇİNDEKİLER DİZİNİ	Sayfa No
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇ VE KAPSAM	2
2.1. Genel Bilgiler	3
2.2. Obsesif – Kompulsif Bozukluk	4
2.2.1. En Sık Görülen Obsesyonlar	5
2.2.2. En Sık Görülen Kompülsiyonlar	6
2.2.3. Klinik	7
2.2.4. Obsesif Kompülsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	8
2.2.5. Epidemiyoloji	9
2.2.6. DSM IV Obsesif Kompülsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	10
2.2.7. ICD – 10 Obsesif Kompülsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	11
2.2.8. Etiyoloji	11
2.2.9. Klinik Gidiş	18
2.2.10. Komorbidite	19
2.2.11. Ayırıcı Tanı	21
3. OKB VE TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI	22
3.1 Olgü Örnekleri	24
4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	25
4.1 Etiyoloji	27
5. GEREÇ VE YÖNTEM	32
5.1 Katılımcıların Seçimi	32
5.2 Veri Toplama Araçları	32
5.2.1 Sosyo Demografik Bilgi Formu	33
5.2.2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi	33

5.2.3 Travmatik Yaşam Olayları Listesi

33

v

5.2.4 Travmatik Stres Belirti Ölçeği

33

6. BULGULAR

34

7. TARTIŞMA

74

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

79

9. KAYNAKLAR DİZİNİ

85

10. ÖZGEÇMİŞ

92

EK – 1: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

93

EK – 2: TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ

94

EK – 3: TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

95

EK – 4: MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

96

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASB: Akut Stres Bozukluğu

5-HIAA: 5 Hidroksi İndal Asetik Asit

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

DSM-4: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition

ECA: Epidemiological Catchment Area

ICD-10: International Classification of Diseases – Tenth Edition

MOKB: Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Soru Listesi

OCD: Obsessive Compulsive Disorder

OK: Obsesif Kompulsif

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKK: Obsesif Kompulsif Kişilik

TSBÖ: Travmatik Stres Belirti Ölçeği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

PTSD: Post – Traumatic Stress Disorder

ÇİZELGELER DİZİNİ

- Çizelge 1** Cinsiyete Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 2** Medeni Duruma Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 3** Öğrenim Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 4** Çalışma Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 5** OKB Süresi MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 6** Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 7** Ailede Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Geçiren Yakın Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 8** Sosyo-Demografik Değişkenler, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi
- Çizelge 9** Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Toplam Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 10** Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Ruminasyon Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 11** Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Kuşku Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 12** Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Yavaşlık Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 13** Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Temizlik Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 14** Sosyo-Demografik Değişkenler ile TSBÖ Toplam Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 15** Sosyo-Demografik Değişkenler ile TSBÖ Travma Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 16** Sosyo-Demografik Değişkenler ile TSBÖ Depresyon Puanı Regresyon Analizi
- Çizelge 17** Travmatik Yaşam Olayları Arasında MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları ANOVA Testi
- Çizelge 18** Fiziksel Saldırı Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 19** ... Cinsel Saldırı Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 20** Savaş ve Çatışma Bölgesinde Bulunma Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Toplam Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 21** İşkence ve Benzeri Kötü Muamele Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 22** Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi
- Çizelge 23** Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları Durumuna Göre MOKB Puanları Farkları T-Testi
- Çizelge 24** Aile-içi Şiddet Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 25 Doğal Felaket Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 26 Yangın veya Patlama Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 27 Trafik Kazası Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 28 Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ölümü Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 29 Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ciddi Hastalığı Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 30 Sevdiğiniz Birinden Ani ve Beklenmeyen Ayrılma Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 31 Çocukluktaki Kötü ve Olumsuz Olaylar Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 32 TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 32 TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB TSBÖ Puanları Farkları T-Testi

Çizelge 33 TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 34 TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre TSBÖ Puanları Farkları Mann-Whitney U Testi

Çizelge 35 TSBÖ Travma Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Çizelge 36 TSBÖ Travma Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları Mann-Whitney U Testi

Çizelge 37 Travmatik Yaşam Olayları (İnsan Elinden Kasıtlı Olarak) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 38 Travmatik Yaşam Olayları (Doğal Afet ve Kazalar) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 39 Travmatik Yaşam Olayları (Yakın Kaybı) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 40 Travmatik Yaşam Olayları (Çocukluk Travması, Ekonomik Güçlük, Diğer) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 41 Travmatik Olay Sayısına Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Betimsel İstatistikleri

Çizelge 42 Travmatik Olay Sayısı Toplamı, MOKB ve TSBÖ Toplam Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 43 Travmatik Yaşam Olayları Sonuçları Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 44 MOKB Puanları ile TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 45 Travma Değişkenleri ile MOKB Toplam Puanı Regresyon Analizi

Çizelge 46 Travma Değişkenleri ile MOKB Kontaminasyon Puanı Regresyon Analizi

Çizelge 47 Travma Değişkenleri ile MOKB Yavaşlık Puanı Regresyon Analizi

Çizelge 48 Travma Değişkenleri ile MOKB Temizlik Puanı Regresyon Analizi

Çizelge 49 Travma Değişkenleri ile TSBÖ Toplam Puanı Regresyon Analizi

Çizelge 50 Travma Değişkenleri ile TSBÖ Travma Puanı Regresyon Analizi

Çizelge 51 Travma Değişkenleri ile TSBÖ Depresyon Puanı Regresyon Analizi

1.GİRİŞ

Ruh sağlığı bilinci, ruhsal stres ve bozuklukların tanınması, bunların nedenleri ve risk etkenlerine ilişkin bilgi ve inançlar ile ruh sağlığı sorunlarına yönelik yardım arama konusundaki tutumları içerir. Bunlar göz önüne alındığında yapılan çalışmalar ruh sağlığı bilincinin çoğu toplumda yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (Uğuz ve ark. 2007). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) nedenleri, klinik özellikleri ve tedavileri konusunda toplumun bilgilendirilmesi gerekmektedir (Uğuz ve ark. 2007).

OKB belirgin bir sıkıntıya sebep olan, zamanın boşa harcanmasına yol açan, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki veya eğitimle ilgili işlevselliğini, olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozan ve tedaviye cevap verebilen bir ruh sağlığı sorunudur (DSM- IV, 2000)

OKB 'nin ortaya çıkmasında biyolojik faktörlerin yanında, çevresel faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; istismar, yaşamsal değişiklikler, hastalıklar, çok sevilen birisinin ölümü, ilişkilerde yaşanan endişe gibi travmatik yaşantılardır (Türksoy , 2003).

Psikolojik travma, kişinin güçsüzlüğüyle yüzyüze gelmesi durumudur. Travma anında, kişi karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılır. Travmatik olayların olağan dışılığı yalnızca seyrek görülmesinde değildir. Travmayı olağandışı kılan, diğer yaşam olaylarında uyum sağlayan baş etme yollarının kullanılmayacağı kadar şiddetli oluşudur. Travmayı olağan olumsuz yaşantılardan ayıran, kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya gelmesidir. Travmatik olaylar kişiye uç noktada çaresizlik veya dehşet yaşatır ve katastrof yanıtı oluşturur. Tipik travmatik yaşantılar arasında, savaş , tecavüz, yaralanma , iş kazası , trafik kazası , işkence , tutsaklık , doğal afet , ani gelişen hastalık , ani yakın kaybı , ağır yanık sayılabilir (Türksoy, 2003).

Travmatik olma potansiyeli taşıyan olaya bireyin yanıtını çeşitli etmenler belirler. Bu etmenlerin en önemlileri mağdurun yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, kişilik yapısı; travmanın niteliği , şiddeti ve kişi tarafından anlamlandırılması, travma sonrası sosyal, toplumsal ve ekonomik destektir (Türksoy, 2003).

Travmatik olaylar her zaman kişilerin sosyal ilişkilerini de etkiler. Bu sosyal çevrenin travmatik olay sırasında ve sonrasında verdiği tepki, travma sonucu ortaya çıkan ruhsal sorunlar üzerinde

belirleyici rol oynar (Türksoy, 2003).Klinik ve deneysel araştırmalar, davranışçı ve psikanalitik ekoller gibi farklı bakış açıları okb ve travmatik yaşantılar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (Aksoy 2006).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; birincil tanısı OKB olan 60 hasta eşlik eden anksiyete bozuklukları açısından taranmış, en sık eşlik eden anksiyete bozukluğunun özgül fobi (%48.3) olduğu, bunu sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu (%33.3), PB (%28.3), sosyal fobi (%26.7), agorofobi (%10) ve travma sonrası stres bozukluğu (%5) izlediği bulunmuştur. Eş zamanlı bulunan anksiyete düzeyinin artmasına paralel olarak obsesyon ve kompulsiyonların şiddetinde artış olduğu da tespit edilmiştir (Özsoylar ve ark. 2008).

Biriktirme kompülsiyonu olan 180 OKB hastası üzerinde yapılmış bir araştırma da, araştırmaya katılanların her birisinin hayatlarında mutlaka travmatik bir yaşam olayı olduğu saptanmıştır (Cromer ve ark. 2007). 265 OKB hastasıyla yapılan bir çalışma sonucunda % 54 ünün en az bir tane travmatik yaşam olayı mevcut olduğu ve özellikle kontrol ve simetri obsesyonlarının travmatik yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Cromer ve ark. 2007) . OKB ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ilişkisini araştıran bir çalışmada, 128 OKB, 109 TSSB 63 başka bir anksiyete bozukluğu hastası ve 40 kolej öğrencisi denek olarak alınmıştır ve OKB ile TSSB arasında ilişki saptanmıştır (Huppert ve ark. 2005). Tedaviye dirençli OKB hastalarında travmatik yaşam olayı ve TSSB ilişkisine bakılan bir çalışmada, katılımcı olan 104 OKB hastasının %82 sinde travmatik bir hikaye, %39 unda TSSB olduğu saptanmıştır (Gershuny ve ark. 2008) .

2. AMAÇ VE KAPSAM

Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) yaşam boyu travmatik olayla karşılaşılma sıklıkları, OKB türü ile travmatik yaşam olayı arasındaki bağlantılarla ilgili olarak hem ülkemizde hem de Amerika ve Avrupa da az sayıda çalışmayla araştırılmıştır. Araştırmanın ortaya çıkaracağı sonuçların bilinmesinin konuyla ilgili yapılacak çalışmaları hızlandırması ve yön vermesi açısından önemli olacağı düşünölmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek veriler bu popölyasyonla çalışan uzmanlara ortaya çıkarıcı etmenler ve müdahale yöntemleri açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

Hipotez

Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) türleri ile travmatik yaşam olayları arasında bağlantı vardır.

2.1. Genel Bilgiler

“Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) 80’li yıllardan önce nadir olarak görüldüğü ve tedaviye dirençli olduğu öne sürülmüştür. Modern araştırma ve çalışmalar görülme sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yaşam boyu görülme sıklığı oranları ülkelere göre farklılık göstermektedir. En düşük görülme sıklığının %0.5-0.9 oranı ile Tayvan’da ve %0.6 ile Hindistan’da olduğu saptanmıştır. Kuzey ve Orta Avrupa ‘da yapılan çalışmalar yaşam boyu görülme sıklığının %2.6 ve %3.2 arasında değiştiğini ortaya koymuştur . ABD de yapılan (Epidemiological Catchment Area – Epidemiyolojik Hizmet Alanı -) ECA çalışması ise bu oranı %1.65 olarak saptamıştır . Elde edilen bulgular OKB fobiler, madde kullanımı ve major depresif bozukluktan sonra dördüncü sırada en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olduğunu ortaya koymuştur . Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’nda obsesif kompulsif bozukluğun 1 yıl içerisindeki yaygınlığını %0.5 olarak saptamıştır(2008) .

Travmatik yaşam olayları psikiyatrik rahatsızlıkların görünürdeki en önemli nedenlerindedir . Travmatik yaşam olayları kişinin anne-babasından, sevgilisinden, eşinden, arkadaşından ayrılması, doğup büyüdüğü yerlerden ayrılması veya koparılması çok sevdiği kişileri kaybetmesi; ruhsal veya bedensel herhangi bir hastalığa yakalanması; savaş-işkence-cinsel taciz ve tecavüz gibi şiddet olaylarını yaşaması; deprem, sel, toprak kayması, yangın gibi doğal felaketler yaşaması; ekonomik kayıplar; mesleki, akademik ve ticari başarısızlık gibi durumları kapsamaktadır (Eskin ve ark. 2006).

Travmatik olaylar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylardır. Kişilerin bu tür olayları doğrudan yaşaması kadar, böyle olayların bir başkasının başına gelmesine tanık olmaları veya sevdiklerinin başına gelmiş olduğunu öğrenmeleri de olayların duygusal açıdan travmatik olmasını sağlar. Travmatik olaya verilen cevap, korku, dehşet ve çaresizliği içerir (Tokgöz ve ark. 2008). Travmatik yaşam olayları kişinin psikolojik içdengesini bozmakta, dayanıklılığını azaltarak onu intihar gibi yıkıcı davranışlara yöneltmektedir (Eskin ve ark. 2006). Travma literatüründe, travmatik olayların olumsuz etkileri üzerinde daha fazla durulmakla beraber, bazı insanlarda belli travmalardan sonra bir takım olumlu değişikliklerin de görülebileceği bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar çeşitli travmatik olaylar yaşayan insanların yaklaşık üçte ikisinin olaydan sonra olumlu yönde değişim gösterdiklerine işaret etmektedir. Stresli yaşam olaylarını takiben ortaya çıkan bu tür olumlu değişikliklerin ortak noktası, stres kaynağıyla başa çıkmak üzere uyumsal bir yanıt olarak ortaya çıkmalarıdır. Bu süreç bireyi, olaydan önce var olanın daha üzerinde bir işlevsellik düzeyine çeker.

Bu olumlu yöndeki değişikliklere “travmatik büyüme (Posttraumatic Growth)” adı verilmiştir. (Linley ve Joseph 2004). Birçok nedenden dolayı ruhsal gelişme önemli bir araştırma alanıdır. Stresli yaşam olayı ve travmanın sadece olumsuz yönlerine odaklanmak, travma sonrası ortaya çıkan tepkilere taraflı bir anlayış getirebilir. Bu reaksiyonlar konusundaki yaklaşımların kapsamlı olması isteniyorsa, olumsuz değişiklikler kadar olumlu değişikliklerin de üzerinde önemle durmak gerekir (Tokgöz ve ark. 2008)

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, kronik, kimi zaman da dönemsel bir gidiş gösteren, obsesyonlar ya da kompulsiyonlarla ya da bunların her ikisiyle karakterize bir hastalık tablosudur (Aksoy, 2006). Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren ,yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü ya da imajlardır.(Bayar ve Yavuz, 2008), Rachman, obsesyonların içeriğinde olan istenmeyen davetsiz düşünceleri kabul edilemez ve/veya istenmeyen, tekrarlayan düşünce, görüntü ve dürtüler olarak tanımlamaktadır (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2008). Bir düşünce, görüntü ya da dürtüyü davetsiz olarak tanımlamak için gerekli ve yeter şartları da Rachman tanımlamıştır. Obsesyonlarda öznel olarak davetsiz düşünce, devam eden düşünce faaliyetini kesikliğe uğratar. Düşünce, görüntü ve dürtü iç kaynaklara atfedilmekte ve kontrol edilmesi güçtür. Kolay tespit edilebilirler, mantıksız bulunurlar ve egodistoniktirler (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2008). Obsesyonlar hastalar tarafından “takıntı, saplantı, evham ya da vesvese” gibi terimlerle tanımlanmaktadır (Bayraktar 1997). Obsesyonlar motor eyleme dönüştüklerinde kompulsiyon adını alırlar. Kompulsiyonlar direkt olarak oluşur. Örneğin obsesyonel bulaşma ve kirlenme korkusu kompulsif yıkanmaya neden olur (Gökçakan 2005).

OKB ilk olarak psikiyatrik literatürde Esquirol tarafından 1838’de tanımlanmıştır. O yıllarda depresyonun bir belirtisi olarak düşünülen OKB Freud’dan günümüze kadar tanı kriterleri çok az değişikliğe uğramış az sayıdaki psikiyatrik bozukluktan biridir (Freud 1958). Yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde ayrı bir klinik tablo olarak ele alınmaya başlamıştır (Steketee 1993).

Klasik tanıma göre ikisinin ortak özellikleri, ısrarlı ve zorlayıcı olmaları, yoğun bir anksiyete ortaya çıkarmaları, bunun da kişiyi önlem almaya itmesi, egoya yabancı oluşları, etkiledikleri kişi tarafından saçma ve mantık dışı görülmeleri, yani içgörünün korunması ve belli bir direnmeye yol açmalarıdır (Aksoy 2006).

DSM’de OKB’nin anksiyete bozuklukları arasında sınıflanmasıyla anlatımını bulan yeni bir yaklaşımsa, düşünce-eylem ayırımına değil, semptomun anksiyeteye ilişkisine dayanır. Bu yaklaşıma göre obsesyonlar anksiyeteye yol

açan yineleyici intruzif düşünce ya da imgeler, kompulsiyonlarsa bu anksiyeteyi azaltmaya yönelik törensi etkinliklerdir. Dolayısıyla artık eylem niteliği taşımayan kimi zihinsel etkinlikler de kompulsiyon sayılmaktadır (Aksoy 2006).

OKB genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu 2001).

OKB, belirti yapısı açısından oldukça çeşitlilik göstermektedir.

2.2.1. En Sık Görülen Obsesyonlar:

Dinî obsesyonlar: Bir yere bakınca, bir hareketi yapınca, bir yerden geçince Allah’a küfür ediyormuş gibi düşünme, Allah’a şart koşuyor gibi olma şeklinde ortaya çıkar (Doksat 2006)

Mikrop kapma ve hastalanma obsesyonları: Kapalı yerlerdeyken veya hasta birisinden enfeksiyon kapacağına dair aşırı kaygı duyma, halka açık yerlerdeki koltuklara oturamama, kapı kulplarına veya musluklara dokunamama, kendi evinin dışındaki tuvaletleri kullanamama şeklinde ortaya çıkar(Doksat 2006)

Cinsel obsesyonlar: Kafasından uygun olmayan kişilerle cinsel ilişki yaşadığına/yaşayacağına dair senaryolar geçmesi, bunları düşünmekten ötürü aşırı suçluluk duyma, sosyal ilişkilerin bu nedenle bozulması şeklinde ortaya çıkar (Doksat 2006)

Zarar verme obsesyonları: Elinde olmadan sevdiği birisine zarar verme kaygıları, elindeki bıçağı birisine saplayacağına dair endişe duyma veya başka şekillerde zarar verme korkusu şeklinde ortaya çıkar (Doksat 2006)

Simetri obsesyonları: Evde veya ofisinde eşyaları belli bir düzen içinde durmazsa kendisinin veya sevdiklerinin başına olumsuz bir şey gelme endişesi duyar (Doksat 2006)

2.2.2. En Sık Görülen Kompulsiyonlar:

El yıkama kompulsiyonları: Kişi ellerinin yeteri kadar temizlenmediğini düşünerek, tekrar tekrar sabunlar. Bazı vak'alarda bir el yıkamada bir kalıp sabun biter. Banyo yaparken kişinin saatlerce banyodan çıkamadığı olur. Bu vak'alarda kişinin ellerinde veya vücudunda deterjanla ilişkili olarak cildiye rahatsızlıkları ortaya çıkabilir. Eller tipik olarak deterjan hasarı nedeniyle bembeyazdır, kurumuş ve çatlamıştır (Doksat 2006)

Tekrarlama kompulsiyonları: Kişi bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. Örneğin, kapıyı açma kapama, koltuğa oturup kalkma, yürürken geri gidip bastığı yere tekrar tekrar basma, söylediği sözcükleri tekrarlama, baktığı yere tekrar bakma, etrafına bakarken geometrik cisimlere benzettiği şekillere tekrar tekrar bakma gibi klinik belirtilerle ortaya çıkar (Doksat 2006)

Dokunma kompulsiyonları: Kişi değdiği yere tekrar tekrar dokunur. Örneğin masaya, koltuğa, kapıya, sıraya tekrar tekrar dokunmak gibi belirtilerle ortaya çıkar. Bu dokunmalara bazen ardışık şekilde koklama hareketleri eşlik edebilir. Kontrol etme kompulsiyonları: Kişi evden veya işyerinden çıkarken kapıları, muslukları, ocağı, pencereleri, prizleri tekrar tekrar kontrol eder. Ağır vak'alarda kişi evden çıktıktan sonra emin olmayarak geri döner ve kontrolünü birkaç kez daha tekrarlar(Doksat 2006)

Sıralama ve simetri kompulsiyonları: Kişi özel eşyalarını veya gereçlerini kendine göre mutlak bir düzen içerisinde tutar. Aksi olursa gerginlik yaşar. Duvarda duran eğri bir tabloyu veya masada yamuk duran bir tablayı mutlaka düzeltme ihtiyacı yaşar (Doksat 2006)

Sayma kompulsiyonları: Kişi yolda giderken araba plâkalarını okur ve sayar. Merdiven basamaklarını veya adımlarını sayar. Sohbet ederken aklından ikişer veya üçer atlayarak sayma ritüelleri gerçekleştirebilir. Bunları yapmazsa gerginlik duyar (Doksat 2006,)

Klinik örneklerin yanı sıra, sağlıklı olarak kabul edilen örneklemeler de OK belirtilerinin yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Zorlayıcı, istem dışı ve benliğe yabancı düşünce, düşlem ya da dürtüler sağlıklı kişilerde de sıklıkla görülebilmekle birlikte, OKB hastalarından niceliksel olarak farklı yaşanmaktadır. Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerde düşünce sokulmaları daha kısa süreli, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen ve önemli yansızlaştırma (nötralizasyon) çabası gerektirmeyen düşüncelerdir (Aksoy , 2008).

OKB'taki zorlayıcı düşünceler ise daha sık, daha uzun süreli, daha yoğun ve daha rahatsız edicidir. Obsesyon ve kompulsyonların genel nüfusta oldukça yaygın bulunduğu, bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %80'den fazlasının intruzif düşünceler veya dürtüsel davranışlar yaşadıklarını belirttikleri ortaya konmuştur. Obsesyonlarla klinik olmayan gruplarda gözlenen istenmeyen düşüncelerin içeriklerinin benzer olduğu bildirilmekle birlikte, bazı çalışmalarda saldırganlık ve cinsellik temalı intruzif düşüncelerin klinik olmayan gruplarda daha az görüldüğü bulunmuştur (Aksoy 2008).

OKB hastaları intruzif düşünce ve uğraşların tehlikeli ve ahlakdışı nitelikte oldukları, kendi ve diğerlerine yönelik bu tehlikeli içeriğin oluşturabileceği zararları engelleyebileceklerine dair bir inanç geliştirirler.(Aksoy, 2008).

Klasik olarak benliğe yabancı (ego distonik) olarak tanımlanan OKB belirtileri, zarardan kaçınma, riski azaltma, içgörü, direnme (belirtileri baskılamak için direnme), haz yokluğu ile birlikte(Aksoy , 2008) .

Geleneksel tanımlamaya aykırı olarak, OKB hastalarının önemli bir kısmının obsesyonlarını anlamsız ve saçma olarak değerlendirmedeği, belli bir oranındaki hastaların ise bunlara inandıkları ileri sürülmüştür. OKB hastalarının bir grubunda bu durum aşırı değerlendirilmiş fikir olarak ya da daha nadiren hezeyan olarak tanımlanabilir(Aksoy , 2008) .

2.2.3. Klinik Özellikler

Obsesyon ve kompulsyonların yaygın olarak gözüken bazı özellikleri:

- 1) Bir düşünce ya da dürtü kişinin bilincine tekrarlayıcı şekilde zorla girer.
- 2) Bu duruma endişe ya da korku hissi eşlik eder ve kişiyi düşünce ya da dürtüye karşı tedbir almaya iter.
- 3) Obsesyon ya da kompulsyonlar egoya yabancıdır.
- 4) Obsesyon ya da kompulsyonları kişi acayip ve mantıksız olarak algılar.
- 5) Obsesyon ve kompulsyonlardan yakınan kişi genellikle onlara direnmeye güçlü bir arzu duyar (Bayar ve Yavuz, 2008).

2.2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri:

Obsesif kompulsif bozukluğun tanım sınırları yıllardır önemli bir klinik tartışma konusu olagelmıştır. Uzun zamandan beri OKB'nin psikotik özellikleri fark edilmiş olmasına rağmen modern sınıflandırma sistemlerinde OKB bir anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition) sınıflandırmasında OKB'nin zayıf içgörü olan türü olabileceği belirtilmektedir. Bu tanımda kullanılan zayıf içgörü ile ilgili ise herhangi bir nesnel ölçüt tanımlanmamıştır (Demir ve Aslan 2005).

Psikiyatri klinik uygulamalarındaki tanı kategorileri olan DSM-IV ve ICD- 10 'da (Internationa Classification of Diseases-Tenth Edition) OKB tanısı konabilmesi için obsesyonların ve kompulsiyonların varlığı gerekli görülmüştür (Aksoy ,2008). OKB tanısı kişinin hem obsesyon hem de kompulsiyonları beraber mevcutsa veya obsesyonları ya da kompulsiyonları tek başına mevcutsa ve bu semptomlar kişinin aşırı zamanını alıyor ve/ veya işlevselliğini önemli ölçüde engelliyorsa konmalıdır (Bayar 2008).

Kişi bu obsesif nitelikteki düşünce, dürtü ve imgelerin kendi zihinlerinin bir ürünü olduğunu kabul etmeli, dışsal bir faktör ya da kişiye atfetmemelidir. Bununla birlikte obsesyonlara yönelik içgörünün değişken olduğu bildirilmektedir. DSM-IV ile birlikte hastalık epizodu sırasında kişinin obsesyonlarının ve/veya kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirmedeği durumda “içgörüsü az olan” alt tip sınıflandırmaya girmiştir.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk DSM-III (APA 1980) ve DSM-III-R de “obsesif kompulsif nevroz” terimleri ile adlandırılırken DSM-IV ve DSM-IV-TR'de “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi kullanıma girmiştir (Aksoy, 2008) tanının konması OKB Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-IV sınıflandırma sisteminde anksiyete bozuklukları grubunda yer almaktadır. OKB, obsesyonlarının oluşturduğu bunaltı nedeniyle anksiyete bozuklukları grubunda yer almaktadır. ICD-10 da ise OKB; “Nevrotik, strese bağlı ve somatoform bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmaktadır. (Bayraktar 1997)

2.2.5. Epidemiyoloji

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler OKB'nin yaygın bir sağlık sorunu olduğunu fark etmemizi sağlamıştır. ECA çalışmasına göre OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1.9 ile 3.3 arasında değişmektedir (Karslıoğlu ve Yüksel 2007)

Son yıllarda OKB' un sanıldığından daha yaygın olduğunun anlaşılması ve Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bireylerin işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen ilk on hastalık içinde tanımlanması gibi nedenlerle bu bozukluğa olan ilginin arttığı görülmektedir. OKB yaygınlığına yönelik çalışmalar yaşam boyu yaygınlık oranını %2-3 olarak vermektedir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı %0.5-5.6 arasında bulunmuştur. OKB'un yaygınlığı ile ilgili 1980 yıllarında yapılan çalışmalar rahatsızlığın ender görülen (% 005) ve tedaviye dirençli olduğunu bildirmekteydi. Günümüzde daha sık görüldüğü ve tedaviye iyi cevap verdiği bilinmektedir. Güncel epidemiyolojik çalışma bulgularında OKB en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak bulunmuştur. Sıralamada fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra dördüncü sırada yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitus'un görülme sıklığı kadardır. Ömürboyu yaygınlığı, ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. En düşük oranlar Tayvan'da % 0.5-% 0.9 ve Hindistan'da % 0.6 gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa da bu oran % 2.6 ve % 3.2 arasında bulunmuştur. Okasha ve arkadaşları Mısır'da ayaktan tedavi gören hastalar arasında nokta prevalans oranını %2.3 olarak bildirmektedir. Bu çalışmalarda yetersiz kişilerin görev alması nedeni ile çalışma sonuçları, güvenilirlik açısından eleştirilmektedir. Görüşmeciler olarak psikiyatristlerin kullanıldığı çalışmalarda OKB yaygınlık oranları daha düşük bulunmuştur. OKB'nun ömürboyu yaygınlığının yaklaşık %1-2 olduğu düşünülmektedir. Erişkin popülasyonda yapılan çalışmaların bir kısmı kadın-erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda bu oran 1.2-1.8 arasında bulunmuştur. Bu sonuca komorbid olarak bulunan depresyonun neden olabileceğine dikkat çekilmektedir. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 21.9 ile 35.5 arasındadır. Hastaların %65'inde başlangıç 25 yaşından öncedir. %15 lik bir grupta başlangıç yaşı 35'in üstündedir (Bayar 2008).

2.2.6. DSM IV Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçütleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar

Obsesyonlar (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlandığı gibi:

1. Rahatsızlığın bir döneminde intruzif ve uygunsuz yaşanan, belirgin sıkıntı ve gerginliğe yol açan, tekrarlayıcı ve kalıcı olan düşünceler, dürtüler ya da görüntüler
2. Düşünce, dürtü ya da görüntüler gerçek yaşam-sorunlarına yönelik aşırı endişeler değildir
3. Kişi bu düşünce, dürtü ya da imgeleri bilmezden gelmeye ya da bastırmaya , bazı başka düşünce ya da eylemlerle nötralize etmeye çabalar
4. Kişi obsesyonel düşünce, dürtü ya da imgelerin (düşünce sokulmasında olduğu gibi dışarıdan değil) kendi zihninin ürünü olduğunun farkındadır

Kompulsiyonlar (1), (2) ile tanımlandığı gibi:

5. Kişinin bir obsesyona yanıt olarak ya da kesin uygulanması gereken kurallar nedeniyle kişinin uygulamak zorunda olduğu tekrarlayan davranışlar (örn; el yıkama, düzenleme, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn; dua etme, sayma, içinden sözcük tekrarlama).
6. Davranışlar ya da zihinsel eylemler gerginliği önleme ya da azaltma ya da bazı korkulan olay ya da durumları engellemeye yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel olaylar önlemek ya da nötralize etmek üzere planlanan şeyle ya gerçekçi bir bağlantıya sahip değildir, ya da açıkça aşırıdır.

B. Hastalık süresince bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da saçma olduğunun farkındadır. Not: bu madde çocuklara uygulanmaz.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin gerginliğe yol açar; zaman alır (günde bir saatten fazla); ya da kişinin normal rutinini, mesleki (ya da akademik) işlevselliğini, ya da sosyal etkinliklerini veya ilişkilerini anlamlı biçimde etkiler.

D. Bir başka I. Eksen tanısı varsa, obsesyon ve kompulsiyonların içeriği onunla kısıtlı değildir (örn; yeme bozukluğu varlığında yiyeceklerle preoküstasyon; trikotilomaninin varlığında saç koparmayla; beden dismorfik bozukluğu varlığında beden görünümüyle ilgili; madde kötüye kullanımında droglarla

E. Preoküstasyon; hipokondriyaziste ciddi bir hastalığa sahip olma düşüncesiyle preoküstasyon; parafilide seksüel dürtü ya da fantezilerle preoküstasyon; majör depresif bozuklukta suçluluk ruminasyonları).

F. Bir madde (örn; ilaç kötüye kullanımı ya da medikasyon) ya da genel tıbbi durumun doğrudan etkilerine bağlı olmamalı.

Belirtin:

İçgörü zayıf: O anki epizod sırasında çoğu zaman kişi obsesyon ve kompulsiyonların aşırı ya da mantıksız olduğunu farketmiyorsa

2.2 7. ICD 10 Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçütleri

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üstüste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- A. bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar;
- B. bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir;
- C. bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur);
- D. düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

2.2.8. Etiyoloji

OKB'nin başlangıcı ve oluşumu hakkında kesin bilgiler olmasa da belirli ekoller tarafından kanıtla dayalı açıklayıcı bilgiler mevcuttur. OKB'nun tek tip veya homojen bir bozukluk olmayıp, heterojen bir tablo olduğu kabul edilmektedir (Akpınar 2007).

A)Biyolojik etkenler

Genetik

Genetik faktörlerin OKB oluşumuna katkıya bulunduğu dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bu kanıtlar ikiz çalışmaları ve OKB hastalarının birinci derece akrabalarının araştırmalarından kaynaklanmaktadır. OKB için ikiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere göre anlamlı olarak yüksek konkordans oranı saptanmıştır (%63 – 87) (Bayar ve Yavuz 2008 , Bayraktar 1997) ancak, yüzde yüze ulaşmadığını göstermektedir, bu nedenle OKB’da inkomplet penetranslı otozomal dominant bir genetik geçişin rol oynadığı , ancak genetik olmayan etkenlerin de önemli olduğu sonucuna varılabilir (Şahin 1997). Aile çalışmalarında, OKB hastalarının 1. derece akrabalarının % 35’inin bu bozuklukları etkilendiği bulunmuştur (Bayar ve Yavuz 2008). Bulgular tek başına genetik etkenler lehine yorumlanamaz, çocuklar anne – babalarını taklit ederek bu semptomları öğrenmiş olabilirler (Şahin 1997).

Nörotransmitterler

OKB tedavisinde denenen birçok ilaç içinde, sadece güçlü serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili oluşu, bozukluğun patofizyolojisinde serotonin dizgesinin rolü olduğunu düşündürmüştür. Bu varsayımı test etmek için üç alanda çalışmalar yapılmıştır. Birinci grup, kan elemanları gibi periferik dokulardaki serotonin düzeylerinin incelenmesidir (Şahin 1997). İkinci alan, beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin metaboliti 5 hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin incelenmesidir (Şahin 1997). Üçüncü ve en önemli grup ise serotonerjik yanıtın incelenmesi çalışmalarıdır. Daha önce de belirtildiği gibi , serotonin geri alım inhibitörleri OKB semptomlarında bir düzelme sağlamaktadır, ancak olayın sadece geri alım inhibisyonuyla açıklanması mümkün değildir, çünkü bu etki ilacın verilmesinden sonraki dakikalarda oluşurken, antiobsesyonel etkinin ortaya çıkması haftalar alır, o zaman, söz konusu ilaçların etkisi ya serotonin üzerindeki akut etkileriyle ilgisi olmayan başka bir mekanizmaya ya da kronik şekilde engellenen serotonin geri alımının presinaptik veya postsnaptik düzeylerde oluşturduğu uzun süreli etkiye bağlı olmalıdır (Şahin 1997)

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Fonksiyonel ve yapısal beyin görüntüleme çalışmaları hastalıkta, orbitofrontal-limbik-bazal gangliyon talamik halkadaki işlev bozukluğuna işaret ederken, nörofarmakolojik çalışmalar hastalığın patofizyolojisinde seratonerjik sistemdeki anormalliklerin önemli olduğunu düşündürmektedir (Eşel, 2000).

Nöropsikolojik bulgular

OKB'de yürütücü işlevler, bellek ve görsel-uzamsal yetilerde bozulma olduğu bildirilmiştir (Yüksel, 2006). Bu bozukluklar davranış inhibisyonu ve strateji oluşturmada yetersizliğe işaret etmektedir. Bazı hastalarda ve OKB olmayan birinci derece akrabalarında karar verme korunmuşken, bilişsel esneklikte azalma ve dürtüsellik saptanmıştır (Chamberlain ve ark. 2007). Karar verme yetisiyle ilgili sonuçların tutarsızlığı, hastalığın heterojenitesine bağlanmaktadır (Karslıoğlu ve Yüksel 2007)

B) Psikososyal Etkenler

Kişilik Etkenleri

OKB hastalarının % 15-45 kadarında premorbid obsesif özellikler bulunmuştur. Ama kişilik özellikler OKB gelişimi için ne gerekli ne de yeterlidir (Bayar 2008).

Bilişsel Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram

Korku ve kaçınma davranışının edinilmesi ve sürmesini açıklamak üzere Mowrer'ın iki fazlı kuramı anksiyete bozukluklarının gelişimine uyarlanmıştır. İki fazlı kurama göre birinci fazda görece nötral uyanların anksiyeteye yol açan olaylarla eşleşmesi sonucunda koşullanma ortaya çıkar. Obsesif korkuların da fobi gibi travmatik bir olayla bağlantılı olarak oluştuğu öne sürülmekeyse de pek çok hastada koşullanmayı sağlayan travmatik olay saptanamamaktadır. İkinci fazda obsesif düşünce ya da rahatsızlığı azaltan eylemler (kaçma, kaçınma, ritüeller) hoş olmayan bir yaşantıyı sonlandırmakta işe yaradıkları için pekiştirilir ve bu eylemler benzer durumlarda yinelenir. Obsesyonda fobilerde olduğu gibi basit bir kaçınma davranışı anksiyeteyi azaltmaya genellikle yetmediği için, hasta karmaşık ritüeller geliştirmek zorunda kalır.

Obsesyonların anksiyeteyi artırdığı yönünde elde yeterli bilgi vardır. Ritüeller de öne sürüldüğü gibi çoğu durumda anksiyeteyi azaltmaktadır. Ancak kimi hastalar ritüellerin anksiyetelerini azaltmadığını bildirmektedirler. Bunun nedeni, hastanın bu kez de kompulsiyonları üzerinde denetim sağlayamadığını görmesi olabilir (Aksoy 2008).

Bilişsel model

“Bilişsel alanda OKB’ye ilişkin araştırmalar sınırlı olduğu için, elde bulunan az sayıdaki kuramsal çalışma sağlam deneysel destekten büyük ölçüde yoksundur. Bunun önemli bir istisnasını, genel popülasyonda istenmeyen düşüncelerin nasıl uzaklaştırıldığını inceleyen ve sonuçlarından gerek depresyona, gerekse OKB’ye ilişkin çıkarımlarda bulunan Wegner (1989) oluşturur.

Wegner, belli düşünceleri baskılama çabasının bir rebound (geri tepme) etkiyle söz konusu düşüncelerin daha sık ortaya çıkmasına yol açtığını ve koşullanma sonucu, istenmeyen düşüncüyü uzaklaştırmada kullanılan düşünce/imge/edimin bu düşünceyle bağlantılı duruma geldiğini saptamıştır. Depresif bir duygulanımın varlığında bu uzaklaştırma çabası iyice güçleşmektedir. Ancak, kendisi de negatif içeriğe sahip düşünce/imge/edimler negatif içerikli bir düşüncüyü uzaklaştırmada görece daha başarılıdır. Yazara göre, OKB’lilerde ilk uzaklaştırma çabaları başarısız kalıp istenmeyen düşünce kendisini uzaklaştırmada kullanılan düşünce ya da edimlerle de bağlar kura kura bilinç alanında giderek daha fazla yer kaplamaya başladığında, çaresiz durumdaki hasta, içeriği yine olumsuz bir ritüeli devreye sokarak kısırdöngüden kurtulmaya çalışır, ancak kısa süre sonra bu “kurtarıcı” için de aynı şeyler yaşanacağından, mücadeleyi sürekli kaybeder. Tedavi için gerekli koşul, özgün istenmeyen düşünceye geri dönüş ve onunla hesaplaşmadır, ancak bu tek başına yeterli olmayabilir. Foa ve Kozak’ın anksiyete bozuklukları için geliştirdikleri genel afektif bellek ağı bozuklukları modelinde, nevrotik korkuların üç özelliği vardır: tehlikeye ilişkin abartılı tahminler, tehdit edici olayın aşırı olumsuz duygusal yük taşıması ve bu tehditlere aşırı yanıt. OKB’lilerin temel sorunu, kendilerini normal olarak güvende görmemeleri ve güvende olduklarından emin olmak istemeleridir. Salkovskis’in geliştirdiği modeldeyse önemli olan, intruzif düşüncelerin kendisi değil, bunların işlenişindeki bir sorun sonucunda OKB’lilerin kendilerini başka insanlara yönelik zarar ya da tehlikeden sorumlu görmeleridir. OKB ile ilgili çeşitli bilişsel modellerden Pitman’ın modeli, özgünlüğü ve sibernetik bir yaklaşım getirmesiyle dikkat çekmektedir. Bu yaklaşıma göre, beynin içsel karşılaştırma aygıtındaki bir sorun ya da sürekli hata sinyalleri nedeniyle algı girdisi ne olursa olsun uygunsuz bir eşleştirme yapılmaktadır.

Pitman'ın öne sürdüğü bir başka varsayımsa OKB'lilerin kendilerini yoğun algı sinyallerinden kurtaramamaları, yani dikkatlerinin bir kez yöneltildikten sonra çok zor çelinebilir olmasıdır. Mowrer'ın fobik korkunun oluşumu açıklayan "iki evre kuramı" obsesif kompulsif bozukluğu açıklamak için kullanılmıştır . Bu kuram uyarınca nötral nesne ya da uyaranlar ilk evrede anksiyete ile birlikte eşleştirilir ve koşullu bir uyaran oluşur (Aksoy 2008).

İkinci evrede ise bu koşulu sağlayan uyarı ya da nesne kişide anksiyete oluşturur ve obsesyonel düşünce şeklindeki bu anksiyete uyandıran düşünce, anksiyete yanıtlarını ortadan kaldırmak için zorlantılı davranışlar meydana getirir. Bu kuram uyarınca obsesyonlar öğrenilmiş edimler, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötralize etmek için öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranış bütünüdür. Bu model obsesyonları koşullanmış uyarı olarak kabul eder. Anksiyete ile koşullanan uyaranlar alıştırma'ya (habitüasyon) karşı direnç oluştururlar. Kompulsif davranışlar sonrasında anksiyetede azalma gözleendiği için bu davranış örüntüsü pekişir ve uzun bir dönem içerisinde obsesyonları oluşturan uyarıların var olduğu durum ya da koşullardan kaçınmalar yolu ile agorofobide olduğu gibi anksiyeteden kaçınma gözlenir. Bu model uyarınca kompulsiyonların anksiyetesi azaltması obsesyonların sürmesine neden olur ve obsesyonel düşüncelere maruz kalmayı (exposure) engelleyerek alıştırmayı (habitüasyon) engeller ve bu takıntılı-zorlantılı davranış örüntüsünün sürmesine yol açar. Obsesyonel düşünceler bir yeniden değerlendirmeyi (reappraisal) olanaksızlaştırarak korkuların gerçek dışılığının farkındalığını engeller. OKB'de davranışsal modelin ortaya koyduğu bu hipotez araştırma bulguları tarafından tam olarak doğrulanamamıştır. Kontrol kompulsiyonu olan hastaların psikoterapist varlığında anksiyetelerinin azaldığı gözlenmiş, ancak kontaminasyon obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu olan hastalarda bu durum gözlenmemiştir . Bilişsel model ise istenmeden gelen ve anksiyeteye neden olan obsesyonel düşünceleri normal bir fenomen olarak değerlendirmiştir . Bu düşünceler aslında emosyonel bir eşleneğe sahip değildirler ve bilişsel bir değerlendirme sonrasında emosyonel olarak eşleştirilirler. Bireysel deneyimler olumlu, olumsuz ya da nötral bir emosyon ile eşleşebilirler. Bu istemsiz ve yineleyici düşünceler yaratıcılık ve problem çözebilen adaptif ve işlevseldirler, ancak istemli davranışlar yolu ile bu davranışlar pekişir ve sürer"(Aksoy 2008).

Psikodinamik Kuram

OKB başlangıçta Freud'un öncülük ettiği psikoanalitik teorinin ilk uygulama alanlarından biri olmuştur. Önceleri obsesyonel düşünceleri açıklamak için cinsel travmalar üzerinde duran Freud, daha sonraları obsesyonları bilinçaltı dürtülere verilen savunmaya yönelik psikolojik yanıtlar olarak teorize etmiştir. Özellikle dikkatini anne-çocuk ilişkisine yöneltmiş, tuvalet eğitimi sırasındaki agresyon ve otonomi üzerinde durmuştur (Karahana 2006).

Psikodinamik kurama göre OKB preodipal anal sadistik psikoseksüel gelişim dönemine defansif bir regresyonun sonucudur. Kişide anal sadistik kişilik özelliklerine karşı Obsessif Kompulsif Kişilik (OKK) ya da Obsessif Kompulsif Nevroz (OKN) gelişmektedir. (Kara ve ark. 1996).

Ancak son 25 yıldır OKB'un psikodinamik yorumundan giderek uzaklaşmaktadır. Betimleyici psikiyatrinin ve organik yaklaşımın artan etkinliğine paralel olarak OKB hakkındaki geleneksel kabüller neredeyse temelden sarsılabilir hale gelmiştir. Bu yeni yönelimde. Genetik-yapısal faktörlere yönelik yapılan biyolojik araştırmaların, hastalığı öğrenme prensipleriyle açıklayan ve uygun tedavi ilkeleri geliştiren davranışçı ekolün ve OKB'lu hastaların psikoterapiye dirençli olmalarına karşın özellikle selektif serotinerjik farmakoterapiye ve psikocerrahiye cevap verdiklerinin gösterilmesinin büyük payı vardır. (Bayraktar 1997)

Öte yandan OKB tanısıyla izlenen bazı olgularda obsesyonların hezeyana dönüşmesi, egodistonik olsa da hastaların bariz muhakeme kusuru göstermeleri, bazı yazarların, OKB'u nöroz ile psikoz arasında yer alan bir spektrum bozukluğu kabul etmesine yol açmıştır. Psikoz okb Bu gelişmeler bir yandan OKB'un analitik çözümlemesini yıkarken diğer yandan da OKB'lu hastaların hastalık öncesi ne derece OK özellikler taşıdıkları ya da bozukluk oranının yüksek olup olmadığı gibi sorular gündeme getirmiştir. Bu konuda yapılan az sayıdaki çalışmanın sonuçları oldukça çelişkili olmakla beraber, OKK'in OKB için bir predispozan (yatkınlık yaratan) faktör olmadığı lehinedir. Ayrıca bu çalışmalara dayanarak kişilik bozukluklarının OKB'da sık oranda olduğu mix kişilik bozukluğunun da nadir olmadığı ve prognozu kötü yönde etkilediği ileri sürülmüştür (Kara ve ark. 1996).

Psikanalitik okul diğer nevrotik rahatsızlıklarını açıklamada kullandığı modeli obsesif kompulsif bozukluk için de geçerli kılmıştır. Bu teori OKB'de merkezi rolü ego üzerine kurgulamış, egonun temel olarak gerileme (regresyon) yoluyla kişinin saplandığı nesne ya da doyum biçimine geri döndüğü ifade etmiştir. Bu hastalarda ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin yarattığı ciddi çatışma durumlarında, bu istekler kısmen veya tamamen terk edilir ve bir önceki psikoseksüel gelişim basamağı olan anal dönemin istek ve ihtiyaçlarına geri dönülmektedir. Ego kontrolü diğer nevrotik bozukluklar da olduğu gibi görece yetersiz hale gelmiştir. Ego işlevlerini kendi yargısı ile çelişen daha güçlü bir oluşumun - süperegonun - denetiminde yürütmeye çalışır, belli edimleri yapmak, düşünmek veya bırakmak zorundadır, aksi takdirde kendini büyük bir tehdit ile karşı karşıya bulur. Bu tehdit kuramın anksiyeteyi açıklamak için kullandığı bir temel açıklamayı oluşturmaktadır. Obsesyonel düşünceler dürtü türevleridir ve kimi zaman dürtü niteliklerini korumuşlar, ancak kimi zamanda bu niteliklerini yitirmiş ve yalnızca düşünülmesi zorunlu düşünceler haline gelmişlerdir. Bu yapı değiştirmiş dürtü türevleri temel dürtüye ait enerjinin açığa çıkması için yeterli olmamakta kişi bu durumun yarattığı kaygıyı nötralize etmek için düşüncenin tersi eylemi gerçekleştirmeye zorlanmaktadır. Psikanalitik teori saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan üç temel savunma düzeneğini işlerliğe sokmaktadır: yalıtma (izolasyon), yapboz (undoing) ve karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon). Yalıtma yoluyla dürtünün duygusal bileşiminden ayrılması ve salt düşünce içeriği ile bilinç düzeyinde tutulması söz konusudur.

Yap-boz yoluyla kompulsif nitelik taşıyan eylemin bir ikincisi yoluyla iptal edilmesi ve bu tür eylemler yoluyla kişinin egoyu tehdit eden, korkutucu obsesif düşüncelerden kurtulması ve böylece bu dürtünün gerçekleşmesi ile süperego tarafından cezalandırılacak olan egonun bu dürtüleri yok sayabilmesi söz konusu olur . Kullanılan diğer önemli bir savunma düzeneği de karşıt tepki oluşturmaktır. Dürtülerin tehdidi altında ego sanki bunlar süregenmişçesine her an tehlikeye karşı hazırlıklı olunan bir tutum geliştirir. Bu tutum genellikle dürtüsel içeriğin tam tersi yönünde oluşabilir. Bu şekilde ortadan kalkan tutumun zarar veren ya da moral açıdan kabul edilmeyen içeriği bilinçdışı tutulmaktayken, bilinç alanında bu dürtüsel içeriğin tersi yer alır. Kirlilik dürtülerine karşı bilinçdışı alanda bu dürtüler varlıklarını sürdürürken bilinç düzeyinde kişinin aşırı temiz olmaya yönelmesi, kirlenme obsesyonları ile sonucunda gelişen temizlenmeye yönelik kompulsif eylemler gelişebilmektedir. Psikanalitik bakış açısı, tüm obsesyonlar ve eşlik eden kompulsiyonların kişide anlamlı bir karşılığının bulunduğunu öne sürmektedir. Bu bağlamda obsesyonlar ve kompulsiyonlar psikoseksüel gelişimin anal fazında tuvalet eğitimi ve ebeveyn ile çocuk arasında yaşanan çatışma zemininde bir açıklama bulabilmektedir. (Aksoy , 2008)

2.2.9. Klinik Gidiş

OKB'de gidişat uzun ve değişkendir. Bazı hastalarda dalgalı bir seyir gözlenebilir. Hastaların % 20 - % 30'unun belirtilerinde önemli ölçüde düzelme görülürken, % 40-50'sinde belirtilerde orta derecede düzelme görülür. % 20-40 hastada ise belirtiler aynı kalır ya da kötüleşir. Kompulsiyonlara karşı koymama, erken başlangıç, bizar kompulsiyonlar, aşırı değerlenmiş düşüncelerin varlığı, kişilik bozukluğunun varlığı (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu), hastaneye yatış gereksinimi, eşlik eden majör depresyon, hezeyanların eşlik etmesi kötü prognozu gösterirken, iyi sosyal ve mesleki düzen, başlatıcı bir olayın varlığı ve epizodik belirtiler iyi prognostik faktörlerdir. Obsesyonel içerik prognozla ilgili gibi gözükmemektedir (Bayar ve Yavuz 2008). OKB'de bazal gangliyon işlev bozukluğu olduğuna dair bir çok teori öne sürülmüştür. Bu nedenle günümüze kadar OKB'de kaudat nükleus yapı ve hacmini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır . Çalışmalarda görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılmıştır. İlk çalışmalarda BT ile ventrikül/beyin oranı incelenmiştir. Insel ve arkadaşları, ergenlik dönemindeki OKB olanlarda ventrikül/beyin oranı oldukça yüksek bulmuşlardır, yetişkin OKB olan olgularla, kontrol grubunu karşılaştırdıkları nda bir fark bulamamışlardır . Behar ve arkadaşları ise ergenlik dönemindeki OKB olanlarda ventrikül/beyin oranını oldukça yüksek bulmuşlardır . Luxenburg ve arkadaşları, BT ile yaptıkları çalışmada OKB olan olgularda kaudat nükleus hacmini kontrol grubuna göre daha düşük bulmuşlardır , fakat Stein ve arkadaşları, BT ile yaptıkları diğer bir çalışmada ventrikül hacimlerinin OKB hastalarında yüksek olduğunu, ancak kaudat nükleus hacimlerinde kontrol grubuna göre bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir . MRG'nin görüntüleme alanına girmesi ile birlikte bu konudaki çalışmalar MRG ile yapılmaya başlanmıştır. Behar ve arkadaşları MRG ile yaptıkları çalışmada kaudat nükleus hacimlerinin kontrol grubuna göre azaldığını fakat prefrontal korteks boyutları, 3. ventrikül ve lateral ventrikül hacimlerinde farklılık olmadığını bulmuşlardır . Daha sonra Aylward ve arkadaşları nın MRG ile yaptıkları diğer bir çalışmada kaudat nükleus hacimlerinin kontrol grubundan farklı olmadığı belirlenmiştir (Polat ve ark. 2000).

2.2.10. Komorbidite

OKB'nin şiddeti komorbidite üzerine belirgin bir etki gösterebilir. Daha ağır olan hastalar daha fazla sayıda psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılarlar. Buna karşın, ayaktan tedavi gören ya da toplumdan örneklem alınarak incelenenlerde birden fazla tanı alma ihtimali daha düşüktür (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu 2001, s.62)

OKB'da major depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikte bulunma oranı çok sıktır. ECA çalışmalarından alınan verilere göre OKB'ü olanların üçte ikisinde ayrıca bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bu bozukluklar sırası ile agorafobi (%39), alkol kötü kullanımı (%34), major depresyon (%32), distimi (%26), madde kötü kullanımı, sosyal fobi (%19), panik bozukluğu (%14) ve bipolar bozukluktur (%10). Epidemiyolojik saha çalışmalarında OKB ile anksiyete bozukluklarının birlikte bulunma oranı major depresyon ile birlikte bulunma oranından yüksektir. OKB'ü olan kişilerde anksiyete bozukluklarının birlikte görülme sıklık oranı %24.5 ile 69.6 arasında verilmektedir. Bu oran major depresyon için % 12.4 ile 60.3 arasındadır. Bu oranlar OKB'ü olmayan populasyonda sırası ile % 4.7–14.3 ve % 1.4-12.3 olarak verilmektedir (Bayar ve Yavuz 2008).

Tedavi isteği ile bir kuruma müracaat eden OKB'ü olan hastalarda major depresyon'un birlikte bulunma oranı daha yüksek bulunmaktadır. Rasmussen ve Eisen'in araştırmasında OKB ve komorbid hastalıkların oranları şöyle verilmektedir: Major depresyon (% 67), basit fobi (%22), sosyal fobi (%18). OKB'da % 10-17 oranında anoreksiya nervoza görülme sıklığı bildiren çalışmalar vardır (Bayar ve Yavuz 2008).

OKB ve şizofreni'nin aynı anda veya ardışık görülebilirliği eskiden beri bilinmektedir. Klinik gözlemlerde OKB'da zaman zaman şizofrenik özelliklerin ortaya çıkması veya kronik şizofrenik hastalarda obsesif ve kompulsif özelliklerin birlikte bulunması oldukça sık görülmektedir. Bazen obsesif kompulsif özellikler şizofreni'nin prodrom döneminde ortaya çıkmakta, bazen de şizofrenik sürecin herhangi bir döneminde görülmektedir. Obsesif- kompulsif özellikler ile başlayan ve daha sonra şizofrenik özelliklerin eklendiği ve antiobsesyonel tedaviye drençli bir klinik tablo 1977 senesinde yayımlanan kitabında Songar tarafından "psikastenik tip şizofreni" terimi ile bir şizofreni alt tipi olarak tanımlanmıştır. Son yayınlarda, yılar önce tanımlanan bu tablonun (psikotik özellikli OKB)'un bir şizofreni alt tipi olarak isimlendirilmesi gerektiğini belirten yayınlar bulunmaktadır (Bayar ve Yavuz 2008).

Spitzer ve arkadaşları SCID ile yaptıkları bir çalışmada OKB ve şizofreni arasındaki komorbiditeyi % 10-12.2 olarak belirtmektedir. Öte yandan Fenton ve arkadaşlarının bir çalışmasında OKB ve şizofreni birlikteliğinde % 26 kadar yanlış tanı konulduğu vurgulanmaktadır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar OKB ve şizofreni komorbiditesini % 15-30 arasında vermektedir. Şizofreni ve OKB'un birlikteliği tedavi alanında da önem arz etmektedir. Bu durumda tek başına serotonin gerilim engelleyicileri faydalı olmamaktadır. Tedaviye etkin doz antipsikotik eklenmesi yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Atipik antipsikotiklerin psikoz + OKB beraberliğinde etkili olduğu bildirilmekle beraber, bu drogların bazen obsesi-kompulsif semptomlara yol açtığıda görülmektedir. OKB ile kişilik bozukluklarının birlikte görülme sıklığı çeşitli kaynaklarda %52-83 arasında bildirilmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile OKB arasındaki ilişki henüz tam sonuçlanmamış bir araştırma ve tartışma konusudur. Her iki bozukluğun komorbiditesine yönelik araştırmalarda farklı değerler saptanmaktadır (%4-54). Son zamanlarda bu iki tanının farklı etyolojik kökenleri olduğu kanısı yaygınlaşmaktadır. OKB'da kişilik bozukluklarına sık rastlanmakla birlikte OKB'a özel bir kişilik bozukluğu bulunmamaktadır (Bayar ve Yavuz 2008). Okasha ve arkadaşlar OKB ile komorbid olarak en sık "başka yerde sınıflandırılmaya kişilik bozukluğu" tanısının görüldüğünü bildirmektedir. Daha sonra sırası ile borderline KB, obsesif-kompulsif KB, çekingen KB, histrionik KB gelmektedir (Bayar ve Yavuz 2008).

OKB'nin eksen I ve eksen II bozuklukları ile yüksek oranda birliktelik gösterdiğini ve ek tanı durumlarının yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu ve medeni durum ile ilişkili olmadığını göstermektedir (Uğuz ve ark. 2006). OKB'ye en sık eşlik eden kişilik bozukluklarının C kümesine ait olduğu görülmektedir (Uğuz ve ark. 2006). C kümesi kişilik bozukluklarının ağırlıkta olması, OKB hastalarının kaygılı kişilik özelliklerine sahip olduğunu, bu kişilik bozukluklarının bireylerde OKB gelişmesine yatkınlık oluşturabileceğini ve ortak oluşum süreçleri taşıdığını düşündürmektedir (Uğuz ve ark. 2006).

OKB ile birlikte görülen değişik komorbid durumlar cinsiyetlere göre de karşılaştırılmıştır. Erkeklerde obsesif kompulsif bozukluk öncesi anksiyete bozukluğu öyküsü ve obsesif kompulsif bozukluk sonrası hipomanik ataklar fazla görülürken, kadınlarda yeme bozukluğu öyküsü daha fazla bulunmuştur (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu 2001).

2.2.11. Ayırıcı Tanı

Öncelikle obsesyonların; depresif içerikli tekrarlayıcı düşünceler, aşırı değerlendirilmiş fikirler, hezeyanlar ve patolojik kaygılardan, kompulsiyonların impulsif davranışlardan ayırt edilmesi gereklidir (Maia ve ark. 1999).

Obsesif kompulsif bozukluğun ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken bozukluklar şizofreni, major depresyon, Gilles de la Tourette hastalığı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğudur. Özellikle şizofreninin başlangıç döneminde obsesyon ve kompulsiyonlar görülebilir. Ancak kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme klinisyeni hastadaki duygusal yüzeysellik ya da küntlük, çağrışımlarda kopukluk, sanrılar ve varsanılar ile şizofreni tanısına götürür. Obsesif-kompulsif belirtiler yalnızca ana tabloya eşlik eden bulgular niteliğindedir. Ancak şizofrenik bir hastada obsesif-kompulsif belirtilerin bulunması prognoz açısından önemli olup, prognozun pek iyi olmayacağına işaret etmektedir. Depresif hastalarda da obsesif-kompulsif belirtiler bulunabilir. Ancak hastalarda disforik duygudurum, ilgi ve istekte azalma ve kilo kaybı (hastaların %20'sinde iştahta artma ve kilo artışı) ölüm ya da intihar düşünceleri ile depresyonun tüm tabloya egemen olduğu; obsesyon ve kompulsiyonların ise klinik tabloya eşlik ettiği görülür. Ancak OKB'lu hastaların en azından %50'sinde bozukluğun gidişi sırasında bir dönemde komplikasyon olarak major depresyon gelişebilir. Böyle bir durumda hem OKB hem de depresyon tanısı birlikte konulmalıdır. OKB'lu hastaların yaklaşık yarısında hastalık öncesi obsesif-kompulsif kişilik özellikleri bulunur. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda temizlik, düzenlilik, mükemmeliyetçilik, ayrıntıcılık, aşırı işevurum, tutumluluk gibi özellikler bulunmakla birlikte obsesyon ve kompulsiyonlar bulunmaz. Obsesifkompulsif kişilik bozukluğunun bulunması, obsesifkompulsif bozukluğun gidişini olumsuz olarak etkilemektedir. OKB tanısı alan özellikleri bulunmaktadır. Gilles de la Tourette bozukluğu çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan çok sayıda motor ve vokal tiklerle karakterize bir bozukluktur. Klinik tabloda obsesyon ve kompulsiyonlar bulunabilir. Ayrıca Tourette bozukluğu olan hastaların birinci dereceden akrabalarında OKB sıklığı genel popülasyona göre daha yüksektir. Tourette bozukluğu; aynen beden dismorfik bozukluğu, depersonalizasyon bozukluğu, anoreksiya nervoza, hipokondriazis, trikotillomani ve patolojik kumar gibi obsesif-kompulsif bozuklukla ilgili spektrum bozuklukları arasında sayılmaktadır.

Tourette bozukluğu ile obsesif-kompulsif belirtilerinin birlikte bulunduğu cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ile sayma, dokunma ve biriktirme kompulsiyonları daha sıktır (Bayraktar 1997).

Obsesyon ve kompulsiyonlar, şizofrenide görülen sanrısız düşünceler ve anlamsız basmakalıp davranışlardan, ego-distonik olmaları ve hastanın durumuyla ilgili içgörüsünün olması ile ayrılır. Bununla birlikte bazı kişilerde bu iki hastalık birlikte görülebilir ve OKB ile şizofreni tanısı aynı anda konabilir. Bazı OKB hastalarında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş olabilir ve obsesyon hezeyan boyutlarına ulaşabilir. Bu tür olgularda psikotik özelliklerin varlığı hezeyanlı bozukluk ek tanısıyla gösterilebilir. Obsesyonla hezeyan arasında yer alan durumlarda “zayıf iç görülü OKB” tanısı konabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu OKB’den, anksiyetenin genellikle kontaminasyon, cinsellik, agresyon, şüphe gibi konular yerine, günlük yaşam olaylarıyla (sağlık, aile, finans, iş vb.) ilgili olarak ortaya çıkmasıyla ayrılır. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğundaki düşünceler hasta tarafından ego-distonik ve kabul edilemez olarak algılanmaz ve de bozukluğa kompulsif ritüeller eşlik etmez. Major depresyon epizodunda ortaya çıkan düşünceler, obsesyonlardan ego-distonik olmamalarıyla ayrılır. Ayrıca kompulsif ritüellerin olmamasıda tanıya yardımcıdır. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda obsesyon ve kompulsiyonların varlığı belli değildir, bunların yerine düzenlilik, mükemmelliyetçilik ve denetim altında tutma isteği bulunmaktadır ve tanı için bozukluğun genç erişkin yaşta başlaması gerekmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişi OKB semptomları gösterirse bu iki tanı aynı anda konabilir. Hipokondriyasis, beden dismorjik bozukluğu, kleptomani, patolojik kumar oynama gibi dürtü kontrol bozuklukları, fobiler, Tourette Sendromu, tik bozuklukları ve temporal lob epilepsisi gibi nörolojik bozukluklar ayırıcıanda düşünülmesi gereken diğer durumlardır (Bayar ve Yavuz 2008).

3. OKB VE TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI

Travma, genel bir kavram olarak sarsıntı, yaralanma ve incinme anlamlarına gelir. Psikolojide ise, bir kişinin beklenmeyen bir zamanda fiziksel ve duygusal tacizler, doğal afetler, trafik kazaları, savaşlar, terör olayları, ölüm tehdidi, yaralanma, hastalıklar ve sevilen birinin kaybı gibi durumlara maruz kalmasıdır. Yalnız, yaşanan travmatik olaylar herkeste aynı etkiyi bırakmaz. Bazı kişiler travmayı sadece beklenen bir stresle karşılarken ve sonrasında gündelik hayata uyum sağlamayı başarırken, diğer bir kısım ise bu duruma daha yoğun bir stresle cevap verir ve travmanın gündelik yaşamındaki olumsuz etkilerinden kurtulamaz. İşte bu kişiler, içinde bulunduğu durumla baş edemez, çaresizlik hisseder, yoğun bir korku yaşar ve kimi zaman travmayı anımsatan her şeyden kaçınma gösterirler (Köse 2009).

Psikiyatri ve psikolojiye ilişkin farklı yaklaşımlar ruhsal travmayı çeşitli şekillerde tanımlamaktadır. Travma, kişinin güçsüzlüğü ile yüzyüze gelmesi, ruhsal ve bedensel varlığını, değişik biçimlerde sarsan, inciten her türlü olaydır (De Silva ve Marks 1999, Dinn ve ark. 1999). Psikanalitik açıdan tanımlandığında, travmatik olay benliğin üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta uyaranlar kümesi ile karşı karşıya gelmesidir (Dinn ve ark.1999, s.315). Travma anında kişi karşı konulmaz bir güç tarafından çaresiz bırakılır, bununla birlikte, kişinin denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyumlarını veren olağan baş etme sistemlerini felce uğratar. Travmayı olağan dışı kılan, diğer yaşam olaylarında uyumu sağlayan baş etme yollarının kullanılamayacağı kadar şiddetli oluşudur (De Silva ve Marks 1999). Travmayı diğer olumsuz yaşam olaylarından ayıran, kişinin kendisinin ya da yakınlarının bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak birden gelen ağır, örseleyici , şiddet içeren ya da ölümlerle karşı karşıya getiren olayları içermesidir (De Silva ve Marks 1999, Dinn ve ark. 1999).

Travma sonrası ortaya çıkabilecek sorunlar, iki temel başlık altında toplanabilir; ruhsal travma yaşamının “gerekli ama yeterli olmadığı” hastalık veya sorunlar. Akut stres tepkileri, ASB, Eşik altı TSSB, akut TSSB, Kronik TSSB, Geç Başlangıçlı TSSB, DESNOS – Felaket sonrası kalıcı kişilik değişikliği – karmaşık TSSB, ruhsal travma yaşamının “gerekli olmadığı ama tetikleyici olabildiği” sorun veya hastalıklar; Kişilik bozuklukları, M. Depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, ağrı bozuklukları, psikotik bozukluklar çıkabilir (Biçer ve ark. 2009).

OKB ve TSSB arasındaki semptomatik benzerliklerin olduğunu gösteren bir çok teorik, klinik ve empirik bulgular mevcuttur. Gershuny ve ark. (2002) geçmişlerinde travmatik yaşantısı olan tedavileri negatif sonuçlanan kadın ve erkek hastalardan oluşan 4 OKB vakasıyla yaptıkları bir çalışma sonucunda, OKB semptomlarının TSSB semptomlarına ile bağlı olduğunu bulmuşlardır. Öyle ki, OKB-spesifik semptomlarının azalması TSSB spesifik semptomlarının çoğalması ile, OKB spesifik semptomların çoğalması ve TSSB spesifik semptomların azalması ile ortaklaşa devam ettiğini saptamışlardır (Gershuny ve ark. 2002).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, obsesif-kompulsif (OK) belirtilerin başlangıcında tetikleyici bir rol üstlenebilir (Çelikel ve Beşiroğlu 2008).

Travmaya uğramış çocuk ve ergenlerde, çeşitli davranışsal, psikolojik ve nörobiyolojik sorunların gelismeye riskinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. (Caffo ve ark. 2005).

Yapılan araştırmalara göre TSSB ‘ si olan kişilerin yaklaşık %4-%22’ sinde aynı zamanda OKB de olduğu ve OKB olan kişilerin travmatik olay yaşamış olma ihtimallerinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Gershuny ve ark. 2002).

Bir çalışmaya göre, OKB tanısı almış kişilerin %54 ‘nn hayatlarında en az 1 defa travmatik olay yaşamış oldukları tespit edilmiştir (Gershuny ve ark. 2002).

Travmatik olayların yaşanmışlığı ‘‘hoarding’’ (bir çok eşyaları atmayıp saklamak) şeklinde kompülsif davranışa sebep olduğu açıklanmıştır (Gershuny ve ark. 2002).

Bir travmatik olay yaşandıktan sonra, kişi kaygılı olabilir ve kendi güvenliği için endişeli olabilir. Kompülsif davranışlar (kontrol etmek, sıralamak veya eşya saklamak gibi) kişinin kaygısını azalattıp kendisini daha rahat ve güvende hissetmesini sağlayabilir. Ancak uzun vadede, kompülsif davranışlar yaşanan kaygıyı iyileştirmemekle birlikte kaygının uzun vadede çoğalarak devam etmesine yol açabilir (Gershuny ve ark. 2002).

Bütün bunların yanında bazı mağdurlar, yasadıkları veya tanık oldukları travmatik deneyime rağmen, sasırtıcı bir biçimde organize olur, uyum sağlar ve iyilesirler(Caffo ve ark. 2005).

3.1. Olgu rnekleri:

L: 40 yaşında erkek hasta, evli ve çocukları var, çiftçilik yapmakta ve özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmamaktadır. Hasta Yumkippur Savaşın’da savaşmış, birliklerinin yenilmesi üzerine birçok arkadaşının öldüğüne şahit olmuş, kendisine cesetleri belirleme, üzerlerini örtme, morga götürme görevi verilmiş. Bu olaydan sonra içinden sürekli kirlilik hissi gelmeye başlamış ve temizlik ritüelleri geliştirmiş, vücut yıkama, çarşafları ve kıyafetlerini değiştirme, sürekli ev temizleme, et yiyememe, kapı tokmaklarına dokunamama ve diğer insanlarla bir araya gelirse pislik bulaşacağı inancı gelişmiş (Sason ve ark. 2005).

J: 50 yaşında erkek hasta, bekar, kütüphaneci, Yumkippur savaşına katılmış, savaşta esir alınmış, 2 ay esir kalmış , işkence görmüş, olayın ardından temizlik ritüelleri başlamış; günde 10 defa elik telle kendisini yaralayana kadar yıkanma davranışı, çarşaflarını , havlularını birkaç saatte bir olmak üzere değiştirmek, eşyalarını hergün gruplayarak yıkama komplsyonları gelişmiş. (Sason ve ark. 2005).

A: 30 yaşında erkek hasta, evli çocukları var, mesleği polis. Lübnan Savaşına katılmış. Bir teroristin asker dolu bir binaya kamyonla girerek binanın patlamasına sebep olma olayına şahit oluyor, cesetlerin oradan kaldırılmasına sebep oluyor. İğrenme ve ağlama davranışı gelişiyor. Yanmış cesetlere yaklaşmıyor, aktif birimden pasif birime geçiyor, askerleri taşıyan araçlardan birisinde şoförlük yapmaya başlıyor. Kan kokusu, kirliliğe ve ten kokusuna bağlı olarak temizlik /kontaminasyon obsesyonları gelişiyor, bunun ardından günde dört defa duş almaya başlamış, çarşaflarını, kıyafetlerini değiştirmeye başlamış, çalışırken eldiven takmaya başlamış (Sason ve ark. 2005).

R: 30 yaşında erkek hasta, bekar, ailesiyle yaşıyor, işsiz. Bir yere gitmek için durakta beklerken, bir teroristin intihar saldırısına şahit olmuştur teroristin kendi üzerindeki bombayı patlatması sonucu teroristin vücudu parçalara bölünmüş ve vücut parçaları hastanın üzerine sıçramış. Ardından temizlik ritüelleri başlamış; çarşafları değiştiriyor, kıyafetlerini değiştiriyor, el yıkama kompülsiyonu var, diğer insanlardan pislik bulaşacağı korkusuyla sosyal izolasyon oluşmuş ve et yiyemem davranışı ortaya çıkmış (Sason ve ark. 2005).

4.TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Kişinin gerçek bir ölüm, ölüm tehdidi veya ağır bir yaralanma ile karşılaşması, kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne tehdit olayını yaşaması, böyle bir olaya tanık olması ya da ailesinden birinin ya da bir yakınının beklenmedik ölümü ya da şiddete maruz kaldığını öğrenmesi gibi durumlar karşısında yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yaşaması Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun temel özelliğidir (Tural ve ark. 2001).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, toplumsal siddet, doğal ve insanın neden olduğu felaketler, çocuk istismarı ve kötü muamele, trafik kazaları ve tıbbi hastalıklara maruz kalma ve ölüm gibi çeşitli travmatik olayların yarattığı darbe ve psikolojik etkileri incelemektedir. Bu araştırmaların çoğu, toplumsal siddete maruz kalma ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Caffo ve ar. 2005). Felaketlere ilişkin çalışmalarda sık elde edilen bir bulgu, TSSB'nin siddetinin, tehlike, yaralanma ve ölüme yakınlık derecesi ile ilişkili olmasıdır; bu, 'maruz kalma etkisi' olarak bilinen durumdur (Caffo ve ark 2005). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile OK belirtiler arasında oldukça düşük ilişkilerin olduğu görülmektedir (Çelikel ve Beşiroğlu 2008).

Travma ve OKB arasındaki ilişki ortaya konurken, travma ile ilgili düşüncelerin bir süre sonra obsesyona dönüşebileceği üzerinde durulmaktadır.

Bilişsel yaklaşıma göre klinik anlamı olan bir obsesyon daha hafif şiddette olan zorlayıcı düşüncelerden türemektedir. Bu şekilde olması durumunda, travmatik yaşantı temalı bazı intrusif, istenmeyen düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesi mümkün görünmektedir. Bunun yanı sıra, travmatik yaşantılar rahatsızlık vermeyen düşüncelerin daha sonra obsesyona dönüşmesinde tetikleyici bir rol oynayabilir. Ayrıca, çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin, intrusif düşüncelerin sıklığını ve yoğunluğunu artırabileceği ve içeriğini etkileyebileceği de belirtilmektedir. Kompulsiyonlarla ilgili olarak travmanın yarattığı anksiyete üzerinde durulmaktadır. Travma ile ilişkili tehlike ve sıkıntıyı azaltmak ya da kontrol etmek için kompulsif davranışların yapıldığı belirtilmektedir.(Çelikel ve Beşiroğlu 2008).

Travmanın, ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin çalışmaların çoğu, TSSB üzerine odaklanmış olmakla birlikte, depresyon ve anksiyete basta olmak üzere, diğer psikopatolojilere ve psiko-islevsel yetersizliğe de ilgi giderek artmaktadır. Erken yasta olumsuz deneyimlerin, hem çocuklukta hem de erişkinlikte, nörobiyolojik ve islevsel değişikliklere yol açabildiği artık bilinmektedir(Caffo ve ark. 2005).

Sosyal desteğin, travmatik olaylara maruz kalma ile psikososyal belirtiler arasındaki ilişki üzerinde koruyucu bir etkisi olabilir(Caffo ve ark. 2005).

Travmaya bağlı bir çok bozukluğun oluşması, ve ruhsal bozukluklar arasındaki örtüşmeler, travma sonuçlarının hangi perspektifte ele alınması gerektiği noktasında bir sorun yaratmaktadır. Bu güne dek üretilen bilimsel bilginin eğilimi, travmaya bağlı ruhsal bozuklukların daha çok Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) kavramı altında anlaşılır olduğu yönündedir. Komorbid ruhsal bozuklukların TSSB'den bağımsız bir antite olduğu ya da TSSB'nin bir komplikasyonu olduğu yönündeki tartışmalar sonuçlanmamıştır(Uğuz ve ark. 2007). Beyin görüntüleme çalışmalarında her iki bozukluğun benzer bulgular göstermesi her ikisinde de serotonin düzensizliğinin etiyolojik rol oynadığı yönünde bulgular taşınması ve bilişsel davranışçı tedaviye yanıt vermeleri, TSSB ve OKB arasındaki ilişkiye ilgiyi arttırmıştır. Yüksek oranda olmasa da bazı araştırmalarda gözlenen komorbidite de bunda etkilidir. Son dönemlerdeki çalışmalar obsesif kompulsif bozukluğun, yakın zamanda tanımlanmış bir klinik görünüm olan kompleks TSSB'ye eşlik ettiğini, özellikle çocukluk döneminde travmatik yaşantısı olan kadınlarda daha çok OKB ile kompleks TSSB'nin birlikte görüldüğüne işaret etmektedir. (Uğuz ve ark. 2007).

4.1. Etiyoloji

Travmatik olma potansiyeli taşıyan olaya bireyin yanıtını çeşitli etmenler belirler. Bu etmenlerin en önemlileri mağdurun yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve kişilik yapısı; travmanın niteliği, şiddeti ve kişi tarafından anlamlandırılması; travma sonrası sosyal, toplumsal ve ekonomik destektir (Türksoy 2003).

Travma süreci

TSSB gelişmesinde en kritik etmen, travmatik olayın kendisidir. TSSB gelişme olasılığı arasında bir doz-yanıt ilişkisi saptanmıştır. Travmanın sıklığının şiddetten daha etkili olduğu belirtilmektedir. Travmanın niteliğinin belirleyici etkisine ilişkin bulgular sınırlıdır. TSSB yaralanma, yas, savaşta şiddete tanıklık ya da şiddet uygulama (şiddet uygulamanın tanıklığa göre daha travmatize edici olduğu bildirilmiştir), ölüme tanıklık, ölüm haberi duyma, tecavüz (özellikle baba ile ensest ilişki), işkence, mala hasar verilmesi, yaşama yönelik tehdit gibi yaşantılarla ilişkilendirilmiştir. İzleme çalışmaları, diğer travmatik olaylara göre tecavüz mağdurlarında süregelen TSSB gelişme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Şiddete tanık olma durumunda suçluluk duygusu şiddetli olmaktadır (Türksoy 2003).

Travma sonrası psikiyatrik bozukluk gelişmesinde en fazla risk, travmatize kişinin yalnızca pasif izleyici olmakla kalmayıp sürece aktif biçimde katıldığı durumlarda görülür (Türksoy 2003).

Travma sırasındaki tutum da sonraki ruhsal tepkiyi etkiler. Tecavüze direnen kadınların, direnmeyenlere göre ruhsal sorunlarının daha az olduğu bildirilmiştir. Peritravmatik disosiyasyonun ise uzun erimde TSSB gelişmesinde cinsiyet, yaş, eğitim ve travma şiddetinden daha önemli bir etmen olduğu bildirilmektedir (Türksoy 2003).

Travma sonrası

Travmatik olaylar her zaman kişilerin sosyal ilişkilerini de etkiler. Bu sosyal çevrenin travmatik olay sırasında ve sonrasında verdiği tepki, travma sonucu ortaya çıkan ruhsal sorunlar üzerinde belirleyici rol oynar. Kişinin çevresindekilerin destekleyici tutumu olayın etkisini azaltırken, düşmanca ve olumsuz tutum travmanın etkilerini şiddetlendirir. Travmadan sonraki erken dönemlerde çevrenin desteği, güven duygusunun onarılmasını sağlar.

Savaş sırasında birlikte olunan grup içindeki dayanışma ve ortak adanmışlık duygusunun, bireyleri travmadan koruduğu gözlemlenmiştir. İşkence, cinsel istismar ve aile içi şiddette mağdur için tehlike genellikle saldırıdan sonra da sürer. İşkenceye uğramış olan bir hastanın ifadesi “Beni asıl etkileyen işkence değil, sonraki olaylar. Gözaltından çıktıktan sonra okuldan atıldım. Başka okullar beni kabul etmedi ve zar zor bir ilçede okul bulup, devam edebildim.” biçimindeydi. Aile içi şiddette olduğu gibi cinsel şiddette de saldırgan çoğunlukla mağdurun tanıdığı bir kişidir. Ayrıca saldırgan genellikle statü olarak mağdurdan daha yüksek düzeydedir ve sosyal çevre mağdurdan çok saldırgana destek olma eğilimindedir. Kişi saldırgandan uzaklaşmak için işinden, okulundan ya da sosyal çevresinden ayrılmak durumunda kalabilir. Bu durumda mağdurun çevresine ve kendine güvensizlik ve suçluluk hissinin kökeninde travmatik olayın kendisinin mi, yoksa ardından gelişen yine travmatik nitelikli sosyal olayların mı bulunduğunu ayırt etmek kolay değildir. Travma sonrası gelişen ruhsal sorunların kalıcılığının, travmatize kişiye sağlanan sosyal destekle ters orantılı olduğu bildirilmiştir. Tecavüze uğrayan kadınlarla yapılan bir araştırmada, düzenli bir eş ilişkisi olan mağdurlarda kalıcı ruhsal sorunlar gelişmediği saptanmıştır. Savaştan sonra TSSB gelişen eski askerlerin gelişmeyenlere göre evlenme oranının düşük olduğu, evlilik ve aile sorunlarının da daha yoğun olduğu bildirilmiştir (Türksoy 2003).

Bu hasta grubunda sosyal destek olmayışı bir kısır döngüye yol açmaktadır. TSSB’lilerde yabancılaşma aileden uzaklaşmayı getirmekte, bu uzaklaşma da ruhsal sorunları şiddetlendirmektedir (Türksoy 2003).

Travmatik yaşantıyı başka insanlarla paylaşmak dünyayı anlamlı hissetmenin ön koşuludur. Bu süreçte kişi, yalnız yakın çevresinden değil, içinde bulunduğu toplumdan da destek arayışı içindedir. Kişinin aidiyet hissettiği toplum, travmanın çözülmesinde çok önemli etkiye sahiptir. Travmatize olan birey ve toplum arasındaki boşluğun onarımı, esas olarak travmatik olayın o toplumca onaylanması, ikinci olarak da toplumun davranışı tarafından belirlenir. Toplum kişinin travmatize olduğunu bir kere kabullenince, zarardan sorumluluk duyarak onarmaya çalışır. Toplumun iki tepkisi, fark etme ve onarım mağdurun travmatizasyonunun sağaltılması için gereklidir (Türksoy 2003).

Savaş sonrası bu gereksinim sivil halkın savaşı anlamlı bulması ve savaşın simgesi olan askerleri yüceltmesi ile giderilirken; cinsel saldırı, aile içi şiddet gibi durumlarda hukuk düzeyinde adaletin sağlanması önemlidir. Ancak pratikte, hak arama sürecinde mağdurun daha da travmatize edilebilmesi söz konusu olduğu için, tecavüzlerin çok az bir bölümü polise bildirilmektedir (Türksoy 2003).

Süreğen Travma

Süreğen travma, büyük çoğunlukla insanın insana uyguladığı şiddetten kaynaklanır. İlgili yazında tanımlanan süreğen travmaların aile içi şiddet ve cinsel taciz, uzun süreli işkence gibi bütünüyle insan eliyle yapılanlar olduğunu görmekteyiz. Hatta, mahkumiyet ve işkence bir yana bırakılırsa, bu tür travmalar çoğunlukla mağduru yakınları tarafından yapılmaktadır. Süreğen travmayı akut travmadan farklı kılan, bu durumda saldırganla bir ilişki kurulmasıdır. Bu ilişkide saldırgan mağduru bütünüyle ele geçirir, köleleştirir. Bir insanın bir başkasını köleleştirmesini olanaklı kılan yöntemler aynıdır. Tutsakların, siyasî mahkumların, toplama kamplarından sağ kurtulanların ifadeleri dünyanın her tarafında benzer özellikler gösterir (Türksoy 2003).

Travmatize kişilerin en büyük korkusu travmayı yeniden yaşamaktır. Süreğen travma mağdurları için ise bu durum kaçınılmazdır. Bu nedenle süreğen travma mağdurları aşırı uyarılmış, sıkıntılı ve huzursuzdurlar (Türksoy 2003).

Bazı mağdurlar bedensel huzur duyumunu yitirerek, uğradıkları zararı bedenlerinde ifade ederler. Bu kişilerde gerilim baş ağrısı, gastrointestinal belirtiler, sırt ve karın ağrısı, pelvis ağrıları özellikle sıktır. Özellikle uzun süre tutsak kalanlarda psikosomatik yakınmalarla sık karşılaşmaktadır (Türksoy 2003).

Süreğen travmaya maruz kalan kişilerde yavaş gelişen, ilerleyici nitelikte travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) oluşur. Bu kişiler geri dönüşümsüz biçimde değiştiklerini, hatta belli bir kişiliği olmadığını bile duyumsayabilir. Çocukluk çağında süreğen travmaya maruz kalınması kişilik örgütlenmesinde ciddi değişikliklere yol açar. Çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismar öyküsü olan erişkinlerde kişilik bozukluğu oranının yüksek olduğu bildirilmiştir. Fiziksel istismar antisosyal kişilik bozukluğuyla, cinsel tacizse sınır (borderline) kişilik özellikleriyle ilintilendirilmektedir. Bu nedenle çocukluk çağında şiddetle karşılaşanları yalnızca TSSB bağlamında ele almanın travmanın olumsuz etkilerini gerçekte olduğundan düşük gösterdiği öne sürülmüştür. Çocukluk çağında ortaya çıkan kötüye kullanım, bu dönemde edinilmesi gereken gelişimsel becerileri, yani kendim-başkaları ilişkilendirmesini ve kendiliğin bütünleşmesini etkiler. Örneğin Cole ve Putnam, çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın, kendilik algısı ve sosyal işlevleri üzerinde olumsuz etkileri olduğunu öne sürmektedir.

Bu yazarlara göre disosiyasyon, duygulanım düzenleme ve dürtü kontrolü bozuklukları, ilişkilerde güven ve yakınlık yokluğu ile ortaya çıkan karakteristik bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Çocukluk çağında cinsel yönden kötüye kullanılma beden imgesinin bozulmasına yol açtığı için bu kişilerde bedensel yakınmaların ve hekime başvuruların çok olduğu belirtilmektedir. Sonuçta çocukluk çağında istismarın TSSB'den farklı bir klinik tabloya yol açtığı savunulmaktadır (Türksoy 2003).

Herman, Trauma and Recovery kitabında süreğen travmanın dinamiklerini tartışmaktadır. Bu yazara göre bir başka kişi üzerinde denetim sağlamanın başlıca yöntemleri olan güçsüzleştirme ve bağlarını koparma, psikolojik travmanın sistematik ve yineleyici biçimde oluşturulmasına dayanır. Denetim, dehşete düşürme, çaresizlik hissettirme ve mağdurun başka insanlarla ilişki içindeki kendilik duygusunu harap etme yoluyla sağlanır. Şiddet, dehşete düşürmek için şiddetin evrensel dili kullanılır. Ancak şiddet sık uygulanmaz ve son seçenektir (Türksoy 2003).

Öldürme ya da ciddi zarar verme tehdidi daha sık kullanılır ve şiddetin kendisinden daha etkilidir. Bu bağlamda başkalarına yönelik tehditler de mağdura yönelik tehdit kadar etkili olabilir. Örneğin dayak yiyen kadınlar ailelerine, çocuklarına zarar vermeye tehdit edilebilir. Öngörülemeyen, ani öfke patlamalarıyla ve önemsiz kuralların keyfi biçimde zorlanmasıyla korkunun yoğunluğu artırılır. Amaç, mağduru saldırganın çok güçlü olduğuna, direnmenin boşunalığına ve mağdurun yaşamının saldırganına tam itaatle onu hoşnut etmeye bağlı olduğuna inandırmaktır. Evlilikte uzun süreli fiziksel şiddete maruz kalan kadın hastaların başlangıçta eşin kurallarına yeterince uyumlu olmadıkları için şiddete maruz kaldıklarını düşündüklerini ve yaşamlarını eşin istediği gibi düzenlediklerini, ancak şiddetin sona ermediğini gördüklerini biliyoruz. Eşin yoğun şiddetin ardından gösterdiği sevgi bu kadınlar için çok anlamlıdır. Dayak sonrası evi terkeden kadın eşin özür dilemesiyle herşeyin değişeceğine ikna olarak evine döner. Erkek, uyguladığı şiddeti, eşini çok sevdiğini ve onsuz olamayacağını, bu nedenle zaman zaman kendini kontrol edemediğini söyleyerek açıklar. Hatta bu açıklamaya kendisi de inanıyor olabilir. Bu durumdaki kadınlar, eşlerinin kendilerini çok sevdiğini ama zaman zaman öfkelerini kontrol edemeyerek şiddet uyguladıklarını düşünürler. Sık sık da, kendilerini eşlerinin ruhsal rahatsızlığı olduğuna inandırarak ilişkiyi rasyonalize ederler. Saldırganın amacı, mağdurun yalnız ölüm korkusu hissetmesi değil, aynı zamanda yaşamasına izin verildiği için minnettarlık duymasıdır. Pek çok kez ölümle yüzyüze gelip ölmediğini gören mağdur, saldırganı kurtarıcı gibi görmeye başlar.

Korku uyandırmaya ek olarak saldırgan mağdurun otonomi duygusunu tahrip etmeye çalışır. Bu, mağdurun gözlenmesi ve bedeninin ve bedensel işlevlerinin kontrol edilmesiyle sağlanır. Saldırgan mağdurun yediklerini, uykusunu, tualete gitmesini, giyimini denetler. Mağdur temel bedensel gereksinmelerinden yoksun bırakıldığında bu kontrol düşünlüğe yol açar. Saldırgan mağdur üzerinde tam kontrolü sağladıktan sonra, korku ve horgörünün yanında teselli kaynağı da olmaktadır. Yemek, banyo, bir sözcük ya da bir insanın gereksindiği hoş şeyler , yeterince yoksun kalmış biri için çok anlamlıdır. Keyfi biçimde küçük hoş duygular yaşatılması, direnci ortadan kaldırmada sürekli yoksunluktan daha etkilidir (Türksoy, 2003).

Siyasî tutuklular da bu baskı yöntemlerini iyi bildiklerinden, otonomilerini her koşulda korumaya çalışırlar. Açlık grevi bu tutumun uç noktasıdır. Egemen tarafından uygulanan şiddetin ya da oluşturulan yoksunluğun çok daha fazlasını kendi kendisine uygulayabileceğini göstermek, iç bütünlüğü ve kendi geleceğini denetim altında tutuyor olma duygusunu korur. Mağdurun saldırgan dışında biriyle ilişkisi saldırganın mağdur üzerindeki gücünü azaltacağı için, diğer ilişkilere yönelik bir yalıtım politikası izlenir. Siyasî mahkumlar kadar aile içi şiddete uğrayanlar da saldırganla olan dışında bütün ilişkilerinden koparılırlar. Amaç mağdurda dünyada yapayalnız olduğu duygusunu yaratmaktır. İşkencede bu tecritle sağlanır, aile içindeyse eşin kıskançlığı öne sürülür. Uzun süreli tutsaklıkta ve aile içi şiddette bütün bu bileşenler sonuçta mağdurun gereksinim duyduğu ilişkiyi saldırganla kurmasına yol açar. Mağdur, dünyaya saldırganın gözüyle bakar. Yalıtılmışlıkla baş etmek için kişi geçmiş anılarını ve gelecek planlarını unuttur. Tutsaklık sona erdiğinde de geçmiş ve şimdiki zaman arasındaki kopukluk sürer. Görünüşte anı yaşıyor olsa da, ruhsal olarak hapisanenin zamansızlığında yaşamayı sürdürmektedir. Bununla baş etmek için geçmiş anılarını isteyerek bastırır ve geçmişi olmama durumunda kalır. Sonuçta bütünlüğünü sağlayamaz. Uzun süreli travmaya maruz kalan kişi yoğun bağlılık ve uzaklaşma arasında gidip gelir. Koruyucu olarak algıladığı kişiye umutsuzca sarılırken, saldırganı anıştıran kişiden hızla uzaklaşır. Bir başka kişiye ait iç temsillere güvenmediği için, başkalarına atfettiği roller küçük düş kırıklıklarına bağlı olarak hızla değişir. Hataya yer yoktur. Hiç kimse tam güvenilirlik testini geçemeyeceği için yakın ilişkilerden kaçınır. Süreğen travmaya maruz kalanların yaşadığı yalıtılmışlığa, bu kişilerde zaman zaman bastırılmış öfkenin patlama şeklinde dışavurumunun da katkıda bulunduğu öne sürülmüştür. Kişi, ilişkilerini bu patlamaların getireceği yıkımdan korumak için çevresinden uzaklaşır. Süreğen travma mağdurlarında kaçınma ve duygulanım kısıtlılığı çok abartılıdır. Mağdur için yaşam yalnızca sağ kalmaya indirildiğinde, duygulanımı kısıtlamak uyumun temel biçimi olur.

Daralma yaşamın her alanında kendini gösterir. Tutsaklık durumunda işe yarayan bu uyum çabası, psikolojik yapıda atrofiye yol açar. Saldırgan inisiyatif kullanmayı tümüyle yasaklamış olduğundan, mağdur inisiyatif kullanma becerisini çoğu kez yitirmiştir. Tutsaklık bilinç değişikliklerine de yol açar. Mağdurlar açlık, acı ve soğuğa dayanmak için disosiyasyon, bastırma (supresyon), önemsememe ve inkar yöntemlerini istemli olarak kullanmayı ve dayanılmaz gerçekliği değiştirmeyi öğrenirler (Türksoy 2003).

Yeniden yaşantılama belirtileri yıllarca değişmeden kalabilir. Örneğin, dokuz ay aralıksız gözaltında kalan ve bu dönemde sürekli işkence gördüğünü belirten bir hastanın tek yakınması, yurt dışına çıktığı zaman ortadan kalkan işkence kabuslarıydı. Süreğen travma yaşamış mağdurun kişiliğinde de değişiklikler ortaya çıkar. DSM sistemi içinde yer verilmeyen bu patoloji, Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD sisteminde "Katastrofik yaşantı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" adıyla ayrı bir tablo olarak ele alınmaktadır. Kişinin kendiliğini oluşturan bütün yapılar, yani beden imgesi, içselleştirilmiş nesne imgeleri, kişiye uyum ve amaç duyumu veren değerler ve idealler ele geçirilmiş ve sistematik olarak yıkılmıştır. Tutsaklık sona erdikten sonra kişi önceki kişiliğine dönemez. Bu çoğul psikolojik kayıplar çoğu kez dirençli depresyona yol açar. Süreğen travma mağdurlarında depresyon hemen her zaman vardır. Bu da tabloyu karmaşıklaştırır ve ağırlaştırır. Kronik aşırı uyarılmışlık durumu ve yeniden yaşantılama belirtileri, depresyonun vejetatif belirtileriyle bir arada bulunur. Disosiyatif semptomlar depresyonun konsantrasyon güçlüğüyle üst üste biner. Süreğen travmanın yol açtığı inisiyatifsizlik, depresyonun apati ve çaresizliğiyle birleşir. Travmanın çevreyle bağları koparması, depresyon kaynaklı yalıtımı şiddetlendirir. Süreğen travmanın sonucu olan düşük kendilik imgesi, depresyonun suçluluk duygularını artırır. Geleceğinin olmadığı hissi, depresyonun umutsuzluğuyla birleşir. Son olarak, kişi öfkesini kendine yöneltebilir, intihar düşüncesi ve girişimi ortaya çıkabilir (Türksoy 2003).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Katılımcıların Seçimi:

Araştırma özel bir nöropsikiyatri hastanesi psikiyatri kliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya bu hastaneye Haziran 2008 tarihi itibarıyla sonraki 9 ay içinde başvuran ve bir klinisyen tarafından değerlendirilerek DSM- IV tanı kriterlerine göre OKB tanısı konmuş 18 – 40 yaş aralığındaki, 35 Kadın , 30 erkek olmak üzere toplam 65 hasta dahil edilmiştir. Hastalar OKB dışında başka bir tanı almamış olgulardan seçilmiştir.

Olgular seçilirken travmatik yaşantıların, olgular OKB tanısı almalarından önce yer almış olmasına özen gösterilmiştir. Olguların seçilmesi ve çalışmaya alınmalarında gönüllülük koşulu sağlanmıştır.

5.2. Veri Toplama Araçları

5.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Çalışmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyodemografik bilgi formu ; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu , kiminle yaşadığı, mesleği, OKB tanısının ilk alındığı yıl, psikiyatrik özgeçmiş, psikiyatrik soy geçmiş öyküsü maddelerini içermektedir.

5.2.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKB):

Kişide, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığı ölçülmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanır. Toplam 4 alt ölçek ve 37 madde içermektedir. Doğru – yanlış türü yanıtlama ile ölçüm sağlanmaktadır. Ölçeğin özgün formu 30 maddeden oluşmaktadır (Woods 2002), özgün formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1980 yılında Hodgson ve Rachman tarafından yapılmıştır ve Türkçe formunun çalışmasında MMPI dan 7 madde eklenmiştir. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek cevap verirler Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır (Erol N., Savaşır I. 1988).

5.2.3. Travmatik Yaşam Olayları Listesi:

Çalışmaya katılanların yaşamları boyunca maruz kaldıkları travmatik olayların tespit edilmesine yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış 16 adet travmatik yaşam olayını içermektedir.

5.2.4. Travmatik Stres Belirti Ölçeği

TSSB varlığının ölçülmesi amacıyla Travmatik Stres Belirti Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Başoğlu ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiş, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır.

Toplam 23 maddeden oluşan, kişilerin kendi kendilerini son bir ay için değerlendirdikleri, dortlu likert tipi bir olcektir. Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve olcek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir. İlk 17 maddesi DSM-IV’te belirtilen TSSB belirtilerini, son altı maddesi ise depresyon belirtilerini sorgular. Bu 17 maddeden elde edilen puanın 25 ve üzerinde olması muhtemel TSSB’ye işaret eder. Ölçeğin kesme noktası tüm maddeler dikkate alınarak yapıldığında 38, TSSB maddeleri dikkate alınarak yapıldığında 25, depresyon maddeleri dikkate alındığında 8 ‘dir. Başoğlu ve arkadaşları TSSB için duyarlılık ve özgüllüğün %81 olduğunu bildirmişlerdir (Başoğlu ve ark. 2001).

6.BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel sonuçları yer almaktadır. Veriler SPSS 11.5 istatistik analiz programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde MANOVA, ANOVA , Tukey HSD testi, T-testi, Pearson korelasyon ve Çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır.

SOSYO – DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE TRAVMA VE OKB

Cinsiyet

Çizelge 1 Cinsiyete Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Cinsiyet				MANOVA		
	Kadın (n=35)		Erkek (n=30)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.34	1.19	1.80	1.19			
MOKB Ruminasyon	4.74	1.20	4.93	1.31			
MOKB Kuşku	4.71	1.54	5.03	1.45			
MOKB Yavaşlık	3.09	1.69	3.87	1.98			
MOKB Kontrol	2.86	1.73	2.93	1.44	0.864	1.105	0.374
MOKB Temizlik	3.00	1.24	3.13	1.38			
TSBÖ – Travma	35.86	9.72	32.47	8.48			
TSBÖ – Depresyon	13.26	4.89	11.27	3.65			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	19.74	5.94	21.70	6.81	0.926	2.468	0.093
TSBÖ Toplam Puanı	49.11	13.77	43.73	11.38			

MANOVA testi sonuçlarına göre, MOKB ve TSBÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarında kadın ve erkek grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Medeni Durum

Çizelge 2 Medeni Duruma Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Medeni Durum				MANOVA		
	Dul-Ayrı Yaşıyor-Boşanmış-Bekâr (n=32)		Evli-Birlikte Yaşıyor (n=33)		Λ	$F_{(8-56)}$	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.56	1.27	1.55	1.15			
MOKB Ruminasyon	4.56	1.32	5.09	1.13			
MOKB Kuşku	4.75	1.44	4.97	1.57			
MOKB Yavaşlık	3.56	1.92	3.33	1.81	0.918	0.626	0.753
MOKB Kontrol	2.84	1.48	2.94	1.71			
MOKB Temizlik	2.91	1.44	3.21	1.14			
TSBÖ – Travma	33.78	9.73	34.79	8.89			
TSBÖ – Depresyon	11.78	4.74	12.88	4.14			
	X	Ss	X	Ss	Λ	$F_{(2-62)}$	p
MOKB Toplam Puanı	20.19	6.693	21.09	6.136	0.989	0.341	0.712
TSBÖ Toplam Puanı	45.56	13.636	47.67	12.287			

MOKB ve TSBÖ puanlarında medeni duruma göre dul-ayrı yaşıyor-boşanmış-bekâr ve evli-birlikte yaşıyor grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanları ve MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Öğrenim Durumu

Çizelge 3 Öğrenim Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Öğrenim Durumu						MANOVA		
	İlköğretim (n=11)		Lise (n=23)		Üniversite/ Yüksekokul (n=31)		Λ	F ₍₁₆₋₁₁₀₎	p
	X	Ss	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.91	1.04	1.57	1.20	1.42	1.26	0.696	1.366	0.172
MOKB Ruminasyon	5.45	1.21	4.70	1.26	4.71	1.22			
MOKB Kuşku	5.73	1.27	4.74	1.68	4.65	1.36			
MOKB Yavaşlık	3.36	1.57	3.52	1.86	3.42	2.00			
MOKB Kontrol	3.55	2.02	2.70	1.61	2.81	1.40			
MOKB Temizlik	3.55	.82	2.78	1.54	3.10	1.22			
TSBÖ – Travma	40.82	8.52	35.78	7.37	30.87	9.45			
TSBÖ – Depresyon	16.09	5.05	12.35	3.54	11.00	4.17			
	X	Ss	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₄₋₁₂₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	23.55	3.75	20.00	7.42	20.10	6.17	0.791	3.792	0.006
TSBÖ Toplam Puanı	56.91	11.95	48.13	10.09	41.87	13.02			

MOKB ve TSBÖ puanlarında öğrenim durumuna göre ilköğretim, lise ve üniversite/yüksekokul grupları arasında fark olup olmadığı analiz edildiğinde, MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde bir farklılıkları olmadığı bulunmuştur. Ancak MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur..MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında farkın hangi puandan kaynaklandığına yönelik ANOVA testi bulgularına göre, TSBÖ Toplam puanında istatistikî açıdan anlamlı bir fark vardır: $F_{(2, 62)}=6.79$, $p<0.01$. Bu puandaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit eden Tukey HSD testi sonuçlarına göre, ilköğretim grubu üniversite/yüksekokul grubundan $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde daha yüksek bir puan almıştır.

Çalışma Durumu

Çizelge 4 Çalışma Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Çalışma Durumu				MANOVA		
	Düzenli Çalışanlar (n=16)		Ücret Almadan Çalışanlar (n=49)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.25	1.24	1.65	1.18	0.840	1.333	0.246
MOKB Ruminasyon	4.56	1.67	4.92	1.08			
MOKB Kuşku	4.31	1.54	5.04	1.46			
MOKB Yavaşlık	3.00	2.07	3.59	1.78			
MOKB Kontrol	2.38	1.63	3.06	1.56			
MOKB Temizlik	2.75	1.61	3.16	1.18			
TSBÖ – Travma	28.87	7.23	36.06	9.21			
TSBÖ – Depresyon	10.25	3.59	13.02	4.51			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	18.25	6.83	21.43	6.10	0.853	5.359	0.006
TSBÖ Toplam Puanı	39.12	10.13	49.08	12.85			

MOKB ve TSBÖ puanlarında öğrenim durumuna göre düzenli çalışanlar ve ücret almadan çalışanlar grupları arasında fark olup olmadığı analiz edildiğinde MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır, ancak MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanları gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur

MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arası farkın hangi puandan kaynaklandığına yönelik t-testi bulgularına göre, TSBÖ Toplam puanında istatistikî açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur: $t_{(63)}=-2.82$, $p<0.01$. Buna göre, ücret almadan çalışanlar grubu düzenli çalışanlar grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bir toplam travma ölçeği puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur.

OKB Süresi

Çizelge 5 OKB Süresi MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	OKB Süresi						MANOVA		
	0-5 Yıl (n=30)		6-10 Yıl (n=16)		11 Yıl ve Üstü (n=19)		Λ	F ₍₁₆₋₁₁₀₎	p
X	Ss	X	X	Ss	Ss				
MOKB Kontaminasyon	1.67	1.30	1.19	1.11	1.68	1.11	0.687	0.421	0.145
MOKB Ruminasyon	4.43	1.45	4.87	1.09	5.42	0.69			
MOKB Kuşku	4.70	1.60	4.75	1.65	5.21	1.18			
MOKB Yavaşlık	3.40	1.90	3.00	1.97	3.89	1.66			
MOKB Kontrol	2.53	1.68	3.00	1.41	3.37	1.54			
MOKB Temizlik	3.13	1.33	2.31	1.49	3.58	0.69			
TSBÖ – Travma	33.37	9.09	33.75	8.35	36.21	10.38			
TSBÖ – Depresyon	11.77	4.72	12.38	4.15	13.21	4.30			
	X	Ss	X	X	Ss	Ss			
MOKB Toplam Puanı	19.87	7.12	19.13	6.11	23.16	4.73	0.918	1.337	0.260
TSBÖ Toplam Puanı	45.13	12.86	46.13	11.93	49.42	13.98			

MOKB ve TSBÖ puanlarında OKB süresi durumuna göre 0-5, 6-10 ve 11 yıl ve üstü grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA analizi sonuçlarına göre, gruplar arasında, MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanları ve MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Tedavi Gerektiren OKB Dışı Ruhsal Hastalık Durumu

Çizelge 6 Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık				MANOVA		
	Evet (n=16)		Hayır (n=49)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB	1.13	1.36	1.69	1.12			
Kontaminasyon							
MOKB Ruminasyon	4.19	1.22	5.04	1.19			
MOKB Kuşku	4.06	1.44	5.12	1.44			
MOKB Yavaşlık	2.37	1.63	3.80	1.80	0.748	2.364	0.029
MOKB Kontrol	2.50	1.79	3.02	1.52			
MOKB Temizlik	2.31	1.54	3.31	1.12			
TSBÖ – Travma	36.88	11.26	33.45	8.46			
TSBÖ – Depresyon	12.44	4.90	12.31	4.34			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	16.56	6.324	21.98	5.868	0.841	5.858	0.005
TSBÖ Toplam Puanı	49.31	15.760	45.76	11.893			

MOKB ve TSBÖ puanlarında tedavi gerektiren ruhsal hastalık durumuna göre evet ve hayır grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA analizi sonuçlarına göre, gruplar arasında, MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur

Çizelge 7 Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları T - testi

Değişken	Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık				t-testi		
	Evet (n=16)		Hayır (n=49)		t	sd	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Ruminasyon	4.19	1.22	5.04	1.19	-2.475	63	0.016
MOKB Kuşku	4.06	1.44	5.12	1.44	-2.561	63	0.013
MOKB Yavaşlık	2.37	1.63	3.80	1.80	-2.800	63	0.007
MOKB Temizlik	2.31	1.54	3.31	1.12	-2.798	63	0.007
	X	Ss	X	Ss	t	sd	p
MOKB Toplam Puanı	16.56	6.324	21.98	5.868	-3.146	63	0.003

Elde edilen gruplar arası farkların hangi puanlardan kaynaklandığına yönelik t-testi bulgularına göre, alt boyut puanlarında MOKB Ruminasyon ($t_{(63)}=-2.475$, $p<0.05$), Kuşku ($t_{(63)}=-2.561$, $p<0.05$), Yavaşlık ($t_{(63)}=-2.800$, $p<0.01$) ve Temizlik ($t_{(63)}=-2.798$, $p<0.01$) boyutlarında tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçirmemiş olan kişiler tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçirmiş kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek bir MOKB düzeyi göstermişlerdir.

Toplam puanlarda MOKB Toplam puanında istatistikî açıdan anlamlı bir fark vardır: $t_{(63)}=-3.146$, $p<0.01$. Buna göre, tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçirmemiş olan kişiler tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçirmiş kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek bir MOKB toplam düzeyi göstermişlerdir.

Ailede Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Geçiren Yakın Durumu

Çizelge 8 Ailede Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Geçiren Yakın Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Ailede Tedavi Gerektiren Ruhsal Hastalık Geçiren Yakın				MANOVA		
	Evet (n=30)		Hayır (n=49)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.37	1.26	1.77	1.10	0.794	1.813	0.094
MOKB Ruminasyon	4.83	1.20	4.83	1.32			
MOKB Kuşku	4.54	1.58	5.23	1.33			
MOKB Yavaşlık	3.40	1.80	3.50	1.94			
MOKB Kontrol	2.91	1.63	2.87	1.57			
MOKB Temizlik	3.06	1.35	3.07	1.26			
TSBÖ – Travma	34.14	8.69	34.47	10.02			
TSBÖ – Depresyon	11.80	3.90	12.97	4.99			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.11	6.565	21.27	6.214	0.989	0.337	0.715
TSBÖ Toplam Puanı	45.94	11.849	47.43	14.212			

MOKB ve TSBÖ puanlarında ailede tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçiren yakın durumuna göre evet ve hayır grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanları ve MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmamıştır.

Sosyo – Demografik Değişkenler ile Korelasyon analizleri

Korelasyon analizleri

Çizelge 9 Sosyo-Demografik Değişkenler, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler	Pearson	Yaş	Öğrenim Durumu	Çalışma Durumu	OKB Süresi	Tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?	Ailenizde tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık geçiren yakınınız var mı?
MOKB Kontaminasyon	r p	-0.03 0.81	-0.14 0.26	-0.15 0.25	0.03 0.80	-0.21 0.10	-0.17 0.19
MOKB Ruminasyon	r p	0.16 0.21	-0.18 0.16	-0.12 0.33	.290* 0.02	-0.30* 0.02	0.00 0.99
MOKB Kuşku	r p	0.04 0.73	-0.23 0.07	-0.21 0.09	0.10 0.42	-0.31* 0.01	-0.23 0.06
MOKB Yavaşlık	r p	-0.07 0.56	0.00 1.00	-0.14 0.27	0.08 0.51	-0.33** 0.01	-0.03 0.83
MOKB Kontrol	r p	0.00 1.00	-0.13 0.31	-0.19 0.14	0.16 0.21	-0.14 0.26	0.02 0.91
MOKB Temizlik	r p	0.03 0.80	-0.07 0.59	-0.14 0.27	0.12 0.35	-0.33** 0.01	0.00 0.98
MOKB Toplam	r p	0.02 0.87	-0.16 0.20	-0.22 0.08	0.17 0.17	-0.37** 0.00	-0.09 0.47
TSBO Travma	r p	-0.01 0.95	-0.40** 0.00	-0.34** 0.01	0.11 0.37	0.16 0.20	-0.02 0.89
TSBO Depresyon	r p	0.10 0.44	-0.39** 0.00	-0.27* 0.03	0.12 0.35	0.01 0.92	-0.13 0.30
TSBO Toplam	r p	0.03 0.83	-0.42** 0.00	-0.34** 0.01	0.12 0.33	0.12 0.34	-0.06 0.65

MOKB ve TSBÖ toplam puanlarının sosyo-demografik değişkenler ile ilişkilerini inceleyen Pearson korelasyon analizine göre şu sonuçlar elde edilmiştir:

MOKB ve TSBÖ toplam puanları ile yaş arasında istatistiki açıdan anlamlı bir korelasyon yoktur.

MOKB toplam puanı ile öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif bir korelasyon vardır: $r = -0.42$, $p < 0.01$ (öğrenim durumu arttıkça MOKB toplam puanı azalır); TSBÖ toplam puanı ile öğrenim durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir korelasyon yoktur.

MOKB toplam puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif bir korelasyon vardır: $r = -0.34$, $p < 0.01$ (çalışma durumu arttıkça MOKB toplam puanı azalır); TSBÖ toplam puanı ile çalışma durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir korelasyon yoktur.

MOKB ve TSBÖ toplam puanları ile OKB süresi arasında istatistiki açıdan anlamlı bir korelasyon yoktur.

42

MOKB toplam puanı ile tedavi gerektiren ruhsal hastalık durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir korelasyon yoktur; TSBÖ toplam puanı ile tedavi gerektiren ruhsal hastalık durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif bir korelasyon vardır: $r = - 0.36$, $p < 0.01$ (tedavi gerektiren durumu arttıkça TSBÖ toplam puanı azalır).

MOKB ve TSBÖ toplam puanları ile ailede tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçiren yakın durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir korelasyon yoktur.

Regresyon Analizleri

Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB ve TSBÖ puanları arasında Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi ve Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinde korelasyon ilişkileri görüldüğü için bu değişkenler ile MOKB ve TSBÖ puanları arasında regresyon analizi yapılmıştır.

Çizelge 10 Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Toplam Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	-0.630	1.025	-0.074	-0.615	0.541
Çalışma Durumu	-2.913	1.757	-0.198	-1.658	0.102
OKB Süresi	1.326	0.854	0.178	1.552	0.126
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	-5.042	1.697	-0.343	-2.972	0.004

* $R=0.466$, $R^2=0.217$ $F_{(4, 60)}=4.162$, $p=0.005$

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte MOKB Toplam puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren tek değişken olduğu tespit edilmiştir: $\beta=-0.343$, $p < 0.01$. Buna göre, MOKB toplam puanını anlamlı düzeyde öngören tek etmen tedavi gerektiren bir ruhsal hastalığın varlığıdır. Tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık yoksa MOKB toplam puanı artmaktadır.

Çizelge 11 Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Ruminasyon Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	-0.227	0.199	-0.137	-1.139	0.259
Çalışma Durumu	-0.265	0.342	-0.092	-0.775	0.441
OKB Süresi	0.466	0.166	0.322	2.804	0.007
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	-0.724	0.330	-0.253	-2.193	0.032

*R=0.469, R²=0.220, F_(4, 60)=4.226, p=0.004

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte MOKB Ruminasyon puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, OKB Süresi ($\beta=0.322$, $p<0.01$) ile Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık ($\beta=-0.253$, $p<0.05$) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, OKB Süresi arttıkça ve Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB Ruminasyon puanı artmaktadır.

Çizelge 12 Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Kuşku Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	-0.307	0.247	-0.153	-1.240	0.220
Çalışma Durumu	-0.581	0.424	-0.168	-1.371	0.175
OKB Süresi	0.214	0.206	0.123	1.040	0.303
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	-0.963	0.410	-0.279	-2.353	0.022

*R=0.469, R²=0.220, F_(4, 60)=4.226, p=0.004

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte MOKB Kuşku puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık ($\beta=-0.279$, $p<0.05$) değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişken olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB kuşku puanı artmaktadır.

Çizelge 13 Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Yavaşlık Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	0.196	0.312	0.079	0.629	0.532
Çalışma Durumu	-0.692	0.535	-0.162	-1.293	0.201
OKB Süresi	0.146	0.260	0.067	0.560	0.578
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	-1.424	0.517	-0.333	-2.755	0.008

*R=0.420, R²=0.176, F_(8,56)=1.499, p=0.178

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte MOKB Yavaşlık puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren tek değişken olduğu tespit edilmiştir: $\beta=-0.333$, $p<0.01$. Buna göre, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB yavaşlık puanı artmaktadır.

Çizelge 14 Sosyo-Demografik Değişkenler ile MOKB Temizlik Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	0.004	0.219	0.002	0.019	0.985
Çalışma Durumu	-0.418	0.375	-0.140	-1.113	0.270
OKB Süresi	0.122	0.183	0.081	0.668	0.507
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	-0.969	0.362	-0.324	-2.673	0.010

*R=0.375, R²=0.141, F_(8,56)=1.146, p=0.348

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte MOKB Temizlik puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren tek değişken olduğu tespit edilmiştir: $\beta=-0.324$, $p<0.05$. Buna göre, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB temizlik puanı artmaktadır.

Sosyo-demografik değişkenler MOKB Kontaminasyon ve Kontrol puanları ile bir regresyon ilişkisi göstermemektedir.

Çizelge 15 Sosyo-Demografik Değişkenler ile TSBÖ Toplam Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	-6.511	1.986	-0.377	-3.279	0.002
Çalışma Durumu	-6.857	3.405	-0.231	-2.014	0.049
OKB Süresi	2.625	1.656	0.175	1.585	0.118
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	5.213	3.288	0.175	1.585	0.118

*R=0.530, R²=0.281, F_(4,60)=5.872, p=0.000

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte TSBÖ Toplam puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Öğrenim Durumu ($\beta=-0.377$, $p<0.01$) ve Çalışma Durumu ($\beta=-0.231$, $p<0.05$) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu azaldıkça MOKB toplam puanı artmaktadır.

Çizelge 16 Sosyo-Demografik Değişkenler ile TSBÖ Travma Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	-4.433	1.425	-0.358	-3.110	0.003
Çalışma Durumu	-5.081	2.444	-0.238	-2.079	0.042
OKB Süresi	1.790	1.189	0.166	1.506	0.137
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	4.556	2.360	0.214	1.930	0.058

*R=0.529, R²=0.279, F_(4,64)=5.819, p=0.001

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte TSBÖ Travma puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Öğrenim Durumu ($\beta=-0.358$, $p<0.01$) ve Çalışma Durumu ($\beta=-0.238$, $p<0.05$) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu azaldıkça TSBÖ Travma puanı artmaktadır.

Çizelge 17 Sosyo-Demografik Değişkenler ile TSBÖ Depresyon Puanı Regresyon Analizi (n=65)*

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Öğrenim Durumu	-2.078	0.718	-0.350	-2.895	0.005
Çalışma Durumu	-1.776	1.231	-0.174	-1.442	0.154
OKB Süresi	0.835	0.599	0.161	1.395	0.168
Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık	0.657	1.189	0.064	0.553	0.583

*R=0.454, R²=0.206, F_(4, 60)=3.901, p=0.007

Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, OKB Süresi, Tedavi Gerektiren Ruhsal Bir Hastalık değişkenlerinin birlikte TSBÖ Depresyon puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Öğrenim Durumu ($\beta=-0.350$, $p<0.01$) değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişken olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, Öğrenim Durumu azaldıkça TSBÖ Depresyon puanı artmaktadır.

TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA GÖRE TRAVMA VE OKB

Çizelge 18 Travmatik Yaşam Olayları Arasında MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları ANOVA Testi

Değişkenler	Travmatik Yaşam Olayları	n	X	Ss	F	sd	p
MOKB Kontaminasyon	Yok	10	2.00	1.25	3.13	4, 57	0.021
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	2.00	1.16			
	Doğal afet ve kazalar	5	0.40	0.55			
	Yakın kaybı	24	1.71	1.23			
	Çocukluk çağı travmaları	10	0.90	0.88			
	Toplam	62	1.58	1.21			
MOKB Ruminasyon	Yok	10	4.90	0.88	2.08	4, 57	0.095
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	5.46	0.97			
	Doğal afet ve kazalar	5	3.80	2.17			
	Yakın kaybı	24	4.67	1.20			
	Çocukluk çağı travmaları	10	5.00	0.94			
	Toplam	62	4.85	1.21			
MOKB Kuşku	Yok	10	4.40	0.84	2.92	4, 57	0.029
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	5.15	1.21			
	Doğal afet ve kazalar	5	3.00	1.41			
	Yakın kaybı	24	5.08	1.53			
	Çocukluk çağı travmaları	10	5.20	1.69			
	Toplam	62	4.84	1.48			
MOKB Yavaşlık	Yok	10	3.50	1.78	0.66	4, 57	0.624
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	3.15	1.91			
	Doğal afet ve kazalar	5	2.60	1.67			
	Yakın kaybı	24	3.88	1.80			
	Çocukluk çağı travmaları	10	3.30	2.21			
	Toplam	62	3.47	1.86			
MOKB Kontrol	Yok	10	2.60	1.17	2.68	4, 57	0.040
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	3.62	1.26			
	Doğal afet ve kazalar	5	1.20	1.64			
	Yakın kaybı	24	3.17	1.81			
	Çocukluk çağı travmaları	10	2.70	1.06			
	Toplam	62	2.94	1.58			
MOKB Temizlik	Yok	10	3.20	0.92	0.22	4, 57	0.926
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	3.00	1.47			
	Doğal afet ve kazalar	5	2.60	1.67			
	Yakın kaybı	24	3.13	1.39			
	Çocukluk çağı travmaları	10	2.90	1.29			
	Toplam	62	3.03	1.32			
MOKB Toplam	Yok	10	20.60	4.67	2.01	4, 57	0.105
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	22.38	5.77			
	Doğal afet ve kazalar	5	13.60	6.77			
	Yakın kaybı	24	21.63	6.90			
	Çocukluk çağı travmaları	10	20.00	6.25			
	Toplam	62	20.71	6.45			
TSBO Travma	Yok	10	25.50	8.33	4.70	4, 57	0.002
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	38.46	7.93			
	Doğal afet ve kazalar	5	30.60	3.05			
	Yakın kaybı	24	36.75	9.15			
	Çocukluk çağı travmaları	10	33.90	6.14			
	Toplam	62	34.34	8.96			
TSBO Depresyon	Yok	10	9.20	3.91	3.63	4, 57	0.011
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	14.46	4.08			
	Doğal afet ve kazalar	5	9.40	3.29			
	Yakın kaybı	24	13.33	3.93			
	Çocukluk çağı travmaları	10	11.70	4.22			
	Toplam	62	12.32	4.29			
TSBÖ Toplam	Yok	10	34.70	11.99	5.05	4, 57	0.001
	İnsan elinden kasıtlı olarak	13	52.92	11.09			
	Doğal afet ve kazalar	5	40.00	3.81			

Yakın kaybı	24	50.08	12.09
Çocukluk çağı travmaları	10	45.60	9.06
Toplam	62	46.66	12.40

Travmatik yaşam olayları grupları arasında MOKB ve TSBÖ puanlarında fark olup olmadığını inceleyen ANOVA analizi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB Kontaminasyon ($F_{(4, 57)} = 3.13, p < 0.05$), Kuşku ($F_{(4, 57)} = 2.92, p < 0.05$), Kontrol ($F_{(4, 57)} = 2.68, p < 0.05$) puanlarında istatistikî açıdan anlamlı farklar bulunmuştur.

TSBÖ puanlarında ise, Travma ($F_{(4, 57)} = 4.70, p < 0.01$), Depresyon ($F_{(4, 57)} = 3.63, p < 0.05$) ve Toplam puanda ($F_{(4, 57)} = 5.05, p < 0.01$) gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı farklar bulunmuştur. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit eden Tukey HSD testi sonucuna göre, MOKB Kontaminasyon'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Doğal afet ve kazalar grubundan ($p=0.067$), MOKB Kuşku'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Doğal afet ve kazalar grubundan ($p<0.05$), Yakın kaybı grubu Doğal afet ve kazalar grubundan ($p<0.05$), Çocukluk çağı travmaları grubu Doğal afet ve kazalar grubundan ($p<0.05$), MOKB Kontrol'de İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Doğal afet ve kazalar grubundan ($p<0.05$) istatistikî açıdan anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır. TSBÖ Travma'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Yok grubundan ($p<0.05$), Yakın kaybı grubu Yok grubundan ($p<0.05$), TSBÖ Depresyon'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Yok grubundan ($p<0.05$), TSBÖ Toplam'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Yok grubundan ($p<0.05$), Yakın kaybı grubu Yok grubundan ($p<0.05$) istatistikî açıdan anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır.

Çizelge 19 Fiziksel Saldırı Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Fiziksel Saldırı				MANOVA		
	Var (n=22)		Yok (n=43)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
X	Ss	X	Ss				
MOKB Kontaminasyon	1.68	1.17	1.49	1.22	0.927	0.551	0.813
MOKB Ruminasyon	5.05	1.29	4.72	1.22			
MOKB Kuşku	5.00	1.27	4.79	1.61			
MOKB Yavaşlık	3.82	1.62	3.26	1.95			
MOKB Kontrol	3.27	1.64	2.70	1.55			
MOKB Temizlik	3.09	1.31	3.05	1.31			
TSBÖ Travma	36.23	8.99	33.30	9.34			
TSBÖ Depresyon	13.05	4.35	11.98	4.50			
					Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	21.91	5.45	20.00	6.78	0.961	1.250	0.294
TSBÖ Toplam Puanı	49.27	12.30	45.28	13.15			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Fiziksel Saldırı Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

Çizelge 20 Cinsel Saldırı Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Cinsel Saldırı				MANOVA		
	Var (n=6)		Yok (n=59)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
X	Ss	X	Ss				
MOKB Kontaminasyon	1.33	1.21	1.58	1.21	0.931	0.519	0.837
MOKB Ruminasyon	5.00	.89	4.81	1.28			
MOKB Kuşku	5.00	.63	4.85	1.56			
MOKB Yavaşlık	3.50	1.38	3.44	1.91			
MOKB Kontrol	3.50	1.05	2.83	1.63			
MOKB Temizlik	2.83	1.47	3.08	1.29			
TSBÖ Travma	39.83	14.52	33.73	8.53			
TSBÖ Depresyon	14.83	6.34	12.08	4.19			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	21.17	4.31	20.59	6.58	0.960	1.295	0.281
TSBÖ Toplam Puanı	54.67	20.80	45.81	11.80			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Cinsel Saldırı Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları

(Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

50

Çizelge 21 Savaş ve Çatışma Bölgesinde Bulunma Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Toplam Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Savaş ve Çatışma Bölgesinde Bulunma				MANOVA		
	Var (n=5)		Var (n=5)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.00	1.22	1.60	1.20	0.942	0.434	0.896
MOKB Ruminasyon	4.40	1.52	4.87	1.23			
MOKB Kuşku	4.40	1.52	4.90	1.50			
MOKB Yavaşlık	3.00	2.12	3.48	1.85			
MOKB Kontrol	2.00	1.41	2.97	1.59			
MOKB Temizlik	2.20	2.05	3.13	1.21			
TSBÖ Travma	36.80	7.73	34.08	9.40			
TSBÖ Depresyon	12.80	2.77	12.30	4.57			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	17.00	7.58	20.95	6.25	0.966	1.101	0.339
TSBÖ Toplam Puanı	49.60	8.50	46.38	13.23			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Savaş ve Çatışma Bölgesinde Bulunma Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 22 İşkence ve Benzeri Kötü Muamele Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	İşkence ve Benzeri Kötü Muamele				MANOVA		
	Var (n=5)		Yok (n=60)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.40	1.14	1.57	1.21	0.882	0.934	0.496
MOKB Ruminasyon	4.60	1.14	4.85	1.26			
MOKB Kuşku	4.80	1.64	4.87	1.50			
MOKB Yavaşlık	3.00	1.22	3.48	1.90			
MOKB Kontrol	3.60	1.82	2.83	1.57			
MOKB Temizlik	2.80	1.30	3.08	1.31			
TSBÖ Travma	41.20	8.20	33.72	9.16			
TSBÖ Depresyon	15.80	5.22	12.05	4.30			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.20	5.59	20.68	6.48	0.944	1.848	0.166
TSBÖ Toplam Puanı	57.00	12.65	45.77	12.65			

MOKB ve TSBÖ puanlarında İşkence ve Benzeri Kötü Muamele Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığının olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 23 Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları				MANOVA		
	Var (n=22)		Yok (n=43)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	2.00	.98	1.33	1.25	0.738	2.484	0.022
MOKB Ruminasyon	5.00	1.23	4.74	1.26			
MOKB Kuşku	5.23	1.31	4.67	1.57			
MOKB Yavaşlık	4.45	1.34	2.93	1.88			
MOKB Kontrol	3.32	1.17	2.67	1.74			
MOKB Temizlik	3.77	.43	2.70	1.44			
TSBÖ Travma	35.68	9.85	33.58	8.97			
TSBÖ Depresyon	13.14	4.72	11.93	4.29			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	23.77	3.72	19.05	6.89	0.867	4.761	0.012
TSBÖ Toplam Puanı	48.82	14.04	45.51	12.32			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

Çizelge 24 Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları Durumuna Göre MOKB Puanları Farkları T-Testi

Değişken	Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları				t-test		
	Var (n=22)		Yok (n=43)		t	sd	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	2.00	.98	1.33	1.25	2.209	63	0.031
MOKB Yavaşlık	4.45	1.34	2.93	1.88	3.382	63	0.001
MOKB Temizlik	3.77	.43	2.70	1.44	3.414	63	0.001
MOKB Toplam Puanı	23.77	3.72	19.05	6.89	2.996	63	0.004

MOKB ve TSBÖ puanlarında görülen farkların hangi alt boyut ve toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik t-testi analizi sonuçlarına göre, MOKB Kontaminasyon ($t_{(63)}=2.21$, $p<0.05$), MOKB Yavaşlık ($t_{(63)}=3.38$, $p<0.01$), MOKB Temizlik ($t_{(63)}=3.41$, $p<0.01$) ve MOKB Toplam ($t_{(63)}=3.00$, $p<0.01$) puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Buna göre, cinayet ve intihar gibi ölüm olayları için var diyenler yok diyenlerden daha yüksek bir düzeyde MOKB göstermişlerdir.

Çizelge 25 Aile-içi Şiddet Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Aile-içi Şiddet				MANOVA		
	Var (n=21)		Yok (n=44)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.81	1.17	1.43	1.21	0.920	0.611	0.765
MOKB Ruminasyon	4.81	1.12	4.84	1.31			
MOKB Kuşku	4.67	1.49	4.95	1.51			
MOKB Yavaşlık	3.48	1.50	3.43	2.02			
MOKB Kontrol	3.10	1.48	2.80	1.65			
MOKB Temizlik	3.10	1.14	3.05	1.38			
TSBÖ Travma	33.19	8.30	34.82	9.72			
TSBÖ Depresyon	12.05	4.38	12.48	4.52			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.95	4.93	20.50	7.02	0.993	0.226	0.798
TSBÖ Toplam Puanı	45.24	11.96	47.30	13.42			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Aile-içi Şiddet Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 26 Doğal Felaket Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Doğal Felaket				MANOVA		
	Var (n=19)		Yok (n=46)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.37	1.16	1.63	1.22	0.801	1.74	0.109
MOKB Ruminasyon	4.89	1.29	4.80	1.24			
MOKB Kuşku	4.95	1.61	4.83	1.47			
MOKB Yavaşlık	3.26	1.56	3.52	1.97			
MOKB Kontrol	3.00	1.83	2.85	1.51			
MOKB Temizlik	3.05	1.27	3.07	1.32			
TSBÖ Travma	40.00	9.12	31.93	8.31			
TSBÖ Depresyon	14.84	4.75	11.30	3.91			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.53	6.35	20.70	6.46	0.828	6.440	0.003
TSBÖ Toplam Puanı	54.84	13.12	43.24	11.31			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Doğal Felaket Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları

(Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

Bu farkın hangi toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik t-testi analizi sonuçlarına göre, TSBÖ Toplam ($t_{(63)}=3.59, p<0.01$) puanında istatistikî açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre, doğal felaket olayları için var diyenler yok diyenlerden daha yüksek bir düzeyde TSBÖ toplam puanı göstermişlerdir.

Çizelge 27 Yangın veya Patlama Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Yangın veya Patlama				MANOVA		
	Var (n=7)		Yok (n=58)		Λ	$F_{(8-56)}$	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	2.29	1.11	1.47	1.19	0.927	0.555	0.810
MOKB Ruminasyon	5.43	.98	4.76	1.26			
MOKB Kuşku	5.43	1.72	4.79	1.47			
MOKB Yavaşlık	3.71	1.80	3.41	1.87			
MOKB Kontrol	3.43	1.81	2.83	1.57			
MOKB Temizlik	3.43	1.51	3.02	1.28			
TSBÖ Travma	35.29	10.48	34.17	9.19			
TSBÖ Depresyon	13.00	4.08	12.26	4.51			
	X	Ss	X	Ss	Λ	$F_{(2-62)}$	p
MOKB Toplam Puanı	23.71	6.45	20.28	6.33	0.971	0.934	0.398
TSBÖ Toplam Puanı	48.29	13.72	46.43	12.92			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Yangın veya Patlama Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 28 Trafik Kazası Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Trafik Kazası				MANOVA		
	Var (n=19)		Yok (n=46)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.50	1.21	1.57	1.21	0.830	1.433	0.203
MOKB Ruminasyon	4.81	1.52	4.84	1.16			
MOKB Kuşku	4.75	1.69	4.90	1.45			
MOKB Yavaşlık	3.87	1.54	3.31	1.94			
MOKB Kontrol	3.13	1.75	2.82	1.55			
MOKB Temizlik	2.81	1.42	3.14	1.26			
TSBÖ Travma	33.50	9.67	34.55	9.20			
TSBÖ Depresyon	13.25	4.39	12.04	4.46			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.88	6.31	20.57	6.47	1.000	0.140	0.986
TSBÖ Toplam Puanı	46.75	13.15	46.59	12.97			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Trafik Kazası Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 29 Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ölümü Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ölümü				MANOVA		
	Var (n=32)		Yok (n=33)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.41	1.13	1.70	1.26	0.933	0.501	0.851
MOKB Ruminasyon	4.78	1.41	4.88	1.08			
MOKB Kuşku	5.03	1.67	4.70	1.31			
MOKB Yavaşlık	3.50	1.85	3.39	1.89			
MOKB Kontrol	3.03	1.75	2.76	1.44			
MOKB Temizlik	3.03	1.47	3.09	1.13			
TSBÖ Travma	33.91	8.80	34.67	9.79			
TSBÖ Depresyon	12.34	3.78	12.33	5.06			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.78	7.07	20.52	5.74	0.999	0.044	0.957
TSBÖ Toplam Puanı	46.25	11.69	47.00	14.17			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ölümü Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 30 Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ciddi Hastalığı Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ciddi Hastalığı				MANOVA		
	Var (n=20)		Yok (n=45)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.30	1.17	1.67	1.21	0.855	1.186	0.324
MOKB Ruminasyon	4.95	1.19	4.78	1.28			
MOKB Kuşku	4.80	1.74	4.89	1.40			
MOKB Yavaşlık	3.85	1.60	3.27	1.95			
MOKB Kontrol	3.10	1.86	2.80	1.47			
MOKB Temizlik	3.20	1.28	3.00	1.31			
TSBÖ Travma	33.65	10.58	34.58	8.72			
TSBÖ Depresyon	12.55	4.24	12.24	4.57			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	21.20	6.87	20.40	6.22	0.996	0.129	0.879
TSBÖ Toplam Puanı	46.20	14.29	46.82	12.42			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ciddi Hastalığı Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 31 Sevdiğiniz Birinden Ani ve Beklenmeyen Ayrılma Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Sevdiğiniz Birinden Ani ve Beklenmeyen Ayrılma				MANOVA		
	Var (n=19)		Yok (n=46)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	2.11	1.24	1.33	1.12	0.819	1.545	0.163
MOKB Ruminasyon	4.68	1.20	4.89	1.27			
MOKB Kuşku	4.79	1.32	4.89	1.58			
MOKB Yavaşlık	3.74	1.69	3.33	1.92			
MOKB Kontrol	2.89	1.56	2.89	1.62			
MOKB Temizlik	3.37	.83	2.93	1.44			
TSBÖ Travma	35.63	8.92	33.74	9.43			
TSBÖ Depresyon	13.42	4.63	11.89	4.33			
	X	Ss	X	Ss	Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	21.58	5.62	20.26	6.69	0.978	0.694	0.503
TSBÖ Toplam Puanı	49.05	12.76	45.63	12.98			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Sevdiğiniz Birinden Ani ve Beklenmeyen Ayrılma Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığının olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 32 Çocukluktaki Kötü ve Olumsuz Olaylar Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	Çocukluktaki Kötü ve Olumsuz Olaylar				MANOVA		
	Var (n=28)		Yok (n=37)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.50	1.26	1.59	1.17	0.847	1.261	0.283
MOKB Ruminasyon	4.93	1.02	4.76	1.40			
MOKB Kuşku	4.75	1.55	4.95	1.47			
MOKB Yavaşlık	3.43	1.91	3.46	1.83			
MOKB Kontrol	2.46	1.53	3.22	1.58			
MOKB Temizlik	3.04	1.48	3.08	1.16			
TSBÖ Travma	35.18	8.91	33.62	9.57			
TSBÖ Depresyon	13.39	4.78	11.54	4.05			
					Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.11	6.31	21.05	6.49	0.975	0.786	0.460
TSBÖ Toplam Puanı	48.57	13.03	45.16	12.80			

MOKB ve TSBÖ puanlarında Çocukluktaki Kötü ve Olumsuz Olaylar Durumuna göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

TSBÖ ye Göre TSSB Var – Yok

Çizelge 33 TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB				MANOVA		
	Var (n=48)		Yok (n=17)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.60	1.25	1.41	1.06	0.467	7.988	0.000
MOKB Ruminasyon	5.00	1.15	4.35	1.41			
MOKB Kuşku	4.98	1.49	4.53	1.50			
MOKB Yavaşlık	3.50	1.85	3.29	1.93			
MOKB Kontrol	2.98	1.66	2.65	1.41			
MOKB Temizlik	3.10	1.36	2.94	1.14			
TSBÖ Travma	38.04	7.48	23.71	4.10			
TSBÖ Depresyon	13.96	3.98	7.76	1.52			
					Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	21.17	6.54	19.18	5.84	0.498	31.246	0.000
TSBÖ Toplam Puanı	52.00	10.30	31.47	4.96			

MOKB ve TSBÖ puanlarında TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

Çizelge 34 TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB TSBÖ Puanları Farkları T-Testi

Değişken	TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB				t-test		
	Var (n=48)		Yok (n=17)		t	sd	p
	X	Ss	X	Ss			
TSBÖ Travma	38.04	7.48	23.71	4.10	7.485	63	0.000
TSBÖ Depresyon	13.96	3.98	7.76	1.52	6.233	63	0.000
TSBÖ Toplam Puanı	52.00	10.30	31.47	4.96	7.874	63	0.000

MOKB ve TSBÖ puanlarında görülen farkların hangi alt boyut ve toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik t-testi analizi sonuçlarına göre, TSBÖ Travma ($t_{(63)}=7.49$, $p<0.01$), TSBÖ Depresyon ($t_{(63)}=6.233$, $p<0.01$) ve TSBÖ Toplam ($t_{(63)}=7.874$, $p<0.01$) puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, TSBÖ var grubu daha yüksek puan almıştır.

Çizelge 35 TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB				MANOVA		
	Var (n=55)		Yok (n=10)		Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	X	Ss	X	Ss			
MOKB Kontaminasyon	1.51	1.20	1.80	1.23	0.566	5.584	0.000
MOKB Ruminasyon	4.98	1.08	4.00	1.76			
MOKB Kuşku	5.02	1.47	4.00	1.41			
MOKB Yavaşlık	3.55	1.88	2.90	1.66			
MOKB Kontrol	3.02	1.63	2.20	1.23			
MOKB Temizlik	3.02	1.37	3.30	0.82			
TSBÖ Travma	35.93	8.58	25.30	7.82			
TSBÖ Depresyon	13.42	3.95	6.40	0.52			
					Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	21.09	6.35	18.20	6.29	0.738	10.998	0.000
TSBÖ Toplam Puanı	49.35	11.74	31.70	8.07			

MOKB ve TSBÖ puanlarında TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.

Çizelge 36 TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre TSBÖ Puanları Farkları Mann-Whitney U Testi

Değişken	TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB				Mann-Whitney U Test	
	Var (n=55)		Yok (n=10)		U	p
	X	Ss	X	Ss		
TSBÖ Travma	35.93	8.58	25.30	7.82	98.500	0.001
TSBÖ Depresyon	13.42	3.95	6.40	0.52	0.000	0.000
TSBÖ Toplam Puanı	49.35	11.74	31.70	8.07	58.500	0.000

MOKB ve TSBÖ puanlarında görülen farkların hangi alt boyut ve toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik Mann-Whitney U analizi sonuçlarına göre, TSBÖ Travma (U=98.500, p<0.01), TSBÖ Depresyon (U=0.000, p<0.01) ve TSBÖ Toplam (U=58.500, p<0.01) puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, TSBÖ var grubu daha yüksek puan almıştır.

Çizelge 37 TSBÖ Travma Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları MANOVA Testi

Değişken	TSBÖ Travma Puanı				MANOVA		
	Kesme Noktasına Göre TSSB				Λ	F ₍₈₋₅₆₎	p
	Var (n=55)		Yok (n=10)				
X	Ss	X	Ss				
MOKB Kontaminasyon	1.52	1.21	1.78	1.20	0.580	5.069	0.000
MOKB Ruminasyon	4.86	1.24	4.67	1.32			
MOKB Kuşku	4.93	1.54	4.44	1.24			
MOKB Yavaşlık	3.54	1.83	2.89	2.03			
MOKB Kontrol	2.96	1.65	2.44	1.13			
MOKB Temizlik	3.02	1.37	3.33	0.71			
TSBÖ Travma	36.52	7.90	20.44	2.35			
TSBÖ Depresyon	13.16	4.19	7.22	1.79			
					Λ	F ₍₂₋₆₂₎	p
MOKB Toplam Puanı	20.82	6.53	19.56	5.57	0.647	16.877	0.000
TSBÖ Toplam Puanı	49.68	11.12	27.67	3.71			

MOKB ve TSBÖ puanlarında TSBÖ Travma Puanı Kesme Noktasına göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.

Çizelge 38 TSBÖ Travma Puanı Kesme Noktasına Göre TSSB Durumuna Göre MOKB ve TSBÖ Puanları Farkları Mann-Whitney U Testi

Değişken	TSBÖ Travma Puanı				Mann-Whitney U Test	
	Kesme Noktasına Göre TSSB				U	p
	Var (n=55)		Yok (n=10)			
X	Ss	X	Ss			
TSBÖ Travma	36.52	7.90	20.44	2.35	0.000	0.000
TSBÖ Depresyon	13.16	4.19	7.22	1.79	40.000	0.000
TSBÖ Toplam Puanı	49.68	11.12	27.67	3.71	2.000	0.000

MOKB ve TSBÖ puanlarında görülen farkların hangi alt boyut ve toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik Mann-Whitney U analizi sonuçlarına göre, TSBÖ Travma (U=0.000, p<0.01), TSBÖ Depresyon (U=40.000, p<0.01) ve TSBÖ Toplam (U=2.000, p<0.01) puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, TSBÖ var grubu daha yüksek puan almıştır.

Travmatik Yaşam Olayları ile MOKB ve TSBÖ Puanları Korelasyon ve Regresyon Analizleri

Korelasyon Analizleri

Çizelge 39 Travmatik Yaşam Olayları (İnsan Elinden Kasıtlı Olarak) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		Fiziksel Saldırı	Cinsel Saldırı	Savaş ve Çatışma Bölgesinde Bulunma	İşkence ve Benzeri Kötü Muamele	Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları	Aile-içi Şiddet
MOKB Kontaminasyon	r	0.08	-0.06	-0.13	-0.04	0.268*	0.15
	p	0.54	0.64	0.29	0.77	0.03	0.24
MOKB Ruminasyon	r	0.12	0.04	-0.10	-0.05	0.10	-0.01
	p	0.32	0.73	0.43	0.67	0.44	0.93
MOKB Kuşku	r	0.07	0.03	-0.09	-0.01	0.18	-0.09
	p	0.60	0.81	0.48	0.93	0.16	0.47
MOKB Yavaşlık	r	0.15	0.01	-0.07	-0.07	0.392**	0.01
	p	0.25	0.94	0.58	0.58	0.00	0.93
MOKB Kontrol	r	0.17	0.12	-0.16	0.13	0.19	0.09
	p	0.17	0.33	0.19	0.31	0.12	0.48
MOKB Temizlik	r	0.02	-0.06	-0.19	-0.06	0.395**	0.02
	p	0.90	0.66	0.12	0.64	0.00	0.89
MOKB Toplam	r	0.14	0.03	-0.17	-0.02	0.353**	0.03
	p	0.26	0.84	0.19	0.87	0.00	0.79
TSBO Travma	r	0.15	0.19	0.08	0.22	0.11	-0.08
	p	0.23	0.13	0.53	0.08	0.39	0.51
TSBO Depresyon	r	0.12	0.18	0.03	0.23	0.13	-0.05
	p	0.36	0.15	0.81	0.07	0.30	0.72
TSBO Toplam	r	0.15	0.20	0.07	0.23	0.12	-0.08
	p	0.24	0.11	0.60	0.06	0.33	0.55

Çizelge 40 Travmatik Yaşam Olayları (Doğal Afet ve Kazalar) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		Doğal Felaket	Yangın veya Patlama	Trafik Kazası
MOKB Kontaminasyon	r	-0.10	0.21	-0.03
	p	0.43	0.09	0.84
MOKB Ruminasyon	r	0.03	0.17	-0.01
	p	0.79	0.18	0.95
MOKB Kuşku	r	0.04	0.13	-0.04
	p	0.77	0.29	0.74
MOKB Yavaşlık	r	-0.06	0.05	0.13
	p	0.61	0.69	0.29
MOKB Kontrol	r	0.04	0.12	0.08
	p	0.73	0.35	0.51
MOKB Temizlik	r	0.00	0.10	-0.11
	p	0.97	0.43	0.38
MOKB Toplam	r	-0.01	0.17	0.02
	p	0.92	0.18	0.87
TSBO Travma	r	0.409**	0.04	-0.05
	p	0.00	0.77	0.70
TSBO Depresyon	r	0.37**	0.05	0.12

Değişkenler		Doğal Felaket	Yangın veya Patlama	Trafik Kazası
	p	0.00	0.68	0.35
TSBO Toplam	r	0.41**	0.05	0.01
	p	0.00	0.72	0.97

** p < 0.01

64

Çizelge 41 Travmatik Yaşam Olayları (Yakın Kaybı) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Olumu	Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ciddi Hastalığı	Sevdiğiniz Birinden Ani ve Beklenmeyen Ayrılma
MOKB Kontaminasyon	r	-0.12	-0.14	0.30*
	p	0.33	0.26	0.02
MOKB Ruminasyon	r	-0.04	0.06	-0.08
	p	0.76	0.61	0.55
MOKB Kuşku	r	0.11	-0.03	-0.03
	p	0.37	0.83	0.81
MOKB Yavaşlık	r	0.03	0.15	0.10
	p	0.82	0.25	0.42
MOKB Kontrol	r	0.09	0.09	0.00
	p	0.49	0.49	0.99
MOKB Temizlik	r	-0.02	0.07	0.15
	p	0.86	0.57	0.22
MOKB Toplam	r	0.02	0.06	0.10
	p	0.87	0.65	0.45
TSBO Travma	r	-0.04	-0.05	0.09
	p	0.74	0.71	0.46
TSBO Depresyon	r	0.00	0.03	0.16
	p	0.99	0.80	0.21
TSBO Toplam	r	-0.03	-0.02	0.12
	p	0.82	0.86	0.34

* p < 0.05

Çizelge 42 Travmatik Yaşam Olayları (Çocukluk Travması, Ekonomik Güçlük, Diğer) Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		Çocuklukta Ani ve Beklenmeyen Is Olumsuz Olaylar	Çocuklukta Ani ve Beklenmeyen Is Kaybı / Ciddi Ekonomik Güçlük	Diğer Herhangi Çok Stresli Olay veya Yaşantı
MOKB Kontaminasyon	r	-0.04	-0.13	0.01
	p	0.76	0.30	0.95
MOKB Ruminasyon	r	0.07	-0.20	-0.11
	p	0.59	0.11	0.38
MOKB Kuşku	r	-0.07	-0.11	0.12
	p	0.61	0.39	0.32
MOKB Yavaşlık	r	-0.01	0.01	-0.15
	p	0.95	0.95	0.24
MOKB Kontrol	r	-0.24	-0.16	-0.06
	p	0.06	0.21	0.64
MOKB Temizlik	r	-0.02	-0.06	0.09
	p	0.89	0.66	0.47
MOKB Toplam	r	-0.07	-0.14	-0.03
	p	0.56	0.27	0.81
TSBO Travma	r	0.08	-0.03	0.13

Değişkenler		Çocukluktaki Kotu ve Olumsuz Olaylar	Ani ve Beklenmeyen Is Kaybı / Ciddi Ekonomik Güçlük		Diğer Herhangi Çok Stresli Olay veya Yaşantı
			p	r	
	p	0.51	0.81	0.29	
TSBO Depresyon	r	0.21	-0.01	0.06	
	p	0.10	0.91	0.63	
TSBO Toplam	r	0.13	-0.03	0.12	
	p	0.30	0.83	0.35	

65

TRAVMA SAYISI

Çizelge 43 Travmatik Olay Sayısına Göre MOKB ve TSBO Puanları Betimsel İstatistikleri

Olay Sayısı	N	MOKB Kontaminasyon		MOKB Ruminasyon		MOKB Kontrol	
		X	Ss	X	Ss	X	Ss
0	4	2.75	0.500	5.50	1.291	3.50	1.291
1	7	1.14	1.215	4.86	.900	2.29	1.604
2	8	0.88	1.126	4.13	1.642	2.50	1.604
3	9	1.56	1.333	5.44	0.726	2.89	1.364
4	8	1.75	0.707	5.00	1.309	4.00	1.309
5	14	1.57	1.284	4.14	1.231	1.93	1.639
6	7	1.57	1.397	5.43	0.976	3.86	0.900
7	5	1.20	1.304	4.40	.894	2.80	2.049
8	3	2.67	0.577	6.00	1.000	4.00	1.000
Toplam	65	1.55	1.199	4.83	1.245	2.89	1.592
Olay Sayısı	N	MOKB Kuşku		MOKB Yavaşlık		MOKB Temizlik	
		X	Ss	X	Ss	X	Ss
0	4	4.75	.957	3.75	1.708	3.50	0.577
1	7	4.43	.976	1.86	2.268	2.57	0.787
2	8	4.75	1.581	2.50	2.507	2.13	2.031
3	9	5.67	1.658	4.22	1.641	3.33	1.323
4	8	5.50	1.927	3.88	0.991	3.88	0.354
5	14	3.86	1.512	3.64	1.598	3.00	1.301
6	7	5.43	0.787	5.00	1.155	3.71	0.488
7	5	4.60	0.894	2.40	1.140	1.80	1.304
8	3	6.00	1.000	3.00	1.732	4.00	0.000
Toplam	65	4.86	1.499	3.45	1.854	3.06	1.298
Olay Sayısı	N	MOKB Toplam		X	Ss	X	Ss
		X	Ss				
0	4	23.75	3.775				
1	7	17.14	6.256				
2	8	16.88	8.493				
3	9	23.11	6.092				
4	8	24.00	5.264				
5	14	18.14	5.908				
6	7	25.00	3.317				
7	5	17.20	4.324				
8	3	25.67	0.577				
Toplam	65	20.65	6.382				
Olay Sayısı	N	TSBO Travma		TSBO Depresyon		TSBO Toplam	
		X	Ss	X	Ss	X	Ss
0	4	29.50	11.733	11.25	5.560	40.75	17.115
1	7	31.71	9.810	11.43	4.392	43.14	13.259
2	8	35.00	8.586	11.75	4.921	46.75	12.139
3	9	31.89	7.705	10.00	2.236	41.89	8.238
4	8	34.25	5.701	10.75	2.605	45.00	8.053
5	14	35.36	8.158	13.36	4.517	48.71	12.325
6	7	34.57	14.164	14.00	5.385	48.57	18.999

		MOKB Kontaminasyon	MOKB Ruminasyon	MOKB Kontrol			
7	5	39.00	12.689	14.20	5.404	53.20	17.584
8	3	38.67	9.504	17.00	4.583	55.67	12.897
Toplam	65	34.29	9.255	12.34	4.442	46.63	12.910

66

Çizelge 44 Travmatik Olay Sayısı Toplamı, MOKB ve TSBO Toplam Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		Travmatik Olay Sayısı Toplamı
MOKB Kontaminasyon	r	0.05
	p	0.67
MOKB Ruminasyon	r	0.01
	p	0.97
MOKB Kuşku	r	0.04
	p	0.73
MOKB Yavaşlık	r	0.16
	p	0.22
MOKB Kontrol	r	0.10
	p	0.45
MOKB Temizlik	r	0.09
	p	0.47
MOKB Toplam	r	0.11
	p	0.39
TSBO Travma	r	0.22
	p	0.08
TSBO Depresyon	r	0.31*
	p	0.01
TSBO Toplam	r	0.26*
	p	0.04

* p < 0.05

TRAVMA SONUÇLARI

Çizelge 45 Travmatik Yaşam Olayları Sonuçları Değişkenleri, MOKB ve TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	Bu olaylar nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Ekonomik Kayıp	Toplumsal Destek
MOKB Kontaminasyon	r	-0.23	-.332**	-0.17	-0.11	-0.15
	p	0.07	0.01	0.17	0.37	0.24
MOKB Ruminasyon	r	-0.13	-0.03	-0.06	-0.07	0.02
	p	0.32	0.85	0.62	0.57	0.91
MOKB Kuşku	r	0.16	-0.15	0.04	-0.07	0.12
	p	0.20	0.22	0.78	0.59	0.36
MOKB Yavaşlık	r	0.01	-.320**	-0.04	-0.18	-0.06
	p	0.94	0.01	0.75	0.16	0.65
MOKB Kontrol	r	0.02	-0.12	-0.03	0.00	0.16
	p	0.87	0.33	0.79	0.99	0.22
MOKB Temizlik	r	-0.12	-.345**	0.06	0.04	0.05
	p	0.33	0.01	0.66	0.74	0.70
MOKB Toplam	r	-0.05	-.297*	-0.05	-0.09	0.03
	p	0.71	0.02	0.72	0.46	0.79
TSBO Travma	r	.255*	0.16	-0.01	-0.13	-0.18
	p	0.04	0.20	0.96	0.32	0.15
TSBO Depresyon	r	0.24	0.14	-0.04	-0.01	-0.10
	p	0.06	0.26	0.76	0.92	0.45
TSBO Toplam	r	.265*	0.16	-0.02	-0.09	-0.16
	p	0.03	0.19	0.88	0.46	0.20

MOKB VE TSBÖ İLİŞKİSİ

Çizelge 46 MOKB Puanları ile TSBÖ Puanları Pearson Korelasyon Analizi (n=65)

Değişkenler		TSBO Travma	TSBO Depresyon	TSBO Toplam
MOKB Kontaminasyon	r	0.00	-0.03	-0.01
	p	0.99	0.80	0.94
MOKB Ruminasyon	r	0.15	0.23	0.18
	p	0.24	0.07	0.14
MOKB Kuşku	r	0.21	0.18	0.21
	p	0.10	0.14	0.09
MOKB Yavaşlık	r	0.00	-0.05	-0.02

Değişkenler		TSBO Travma	TSBO Depresyon	TSBO Toplam
	p	1.00	0.72	0.90
MOKB Kontrol	r	0.12	0.09	0.12
	p	0.33	0.49	0.35
MOKB Temizlik	r	-0.14	-0.03	-0.11
	p	0.27	0.82	0.39
MOKB Toplam	r	0.08	0.08	0.09
	p	0.52	0.51	0.49

Regrsyon Analizi

Travmatik Yaşam Olayları, Travma Sayısı ve Travma Sonuçları ile MOKB ve TSBO puanları arasındaki korelasyon analizleri Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin anlamlı korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu çerçevede regresyon analizlerinde sadece bu beş değişken bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Çizelge 47 Travma Değişkenleri ile MOKB Toplam Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	21.253	2.627		8.089	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Olum Olayları	4.389	1.658	0.328	2.647	0.010
Doğal Felaket	-0.425	1.955	-0.031	-0.217	0.829
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	0.279	0.469	0.095	0.596	0.553
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	-0.594	0.702	-0.112	-0.846	0.401
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	-5.081	2.261	-0.264	-2.247	0.028
R=0.458, R ² =0.210					
F _(5, 59) =3.137, p=0.014					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte MOKB Toplam puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları (t=2.647, p<0.05) ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” (t=-2.247, p<0.05) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları durumu arttıkça MOKB Toplam puanının artmış olduğu ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Toplam puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Çizelge 48 Travma Değişkenleri ile MOKB Kontaminasyon Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	2.367	0.480		4.934	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları	0.620	0.303	0.247	2.049	0.045
Doğal Felaket	-0.335	0.357	-0.128	-0.937	0.352
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	0.118	0.086	0.214	1.380	0.173
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	-0.308	0.128	-0.310	-2.402	0.019
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	-1.013	0.413	-0.280	-2.453	0.017
R=0.504, R ² =0.254					
F _(5, 59) =4.026, p=0.003					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte MOKB Kontaminasyon puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları (t=2.049, p<0.05), “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” (t=-2.402, p<0.05) ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” (t=-2.253, p<0.05) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları durumu arttıkça MOKB Kontaminasyon puanının artmış olduğu ve “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Kontaminasyon puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Çizelge 49 Travma Değişkenleri ile MOKB Yavaşlık Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	3.194	0.739		4.324	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Olum Olayları	1.303	0.466	0.335	2.794	0.007
Doğal Felaket	-0.562	0.550	-0.139	-1.022	0.311
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	0.153	0.132	0.179	1.160	0.251
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	-0.103	0.197	-0.067	-0.520	0.605
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	-1.622	0.636	-0.290	-2.551	0.013
R=0.510, R ² =0.260					
F (5, 59)=4.148, p=0.003					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte MOKB Yavaşlık puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları (t=2.794, p<0.01) ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” (t=-2.551, p<0.05) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları durumu arttıkça MOKB Yavaşlık puanının artmış olduğu ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Yavaşlık puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Çizelge 50 Travma Değişkenleri ile MOKB Temizlik Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	3.529	0.507		6.958	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Olum Olayları	1.051	0.320	0.386	3.282	0.002
Doğal Felaket	0.018	0.377	0.006	0.049	0.961
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	0.050	0.090	0.083	0.550	0.584
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	-0.215	0.136	-0.200	-1.584	0.119
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	-1.169	0.436	-0.298	-2.679	0.010

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
R=0.536, R ² =0.288 F _(5, 59) =4.768, p=0.001					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte MOKB Temizlik puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde,

71

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları (t=3.282, p<0.01) ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” (t=-2.697, p<0.05) değişkenlerinin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişkenler olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları durumu arttıkça MOKB Temizlik puanının artmış olduğu ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Temizlik puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Travma değişkenleri MOKB Ruminasyon, Kuşku, Kontrol puanları ile bir regresyon ilişkisi olduğu bulunmamıştır.

Çizelge 51 Travma Değişkenleri ile TSBÖ Toplam Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	36.482	5.278		6.913	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Olum Olayları	2.909	3.331	0.107	0.873	0.386
Doğal Felaket	11.201	3.927	0.398	2.852	0.006
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	-0.437	0.941	-0.074	-0.465	0.644
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	1.704	1.411	0.159	1.208	0.232
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	5.031	4.542	0.129	1.108	0.272
R=0.470, R ² =0.221 F _(5, 59) =3.348, p=0.010					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte TSBÖ Toplam puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Doğal Felaket (t=2.852, p<0.01) değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişken olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Doğal Felaket arttıkça TSBÖ Toplam puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Çizelge 52 Travma Değişkenleri ile TSBÖ Travma Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	27.454	3.804		7.218	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Olum Olayları	2.096	2.401	0.108	0.873	0.386
Doğal Felaket	8.351	2.830	0.414	2.951	0.005
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	-0.561	0.678	-0.132	-0.827	0.412
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	1.328	1.017	0.173	1.306	0.197
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	3.549	3.273	0.127	1.084	0.283
R=0.461, R ² =0.213					
F _(5, 59) =3.186, p=0.013					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte TSBÖ Travma puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Doğal Felaket (t=2.951, p<0.01) değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişken olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, Doğal Felaket arttıkça TSBÖ Travma puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Çizelge 53 Travma Değişkenleri ile TSBÖ Depresyon Puanı Regresyon Analizi (n=65)

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	9.027	1.866		4.838	0.000
Cinayet ve İntihar Gibi Olum Olayları	0.814	1.178	0.087	0.691	0.492
Doğal Felaket	2.850	1.389	0.294	2.052	0.045
Travmatik Olay Sayısı Toplamı	0.124	0.333	0.060	0.371	0.712
Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?	0.376	0.499	0.102	0.754	0.454
Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?	1.483	1.606	0.111	0.923	0.360
R=0.421, R ² =0.177					
F _(5, 59) =2.540, p=0.038					

Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları, Doğal Felaket, Travmatik Olay Sayısı Toplamı, “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” değişkenlerinin birlikte TSBÖ Depresyon puanını tahmin düzeyleri çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, Doğal Felaket ($t=2.052$, $p<0.05$) değişkeninin anlamlı bir tahmin gücü gösteren değişken olduğu tespit edilmiştir: Buna göre, Doğal Felaket arttıkça TSBÖ Depresyon puanının artmış olduğu bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

TSSB yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda TSSB' ye eş zamanlı ya da süreç içinde ortaya çıkan bir diğer ruhsal bozukluğun sıklıkla eşlik ettiği gösterilmiştir. Bazı yazarlar TSSB ile başka bir ruhsal bozukluğun birlikte görülmesi durumunda TSSB'nin birincil bozukluk olma olasılığının düşük olduğunu öne sürmektedirler. Bazı yazarlar TSSB oluşma riskinin başka psikiyatrik bozuklukların daha çok TSSB'nin bir komplikasyonu olarak ele alınması gerektiğini belirtmektedirler (Kaya 2000).

Bazı yazarlar TSSB oluşma riskinin başka psikiyatrik bozuklukların varlığında arttığını öne sürerlerken, bazı yazarlar TSSB'ye eşlik eden ruhsal bozuklukların travma sonucu ortaya çıkan TSSB'den bağımsız bir antite mi olduğu, yoksa TSSB'ye ikincil olarak mı geliştiği tartışmasını açıklığa kavuşturmak, bu bozuklukların yalnızca travma ile ilişkili olduğunu göstermek, bunun yanında TSSB ile ilişkisiz olduğunu göstermeyi zorunlu kılıyor (Kaya 2000).

Travmatik yaşantısı olan , %4 ve % 22 arasında TSSB 'li kişilerde OKB semptomlarının da görüldüğü belirtilmiştir (Tull M. 2009), buna ek olarak , travmatik yaşantının ardından kişilerin kendilerini güvende hissetmemeye başladığı gözlenmiştir buna bağlı olarak kontrol , biriktirme ve sıralama gibi kompulsif davranışların kişinin kendisini güvende hissetmesini ve anksiyetesinin kısa sürede azalmasını sağladığı düşünülmektedir, ancak uzun süre kompulsif davranışların devam etmesi, anksiyetenin daha da artmasına sebep olduğu gözlenmiştir (Tull M.2009).

Önceki araştırmalar travmatik yaşam olayları, TSSB ve OKB arasında ilişki olduğunu savunmaktadırlar (Grabe ve ark. 2008). Massachusetts Tam Teşekkül Hastanesinin Belmont'da ki OKB Enstitüsünde yapılan bir çalışma sonucunda; kontaminasyon , saldırganlık ve cinsellik obsesyonları olan bir vakaya uygulanan yüzleştirme terapisinde çocukluk çağında uğramış olduğu fiziksel ve cinsel istismarla ilgili flashbacklerin , yine benzer bir şekilde bıçaklarla ve diğerlerine

zarar verme obsesyonu olan bir kişide de yapılan yüzleştirme terapisinde savaş askeri olduğu dönemlerin flashback olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir (Gershuny 2002).

Kulka ve arkadaşları (1990) Tanısal Görüşme Ölçeği kullanarak yaptıkları kapsamlı epidemiyolojik çalışmada TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %31 bulmuşlardır. TSSB olgularında, OKB %10 oranında bulunmuştur(Kaya 2000).

74

Çocukluk döneminde geçirilen travmanın; endişe, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı bilinen bir gerçektir. 938 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada çocukluk dönemi travma anketi, Leyton Obsessional Inventory ve NEO Personality Inventory-Revised kullanılarak, çocukluk dönemi travması ve farklı kişilikler ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Vakaların % 13 ve %30' unun, en çok duygu yoksunluğu sebebiyle çocukken travma geçirmiş oldukları rapor edilmiştir. Obsesif kompulsif belirtiler ile çocukluk dönemi travmaları, özellikle endişe belirtileri oluşturan duygusal ve fiziksel istismar arasında küçük ancak anlamlı bir bağlantı olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, endişenin tekrar ortaya çıkması bağlamında anlamlı olan, duygusal ve fiziksel istismar ile yüksek seviyede obsesif kompulsif belirtiler (hatta obsesif kompulsif bozukluk) arasında başlı başına bir bağlantı görülmüştür. Aynı bağlantı obsesif kompulsif belirtiler ile vicdan(lılık)- duygusal ve cinsel istismar ile vicdan(lılık) arasında görülmüş ve çocukluk döneminde yaşanan travmanın obsesif kompulsif belirtilerin gelişiminde dolaylı rol oynadığını belirtmiştir (Mathews ve ark. 2008).

Joseph ve arkadaşlarının (1994) OKB hastalarının üzerinde yaptığı bir çalışmada hafızalarında çocukluk dönemine ait bastırılmış obsesyonel imgeler olduğu tespit edilen bazı hastalarda, flashbacklerin, özellikle OKB nin obsesyonel imgelerini simgelediği ortaya konmuştur (Joseph ve ark. 1994).

Maes ve arkadaşlarının (2000) motorlu taşıt kazalarının ardından ortaya çıkan TSSB ile diğer bazı bozuklukların ilişkisini araştıran bir çalışmada OKB 'nin TSSB ile ilişkisi % 2.0 olarak bulunmuştur (Maes ve ark. 2000).

Grabe ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada travmaya maruz kalma ve OKB arasında bir bağlantının olup olmadığı araştırılmış, buna göre şiddetli travmatizasyon OKB 'li vakalarda % 6,2 ,

kontrol grubunda % 8,3 bulunmuş, 6 kişide hem OKB , hem TSSB birlikte görülmüş ve OKB'nin ortaya çıkışında travmatik olaylar sorumlu tutulmuş, 3 vakada travma bağlantılı bozukluklar ve OKB'nin aynı yıl içerisinde ortaya çıktığı ve 5 vakada travma bağlantılı bozuklukların OKB'nin ortaya çıkışından sonra başladığı bulunmuştur. Ancak kontrol grubuyla karşılaştırmalarda travma, TSSB ve OKB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Grabe ve ark. 2008).

75

Cinsel saldırı, iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan travmatik bir olaydır. Travmaya maruz kalan kişi günlerce hatta aylarca süren ve kişinin savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterir. Ancak bu reaksiyonlar kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bir olay iki insan üzerinde genelde farklı etkilere sahip olur. Her olayın kendi karakteristikleri , mağdura etkileri, mağdur tarafından yorumlanması, olayın algılanması farklıdır (Gölge 2005).

Şiddete maruz kalmak fiziksel yaralanma riskini arttırmasının yanı sıra ruh sağlığı üzerinde de olumsuz etkilere yol açar. Şiddetle ilişkili psikolojik travmanın TSSB, anksiyete ve depresyonla ilişkisinin araştırıldığı pek çok çalışma yapılmıştır (Gündoğar ve ark. 2008). Bu çalışmalar travmatik yaşantılara şahitlik edenlerde ve kurbanlarda depresyon, anksiyete ve TSSB gibi çeşitli olumsuz sonuçların ortaya çıktığını göstermektedir (Gündoğar ve ark. 2008).

Suç içeren eylemlere maruz kalan TSSB olgularında yapılan bir çalışmada %27 si obsesif kompulsif bozukluğa da sahip oldukları tespit edilmiştir (Kaya 2000). Suç içeren eylemler cinsel suçları da içermektedir (Kaya 2000). Bizim çalışmamızda da, hazırlanmış 15 adet travmatik yaşam olayından cinsel saldırı durumunun ardından kuşku obsesyonlarının ortaya çıkmış olduğu bulunmuştur.

Cinayet ve intihar gibi ölüm olaylarına şahit olma durumunun ardından ise kontrol ve temizlik obsesyonları ve kompülsiyonlarının ortaya çıkmış olduğu , bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde bu konuda kaynak bulma sıklığına rağmen, az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır, benzer bir şekilde Gershuny ve ark. (2002) tarafından hem OKB hem de travmatik yaşantısı olan bir vaka serisi üzerinde yapılan bir çalışmada, vakalardan bir tanesinin annesinin , babası tarafından bıçak ile öldürülmesine şahit olma durumunun ardından sürekli ellerine yıkama, etrafı temizleme ve sayı sayma kompülsiyonlarının ortaya çıktığı bulunmuştur. Takip edildiğinde

bu hastanın şikayetleri travmatik olay ile ilgili düşünceler ortaya çıktığında kompulsif davranışlarının da ortaya çıkmasına sebep olduğu sonucuna varılmıştır (Gershuny ve ark. 2002).

Bunun yanında; cinayet ve intihar gibi ölüm olaylarına şahit olma durumunun ardından kontaminasyon obsesyonları ve kompülsiyonlarının da ortaya çıkma durumu istatistiksel olarak sınırdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Bulunan bu anlamlılığın sınırdan olmasının araştırmadaki vaka sayısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir, vaka sayısının artması koşulunda anlamlılık düzeyinde artış olacağı düşünülmektedir. Yani yapılan bu çalışma, travmatik yaşantı bildiren OKB hastalarında, bazı travmatik yaşantılarla OKB türleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

76

Sosyo demografik özelliklerle ilgili olarak; hem OKB hem de travmatik yaşantılardan etkilenme açısından kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre ise, yüksek okul okuyanların ilköğretim mezunlarına göre TSSB ve OKB geliştirme oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur, eğitim düzeyi, travmaya maruz kalanlarda travma sonrası stres tepkilerinin yaygınlığında katkısı olan bir değişkendir. Daha düşük eğitimi olanların, daha fazla travmatik stres tepkisi gösterdiklerini ortaya koyan başka araştırma sonuçları da vardır (Gren ve ark. 1985). Yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, sosyal ağları daha iyi kullanabilen, yaşadıkları tepkilerin nedenlerini daha iyi anlayabilen, daha iyi başa çıkma becerilerine sahip bireyler olduğu ifade edilmektedir, bunun yanında çalışma durumuna göre gönüllü çalışanların ücretli çalışanlara oranla TSSB ve OKB geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Belirli bir süreyi aşan gönüllü çalışma durumu, bireyin işgücünün azalmasına, haksızlığa uğradığı duygusunun gelişmesine ve hayata küsmesine neden olabilir. Yaşamsal tehdit içermeyen olaylarla yüzleşme sonucu uyum bozukluğunun yanısıra TSSB'nun da gelişebileceği söylenmektedir (Hasanoğlu , 2008).

OKB ile ilgili olarak son yıllarda yapılan çok sayıda çalışmada (Hollander 1997, Aslan ve ark. 1996) eksen I bozukluk komorbiditesinin yüksek oranlarda bulunduğu bildirilmektedir. OKB'li hastalarda en sık görülen eksen I bozukluğu major depresyondur (Tükel ve ark. 2002 , Crino ve Andrews 1996). Komorbid eksen I bozuklukları gruplar halinde değerlendirildiğinde ise, en sık görülen komorbid ruhsal bozukluk grupları duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarıdır (Yaryura ve ark. 2000, Pigott ve ark. 1994). Ancak literatürde yer alan çeşitli çalışmalarda TSSB ile birlikte görülen komorbid anksiyete bozuklukları (OKB , YAB, PB v.b) hakkında birbirleriyle uyumsuz sonuçlar da elde edilmiştir (Hollander ve ark. 1997 , Yaryura ve ark. 2000).

OKB 'nin , Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM sınıflandırmasına göre anksiyete bozuklukları grubu başlığı altında değerlendirilmesine karşın, diğer anksiyete bozukluklarından farklı özellikleri

olduğu ileri sürülmektedir. Etiyolojik yönden, diğer bazı anksiyete bozukluklarının (panik bozukluğu gibi) aksine OKB’de noradrenerjik sistem işlevselliğinde bir bozukluk saptanmamıştır. Buna paralel olarak OKB hastaları ile diğer anksiyete bozuklukları arasındaki bir diğer önemli farklılık, farmakoterapiye verilen yanıtlardır (Tamam ve ark. 2003). Bizim çalışmamızda, özgeçmişinde OKB dışı ruhsal hastalık öyküsü olan kişilerde OKB görülme durumunun özgeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

77

Bunun çeşitli sebepleri olabilir; daha önce yaşanan stresörler karşısında, OKB dışı bir hastalık, örneğin depresif bozukluk geçirenlerde bir sonraki travmatik yaşantı karşısında da depresif epizodun tekrarı olması muhtemeldir.

Benzer şekilde özgeçmişinde OKB olan kişiler remisyonda olsalar dahi travmatik yaşantı ile bir ruhsal hastalık tetiklenecekse bu hastalığın OKB olması en olası ihtimaldir. Bunun dışında, almış oldukları farmakoterapiyle stresöre kimyasal olarak OKB dışı hastalıklardaki patolojiyi yaratarak yanıt verdikleri düşünülebilir. Psikiyatrik hastalığı olan kişilere ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkidir. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur. Hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitildiklerinde, hastaların kendi sorumluluklarını almaya daha fazla eğilim gösterdikleri ve bu konudaki yaşantıların, yanlış fikirlerin ve sorunların paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığı görülmüştür. Bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır (Alataş ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda ki katılımcıların çoğu daha önceki psikiyatrik hastalıklarıyla ilgili terapi ve ilaç tedavisi almış kişilerdir, bu da OKB’ ye terapötik anlamda verdikleri cevabı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma da bulunan sonuçlardan bir tanesi de OKB Süresi arttıkça ve Tedavi Gerektiren OKB Dışı Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB Ruminasyon puanının artmasıdır. Gershuny ve ark. (2002), OKB ve travmatik yaşantılar arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada TSSB nin yanında, travmatik olay yaşayan kişilerde , OKB semptomlarının gelişme olasılığının daha yüksek olduğunu hatta, kişinin OKB semptomların derecesinin ve sayısının yaşadığı travmatik olayların sayısı ile doğru orantılı olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışmanın başlıca kısıtlılığı çalışmanın yürütüldüğü ortamın daha çok orta ve üst sosyoekonomik düzeyde hastaların başvurduğu özel bir hastane olması nedeniyle çalışmaya alınan hastaların tüm toplumu temsil etmekten uzak olmasıdır, ayrıca vaka sayısı , örneklemin yapısı,

travmanın tipi, şiddeti ve yaşanış biçiminin araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. İlköğretim ve üniversite mezunları TSSB açısından yapılan karşılaştırma sonucunda ilköğretim mezunlarında TSSB üniversite mezunlarına oranla daha yüksektir (p=.005)
2. Bizim çalışmamızda, TSSB' de ve OKB ' de cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır.
3. Bizim çalışmamızda, TSSB ' de ve OKB ' de medeni durum açısından farklılık saptanmamıştır.
4. Çalışma durumu açısından, gönüllü / ücret almadan çalışanlarda TSSB görülme oranı ücretli çalışanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
5. MOKB ve TSBÖ puanlarında OKB süresi durumuna göre 0-5, 6-10 ve 11 yıl ve üstü grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanları ve MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.
6. MOKB ve TSBÖ puanlarında tedavi gerektiren ruhsal hastalık durumuna göre gruplar arasında, MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Ruminasyon , Kuşku, Yavaşlık ve Temizlik boyutlarında tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçirmemiş olan kişiler tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçirmiş kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek bir MOKB düzeyi göstermişlerdir.
7. MOKB ve TSBÖ puanlarında ailede tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçiren yakın durumuna göre gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanları ve MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmamıştır.
8. Tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık yoksa MOKB toplam puanı artmaktadır.
9. OKB Süresi arttıkça ve Tedavi Gerektiren OKB Dışı Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB Ruminasyon puanı artmaktadır.
10. Tedavi Gerektiren OKB Dışı Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB kuşku puanı artmaktadır.

11. Tedavi Gerektiren OKB Dışı Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB yavaşlık puanı artmaktadır.
12. Tedavi Gerektiren OKB Dışı Ruhsal Bir Hastalık yoksa MOKB temizlik puanı artmaktadır.
13. Sosyo-demografik değişkenler MOKB Kontaminasyon ve Kontrol puanları ile bir regresyon ilişkisi göstermemektedir.
14. Öğrenim Durumu ve Çalışma Durumu azaldıkça MOKB toplam puanı artmaktadır.
15. Öğrenim Durumu azaldıkça TSBÖ Depresyon puanı artmaktadır.

79

16. MOKB Kontaminasyon'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu, Doğal afet ve kazalar grubundan, MOKB Kuşku'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Doğal afet ve kazalar grubundan , Yakın kaybı grubu Doğal afet ve kazalar grubundan , Çocukluk çağı travmaları grubu Doğal afet ve kazalar grubundan , MOKB Kontrol'de İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Doğal afet ve kazalar grubundan istatistikî açıdan anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır. TSBÖ Travma'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Yok grubundan , Yakın kaybı grubu, Yok grubundan ,TSBÖ Depresyon'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu, Yok grubundan , TSBÖ Toplam'da İnsan elinden kasıtlı olarak grubu Yok grubundan , Yakın kaybı grubu Yok grubundan ,istatistikî açıdan anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır.

17. MOKB ve TSBÖ puanlarında Fiziksel Saldırı Durumuna göre var ve yok grupları arasında, MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

18. MOKB ve TSBÖ puanlarında Cinsel Saldırı Durumuna göre var ve yok grupları arasında, MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

19. MOKB ve TSBÖ puanlarında Savaş ve Çatışma Bölgesinde Bulunma Durumuna göre gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

20. MOKB ve TSBÖ puanlarında İşkence ve Benzeri Kötü Muamele Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir

farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığının olmadığı bulunmuştur.

21. MOKB ve TSBÖ puanlarında Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olayları Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

80

MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Kontaminasyon , MOKB Yavaşlık , MOKB Temizlik ve MOKB Toplam puanlarında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Buna göre, cinayet ve intihar gibi ölüm olayları için var diyenler yok diyenlerden daha yüksek bir düzeyde MOKB göstermişlerdir.

22. MOKB ve TSBÖ puanlarında Aile-içi Şiddet Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

23. MOKB ve TSBÖ puanlarında Doğal Felaket Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Buna göre, doğal felaket olayları için var diyenler yok diyenlerden daha yüksek bir düzeyde TSBÖ toplam puanı göstermişlerdir.

24. MOKB ve TSBÖ puanlarında Yangın veya Patlama Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

25. MOKB ve TSBÖ puanlarında Trafik Kazası Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

26. MOKB ve TSBÖ puanlarında Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ölümü Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık,

Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

27. MOKB ve TSBÖ puanlarında Sevdiğiniz Birinin Ani ve Beklenmeyen Ciddi Hastalığı Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

28. MOKB ve TSBÖ puanlarında Sevdiğiniz Birinden Ani ve Beklenmeyen Ayrılma Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığının olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

29. MOKB ve TSBÖ puanlarında Çocukluktaki Kötü ve Olumsuz Olaylar Durumuna göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.

30. MOKB ve TSBÖ puanlarında TSBÖ Toplam Puanı Kesme Noktasına göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

31. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. TSBÖ Travma , TSBÖ Depresyon ve TSBÖ Toplam puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, TSBÖ var grubu daha yüksek puan almıştır.

32. MOKB ve TSBÖ puanlarında TSBÖ Depresyon Puanı Kesme Noktasına göre var ve yok grupları arasında fark olup olmadığını inceleyen MANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında MOKB alt boyutları (Kontaminsayon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

33. MOKB ve TSBÖ puanlarında görülen farkların hangi alt boyut ve toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik sonuçlara göre; TSBÖ Travma , TSBÖ Depresyon ve TSBÖ Toplam puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, TSBÖ var grubu daha yüksek puan almıştır.

34. MOKB ve TSBÖ puanlarında TSBÖ Travma Puanı Kesme Noktasına göre var ve yok grupları arasında MOKB alt boyutları (Kontaminasyon, Ruminasyon, Kuşku, Yavaşlık, Kontrol, Temizlik) ve TSBÖ alt boyutları (Travma, Depresyon) puanlarının gruplara arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. MOKB Toplam ve TSBÖ Toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur.

35. MOKB ve TSBÖ puanlarında görülen farkların hangi alt boyut ve toplam puanlardan kaynaklandığına yönelik sonuçlara göre; TSBÖ Travma , TSBÖ Depresyon ve TSBÖ Toplam puanlarında istatistikî açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, TSBÖ var grubu daha yüksek puan almıştır.

36. Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olaylarına Şahit Olma durumu arttıkça MOKB Toplam puanının artmış olduğu ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Toplam puanının artmış olduğu bulunmuştur.

37. Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olaylarına Şahit Olma durumu arttıkça MOKB Kontaminasyon puanının artmış olduğu ve “Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?” ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Kontaminasyon puanının artmış olduğu bulunmuştur.

38. Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olaylarına Şahit Olma durumu arttıkça MOKB Yavaşlık puanının artmış olduğu ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Yavaşlık puanının artmış olduğu bulunmuştur.

39. Cinayet ve İntihar Gibi Ölüm Olaylarına Şahit Olma durumu arttıkça MOKB Temizlik puanının artmış olduğu ve “Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?” azaldıkça MOKB Temizlik puanının artmış olduğu bulunmuştur.

40. Travma değişkenleri MOKB Ruminasyon, Kuşku, Kontrol puanları ile bir regresyon ilişkisi olduğu bulunmamıştır.

41. Doğal Felaket arttıkça TSBÖ Toplam puanının artmış olduğu bulunmuştur.

42. Doğal Felaket arttıkça TSBÖ Travma puanının artmış olduğu bulunmuştur.

43. Doğal Felaket arttıkça TSBÖ Depresyon puanının artmış olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılanlar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda; OKB türleri ve travmatik yaşantıların tümünde bir bağlantı saptanmamış olsa da cinsel saldırı ve cinayet / intihar olaylarına şahit olma durumlarında OKB türleriyle ilişki saptanmıştır. 65 katılımcıdan sadece 10 tanesinin travmatik yaşantısının olmaması ve büyük çoğunluğunun travmatik yaşantısı olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Tüm travmatik yaşantıların OKB türleriyle ilişkileri saptanmamış olmasının bu tür bir tespitin güçlüğünden ve de muhemel karıştırıcı değişkenlerin varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

9. KAYNAKLAR DİZİNİ

Alataş G. , Kurt E., Alataş T.E., Bilgiç V. , Karatepe H.T (2007) Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. *Düşünenadam*, 20 (4): 196 – 205.

Akpınar A. (2007) Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı (Uzmanlık Tezi).

Aksoy U. , M. (2006) Obsesif kompulsif ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri_ Çeviren: Ertuğrul Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.

Aslan H, Ünal M, Alparslan ZN (1996) Ayaktan izlenen obsesif kompulsif bozukluk olgularında psikososyal özellikler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 33:169-176.

Aydemir Ö., Köroğlu E. ed. (2007) Moudsley obsesif kompulsif soru listesi. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara. Hekimler Yayın Birliği

Barlas O. , Kulaksızoğlu B. , Gürvit H. , Göker B. , Solmaz B. , Berkol T. , (2008) Dirençli obsesif kompulsif bozuklukta cerrahi tedavi : anterior kapsülötomisi. *Sinir sistemi Cerrahi Dergisi* 1 (2): 86 – 92 .

Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Özeren, M., Aker, T., Kılıç, C., Mestçioğlu, Ö. (2001). A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress* 14: 491-509.

Bayar R. , Yavuz M. (2008) Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye ‘ de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizini No: 62 s. 185 – 192

85

Bayraktar E. (1997) Obsesif kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1:25-32.
<http://www.cty.com.tr/files/journals/4/4.pdf> (Ulaşım 3 Mart 2009)

Biçer Ü., Tırtıl L., Kurtaş Ö., Aker T., (2009). Adli Psikiyatri. Klinik Gelişim 126 – 132.
http://www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22/20.pdf (10 Mart 2010).

Caffo E. , Forresi B. , Lievers L. , S. (2005) Çocuk ve ergenlerde travmanın etkileri , psikolojik sekelleri ve yönetimi. Current Opinion in Psychiatry. 18:422–428.
http://www.turkiyeklinikleri.com/abstract_tr.php?id=42755 (Ulaşım 30 Kasım 2009)

Crino RD, Andrews G (1996) Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. J Anxiety Disord 10:37-46.

Cromer Kiara R. , Schmidt Norman B. , Murphy Dennis L. , (2007) An investigation of traumatic life events and obsesive – compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy 45 (7): 1683 – 1691. <http://www.sciencedirect.com> (Ulaşım 18 Ağustos 2009)

Cromer Kiara R. , Schmidt Norman B. , Murphy Dennis L. , (2007) Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? Behaviour Research and Therapy 45 (11): 2581 – 2592. <http://www.sciencedirect.com> (Ulaşım 18 Ağustos 2009)

Çelikel H. , Beşiroğlu L. (2008) klinik olmayan örnekleme de çocukluk çağı travmatik yaşantıları , dissosiasyon ve obsesif – kompulsif belirtiler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9: 75 – 83

De Silva P, Marks M. (1999) The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive compulsive disorder. Behav Res Ther 37:941-951 . . <http://www.sciencedirect.com> (Ulaşım 22 Haziran 2009)

Dilbaz N. , Karamustafalıoğlu O. (2008) Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluklarında Tedavi: Fluvoksamin’in Yeri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni;18:208-221

Dinn WM, Haris CL, Raynard RC. (1999) Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a three-factor model. Psychiatry 62:313-324. . <http://www.sciencedirect.com> (Ulaşım 22 Haziran 2009)

86

Dündar Erkek S. , Aldanmaz F. , Oğuz A. () Halkın konversiyon bozukluğu , obsesif kompulsif bozukluk , anksiyete bozukluğu ve empotansa yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Kriz Dergisi 3 (1-2) 250 – 257.

http://www.ankara.edu.tr/kutuphane/kriz_dergisi/c10_s2.pdf (Ulaşım 16 Nisan 2009)

Erol N. , Savaşır İ. (1988) Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin Türkçe Uyarlaması. . 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı. Ankara. s: 104 – 114

Eskin. M., Akoglu, A., & Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. Turkish Journal of Psychiatry, 17, 266-275.

Freud S. 1913/1958. The disposition to obsessional neurosis. In Strachey J, editor: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 12. London: Hogarth Pres, pp. 317-326

Beth S. Gershuny, Lee Baer, Adam S. Radomsky, Kimberly A. Wilson and Michael A. Jenike (2002). Connections among symptoms of obsessive–compulsive disorder and posttraumatic stress disorder

[Gershuny BS](#), [Baer L](#), [Jenike MA](#), [Minichiello WE](#), [Wilhelm](#)

S.(2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 159(5):852-4

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/159/5/852>

Gershuny B.S. , Baer L. , Parker H. , gents. , E. L. , Infield A. , L. , Jenike M. A. (2008) Trauma and posttraumatic stress disorder intreatment – resistant obsessive – compulsive disorder. Depress Anxiety 25 (1): 69 – 71.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17318836?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=2 (Ulaşım 25 Ağustos 2009)

Gökçakan N. (2005) bir obsesif kompulsif bozukluk vakasında bilişsel – davranışçı terapi uygulaması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 1 , Sayı 1, ss. 81 – 90.

http://efd.mersin.edu.tr/dergi/meuefd_2005_001_001/pdf/meuefd_2005_001_001_0081-0090_gokcakan.pdf (Ulaşım 1 Ağustos 2009)

87

Gölge Z. B. (2005) Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi 42 (1-2-3-4): 19-28

Grabe HJ, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Klosterkötter J, Falkai P, Maier W, Wagner M, John U, Freyberger HJ. (2008). Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. Psychopathology 41(2):129-34.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18059115?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=17

Gündoğar D., Akarsu Ö., Baydar Ç., L. () Yaşanan Bir Cinayet Olayı Sonrasında Üniversite Öğrencilerinde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 16 (1):1-10
<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/960/11846.pdf>

Hasanoğlu A. (2008). Yeni Bir Tanı Kategorisi Önerisi: Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi 19(1): 94-100

Hodgson R.J. , Rachman S. (1977). Obsesional- Compulsive Complaints. Behavioral and Research Therapy 15 : 389 – 395.

Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM (1997) Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. Depr Anxiety 4:111-119.

Hollander E, Stein DJ, Kwon JH ve ark. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr 1998; 3(Suppl. 1) 48-58.

Huppert J. D. , Maser J. S. , Gershuny B. S. , Riggs D. S. , filip J. , Hajcak G. , Parker H. A. , Baer L. , Foa E. B. , (2005) The relationship between obsessive – compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non – clinical samples. *Anxiety Disorder* 19 (1): 127 – 136.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> (Ulaşım 18 Ağustos 2009)

ICD – 10 (2007) , T.C Sağlık Bakanlığı.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BED686809E53B6625D>. (Ulaşım 10 Mayıs 2009)

88

Joseph F. , Lipinski, Jr , Harrison G. , Pope, Jr. (1994) Do “ flashbacks” represent obsessional imagery? *Copmherensive Psychiatry* 35(4):245 – 247. www.sciencedirect.com

Kara H. , Yazıcı K. , M. , Sayar M. K. , Ağargün M. Y. , Verimli A. (1996) Obsesif kompulsif bozuklukta kişil özellikleri ve kişilik bozuklukları. *Yeni Symposium* 34 (3-4): 55 – 59.
http://www.yenisymposium.net/fulltext/1996/55_r.pdf (Ulaşım 5 Haziran 2009)

Kaya B. , (2000) Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. *Psikiyatri Dünyası* 4: 37 – 43.
<http://www.cty.com.tr/files/journals/4/39.pdf> (Ulaşım 3 Şubat 2009)

Köse B. , (2009) Travma / Ender Herdurak anısına..*Sinema ve Psikoloji Dergisi* (9): 1-2

Maes M. , Mylle J., Delmeire L., Altamura C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience* 250 (3): 156-162.
<http://www.springerlink.com/content/nl9q2fhx6p64pvje/>.

Maia A, Barbosa E, Menezes P. ve ark. Relationship Between Obsessive Compulsive Disorders and Diseases Affecting Primarily The Basal Ganglia. *Reista Hospital Clinics*. 1999; 54:6

Mathews C.A , Kaur N. , Stein M.B (2008). Childhood trauma and obsessive – compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 25(9): 742 – 51.
<http://www.3.interscience.wiley.com//journal/114277616/abstract>

Özçubukçuoğlu A. , Çetin M. , Saraçoğlu M. , Çelebi A. , Yiğit S. , (1996) Obsesif kompulsif semptomlarla seyreden kafa travmasına bağlı anksiyete bozukluğu: bir olgu nedeniyle. Yeni Symposium. 34 (3-4): 72 – 74. http://www.yenisymposium.net/fulltext/1996/72_r.pdf (Ulaşım 3 Haziran 2009)

Özsoylar G., Sayın A., Candansayar S. (2008) Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 11:17-24 . <http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/423.pdf> (Ulaşım 3 Mart 2010).

89

Öztürk O. (2004) Nobel Tıp : Örselenme (travma) ya da zorlanma (stres) etkisine bağlı bozukluklar. Şehir adı , Ruh Sağlığı ve Bozuklukları

Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL (1994) Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. J Clin Psychiatry 55(10):15-27.

Polat P. , Eyüpoğlu H. , Suma S. , Eren S. , Anaç F. , İ. (2000) Obsesif kompulsif bozuklukta kaudat nükleus ve putamen hacimleri: kantitatif MRG ile değerlendirme. Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi 6(3):295-298. http://www.turktel.net/cgi-bin/medshow.pl?makale_no=46050 (Ulaşım 12 Şubat 2009)

Sason Y. , Dekel S. , Nacasch N. , Chopra M. , Zinger Y. , Amital D. , Zohar J. (2005) Posttraumatic obsseive – compulsive disorder: a case series. Psychhiatry research (135) 145 – 152. <http://www.sciencedirect.com> (Ulaşım 4 Şubat 2009)

Songur E. (2008) Obsesif –kompulsif bozuklukta, dirençli olgularda sağaltım seçenekleri. Songur Yayınları. <http://www.scribd.com/doc/2373957/Direncli-OKB-Hastalarinda-Saaltm-Secenekleri> (Ulaşım 14 Ekim 2009)

Speckens A. , E. , M. , Hackman A. , Elers A. , Cthbert B. (2007) Imagery special issue: intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsseive compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (38) 411 – 422.

<http://www.sciencedirect.com> (Ulaşım 3 Şubat 2009)

Steketee G. Treatment of obsessive-compulsive disorder. New York; Guilford Pres, 1993.

Şahin A.R. (1997) Obsesif – kompulsif bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı , ed. Güleç Cç Köroğlu
E. Tull M. (2009) Trauma , PTSD anda OCD. About .com Health ‘ s Disease and Condition .
http://ptsd.about.com/od/relatedconditions/a/OCD_PTSD.htm

Tamam L., Saygılı M., Ünal M (2003) Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 4:69-80

90

Tull M. (2009) Trauma , PTSD anda OCD. About .com Health ‘ s Disease and Condition .
http://ptsd.about.com/od/relatedconditions/a/OCD_PTSD.htm

Tural Ü., Aybar Tolun H.G. ,Karakaya I., Erol A., Yıldız M., Erdoğan S. (2001). Marmara Depremzedelerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden Başka Bir Ruhsal Hastalık Gelişiminin Yordayıcıları. Türk Psikiyatri Dergisi; 12 (3): 175 – 183.

Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N (2002) Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 43:204-209.

Türksoy N. (2003) Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları, ed. Aker T. , Önder M. E.

Uğuz F. , Aşkın R. , Çilli S. , A. (2006) Obsesif kompulsif bozukluğunksen 1 ve eksen 2 bozuklukları ile birlikteliği. Türkiye Psikiyatri cilt 8 – sayı 1.

<http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/tp/fulltext/2006/1.pdf> (Ulaşım 1 Ağustos 2009)

Uğuz F. , Karababa F. , Akın R. (2007) Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 17 (1): 29 – 33.

www.geneltip.com/ShowContentPdfPopup.aspx?Lang=Tr&Id (Ulaşım 16 Kasım 2009)

Woods M.C. (2002) Factor analysis of scales composed of binary items: illustration with the maudsley obsessional compulsive inventory. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 24 (4) 215 – 222

Zohar A. The Epidemiology of Obsesive Compulsive Disorder Bn Children and Adolescents. 1999; 8:3 445-460

10. ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Yaşar Elif Kandaz

Doğum yeri ve tarihi: İstanbul, 06.02.1978

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Bekar

Askerlik Durumu: -

Çalıştığı kurum: Özel NPİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi

İletişim Adresi ve telefonu: Alemdağ Cad. Site Yolu No: 29 Ümraniye / İstanbul – 0 532 2960636 – 0 216 633 0 612

2. Eğitimi

1996-2001(Güz dönemi) Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü - Ankara 1993-

1996 Özel Seymen Lisesi - Kocaeli

Yabancı dili: İngilizce

3. Unvanları

Psikolog, EMDR Terapisti , Aile Terapisti

4. Mesleki Deneyimi

2006 - Devam: Özel NPİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi

2005 - 2006 : Özel Konak Hastanesi

2005 : TOÇEV (Tüvana Okuma İstekli Çocuklar Eğitim Vakfı)

2002- 2005 : Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Sağlık Merkezi Diyaliz Ünitesi

2002 – 2006 : Kocaeli Üniversitesi Ruhhal Travma Birimi (yarı zamanlı)

2000 : DABATEM (yaz stajı)

EK - 1

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**1. Adı – Soyadı:****2. Doğum tarihi – Yaşı:****3. Cinsiyeti:**

1. Kadın 2. Erkek

4. Medeni Durumu:

1. Bekar 3. Ayrı yaşıyor 5. Dul
2. Evli 4. Boşanmış 6. Birlikte yaşıyor

5. Kiminle Yaşadığı:

1. Eş ve çocuklar 3. Anne – baba 5. Arkadaş / akraba
2. Eş 4. Yalnız 6. Diğer (belirtiniz).....

6. Öğrenimi:

1. Okuma – yazma bilmiyor
2. Okuma – yazma biliyor
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Üniversite / yüksekokul

7. Mesleği:

1. Ücretli çalışıyor 6. Emekli
2. Kendi işi 7. İşsiz (sağlık nedenleriyle)
3. Ücret almadan çalışıyor (gönüllü) 8. İşsiz (diğer nedenlerle)
4. Öğrenci 9. Diğer (belirtiniz).....
5. Ev kadını

8. OKB tanısının ilk alındığı tarih:.....

9. Tedavi gerektiren OKB dışı ruhsal hastalık geçirdiniz mi?.....

10. Ailede tedavi gerektiren ruhsal hastalık geçiren bir yakınınızı var mı?.....

EK - 2

YAŞAM OLAYLARI ÖLÇEĞİ

Hayır Evet		Ne kadar süre önce olduğunu ay olarak kaydedin	Kaç kez olduğunu kaydedin
	A. Çocukluktaki kötü ve olumsuz olaylar (ihmal, istismar, aşırı şiddet, cinsel taciz ve ilişkiyi kapsar)		
	B. Doğal felaket (sel – deprem – kasırga v.b)		
	C. Yangın veya patlama		
	D. trafik kazası (araba – gemi – tren – uçak v.b)		
	E. Fiziksel saldırı (saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma v.b)		
	F. Cinsel saldırı (vurulma , bıçaklanma , bıçakla tehdit edilme v.b)		
	G. Çatışma ve savaş bölgesinde bulunma (asker veya sivil olarak bulunma)		
	H. İşkence veya benzeri bir bir kötü muamele		
	I. Cinayet ve intihar gibi ölüm olayları		
	J. Sevdiğiniz birinin ani ve beklenmeyen ölümü		
	K. Sevdiğiniz birinin ani ve beklenmeyen ciddi hastalığı		
	L. Sevdiğiniz birinden ani ve beklenmeyen bir şekilde ayrılma		
	M. Aile içi şiddet		
	N. Ani ve beklenmeyen bir iş kaybı, ciddi ekonomik güçlük		
	O. İş kazası		
	P. diğer herhangi bir çok stresli olay veya yaşantı		

1. Sizin için en kötü olan hangisiydi? (en fazla korku , dehşet veya çaresizlik yaratan ya da baş etmesi en zor olanı belirtiniz).....

2. Sizi en çok etkileyen olay karşısında ne kadar korku , dehşet ya da çaresizlik hissettiniz?
1. hiç 2. az 3. orta 4. şiddetli 5. çok şiddetli
3. Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanma oldu mu?
1. hayır 2. evet (belirtin).....
4. Bu olaylar nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?
1. hayır 2. evet (belirtin).....
5. Travmalar nedeniyle ciddi bir kaybınız oldu mu? (kaynak kaybını, ev – bina – araç – para gibi kayıplarını değerlendirin)
1. hayır 2. evet
6. Travma nedeniyle işinizde bir değişiklik oldu mu?
1. hayır 2. evet, işimi kaybettim 3. evet, daha kötü bir işim oldu
4. evet, çalışmaya başladım 5. evet, daha iyi bir işim oldu

94

7. Travmanızdan sonra ailenizden ne kadar destek gördünüz?
1. hiç 2. biraz...3. orta 4. oldukça 5. Çok
8. Travma sonrasında akraba ve arkadaşlarınızdan ne kadar destek gördünüz?
1. hiç 2. biraz 3.orta 4.oldukça 5. çok

EK - 3

TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda , insanların hayatını ciddi olarak etkileyen olaylardan sonra ortaya çıkabilecek bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen son bir ay içinde bu sorunların sizde olup olmadığını , varsa sizi ne derecede rahatsız ettiğini belirtiniz (uygun kolunun altına –x- koyunuz).

FORMU DOLDURURKEN SİZİ EN FAZLA RAHATSIZ EDEN OLAYI DÜŞÜNÜN

	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz	Oldukça	Çok rahatsız ediyor
1. (olayla) ilgili bazı anıları / görüntüleri aklımdan atamıyorum.				
2. Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki her şeyi yeniden yaşıyorum.				
3. Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4. (olay) yeniden olacak korkusuyla bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum (örneğin olayı hatırlatan yer , kişi ve durumlardan uzak durmak , olayla ilgili konuşmam).				
5. Hayata ve sevdiğim insanlara karşı ilgim azaldı.				
6. İnsanlardan uzaklaştığımı , onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7. Sanki duygularım ölmüş , taşlaşmışım gibi geliyor.				
8. Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9. Daha çabuk sinirleniyor ya da öfkeleniyorum.				
10. Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.				
11. Her an (olay) olacak kaygısıyla tetikte duruyorum.				
12. Ani bir ses yada hareket olduğunda irkiliyorum.				
13. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca rahatsızlık ve sıkıntı duyuyorum.				
14. 8olay) da yaşadığım şeylerle ilgili düşünceleri , duyguları ve anıları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15. 8olay) da yaşadığım olayların bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				

16. (olay) bana her an ölebileceğimi fark ettirdiği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca çarpıntı, terleme , baş dönmesi , bedenimde gerginlik gibi fiziksel şikayetler oluyor.				
18. Kendimi suçlu hissediyorum.				
19. Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum.				
20. Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum.				
21. Gelecekte umutsuzum.				
22. Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor.				
23. Gündelik işlerimi yapacak gücüm azaldı.				

EK - 4

MAUDSLAY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Adı Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Tarih:
Aşağıda yazılmış olan cümlelerden sizde görülenleri 'EVET' ,görülmeyenleri 'HAYIR' olarak işaretleyiniz.

1-Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınıyorum.

HAYIR EVET

2-Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür,onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.

HAYIR EVET

3-Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.

HAYIR EVET

4-İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.

HAYIR EVET

5-Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.

HAYIR EVET

6- Normalden fazla bir şekilde doğalgazı, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.

HAYIR EVET

7-Değişmez kurallarım vardır.

HAYIR EVET

8-Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.

HAYIR EVET

9-Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.

HAYIR EVET

10-Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.

HAYIR EVET

96

11-Çocukken annem de babam da beni fazla zorlamazlardı.

HAYIR EVET

12-Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için isimde geri kaldığım oluyor.

HAYIR EVET

13-Çok fazla sabun kullanırım.

HAYIR EVET

14-Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur

HAYIR EVET

15-Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.

HAYIR EVET

16-Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.

HAYIR EVET

17-Temizliğe aşırı düşkünüm.

HAYIR EVET

18-Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.

HAYIR EVET

19-Pis tuvaletlere giremem.

HAYIR EVET

20-Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.

HAYIR EVET

21-Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.

HAYIR EVET

22-Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.

HAYIR EVET

23-Günlük islerimi belirli bir programa göre yaparım.

HAYIR EVET

97

24-Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.

HAYIR EVET

25-Alıştığım bir isi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.

HAYIR EVET

26-Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.

HAYIR EVET

27-Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım

HAYIR EVET

28-Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.

HAYIR EVET

29-Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.

HAYIR EVET

30-Dikkatle yaptığım bir isin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.

HAYIR EVET

31-Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.

HAYIR EVET

32-En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.

HAYIR EVET

33-Çoğu zaman büyük bir hata ye da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

HAYIR EVET

34-Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.

HAYIR EVET

35-Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip ise girişmeden önce durup düşünürüm.

HAYIR EVET

98

36-Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.

HAYIR EVET

37-Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

HAYIR EVET

