



T.C.

**İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI
İLE AYAKTAN TEDAVİ GÖREN HASTALARIN
EŞLERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE CİNSEL
İŞLEV DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Türkan ÖBEKLİ

115210109

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER

İstanbul, 2013



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI
İLE AYAKTAN TEDAVİ GÖREN HASTALARIN
EŞLERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE CİNSEL
İŞLEV DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Türkan ÖBEKLİ**

Danışman: **Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER**

İstanbul, 2013

KABUL VE ONAY

Türkan Öbekli tarafından hazırlanan “Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, Savunma Sınavı tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Tezin/Raporun Türü olarak kabul edilmiştir.

Başkan : **Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER**

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Mümin ERTÜRK

Enstitü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve şekillerin kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Türkan ÖBEKLİ

ONAY

Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Türkan ÖBEKLİ

ÖZET

ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI İLE AYAKTAN TEDAVİ GÖREN HASTALARIN EŞLERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE CİNSEL İŞLEV DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Türkan ÖBEKLİ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER

Eylül, 2013- 84 sayfa

Şizofreni ve bipolar bozukluk, kişilerin psikolojik sağlıklarını etkileyen önemli psikiyatrik sorun olup, bakım hizmetleri konusunda profesyonel bir eğitim almamış olan aile çevresi üzerinde de bakım veren yüküne neden olmaktadır. Bakım veren yükünün ise literatürde çeşitli mental rahatsızlıklara sebep verdiği rapor edilmiştir. Her ne kadar şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireyler üzerinde birçok çalışma yapılsa da, bu bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerini inceleyen yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, şizofreni ve bipolar bozukluğu olup, ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 60 hasta eşine ve eşleri şizofreni ve bipolar bozukluğu olmayan 60 eşe Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulanmıştır. Katılımcılar 30 şizofreni ve 30 bipolar bozukluk tanısı alan hasta eşlerinden oluşmaktadır. Ve cinsiyetlerine göre eşit olarak seçilmiştir. Kontrol grubu ise cinsiyetlerine göre 30 erkek ve 30 kadın sağlıklı bireylerin eşleri arasından seçilmiştir. Katılımcıların yaşlarının aritmetik ortalaması 36'dır. Çalışma sonuçlarına göre, şizofreni hastaların sadece anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan hastaların eşlerinde de sadece anksiyete ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluklarının, tanı almayan ailelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Şizofreni; Bipolar bozukluk; Anksiyete; Depresyon; Cinsel işlev bozukluğu.

ABSTRACT

A RESEARCH ON SEXUAL FUNCTION, DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS OF SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR OUTPATIENT'S WIFES

Türkan ÖBEKLİ

Master Thesis, Physiology Main Branch

Advisor: Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER

September, 2013- 84 pages

Schizophrenia and bipolar disorder are important problems affecting psychological health of individuals, and cause burden for family individuals of patients who do not have any professional care education. It is reported in the literature that burden causes some mental disorders. Although there are many researches on individuals having schizophrenia or bipolar disorder, it have not found enough researches focusing on anxiety, depression and sexual ability of partners of these patients.

In this research, sexual functions, anxiety and depression levels of partners of patients having schizophrenia and bipolar disorder and having outpatient treatment were examined. For this aim, 60 partners having schizophrenia or bipolar disorder partners and 60 partners not having schizophrenia or bipolar disorder partners were subjected to Hamilton Depression Scale (HDS), Hamilton Anxiety Evaluation Scale (HAS) and Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX). The group consist of the spouses of 30 patients with schizophrenia and 30 patients with bipolar disorder and they are chosen from among a select group according to their genders. The control group is chosen, on the other hand, from among the spouses of healthy individuals, 30 male and 30 female. The average age of the participants is 36. According to results of the study, there was only statistically significant relation between anxiety and depression levels of participants having s schizophrenia disorder. Similarly, there was only statistically significant relation between anxiety and depression levels of participants having s schizophrenia disorder. It was also found that anxiety, depression and sexual dysfunction levels of respondents having schizophrenia or bipolar disordered partner were higher than respondents do not having schizophrenia or bipolar disordered partner ($p < 0,05$). **Key Words:** Schizophrenia; Bipolar disorder; Anxiety; Depression; Sexual dysfunction.

ÖNSÖZ

Şizofreni ve bipolar bozukluğu tanısı konan ve ayaktan tedavi edilen hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluklarının incelendiği bu çalışmada, evde bakım yükünün, bu hastaların bakımından sorumlu kişiler üzerinde ne gibi mental etkilerinin olabileceğini araştırdık. Çalışmadaki temel amacımız, bir mental bozukluğu tedavi ederken, bu rehabilitasyon sürecinin başka kişilerde de mental rahatsızlıklara yol açabileceğini ortaya koymaktır.

Şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi ciddi sorunları olan hastaların evlerinde bakılmaları, literatürdeki birçok çalışmaya göre tedavi sürecine ciddi olumlu katkılar sağlamaktadır. Öte yandan bu kişilerin bakımıyla sorumlu kişilerin profesyonel bir eğitim almamaları, bu kişilerde de çeşitli mental bozukluklara yol açabilmektedir. Çünkü literatürdeki yine birçok çalışma, bu gibi rahatsızlıkların bakım veren yüküne neden olduğunu ortaya koymaktadır.

O halde bu kişilerin profesyonel merkezlerde tedavilerinin yapılması gerekir, ancak yine çalışmalar, evde bakımın hastalığın sağaltımında ciddi katkılarının olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla hem bakım veren yükünü düşürecek, hem de tedavinin başarısını yükseltecek çözümün bulunması gerekir. Çalışmada bu doğrultuda, bakım veren yükü açısından durumun ortaya konması, betimlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın her aşamasında, gerek kaynak toplamada, gerekse araştırma dizaynında ve uygulama aşamasında katkılarını esirgemeyen, başta danışman hocam olmak üzere, tüm katılımcılara ve emeği geçen herkese teşekkürlerimi borç bilirim.

Türkan ÖBEKLİ

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|--------------------------|--------------|
| KABUL VE ONAY | 3 |
| YEMİN METNİ..... | 4 |
| ONAY | iii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT | v |
| ÖNSÖZ | vi |
| KISALTMALAR LİSTESİ..... | xi |
| TABLOLAR LİSTESİ..... | xii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | xv |
| EKLER LİSTESİ | xvi |
| | |
| GİRİŞ | 1 |

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri..... | 1 |
| 1.1.1. Şizofreni DSM IV Alt Tipleri ve Tanı Ölçütleri..... | 3 |
| 1.1.2. Şizofreni Tanısı..... | 4 |
| 1.1.3. Şizofrenin Tarihçesi..... | 4 |
| 1.1.4. Epidemiyoloji..... | 6 |
| 1.1.5. Etyoloji..... | 6 |
| 1.1.5.1 Kalıtım | 7 |
| 1.1.5.2. Çevresel Nedenler..... | 8 |
| 1.2. Şizofreni ve Aile | 9 |
| 1.3. Bipolar Bozukluk | 10 |
| 1.3.1. DSM-IV-TR tanı kriterleri..... | 10 |
| 1.3.2. Tanım | 11 |
| 1.3.3. Tarihçe | 12 |
| 1.3.4. Epidemiyoloji..... | 13 |

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| 1.3.5. Etyolojisi..... | 15 |
| 1.3.5.1. Genetik etmenler | 15 |
| 1.5.5.2. Biyokimsyal etkenler..... | 16 |
| 1.4. Bakım Veren Yüku | 17 |
| 1.5. Anksiyete | 19 |
| 1.5.1. Epidemiyoloji..... | 21 |
| 1.5.2. Etyoloji..... | 22 |
| 1.6. Depresyon | 22 |
| 1.6.1. DSM-IV-TR Depresif Dönem Tanı Ölçütleri..... | 23 |
| 1.7. Cinsel İşlev Bozukluğu | 26 |

2. BÖLÜM

YÖNTEM

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| 2. 1. Araştırma Modeli | 29 |
| 2. 2. Evren ve Örneklem | 30 |
| 2.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi..... | 30 |
| 2. 4. Araştırmanın Alt Problemleri..... | 31 |
| 2. 5. Verilerin Toplanması | 32 |
| 2. 5. 1. Veri Toplama Araçları | 32 |
| 2. 5. 1. 1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği | 33 |
| 2. 5. 1. 2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği..... | 33 |
| 2. 5. 1. 3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği | 33 |
| 2. 5. 1. 4. Kişisel Bilgi Formu | 34 |
| 2. 5. 2. Uygulama..... | 34 |
| 2. 6. Verilerin Çözümlemesi | 34 |

3. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi İncelemeye İlişkin Bulgular..... | 36 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi İncelemeye İlişkin Bulgular | 38 |
| 3.3. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi İncelemeye İlişkin Bulgular | 40 |
| 3.4. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleri İle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 42 |
| 3.5. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 43 |
| 3.6. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 44 |
| 3.7. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 45 |
| 3.8. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 46 |
| 3.9. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 47 |
| 3.10. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 48 |
| 3.11. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 49 |
| 3.12. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 50 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.13. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 51 |
| 3.14. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 52 |
| 3.15. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 53 |
| 3.16. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular..... | 54 |
| 3.17. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular..... | 55 |
| 3.18. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular..... | 56 |
| 3.19. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 57 |
| 3.20. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 57 |
| 3.21. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular | 58 |
| TARTIŞMA | 60 |
| KAYNAKLAR | 70 |
| EKLER..... | 81 |

KISALTMALAR LİSTESİ

ACYÖ : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

HAÖ : Hamilton Anksiyete Ölçeği

HDÖ : Hamilton Depresyon Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

- Tablo 1. 1.** Şizofreninin genetiği ile ilgili olarak yapılan aile ve ikiz çalışmalarının özeti 8
- Tablo 1. 2.** DSM-IV-TR'e göre DDB'lerinin Yaşam Boyu Yaygınlıkları..... 14
- Tablo 3. 1.** Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalama, Aritmetik Ortalama Standart Hata ve Standart Sapma Değerleri 36
- Tablo 3. 2.** Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeyleri Arasındaki İlişkileri Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Sonuçları..... 37
- Tablo 3. 3.** Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalama, Aritmetik Ortalama Standart Hata ve Standart Sapma Değerleri 38
- Tablo 3. 4.** Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeyleri Arasındaki İlişkileri Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Sonuçları..... 39
- Tablo 3. 5.** Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalama, Aritmetik Ortalama Standart Hata ve Standart Sapma Değerleri 40
- Tablo 3. 6.** Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeyleri Arasındaki İlişkileri Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Sonuçları 41
- Tablo 3. 7.** Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları 42
- Tablo 3. 8.** Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları..... 43
- Tablo 3. 9.** Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları 44
- Tablo 3. 10.** Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşp

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 45 |
| Tablo 3. 11. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 46 |
| Tablo 3. 12. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 47 |
| Tablo 3. 13. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 48 |
| Tablo 3. 14. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 49 |
| Tablo 3. 15. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 50 |
| Tablo 3. 16. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 51 |
| Tablo 3. 17. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 52 |
| Tablo 3. 18. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 53 |
| Tablo 3. 19. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 54 |
| Tablo 3. 20. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 55 |

| | | |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tablo 3. 21. | Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları | 56 |
| Tablo 3. 22. | Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları..... | 57 |
| Tablo 3. 23. | Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları..... | 58 |
| Tablo 3. 24. | Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları..... | 59 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. 1. Genel popülasyona oranla akrabalarda şizofren olma riski..... 7

EKLER LİSTESİ

Sayfa

Ek. 1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Ek. 2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Ek. 3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

GİRİŞ

Şizofreni, düşünce, davranış, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, duygusal ifadeler, motor davranış alanlarında belirtiler gösteren, gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, heterojen özellikli psikotik bir bozukluktur (Şimşek, 2006).

Şizofreni, hastaların işlevselliğinin bozulmasına yol açtığı gibi aile yakınlarını ve toplumu olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Hastalara bireysel acı ve kayıplar yaşatan hastaya bakım verme yükünün hastaneden aileye taşınması, toplumda desteğe ihtiyaç duyulması ve bireyde hayat boyu üretim kaybı gibi doğrudan ve dolaylı ciddi etkileri olan önemli bir hastalıktır (Barlas, 2011).

Şizofreni tanısı almış kişiler ve aileleri bu rahatsızlıktan büyük ölçüde etkilenir. Şizofreni karmaşık bir hastalıktır. Toplumsal işlevsellikte, kendine bakımda ve gerçekte gerçek olmayı ayırt etmede zorlukların yaşanmasına neden olmaktadır (Koroğlu, 2013).

Öztürk ve Uluşahin (2011) şizofreni hastalığıyla ilgili belirsizlikleri şöyle ifade etmiştir “Yüzyılı aşkın bir süredir yapılan bütün çalışmalara ve bilgilerimizin çok artmış olmasına karşın, hastalığın adı ve tanımlaması üzerine bile tam bir anlaşmaya varılmış değildir. Gerçekten böyle bir hastalık var mıdır? Yoksa değişik hastalıklar mı söz konusudur? Etiyolojisi nedir? Gidişi nasıldır? Nasıl sonuçlanır? Sağaltım yöntemleri nelerdir? Bu sorular yüzyıl önce tartışmalı idi, günümüzde de tartışmalıdır”

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri

A-Karakteristik Semptomlar: Bir aylık bir süre boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre). Bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması

- 1- Hezeyanlar (Sanrılar),
- 2-Halüsinasyonlar (Varsanılar),
- 3- Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. Çağrışımlarda dağınıklık) yada enkoherans),
- 4- İleri derecede dezorganize yada katatonik davranış,
- 5- Negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşmazlık) avolisyon).

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütlerinden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B- Toplumsal/Mesleki işlev bozukluğu: iş, kişilerarası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C- Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A

Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamaludur; prodromal ya da tortu belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da tortu dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterir.

D- Şizoaffektif Bozukluk, Duygudurum Bozukluğu dışlanmış: Şizoaffektif Bozukluk Ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, Çünkü ya aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum atakları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve tortu dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E- Madde kullanımının/Genel tıbbi durumun dışlanmış. Bu bozukluk bir maddenin (ör. Kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F- Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla Olan İlişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir (Koroğlu, 2000).

Dünya sağlık örgütü tarafından geliştirilen ICD-10 tanı kılavuzunun ölçütleri DSM-IV-TR ile büyük oranda benzeşse de, DSM-IV-TR' ten farklı olarak; şizofreni tanısı için psikotik belirtilerin 6 aydır sürmekte olması koşulunu koymaz, bir aydır devam ediyor olması yeterli bulur. Ancak, tipik şizofreni belirtileri ortaya çıkmadan önce prodromal bir dönemin olabileceğini kabul eder. Sosyal ya da mesleki performansta belirgin bozulma şizofreni için bir tanı ölçütü değildir (Barlas, 2011).

1.1.1 Şizofreni DSM IV Alt Tipleri ve Tanı Ölçütleri

Paranoid tip

- A) Bir yada birden fazla sanrı veya sıklıkla işitme varsanılarının bulunması.
- B) Dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış, düz veya uygunsuz duygulanım klinik görünümde baskın değildir.

Dezorganize tip

Aşağıdaki tüm ölçütler karşılanmalıdır.

- A) Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, düz veya uygunsuz duygulanım.
- B) Katatonik tip ölçütleri karşılanmamalıdır.

Katatonik tip

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünümüne hakimdir.

- A) Katalepsi (balmumu esnekliğini de kapsamalı) ya da stupor ile karakterize motor hareketsizlik.
- B) Amaçsız ve dış uyarıdan etkilenmeyen aşırı motor aktivite.
- C) Aşırı negativizm (tüm girişimlere hareketsiz direnç yada hareket ettirme girişimlerine rağmen katı postürü sürdürme) yada mutizm.
- D) Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhafliklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), sterotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin grimas.
- E) Ekolali veya ekopraksi.

Ayrılmamış tip

DSM-IV-TR'deki A ölçütleri karşılanmıştır ancak paranoid, dezorganize, katatonik tip tanı kriterleri tam olarak karşılanmaz.

Rezidüel tip

Aşağıdaki ölçütler karşılanmıştır.

A) Belirgin sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize yada katatonik davranışın olmaması.

B) Negatif semptomların yada A ölçütündeki iki yada daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır (Şimşek, 2006).

1.1.2. Şizofreni Tanısı

Şizofreninin başlıca özelliği, bu bozukluğun bir kısım bulgularının en az 6 aydır sürüyor olmasıyla birlikte (A ve C tanı ölçütleri), 1 aylık bir sürenin (yeterince tedavi edilmişse daha kısa süre) önemli bir kesiminde bu bozukluğa özgü belirti (hem pozitif hem negatif) ve bulguların bir karışımının bulunmasıdır. Şizofreninin hastalığa özgü semptomları, algı, çıkarımsal düşünce, dil ve iletişim, davranışlar bütünü, duygulanım, düşünce ve konuşmanın akıcılığı ve üretimi, zevk alabilme yeterliliği, istem gücü, itki ve dikkati kapsayan geniş bir yelpazedeki bilişsel ve duygusal işlevsel bozuklukları içerir. Şizofreni için patognomonik olan tek bir semptom yoktur; belirli bir takım belirti ve bulguların bir araya geldiğinin görülmesi ile birlikte mesleki ya da toplumsal işlevsellikte bozulma olması ile tanı konur (Koroğlu, 2007).

1.1.3. Şizofrenin Tarihçesi

Şizofreni hastalarının belirtileri çok çeşitli temel bozuklukları kapsar. Bunlar düşünce, algı ve dikkat, motor davranışlar, duygular olabileceği gibi; pozitif ve negatif belirtiler de olabilmektedir. Pozitif belirtiler; konuşmada düzensizlik, sanrı ve varsanı, halüsinasyon ve delüzyon sanrıları, varsanılar ve garip davranışlar iken negatif belirtiler; avolasyon (istek ve enerji azalması), aloji (düşünce ve konuşma fakirliği), anhedoni (zevk alamama), duygularda küntleşme gibi davranışsal sorunlardan oluşur (Dağ, 2011).

Şizofreni kavramının tarihçesiyle ilgili ilk bulgularda Emil Kraepelin ve Eugen Bleuler karşımıza çıkmaktadır. Şizofreni kavramı ilk defa bu iki Avrupalı

psikiyatir tarafından tanımlanmıştır. Kraepelin 1898’ de ilk ismi olan dementia praecox (erken bunama) kavramını ileri sürmüştür (Dağ, 2011). Alman ruh hekimi Emil Kraepelin demans praecox, katatoni, hebefreni olarak adlandırılan durumların aynı hastalık sürecinin alt tipleri olabileceğini ileri sürmüş, paranoid ve basit alt tiplerini de ekleyerek “erken demans (dementia praecox) terimini önermiş ve daha sonra bunu nüks ve remisyonlarla seyreden karakteristik bir gidişi olan manik-depresif psikozdan ayırmıştır (Barlas, 2011). Kraepelin’ in bu bozukluğun en detaylı ve klinik olarak zengin tanımlarından bazılarını ortaya koyduğu da kabul edilmektedir (Yalom, 2008). Ancak Kraepelin şizofreni için tanımlamanın ötesine geçememiştir. Bleuler ise tanımlamada Kraepelin’ den iki noktada farklı görüş ortaya koymuştur. Kraepelin’e göre hastalık için mutlaka erken başlangıç olmadığı ve zorunlu bir bunamayla sonlanmadığıdır. Bu nedenle de dementia praecox terimi uygun bulunmamış ve Bleuler 1908’de şizofreni terimini ileri sürmüştür. Şizofreni eski Yunan terimi “yarılma” anlamına gelen schizein’ dan ve akıl anlamına gelen phren’den gelmektedir ve aklın yarılması demektir (Dağ, 2011). Bleuler bu terimi bireyin bilişsel süreçlerinin duygularından, duygularında isten veya güdüden ayrıştığını ve kişinin zihinsel işlevleri arasındaki doğal uyumun kaybolduğunu belirtmek için kullanmıştır (Yalom, 2008).

Şizofreniye katkısı Freud’un gelişen şizofreni kavramı üzerindeki etkisinde görülmektedir (Yalom, 2008). Freud libidonun bedene ve benliğe yatırıldığı birincil narsisizm dönemini, egonun ve nesne ilişkilerinin gelişiminden sonra yaşamdaki örseleyici olaylarla birlikte nesnelere libidinal yatırımın çekilerek benliğe yatırıldığı ve ego bütünlüğünün kaybolduğu ikincil narsisizm dönemini tanımlamış ve şizofreninin egonun ilk ortaya çıktığı döneme kadar uzanan bir gerilemeden kaynaklandığını öne sürmüştür (Beleno, 2009).

Şizofreni günümüzde tek bir hastalık olarak görülmektedir. Kanserde olduğu gibi çok değişik etiyolojiler, klinik türler, gidiş ve sonlanış gösteren; değişik sağaltım yolları olabilen bir bozukluklar kümesi olarak kabul edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.1.4. Epidemiyoloji

Şizofreninin sıklığı ve yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenmektedir. Ancak bu konuda bazı ülkelerde daha yüksek ve düşük yaygınlık oranları bildirilmektedir. Şizofreninin tüm dünyada kişisel ve ekonomik sorunlara yol açan en önemli halk sağlığı olduğunu konusunda netlik vardır. Tüm hastane yataklarının %25'inin işgal edilmesine, üretkenliğin yitimi ve sağaltımla ilişkili olarak yüksek maliyete, %20 daha kısa yaşam beklentisine ve %10-15 intihar oranına yol açan şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %0.5 - %1,5 (ortalama % 1) arasında değişmektedir. Şizofrenide yıllık insidans hızı 100.000'de 10 ile 54 arasında verilmektedir. Yaygınlık ölçümlerine, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, şizoaffektif psikoz, atipik psikoz ve hezeyanlı bozukluk gibi şizofreni spektrum bozuklukları dahil edilecek olursa etkilenen kişi sayısı artmaktadır (Belene, 2009).

Şizofreni hastalığı kadınlarda ve erkeklerde farklı seyir göstermektedir. En sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Erkek hastaların %61.6'sında, kadın hastaların % 47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına kadar ortaya çıkmakta ve erkek şizofreni hastalarının yarısından çoğu, kadın şizofreni hastalarının ise üçte biri ilk kez 25 yaşından önce bir psikiyatri kliniğine yatırılmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle beraber şizofreniye kadınlarda daha yüksek oranda rastlanmaktadır. 40 yaşından sonra bu oran artmakta, 60 yaşından sonra 1 erkeğe karşı 4 ya da 6 kadına çıkmaktadır. Bunlara karşın dünya sağlık örgütünün 10 ülkeyi içeren çalışmasında 54 yaşına kadar şizofreninin kadın ve erkeklerdeki risk oranı eşit olarak bulunmuştur (Barlas, 2011).

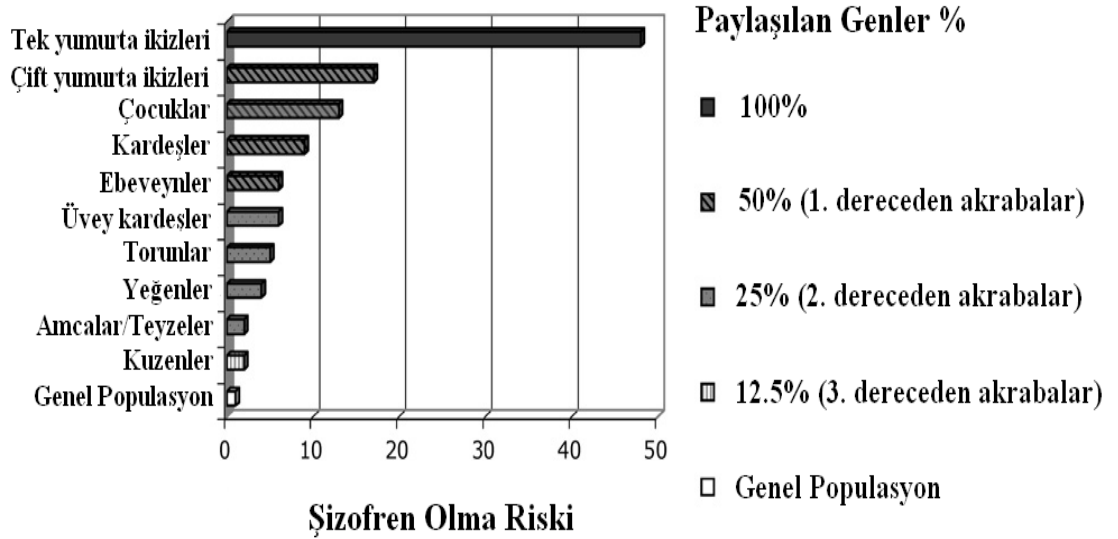
1.1.5. Etiyoloji

Şizofreni çok uzun yıllardır pek çok çalışmaya konu olmasına rağmen oluş nedenleri hakkında kesin bilgilere ulaşılamamıştır. Etiyoloji ile ilgili veriler organik” ve “psikososyal” olmak üzere tartışılırken son 20-30 yıldan beri beynin önemli bir

gelişimsel bozukluğu olduğu ile ilgili bilgiler kabul edilmektedir. Kalıtsal verilerin rolüyle birlikte bu yatkınlığın hastalıkla sonuçlanmasındaki diğer etkenlerden söz edilmektedir (Köroğlu, 2004). Yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmalarında genetik etkenlerin şizofreni etiolojisinde önemli bir rol oynadığı gösterilmektedir (Aydın ve Bozkurt, 2007).

1.1.6. Kalıtım

Sözgüzel, (2008)' de yaptığı çalışmasında, Yapılan ayrıntılı genetik epidemiyolojik araştırmalar sonucu hastalığın kalıtsal olduğu belirlenmiştir. Aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları göstermiştir ki, genel nüfusta %1 olan hastalanma riski, akrabalık derecesiyle yani paylaşılan gen yüzdesiyle ilişkili olarak artmaktadır (Sekil 1.1). Örneğin; tek yumurta ikizlerinden biri şizofren ise, diğer kardeşin hasta olma riski %48 oranında artmaktadır (Faraone et al. 2002; Mueser ve McGurk, 2004; Austin J, 2005; Owen MJ, 2005).



Kaynak: Austin J, 2005

Şekil 1. 1. Genel popülasyona oranla akrabalarda şizofren olma riski

Şizofrenide genetik bir yatkınlıktan söz edilmektedir. Yapılan çalışmalarda 5' inci, 11' inci ve 18'inci kromozomların uzun kolları; 19' uncu kromozomun kısa

kolu ve x kromozomu üzerindeki belirteçlerle şizofreni arasında bir ilinti olduğu bildirilmiştir. Şizofrenik hastaya genetik yakınlık ne denli fazlaysa şizofreni olma olasılığı da o denli yüksek olmaktadır (Köroğlu, 2004).

1.1.7. Çevresel Nedenler

Şizofreni oluşumu için çevresel nedenler, biyolojik ve psikososyal faktörleri içerir. Doğum öncesi ve sonrası komplikasyonlar, yetersiz beslenme, diyabet gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyoekonomik koşullar, etnik köken, meslek gibi sosyal nedenler de hastalığın oluşumunda rol oynayabilir (Dağ, 2011).

Tablo 1. 1. Şizofreninin genetiği ile ilgili olarak yapılan aile ve ikiz çalışmalarının özeti

| Kişiyeye Yakınlık | Şizofrenik Yüzdesi |
|--------------------------|---------------------------|
| Eş | 1.00 |
| Torun | 2.84 |
| Yeğen | 2.65 |
| Çocuklar | 9.35 |
| Kardeşler | 7.30 |
| Çift yumurta ikizleri | 12.08 |
| Tek yumurta ikizleri | 44.30 |

Kaynak: Gottesman, McGuffin, Farmer, 1987

Tablo 1.1. Şizofren akrabası olanların şizofreni geliştirme riskini göstermektedir. Tablodaki verilere baktığımızda şizofren akrabaları olan kişilerin daha fazla risk taşıdıkları görülmektedir.

1.2. Şizofreni ve Aile

Dağ'dan yapılan aktarmaya göre; Önceki çalışmalarda birçok kuramcı aile ilişkilerinin, özellikle anne ve oğul arasındaki ilişkinin şizofreni gelişiminde çok önemli olduğunu ileri sürmüştür. Bu görüş bir zamanlar o kadar yaygınlaşmıştır ki çocuklarında şizofreni görülmesine neden olduğu söylenen soğuk, baskıcı ve çatışma yaratıcı ebeveynler için şizofrenojenik anne terimi kullanılmıştır (Fromm-Reichmann, 1948). Bu anneler aynı zamanda reddedici, aşırı koruyucu, fedakar, diğerlerinin duygularına karşı duyarsız, cinselliğe karşı katı ve ahlakçı, yakınlıktan korkan kişiler olarak nitelendirilmişlerdir (Dağ, 211).

Ancak şizofreni ve aile çalışmalarıyla ilgi çalışmalar devam etmiştir ve farklı bulgular bulunmuştur. Bazı bilgiler kanıtlanamazken bazı yeni bilgilerde ileri sürülmüştür. Tüzer ve ark. (2003)' göre; Günümüzde aile ortamının ve aile bireylerinin tutumlarının şizofreni için bir neden olmadığı bilinmekle birlikte duyguların dışavurumu, iletişim şekli, duygulanım tarzı gibi bazı aile özelliklerinin hastaneden taburcu olunduktan sonra hastalığın alevlenmesi üzerine etkisinin olduğuna ilişkin kanıtlar artmaktadır (Leff ve ark. 1985, Barbato ve D'Avanzo 2000).

Şizofrenili hastalar ailelerini sağlıklı bireylerin ailelerine göre, daha az birbirine bağlı, başarıya yönelimi düşük bulmaktadır. Çok sayıda hastane başvurusu olan şizofrenili hastaların ailelerinde çatışma düzeyi yüksektir ve aile ortamı bireylerin kendilerini serbest olarak ifade etmelerine izin vermez (Schnur ve ark. 1986).

Tüzer ve ark. (2003)'de aynı çalışmada; Yaşanılan aile ortamında birbirine bağlılık, kendini ifade edebilme, çatışma gibi ilişki alanları yanında, kuralların açıklığı, kontrol gibi özellikler hastalardaki belirti şiddetini ve yaşam kalitesini etkileyebilir (Halford ve Varghese 1991). Olumlu duyguların ifade edilmesi ve ailenin hastadan beklenti düzeyinin düşük olması, negatif belirtilerin daha az görülmesi ve daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Halford ve Varghese 1991).

1.3. Bipolar Bozukluk

1.3.1. DSM-IV-TR tanı kriterleri

Bipolar bozukluk DSM-IV-TR Bipolar I bozukluk, Bipolar II bozukluk, Siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır.

DSM-IV-TR' ye göre bipolar bozukluk özgül bir belirti ölçütleri dizisi ile tanımlanır. Bipolar bozukluk tip-I, en az bir manik ya da karışık atağın varlığını ya da öyküsünü gerektirir. Tipik olarak manik atağı olan hasta, majör depresif atak da geçirirken, bipolar bozukluk tip-I tanısı, bir manik atak geçirmiş ve geçmişte majör depresif atak geçirmemiş hastalarda konulabilir (Köroğlu, 2007).

Bipolar bozuklu tip-II, bipolar bozukluk tip-I'den manik atak bulunmayan hipomani varlığı ile ayrılır. Hipomani ataları kısa süreli olmaları (en az 1 hafta yerine 4 gün) ve daha az şiddetteki bozukluğa (sosyal ya da mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya, psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatışa, ya da psikotik özelliklere yol açmayacak kadar az etkili) neden olmaları ile maniden ayrılır. DSN-IV-TR majör depresyon ölçütlerini karşılamayan depresif atakları ve hipomani ile görülen iki uçlu bir bozukluk yelpazesine ait siklotimiği içerir (Köroğlu, 2007).

İki uçlu bozukluk DSM-IV-TR' de mani dönemi ve hem mani hem de depresyon belirtilerini kapsayan karışık dönem olarak tanımlanmaktadır. İki uçlu bozukluğu olan kişilerin çoğu aynı zamanda depresyon döneminde yaşamaktadırlar. İki uçlu bozukluğun kritik belirtileri, maninin taşkın ya da sinirli duygudurumu, konuşkanlık ve aşırı hareketliliği ve ek olarak depresyon dönemleridir. Bu belirtilerin işte ya da sosyal yaşamda ciddi aksamalara neden olacak ya da hastaneye yatırılacak kadar ağır olması gerekmektedir. Manik dönemin taşkın ya da huzursuz (irritabl)

duygudurum, artı üç (eğer duygudurum huzursuz ise, dört) ek belirti gerekmektedir (Dağ, 2004).

1.3.2. Tanım

Bipolar bozukluk yineleyen mani, hipomani, depresyon ve karma dönemleri ile karakterize ve bu dönemler arasında kişinin hastalık öncesi duygudurum haline genellikle dönebildiği süreğen seyir gösteren bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanabilir. Mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma, özkıyım riski, sık yineleme gibi nedenlerle kişiyi ve çevresindeki yaşamını olumsuz yönde etkiler ve yeti yitimine sebep olur (Uğur, 2012; Aydemir, 2004).

Kraepelin zamanından beri psikoz-manyak-depresif (PMD) olarak bilinen bu hastalığa daha çok Amerikan DSM etkisi ile artık bipolar duygudurum bozukluğu denilmektedir (Öztürk, 2004; Ünal, 2002). Bipolar bozukluklar DSM-IV-TR sınıflamasına göre “Duygudurum Bozuklukları” içinde değerlendirilebilir (Köroğlu, 2001). Bipolar bozukluk birçok yerde bipolar affektif (duygudurum) bozukluk olarak adlandırılmasına karşın, bu bozukluklarda önemli patoloji kişinin o anki emosyonel içeriğinin dışavurumunda değil kişinin sürekli içsel durumu olan “mizaç (duygudurumu, mood)”tadır (Kaplan, 2004; Guay, 1995).

Dünya sağlık örgütü ICD-10' a göre depresyon hafif, orta ve şiddetli depresyon olarak üçe ayrılır. Buna göre hafif depresyon ölçütleri birey için kesinlikle anormal olacak derecede, büyük ölçüde çevre şartlarından etkilenmeyen hemen hemen günün tamamına hakim ve en az iki hafta boyunca süren çökkün duygudurum; normalde hoşlanılan etkinliklere karşı ilgi kaybı; enerji azalması veya kolay yorulma belirtilerinden en az ikisinin olması ve toplam belirti sayısını en az 4'e tamamlayacak şekilde kendine güven veya özsaygının azalması; makul olmayan bir şekilde aşırı pişmanlık veya suçluluk; tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri ya da her türlü intihar girişimi; düşünce kabiliyetinde dikkat toplamada azalma, karasızlık, bocalama; psikomotor aktivitede değişme, her türlü uyku bozukluğu;

iştahta değişme buna eşlik eden biçimde kiloda değişme belirtilerinin olmasıdır (Türkçapar, 2009; Raja ve Azzoni, 2004). Dünya sağlık örgütü (WHO) tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (Barlas, 2011).

1.3.3. Tarihçe

Mani ve depresyon kavramlarının tarihçesi antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Romalı Aurelianus, melankoli, Eski Yunanlılar ise taşkın duygurumla seyreden “delilik” durumunu fark etmişlerdir (Akiskal, 2003; Gökbulut, 2008).

Mani sözcüğü Yunanca’da öfke ve gazap anlamına gelmektedir (Akiskal, 2003). Melankoli (Kara Safra) terimi ise ilk kez M.Ö 450. yy’da Hipokrat tarafından ‘Keder, uykusuzluk, yememe, umutsuzluk, irritabilite hali’ şeklinde tanımlanmıştır. Bugünkü anlamda maninin temel belirtilerini tanımlayan ise MS 150. yy’da Kapadokyalı Aretaeus olmuştur (Gökbulut, 2008).

Emil (1013)’ te; Emil Kraepelin 1899’da affektif bozuklukları “manik-depresif delilik” adı altında tanımlamış ve bu görüş tüm dünya tarafından benimsenmiştir. 1960 larda bipolar bozukluğın yeniden doğuşu Jules Angst, Carlo Perris ve George Winokur’un yayınlarında yer almıştır. Bu kişiler unipolar ve bipolar bozuklukların ayırımını klinik, ailevi ve gidiş açısından tanımlamışlardır. Unipolar ve bipolar bozukluk görüşü son 30 yılda ilerlemiştir (Angst ve Marneros, 2001).

Ermiş 2013’teki çalışmasında; Major depresif bozukluğın ve iki uçlu bozukluğın ayrı iki hastalık olduğu, ilk kez 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır (Goodwin ve Jamison 1990).

1.3.4. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluğa ilişkin çok farklı epidemiyolojik veriler bulunmaktadır. Özellikle zaman içinde tanımlama ve sınıflandırmalarda gerçekleşen değişiklikler buna kaynak oluşturmıştır. Bipolar bozukluk hemen her toplumda benzer bir yaygınlıkta görülmektedir (yaklaşık %1) (Erdin, 2012).

Yaşam boyu (ve 12 ay) prevalansın iki uçlu bozukluk-I için %1,0 (0,6); iki uçlu bozukluk-II için %1,1 (0,8) iki uçlu bozukluk ve major depresif dönem olmadan tekrarlayan hipomani ve hipomani ölçütlerini tam doldurmayan hipomani semptomları olarak tanımlanan iki uçlu spektrum bozuklukları için %2,4 (1,4) olduğu belirtilmiştir (Ermiş, 2013).

İki uçlu bozukluğun başlangıç yaşı yaygın olarak 20 yaştır. Ve tek uçlu depresyondan belirgin biçimde düşüktür. İki uçlu I ve iki uçlu II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır. Doğum sonrası iki uçlu bozukluk depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu iki uçlu bozukluğa sahiptir. Hiç evlenmemiş, boşanmış ve dul kalmış olanlarda evlilere göre daha yüksek oranda iki uçlu bozukluk oranı bulunmaktadır (Oral, 2007; Vahip, 1999).

Uslu'nun 2012' de aktardığı çalışmadan şu verilere ulaşılmıştır; Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığına bakıldığı zaman bu oranın farklı ırk ve kültürlere göre değişkenlik göstermediğini görürüz ki bu durum da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir. DSM-IV-TR'e göre duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlıkları Tablo 1.2'de gösterilmiştir. (APA, 2000).

Tablo 1. 2. DSM-IV-TR'e göre DDB'lerinin Yaşam Boyu Yaygınlıkları

| Duygudurum Bozukluğu | Yaşam Boyu Yaygınlık |
|-----------------------------|---------------------------------|
| Major Depresyon | Kadın: % 10-25 Erkek: % 5-12 |
| Distimi | % 6 |
| BP-1 | % 0.4-1.6 |
| BP-2 | % 0.5 |
| Siklotimi | % 0.8-1 |

Kaynak: APA 2000

Major Depresyon kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık görülürken, BP-1'un kadında ve erkekte görülme sıklıkları eşittir. BP-2'nin ise kadınlarda daha sıklıkla görüldüğü söylenmektedir. Hastalığın her iki cinsiyette eşit oranda görülüyor olması nedeniyle cinsiyet farklılıkları çok fazla ilgi görmemiş ve yeterince incelenmemiştir. Ancak konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda hastalığın dönemsel özellikleri ve seyrinin cinsiyetler arasında farklı olduğu gösterilmiştir. Buna göre erkeklerde manik, kadınlarda depresif dönemler daha sık olup; kadınlarda karma nöbet ve hızlı döngülülük de daha sık saptanmıştır (Turhan, 2007 ve Alessandra ve ark. 2011).

1.3.5. Etyolojisi

Bipolar bozukluğun etiyoloji hakkında bugüne kadar kesin bilgilere ulaşılamamıştır. Hastalığın ortaya çıkışındaki bazı faktörler şunlardır.

1.3.5.1. Genetik etmenler

Bipolar hastalığın genetik çalışmaları ile ilgili veriler netlik kazanmamıştır. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları genetik etiyojinin önemine dair güçlü kanıtlar vermiştir (Erdin, 2012). Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak çok sayıda genle ilişkili olduğu bunlardan bazılarının hastalığa yakınlıkta etkisi olduğu ve çevresel faktörlerinde sorumlu olduğu karmaşık bir geçişten söz edilmektedir (Kocabıyık, 2001).

Hastalığın patofizyolojisinde özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin (5HT) üzerinde durulmakla birlikte hastalık gelişiminde dopamin (DA) ve melatonin mekanizmalarındaki anormalliklerin de rol oynadığı gösterilmektedir. Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozuklukları (kolinerjik yetersizlik) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir (Turhan, 2011).

Birçok çalışmada şizoaffektif bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluğun ailelerde önemli ölçüde birlikte kümelenildiği (co-aggregation) gösterilmiştir. Örneğin Valles ve arkadaşları (2000) bipolar bozukluk tanısı ile yatarak tedavi gören hastaların yakınları ile sağlıklı kontrol grubunun yakınlarını bipolar bozukluk ve şizofreni riski açısından karşılaştırmışlar, bipolar hastaların akrabalarında hem şizofreni hem de bipolar bozukluk riskini, sağlıklı kontrollerin akrabalarına kıyasla artmış olarak saptamışlardır. Rolatif risk bipolar bozukluk için 14.2, şizofreni için 4.9 olarak bulunmuş, hem şizofreni hem de bipolar bozukluk açısından rolatif riskin en yüksek olduğu grubun erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan kadın hastaların akrabaları olduğu saptanmıştır. Bir ailede birden fazla bipolar bozukluk vakasının varlığı şizofreni riskini daha fazla arttırmış, buna karşılık psikotik özelliklerin olması ek bir risk artışına neden olmamıştır. Yazarlar bu bulgularla, psikozun aktarımının hastalığa spesifik olmadığı ve yüksek ailesel yükünlük ile karakterize bipolar hastaların akrabalarında şizofreni riskinin arttığı sonucuna varmışlardır (Yücel, 2008).

1.3.5.2. Biyokimsayal etkenler

Uslu 2012’de yaptığı çalışmasında; Duygudurum Bozuklukları’nda (DDB) ilk atak genellikle özgül olmayan stresli bir yaşam olayını takiben başlamakta, ancak izleyen dönemlerde böyle bir etkenin varlığı gerekli olmaksızın ataklar kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Bu durum ‘Duyarlılaştırma Modeli’ ile açıklanılmıştır. Yani kişinin ilk atak öncesi yaşamış olduğu travmatik deneyim gen açılımına neden olarak ilk atağı tetiklemekte, ancak tekrarlayan duygudurum dönemleri sonucunda beyin biyokimyasında meydana gelen değişimlerle kişi çevresel stresörlere daha hassas hale geldiğinden sonraki ataklar büyük bir strese maruz kalmaksızın ortaya çıkabilmektedir (Turhan, 2011).

Hastalığın biyolojik temellerine eklenen stresli yaşam olayları, aile içi çatışmalar, sosyal ilişkiler, uyku uyanıklık döngüsünde bozulmalar, ilaç uyumunda bozukluk gibi tetikleyiciler yinelemelerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı saptanmıştır. Stres yatkınlık modelleri, iki uçlu bozukluğun etiopatogenezinde toplumsal, biyolojik ve psikososyal etkenler arasındaki etkileşimi vurgulayarak bütüncül bir biyopsikososyal model oluşturmuştur (Ermiş, 2013).

1.4. Bakım Veren Yükü

Yirminci yüzyılın başında Sullivan anormal aile ortamı ile şizofrenik davranış arasında bir ilişkinin olduğu düşünmüş ve bu ilişki üzerinde durmuştur. Daha sonra ise birçok araştırmacı şizofreni gelişimi ile ilgili teoriler geliştirmişlerdir. Sıklıkla “şizofrenik anne” “evlilik çarpıklığı ve parçalanma” veya “yalancı ortaklık” tanımlarında anne kavramı üzerinde durularak, şizofreni hastalığının ortaya çıkışında annenin olumsuz rolüne dikkat çekilmiştir. İlerleyen yıllardaki çalışmalar ise aileyi hastalığın nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin tutumunun hastalığın seyrini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011; Ankri ve ark., 2005; Akbayrak, 2002; Kasuya ve ark., 2000).

Bakım veren yükü kavramı 1970'lerden sonra resmi olarak tanınmış ve önem görmeye başlamıştır. Birleşik devletler ve Batı Avrupa Devletlerinde bakım verenlerin hastaların ve dolayısıyla toplumun yaşamına katkıları kabul edilmiştir. Bakım veren yükü kavramı; hastalara bakım vermektten kaynaklanan ekonomik güçlükler ve psikolojik durum olarak tanımlanabilir (Barlas, 2011). Bakım verenlere tedavi sürecinde önemli sorumluluk düşmektedir ve bakım verenlerin yaşamları olumsuz yönde etkilenmektedir. Hastaların hastaneyi yatış süreleri, hastalık süresi, hastaya olan yakınlık, bakım konusunda istekli olup olmaması, inançları, cinsiyeti, sosyal desteği gibi etkenlerin önemi bakım verenin etkilenme düzeyini belirlemektedir.

Lefley (1989) çalışmasında, mental rahatsızlığa sahip olan bireylerin ailelerinde sürekli bir stres kaynağı yarattığını ve bu durumun bakım veren aile üzerinde bir yük oluşturduğunu ifade etmiştir (Lefley, 1989).

Bakım veren yük kavramı tek bir tanımla açıklanamayacak kadar karmaşık bir kavram olması nedeniyle öznel ve nesnel yük kavramları geliştirilmiş somut ve dışarıdan gözlenebilen yük ile, hissedilen ve ifade edilen yükün ayrılması amaçlanmıştır. Objektif bakım veren yükü, bakım verende gözlenebilen, hastanın belirtileri ve davranışlarına bağlı olarak gelişen fiziksel ve psikolojik iyilik halindeki bozulma, günlük yaşam ve sosyal etkinliklerde azalma, ekonomik zorluklar gibi doğrudan gözlenebilen belirtileri iken, subjektif bakım veren yükü bakım verenin bakım verme süreciyle ilişkili olumsuz yaşantıları, objektif bakım verme yükünün belirtilerinden ne derce etkilendiği ile ilgilidir (Depçe, 2010).

Bakım verme yükünün önemli bir kısmı aile üyelerine düşmektedir. Bu rol genellikle eşler, kardeşler ya da ebeveynler tarafından üstlenilmektedir (Robinson ve ark., 2008).

Bakım veren yükünün aynı zamanda demografik özelliklerle arasındaki ilişki de incelenmektedir. Ennis ve Bunting (2013) çalışmalarında, ekonomik ve moral

açından bakım veren yükünün etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada bakım veren yükünün ailede kişisel mental problemlerin varlığıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Ennis ve Bunting, 2013).

Gülseren ve arkadaşlarını yapmış olduğu çalışmada hastalarla en fazla ilgilenen kişilerin kadınlar ve özellikle kadınlar içinde de annelerin olduğu, bakım verenin kadın olmasının da daha fazla yükü ilişkili olduğu bildirilmiştir (Gülseren, 2010).

Verilen bakımın kalitesi ve yeterliliği bakım verenin yaşam kalitesine de bağlıdır. Son dönemlerde bakım verenin yükü değerlendirilirken kişinin yaşam kalitesi de değerlendirilmektedir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kaliteleri düşük – orta bandında bulunmuştur. Sosyal destekleri ve sağlık durumları yaşam kaliteleri ile ilişkili bulunmuştur (Lueboonthavatchai , 2006).

Genç yaştaki hastalar için bakım verme yükü daha geniştir. Hastaya bakımın kalitesi ve yeterliliği bakım verenin yaşam kalitesine bağlıdır (Barlas, 2011).

Yapılan bir araştırmada ruhsal bozukluğu olan kişilerin eşlerinin ruhsal bozukluğu olmayan kişilerin eşlerine göre depresyon ve anksiyete belirtileri açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir (Idstad ve ark., 2010).

Depresyon bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar arasında, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşmesi, işlevsel olarak kötüleşmeleri, mortalitede artış olması söylenebilir. Depresyon bakım verme sürecinde, bakım vericilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının önemi üzerinde durulmaktadır. Şizofreni hastalığının ilerleyen yıkıcı etkileri nedeniyle bakım vermek gerekli hale gelmektedir. Bu nedenle de bu hastalara bakım veren kişiler fiziksel, duygusal, psikolojik ve ekonomik olarak yük altına girmektedirler. Bu nedenle bakım veren kişilerin bakım verme sürecinde yaşam kalitelerindeki işlevsellikte azalma ve psikolojik sağlıklarında bozulma meydana gelmekte ve bakım verme süreci bir külfet haline gelebilmektedir (Aydın ve ark., 2009).

Deborah ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, bakım veren yükünün şizofren hastalığındaki bileşenlerini ve ilişkili olduğu kavramları incelemiştir. Çalışmada bakım veren yükünün semptomlar, yaşam kalitesi, medikasyon yan etkileri, nörokognisyon gibi özelliklerle ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Deborah ve ark., 2006). Benzer şekilde Shisabuddeen ve Moosabba (2012) çalışmalarında, şizofren hastalarına bakım yükü artmakta ve bu hastaların bakımından sorumlu kişilerin üzerinde aile stresi oluşmaktadır. (Shisabuddeen ve Moosabba, 2012).

Şizofreni hastalığı hem hasta için hem de bakım veren için yükü ve güçlükleri olan bir hastalıktır. Şizofreni hastalığında bakım veren yükünü daha çok birinci derece yakınlar üstlenmektedir. Bu nedenle de hastalık hem hasta birey hasta yakınları için stresli bir durumdur (Çetinkaya ve ark., 2011).

Ailelerin bakım vermede yaşadıkları zorlanmayla baş edebilmeleri için ailelere yönelik “hastalık bilgisi, aile yükü ve öz yeterliliklerinin değerlendirilmesi ve uygun girişimlerde bulunulması” gibi çalışmaların yapılması önemlidir (Yıldırım ve ark., 2013). Bu amaçla ailelere destek programları uygulanmakta ve kronik hastalığı olan yakınlarla bu programlarla yardımcı olunmaya çalışılmaktadır.

1.5. Anksiyete

Anksiyetenin tarihi milattan önceki yıllara kadar uzanmaktadır. 18. Yüzyıllarda anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtileri ayrı ayrı ele alınırken zaman içinde fiziksel ve ruhsal belirtilerin aynı bozukluğun parçaları olduğu anlaşılmıştır. Freud bu belirtileri bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nun tanımlamıştır ve organik kökenli olduğunu savunmuştur. Krapelin ise “korku nevrozu” olarak ifade etmiş ve anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden bahsetmiştir (Ay, 2011).

Anksiyete iç sıkıntısı kaygı, bunaltı gibi yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan endişe ve korku duygusudur (Işık ve Taner, 2006).

Anksiyete korkuya benzeyen bir duygu olmakla birlikte; kötü bir haber alacakmış bir felaket olacakmış gibi kişide sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılanır ve tanımlanır. Bu algının şiddeti değişik yoğunluklarda olabilir. Ağır derecede olan hastalar bu sıkıntının giderilmesi için her şeye razı olduklarını anlatırlar (Öztürk, 2011; Karataş ve ark., 2003).

Anksiyete bozukluğunda kişide ortaya çıkan korku, kaygı gibi durumlara davranışsal ve bedensel tepkilerde eklenmektedir. Anksiyete duygusu ile birlikte kişi olaylar karşısında orantısız tepkiler vermektedir. Kişinin kendisine olan güven yetersizliği, kendisini beceriksiz, yeteneksiz olarak algılaması ve bunun gibi olumsuz düşüncelerin ortaya çıkması olaylar karşında daha orantısız tepkiler vermesini arttırmaktadır (Zeytin, 2012).

Anksiyete birbiriyle uyumlu bir şekilde çalışan birçok sistemleri etkilemektedir. Bu nedenle organizma gerekli işlemleri yapamaz duruma gelmektedir (Esel, 2003).

Anksiyete yaşantısının iki bileşeni vardır. Korku veya endişe. Anksiyete sonucunda kişinin motor aktiviteler ve organları üzerinde etkiler görülür. Ayrıca düşünme, algı ve öğrenme üzerinde etkileri vardır. Dikkat dağınıklığı, unutma olaylar arası bağlantılar kurma yetisinde bozulmalar görülebilir (Ay, 2011).

Anksiyete bireyi çevresinde olan değişikliklere hazırlar ve beraberinde bir psikiyatrik bozukluğa genellikle eşlik eder. Anksiyete her insanda bir miktar var olan bir durumdur. Organizmanın biyolojik koruma sisteminin bir parçası olarak kaçma veya olayla savaşıma sağlamak için gereklidir. Ancak ortada herhangi bir tehlike yokken ortaya çıkıyor ve uzun sürüyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir (Gürbüz, 2010). Böyle bir durumda ise kişinin mesleki ve aile yaşantısını etkilemeye başlar,

kişilerarası ilişkilerde bozulmalara yol açar gün içinde sık sık tekrarlamaların olması sebebiylede kişi bununla baş edemez duruma gelir . Ayrıca huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı gibi belirtilerin yanında baş ağrısı, kulak çınlaması, çarpıntı, yorgunluk gibi psikosomatik reaksiyonlarda görülebilmektedir (Bal, 2010).

Anksiyete bozukluğu tanısı konulan kişilerde genel bir huzursuzluk, gergin duruş, çabuk kızma, yerinde duramama vardır. Hastaların sesinde heyecanlı bir titreklilik vardır. Düşünce içeriğinde belirgin bir bozukluk olmaz.düşünce içeriğinde tasaları fazladır (Öztürk, 2011).

Anksiyete bozuklukları alt kategorilere ayrılarak sınıflandırılmışlar. DSM IV-TR'ye göre ise anksiyete bozuklukları; panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğudur (Köroğlu, 2007). Yapılan çalışmalar, anksiyete ile Bipolar bozukluk arasında ilişkiyi ortaya koymuştur (Altındağ ve ark., 2006; Keller ve ark., 2006; Boylan ve ark., 2004; Perugi ve Ton, 2004; Altshuler ve ark., 2003; Feske ve ark., 2000; Myers ve Thase, 2000).

1.5.1. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları toplumda sık görülen bir rahatsızlıktır. Yaş grubu olarak en riskli dönem 10-25 yaş arasıdır. Kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bilinmektedir (Ay, 2011).

Anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6 olarak bildirilmektedir (Öztürk, 2011).

ABD'de ulusal temsili örnekleme oluşturan 8098 erişkin üzerinde yapılmış olan Ulusal Eşanı Çalışmasına (National Comorbidity Survey) göre Amerikan

toplumunda 4 erişkinden birinde bir anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. 1997'de yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre ülkemizde anksiyete bozuklukları sıklıkları şu şekilde saptanmıştır: Panik bozukluğu: % 0,4; Agarofobi: % 0,6; YAB (Yaygın anksiyete bozukluğu): % 0,7; OKB (Obsesif kompulsif bozukluk): %0,5; Sosyal fobi: % 1,8; özgül fobi: 2,7. Anksiyete bozuklukları önemli derecede yeti yitimine neden olmaktadır. Ayrıca bilişsel fonksiyonlar üzerine etkilerine dair çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmalar daha çok OKB hastaları toplanan verilere dayanmaktadır (Cömert, 2004).

1.5.2. Etyoloji

Yapılan çalışmalarında genetik faktörlerin önemli bir rolünden bahsedilmektedir. panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkolizm, otizm ve yeme bozuklukları anksiyete bozukluklarında çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir (Bal, 2010).

1.6. Depresyon

Depresyon sözlük anlamı olarak çökkünlük olarak tanımlanmaktadır. Depresyon kelimesi; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır (şahin, 2012).

Depresif duygular istenmeyen bir yaşam olayıyla karşılaşıldığında yaşanan üzüntü keder durumudur. Bu durum yaşamın doğal bir parçası olarak verilen tepkidir. Ancak klinikte ruhsal bir hastalık olarak kabul edilen depresif bozukluk, duygusal bir tepkinin çok ötesine geçerek kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyen etkisi ve şiddeti kişinin yaşamında işlevselliğini bozacak duruma getiren bir sendromdur (Ayduman, 2009).

Depresyon kişinin işlevselliğini bozan, kayıp ya da yaşlanma stres gibi durumlarda keder ya da tedirginlik gibi kendini gösteren duygudurum bozukluğudur. Bu durum yaşam olaylarından orantısız bir şekilde gelişir ve bitmesi gereken zamanda bitmez ve uzun süreli olursa problem teşkil etmeye başlar (Özağı, 2007).

Depresyon bilinen en eski psikiyatrik bozukluktur (Ayduman, 2009). Depresyon etiyojisi hakkındaki çalışmalar 16. 17. yy'a uzanmaktadır (Şahin, 2012).

1.6.1. DSM-IV-TR Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

DSM-IV-TR'ye göre depresyon için tanı ölçütleri şu şekildedir.

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk almama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da hallüsinasyon belirtilerini katmayınız. (1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir. (2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere). (3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması. (4) hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hypersomnia) olması. (5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir). (6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması. (7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil). (8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir). (9) rekürren ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın tekrarlayıcı intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık derecesinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (Aydın, 2008).

Depresyonun üç alanda bozulmaya neden olduğu söylenebilir. Bunlar; duygusal alan, bilişsel alan ve vejetatif alandır. Hastalar depresif durumu “ıstırap veren duygusal bir ağrı” olarak nitelendirmektedirler. Bu hastalar her şeye karşı ilgisizdir ve dünya ilgili düşünceleri genel olarak olumsuzdur. Kendilerine yönelik eleştirileri fazladır. Ve kendilerini işe yaramaz olarak görme eğilimindedirler. Dikkat dağınıklığı, unutkanlık yakınmaları vardır. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürme

güçlük çekerler. Bu hastaların iştahları azalmıştır kilo kaybı gözlemlenebilir (Köroğlu, 1997).

Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. Depresyon için 65 yaş üzerinde %1.7; 75 yaş üzerinde %3.2; 79 yaş üzerinde %0.5; primer depresyon için %1.8; sekonder depresyon için %1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (Savrun, 1999).

Depresyon en çok boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülür. Evli erkekler en düşük risk grubundadır. Ülkemizde yapılan araştırmalar 65 yaşın üzerindeki yaşlılarda, kadın olmanın; dul olmanın; günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmanın depresyon riskini arttırdığını göstermektedir (Savrun, 1999).

Depresyon tipik olarak;

— Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumu (disforik mood),

— Gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama (psikomotor baskılanma),

— Düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama (bilişsel baskılanma), Kişinin işlevselliğinde azalma ile kendini gösteren bir hastalıktır (Akt; Annagür, 2008).

1.7. Cinsel İşlev Bozukluğu

Psikosomatik bozukluklar arasında her yönüyle psikofizyolojik etkilenmeler ve tepkilerle oluşan cinsel yaşam önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsü vardır ve bu döngünün sağlıklı işleyişi, çeşitli biyolojik ve psişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu bir etkileşimini gerektirir. Günümüzde pek çok psikolojik stresörün kişinin cinsel etkinliğe olan ilgisine ya da cinsel tepkiler verme becerisine zarar verdiği ve cinsel yanıtların fizyolojik döngüsünü bozarak cinsel işlev bozukluklarına neden olduğu açık bir şekilde bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında cinsel yaşam baştan sona kadar psikosomatik tıbbın en önemli konularından birini oluşturmaktadır (Çeri ve ark., 2008).

Cinsel istek merkez sinir sisteminde limbik sistem gibi en ilkel merkezlerden kortekse, endokrin sistemden bir dizi nöropeptide kadar uzanan biyolojik yapıdan, karmaşık psikolojik süreçleri içermektedir. Buna ilave olarak, ve bu süreçleri doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyen sosyolojik ya da kültürel altyapıya kadar uzanan son derece geniş bir perspektifte ele alınabilecek belirleyenler tarafından oluşturulmaktadır (İncesu 2001).

Bir olguda cinsel işlev bozukluğunun ne derece organik, ne derece psişik faktörlere bağlı olduğunu tam olarak ayırt etmek mümkün olmamakla beraber, tıbbi hastalıklarla, cinsel işlev bozuklukları arasındaki bağlantılar, 5 başlık altında incelenebilir (Ertekin, 2012):

1. Tıbbi durum veya tedavisi cinsel işlevlerle ilgili fizyolojik ya da anatomik mekanizmaları etkileyebilir.

2. Tıbbi duruma veya tedaviye psikolojik tepki olarak cinsel işlev bozukluğu olabilir.
3. Tıbbi ve psışik faktörlerin bileşimi, cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.
4. Hastalık veya cerrahi girişim, var olan cinsel sorunu ortaya çıkarabilir.
5. Psikolojik faktörlerin sebep olduğu cinsel işlev bozuklukları, fiziksel şikayetler görünümünde ortaya çıkabilir.

1960'lı yıllardan itibaren, tüm diğer davranışlar gibi cinsel davranışların da öğrenildiği ve cinsel işlev bozukluğu olan kişilerin cinsel uyaranlara yanlış tepkiler vermeyi öğrenmiş oldukları görüşü ortaya çıkmıştır. Öğrenme kuramcıları, cinsel işlev bozukluğunu, bireyin cinsel bir duruma karşı verdiği koşullu anksiyete tepkisi olarak kavramlaştırmışlardır. Örneđin, mastürbasyon yaparken annesi tarafından yakalanan ve annesinin iğrenme ya da öfke tepkisiyle karşılaşan bir erkek çocuk klasik koşullanmayla, cinsel uyarılmaya yol ačan uyarıcı ile utanma ya da kaygı arasında bir bağlantı geliştirir (Çeri ve ark., 2008). Cinsel işlev bozukluklarını aşağıdaki gibi sınıflandırmak mümkündür (Çavař, 2008):

1-İstek bozukluğu: Cinsel istek bozukluğu

- Cinsel tiksinti bozukluğu

2-Uyarılma Bozukluğu

- Erkeklerde: Ereksiyon bozukluğu
- Kadında: Uyarılma bozukluğu

3-Orgazm bozukluğu: Erkeklerde boşalma bozuklukları

- Prematür ejakülasyon
- Retarde ejakülasyon
- Kadında orgazm bozukluğu
- Ayrıca sınıflandırmada cinsel yanıt evreleri dışında

4-Ağrı Bozuklukları Disparoni

- Vajinismus

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Araştırma raporunun bu bölümünde sırasıyla araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanma işlemleri ve toplanan verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel tekniklere ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

2. 1. Araştırma Modeli

Bu araştırma şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin incelenmesi amacıyla, ilişkisel tarama modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

İlişkisel tarama modelleri, “iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleri” olarak tanımlanmaktadır. İlişkisel tarama modellerinde değişkenler arasındaki ilişkiler, “korelasyon türü” ve “karşılaştırma türü” olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Korelasyon türü ilişkisel taramada, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; eğer, birlikte değişim var ise, bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılırken; karşılaştırma türü ilişkisel tarama modellerinde ise, en az iki değişken bulunup, bunlardan birine (sınanmak istenen bağımsız değişkene) göre gruplar oluşturularak diğer değişkene (bağımlı değişkene) göre aralarında bir farklılaşma olup olmadığı incelenir (Karasar, 2002).

Bu araştırma, sözü edilen her iki ilişkisel tarama modeline de uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyi arasındaki ilişkiler, korelasyon türü tarama modelinde incelenirken; depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyi değişkenlerinin şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşleri arasında ve cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da karşılaştırma türü ilişkisel tarama modelinde analiz edilmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri, örneklemini ise araştırma kapsamında anket ve ölçeklere yanıt veren 30 şizofreni ve 30 Bipolar bozukluk tanısı almış eşe sahip katılımcı oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış eşe sahip 60 katılımcı oluşturmaktadır.

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hasta eşleri, İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden gerekli izinler alınarak 2013 Nisan ve Mayıs ayları içerisinde hastane polikliniğine müracat eden hasta eşleri arasından seçilmiştir. Kontrol grubundaki kişilerin eşleri ise rastgele seçilerek oluşturulmuştur.

2.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan hastaların eşlerinin kaygı-depresyon düzeylerinin yüksek, cinsel yaşamlarının ise sorunlu olacağı varsayılmaktadır. Bu bilişten hareketle şizofreni ve bipolar bozukluk tanısıyla ayaktan tedavi gören kişilerin eşlerinin bu tanıyı almayan kişilerin eşleri arasındaki farklarını karşılaştırmak amacıyla araştırma yapmak amaçlanmıştır.

Literatür incelendiğinde şizofreni ve bipolar bozukluk ile ilgili yapılmış çalışmalara rastlamak mümkün olsa dahi eşlerle ilgili yapılan çalışmalara rastlamak daha zordur. Bu çalışmada eşlerin ne gibi zorluklarla karşılaştıkları, hastalık sürecinde neler yaşadıkları anlaşılmaya çalışılmıştır. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel yaşamları ile ilgili yaşadıkları sıkıntıları daha iyi anlamak ve karşılaştırma yapabilmek amacıyla bu tanıyı almamış kişilere de ölçek uygulanmıştır.

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin kaygı-depresyon düzeyleri ve cinsel işlev sorunları ile ilgili ulaşılan sonuçlar bundan sonra yapılacak çalışmalar için önemi veriler oluşturmaktadır. Nitekim böyle bir bozukluğu olan kişilerle evli olmak sağlıklı bireyler içinde risk faktörü oluşturabilmektedir.

2.4. Alt Problemler

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel yaşam, kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel yaşam, kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin cinsel yaşam, kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin cinsel işlev düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin cinsel işlev düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinin cinsel işlev düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

2. 5. Verilerin Toplanması

Bu başlık altında sırasıyla; araştırmanın verilerinin toplanmasında kullanılan veri toplama araçları tanıtılmış ve yapılan uygulama hakkında bilgi verilmiştir.

2. 5. 1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, depresyon düzeyi ile ilgili veriler “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği”, anksiyete düzeyi ile ilgili veriler “Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği”, cinsel işlev düzeyi ile ilgili veriler “Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği” ve araştırmanın temel değişkenleri olan depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülen demografik değişkenler (cinsiyet) ile ilgili veriler “Kişisel Bilgi Formu” kullanılarak toplanmıştır.

2. 5. 1. 1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Klinisyen tarafından uygulanan bu ölçek hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçmektedir. Yapılandırılmış sorulardan oluşan ölçeğin her bir sorusu 0-4 puan arasında alır. Toplam ölçek puanının 0-13 arasında olması depresyon yok, 14-27 arası hafif depresyon, 28-41 puan arası orta düzey depresyon, 42-53 puan arası şiddetli depresyon olarak değerlendirilir. Hamilton ve Williams tarafından geliştirilen ölçek Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Akdemir ve ark., 1996).

2. 5. 1. 2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla uygulanan ölçek hem somatik hem psişik belirtileri sorgulayan 14 soru içermektedir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddeden elde edilen puanların toplamı ile toplam puan elde edilir. Hamilton tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özel ve ark., 2012). Ölçeğin yönergesine göre 0-5 puan arası anksiyete yok, 6-14 puan arası minör anksiyete, 15 ve üzeri puanlar majör anksiyete olarak sınıflandırılmıştır (Turgut ve ark., 2009).

2. 5. 1. 3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kısa 5 başlıklı bir skaladır ve cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu bileşenler uyarılma, tahrik olma, penis sertleşmesi/vajina ıslanması, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmdan alınan tatmin. ACYÖ'nün kadın ve erkek versiyonları sertleşme/ıslanma ile ilgili soruda farklılık göstermektedir. 5 maddeden oluşan ACYÖ likert tipi bir ölçektir. Düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi, yüksek puanlar ise cinsel işlev yetersizliğini yansıtmaktadır. ACYÖ'nün kesme puanı 19'dur. Toplam ölçek puanının 19 ve daha yüksek puanda olması cinsel işlev bozukluğunu

göstermektedir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışması Atilla Soykan tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Cronbach alfa değeri .89 ve .90 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Gülten, 2010).

2. 5. 1. 4. Kişisel Bilgi Formu

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerini etkilediği düşünülen bazı demografik değişkenlere ait verilerin elde edilmesi amacıyla, araştırmacı tarafından "Kişisel Bilgi Formu" hazırlanmıştır.

2. 5. 2. Uygulama

Araştırmanın verileri "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği", "Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği", "Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği" ve "Kişisel Bilgi Formu" kullanılarak toplanmıştır. Uygulama, araştırmacı tarafından, gerekli izinler alındıktan sonra, belirlenen gün ve saatlerde yapılmıştır. Uygulama yapılmadan önce, katılımcılara ölçekleri doğru biçimde, objektif olarak yanıtlamaları için gerekli açıklamalar ve güdülemeler yapılmış ve araştırmanın amacı hakkında gereken bilgi verilmiştir. Uygulama esnasında herhangi bir zaman kısıtlaması yapılmamıştır.

2. 6. Verilerin Çözümlemesi

Araştırma verilerininin toplanmasından sonra araştırmada kullanılan ölçekler puanlanmıştır. Eksik ve/veya hatalı doldurulan ölçek olmadığı için, araştırmaya dahil edilmeyen ölçek olmamıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin çözümlemesinde SPSS for WINDOWS 15.00 paket programı kullanılmış ve analiz sonuçlarının anlamlılığı .05 düzeyinde sınanmıştır.

Verilerin çözümlenmesi ve yorumlanmasında araştırmanın amaçlarına uygun olarak aşağıdaki çözümlenmeler gerçekleştirilmiştir:

1. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastaların eşlerinin ve kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerini belirlemek amacıyla, örneklem grubunun ölçeklerden aldıkları puanların ortalama (\bar{x}), standart sapma (ss) ve standart hata (SH \bar{x}) değerleri hesaplanmıştır.

2. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastaların eşlerinin ve kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyleri birer sürekli değişken olarak değerlendirilmiş ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere Pearson Momentler Çarpım Korelasyon tekniği kullanılmıştır.

3. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı, bipolar tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarının eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarının eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı İlişkisiz Grup-t Testi kullanılarak sınanmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Araştırma raporunun bu bölümünde, araştırmanın amaçları kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmelerine ilişkin bilgilere, bu çözümlenmeler sonucunda elde edilen bulgulara ve bu bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir.

3.1. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi İncelemeye İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından biri, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; örneklem grubunun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden (ACYÖ) (MATT) aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan en az .05 düzeyinde anlamlı ilişkiler olup olmadığı Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı tekniği kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar, örneklem grubunun ölçeklerden aldıkları puanların aritmetik ortalama, aritmetik ortalamanın standart hatası ve standart sapma değerlerinin yer verildiği tablonun (Tablo 3.1) ardından Tablo 3.2'de sunulmuştur.

Tablo 3. 1. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalama, Aritmetik Ortalama Standart Hata ve Standart Sapma Değerleri

| Puan | N | Art. Ort. | Std.Ht. Art. | SS. |
|------|----|-----------|--------------|----------|
| HDÖ | 30 | 13,3333 | 1,32555 | 7,26035 |
| HAÖ | 30 | 20,0000 | 2,88277 | 15,78956 |
| ACYÖ | 30 | 21,3000 | 1,40700 | 7,70647 |

Tablo 3.1’de şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerini belirlemek amacıyla, örneklem grubunun HDÖ, HAÖ ve ACYÖ’den aldıkları puanlar için hesaplanan aritmetik ortalama, aritmetik ortalama standart hata ve standart sapma değerleri sunulmuştur. HDÖ’den alınan toplam puanların 0-13 arasında çıkması bireyde depresyonun olmadığını, 14-27 arasında çıkması hafif düzey depresyonun olduğunu, 28-41 arasında çıkması orta düzey depresyonun olduğunu, 42 puan ve üzerinde çıkması şiddetli depresyonun olduğunu göstermektedir. Buna göre; şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin HDÖ’den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; depresyon düzeyinin hafif olduğu görülmektedir. HAÖ’den alınan puanların 0-5 arasında çıkması anksiyetenin yokluğunu, 6-14 arasında çıkması minör anksiyeteyi, 15 ve üzerindeki puanlar majör anksiyeteyi göstermektedir. Buna göre; şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin HAÖ’den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; majör anksiyete görülmektedir. ACYÖ’den alınan düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi, yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunu yansıtmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 19’dur ve toplam ölçek puanının 19 ve üzerinde olması cinsel işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Buna göre; şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin ACYÖ’den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; cinsel işlev bozukluğu görülmektedir.

Tablo 3. 2. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeyleri Arasındaki İlişkileri Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Sonuçları

| Değişkenler | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| 1.Depresyon | - | | |
| 2.Anksiyete | ,876** | - | |
| 3.Cinsel İşlev | ,230 | ,185 | - |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda sadece anksiyete düzeyi ile depresyon düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı aynı yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = ,876$; $p < .01$) Buna göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Cinsel işlev düzeyi ile

anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$).

3.2. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi İncelemeye İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından biri, bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; örneklem grubunun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden (ACYÖ) (MATT) aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan en az .05 düzeyinde anlamlı ilişkiler olup olmadığı Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı tekniği kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar, örneklem grubunun ölçeklerden aldıkları puanların aritmetik ortalama, aritmetik ortalamanın standart hatası ve standart sapma değerlerinin yer verildiği tablonun (Tablo 3.3) ardından Tablo 3.4'de sunulmuştur.

Tablo 3. 3. Bipolar bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalama, Aritmetik Ortalama Standart Hata ve Standart Sapma Değerleri

| Puan | N | Art. Ort. | Std. Art. | Ht. SS. |
|-------------|----------|------------------|------------------|----------------|
| HDÖ | 30 | 10,2333 | 1,52050 | 8,32811 |
| HAÖ | 30 | 14,1000 | 2,04622 | 11,20760 |
| ACYÖ | 30 | 17,3000 | 1,33490 | 7,31154 |

Tablo 3'de bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerini belirlemek amacıyla, örneklem grubunun HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den aldıkları puanlar için hesaplanan aritmetik ortalama, aritmetik ortalama standart hata ve standart sapma değerleri sunulmuştur. HDÖ'den alınan toplam puanların 0-13 arasında çıkması bireyde

depresyonun olmadığını, 14-27 arasında çıkması hafif düzey depresyonun olduğunu, 28-41 arasında çıkması orta düzey depresyonun olduğunu, 42 puan ve üzerinde çıkması şiddetli depresyonun var olduğunu göstermektedir. Buna göre; bipolar bozukluk tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin HDÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; depresyon görülmemiştir. HAÖ'den alınan puanların 0-5 arasında çıkması anksiyetenin yokluğunu, 6-14 arasında çıkması minör anksiyeteyi, 15 ve üzerindeki puanlar majör anksiyeteyi göstermektedir. Buna göre; bipolar bozukluk tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin HAÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; minör anksiyete görülmektedir. ACYÖ'den alınan düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi, yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunu yansıtmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 19'dur ve toplam ölçek puanının 19 ve üzerinde olması cinsel işlev işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Buna göre; bipolar bozukluk tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir.

Tablo 3. 4. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeyleri Arasındaki İlişkileri Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Sonuçları

| Değişkenler | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| 1.Depresyon | - | | |
| 2.Anksiyete | ,899** | - | |
| 3.Cinsel İşlev | ,147 | ,268 | - |

* p< .05; ** p< .01

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda sadece anksiyete düzeyi ile depresyon düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı aynı yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = ,899$; $p < .01$) Buna göre; bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Cinsel işlev düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > .05$).

3.3. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi İncelemeye İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından biri, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; örneklem grubunun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden (ACYÖ) (MATT) aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan en az .05 düzeyinde anlamlı ilişkiler olup olmadığı Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı tekniği kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar, örneklem grubunun ölçeklerden aldıkları puanların aritmetik ortalama, aritmetik ortalamanın standart hatası ve standart sapma değerlerinin yer verildiği tablonun (Tablo 3.5) ardından Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Tablo 3. 5. Kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den aldıkları Puanların Aritmetik Ortalama, Aritmetik Ortalama Standart Hata ve Standart Sapma Değerleri

| Puan | N | Art. Ort. | Std. Art. | Ht. | SS. |
|------|----|-----------|-----------|-----|----------|
| HDÖ | 60 | 5,2500 | ,82531 | | 6,39286 |
| HAÖ | 60 | 10,1500 | 1,48720 | | 11,51981 |
| ACYÖ | 60 | 15,1000 | ,95808 | | 7,42122 |

Tablo 3.5'de kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerini belirlemek amacıyla, örneklem grubunun HDÖ, HAÖ ve ACYÖ'den aldıkları puanlar için hesaplanan aritmetik ortalama, aritmetik ortalama standart hata ve standart sapma değerleri sunulmuştur. HDÖ'den alınan toplam puanların 0-13 arasında çıkması bireyde depresyonun olmadığını, 14-27 arasında çıkması hafif düzey depresyonun olduğunu, 28-41 arasında çıkması orta düzey depresyonun olduğunu, 42 puan ve üzerinde çıkması şiddetli depresyonun olduğunu göstermektedir. Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin HDÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; depresyon görülmemiştir. HAÖ'den alınan puanların 0-5 arasında çıkması anksiyetenin yokluğunu, 6-14 arasında çıkması

minör anksiyeteyi, 15 ve üzerindeki puanlar majör anksiyeteyi göstermektedir. Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin HAÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; minör anksiyete görülmektedir. ACYÖ'den alınan düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi, yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunu yansıtmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 19'dur ve toplam ölçek puanınının 19 ve üzerinde olması cinsel işlev işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir.

Tablo 3. 6. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeyleri Arasındaki İlişkileri Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Sonuçları

| Değişkenler | 1 | 2 | 3 |
|----------------|---------|---------|---|
| 1.Depresyon | - | | |
| 2.Anksiyete | ,619** | - | |
| 3.Cinsel İşlev | -,334** | -,505** | - |

* p< .05; ** p< .01

Kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda anksiyete düzeyi ile depresyon düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı aynı yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = ,619$; $p < .01$) Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Analiz sonucunda depresyon düzeyi ile cinsel işlev düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı ters yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = -,334$; $p < .01$) Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev düzeyi azalmaktadır. Analiz sonucunda anksiyete düzeyi ile cinsel işlev düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı ters yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = -,505$; $p < .01$) Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyi arttıkça cinsel işlev düzeyi azalmaktadır.

3.4. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleri İle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) depresyon düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.7'de sunulmuştur.

Tablo 3. 7. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Depresyon | Grup 1 | 60 | 11,7833 | 7,90214 | 1,02016 | 118 | 4,979** |
| | Grup 2 | 60 | 5,2500 | 6,39286 | ,82531 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.7'de de görüldüğü gibi, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HDÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir.

3.5. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) anksiyete düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HAÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.8'de sunulmuştur.

Tablo 3. 8. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|----------|---------|---------|----------|
| | | | | | | Sd | T |
| Anksiyete | Grup 1 | 60 | 17,0500 | 13,89723 | 1,79412 | 118 | 2,961 ** |
| | Grup 2 | 60 | 10,1500 | 11,51981 | 1,48720 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.8'de de görüldüğü gibi, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HAÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir.

3.6. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun ACYÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.9'da sunulmuştur.

Tablo 3. 9. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|--------------|---------|----|---------|---------|--------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Cinsel İşlev | Grup 1 | 60 | 19,3000 | 7,71593 | ,99612 | 118 | 3,039** |
| | Grup 2 | 60 | 15,1000 | 7,42122 | ,95808 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.9'da da görüldüğü gibi, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun ACYÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha düşüktür.

3.7. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) depresyon düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.10'da sunulmuştur.

Tablo 3. 10. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Depresyon | Grup 1 | 30 | 13,3333 | 7,26035 | 1,32555 | 88 | 5,403** |
| | Grup 2 | 60 | 5,2500 | 6,39286 | ,82531 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.10'da da görüldüğü gibi, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HDÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir.

3.8. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) anksiyete düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HAÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.11'de sunulmuştur.

Tablo 3. 11. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|----------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Anksiyete | Grup 1 | 30 | 20,0000 | 15,78956 | 2,88277 | 88 | 3,367** |
| | Grup 2 | 60 | 10,1500 | 11,51981 | 1,48720 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.11'de de görüldüğü gibi, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HAÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir.

3.9. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun ACYÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.12'de sunulmuştur.

Tablo 3. 12. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|--------------|---------|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Cinsel İşlev | Grup 1 | 30 | 21,3000 | 7,70647 | 1,40700 | 88 | 3,689** |
| | Grup 2 | 60 | 15,1000 | 7,42122 | ,95808 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.12'de de görüldüğü gibi, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun ACYÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha düşüktür.

3.10. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) depresyon düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınılanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınılanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.13'de sunulmuştur.

Tablo 3. 13. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Depresyon | Grup 1 | 30 | 10,2333 | 8,32811 | 1,52050 | 88 | 3,144** |
| | Grup 2 | 60 | 5,2500 | 6,39286 | ,82531 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.13'de de görüldüğü gibi, bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HDÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir.

3.11. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin (Grup 2) anksiyete düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HAÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.14'de sunulmuştur.

Tablo 3. 14. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|----------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Anksiyete | Grup 1 | 30 | 14,1000 | 11,20760 | 2,04622 | 88 | 1,547 |
| | Grup 2 | 60 | 10,1500 | 11,51981 | 1,48720 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.14'de de görüldüğü gibi, bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HAÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyi farklılaşmamaktadır.

3.12. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile kontrol grubunda bireylerin eşlerinin (Grup 2) cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun ACYÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.15'de sunulmuştur.

Tablo 3. 15. Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|--------------|---------|----|---------|---------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Cinsel İşlev | Grup 1 | 30 | 17,3000 | 7,31154 | 1,33490 | 88 | 1,332 |
| | Grup 2 | 60 | 15,1000 | 7,42122 | ,95808 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.15'de de görüldüğü gibi, bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun ACYÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyi farklılaşmamaktadır.

3.13. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin (Grup 2) depresyon düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.16'da sunulmuştur.

Tablo 3. 16. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|---------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Depresyon | Grup 1 | 30 | 13,3333 | 7,26035 | 1,32555 | 58 | 1,537 |
| | Grup 2 | 30 | 10,2333 | 8,32811 | 1,52050 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.16'da da görüldüğü gibi, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HDÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi farklılaşmamaktadır.

3.14. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin (Grup 2) anksiyete düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.17'de sunulmuştur.

Tablo 3. 17. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|----------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Anksiyete | Grup 1 | 30 | 20,0000 | 15,78956 | 2,88277 | 58 | 1,669 |
| | Grup 2 | 30 | 14,1000 | 11,20760 | 2,04622 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.17'de de görüldüğü gibi, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HAÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi farklılaşmamaktadır.

3.15. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni tanısı almış olan hastaların eşleri (Grup 1) ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin (Grup 2) cinsel işlev düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun ACYÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.18'de sunulmuştur.

Tablo 3. 18. Şizofreni Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşleriyle Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeylerinin Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|--------------|---------|----|---------|---------|---------|---------|--------|
| | | | | | | Sd | T |
| Cinsel İşlev | Grup 1 | 30 | 21,3000 | 7,70647 | 1,40700 | 58 | 2,062* |
| | Grup 2 | 30 | 17,3000 | 7,31154 | 1,33490 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.18'de de görüldüğü gibi, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşleri ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyinin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun ACYÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Bu sonuca göre; şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerine göre daha düşüktür.

3.16. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşlerinin depresyon düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.19'da sunulmuştur.

Tablo 3. 19. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Depresyon | Kadın | 30 | 14,5667 | 7,25726 | 1,32499 | 58 | 2,894** |
| | Erkek | 30 | 9,0000 | 7,63838 | 1,39457 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.19'da da görüldüğü gibi, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HDÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların depresyon düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre daha yüksektir.

3.17. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni ve bipolar tanısı almış olan hastaların eşlerinin anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HAÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.20'de sunulmuştur.

Tablo 3. 20. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|----------|---------|---------|---------|
| | | | | | | Sd | T |
| Anksiyete | Kadın | 30 | 21,5667 | 14,15842 | 2,58496 | 58 | 2,642** |
| | Erkek | 30 | 12,5333 | 12,25796 | 2,23799 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.20'de de görüldüğü gibi, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HAÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .01$). Bu sonuca göre; şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların anksiyete düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre daha yüksektir.

3.18. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun ACYÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.21'de sunulmuştur.

Tablo 3. 21. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısıyla Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|--------------|---------|----|---------|---------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Cinsel İşlev | Kadın | 30 | 20,8667 | 6,90194 | 1,26012 | 58 | 1,593 |
| | Erkek | 30 | 17,7333 | 8,27099 | 1,51007 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.21'de de görüldüğü gibi, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun ACYÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların cinsel işlev düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre farklılaşmamaktadır.

3.19. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HDÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.22'de sunulmuştur.

Tablo 3. 22. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Depresyon Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|--------|---------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Depresyon | Kadın | 33 | 6,0303 | 6,06468 | 1,05572 | 58 | 1,046 |
| | Erkek | 27 | 4,2963 | 6,76424 | 1,30178 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.22'de de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HDÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyi cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

3.20. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun HAÖ'den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.23'de sunulmuştur.

Tablo 3. 23. Kontrol GBireylerin Eşlerinin Anksiyete Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|-----------|---------|----|---------|----------|---------|---------|--------|
| | | | | | | Sd | T |
| Anksiyete | Kadın | 33 | 13,0303 | 13,17309 | 2,29314 | 58 | 2,211* |
| | Erkek | 27 | 6,6296 | 8,01032 | 1,54159 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.23’de de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun HAÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan .05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Bu sonuca göre; kontrol grubundaki bireylerle evli olan kadınların anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerle evli olan erkeklere göre daha yüksektir.

3.21. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyinin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığının sınanmasıdır. Bu amaçla; iki grubunun ACYÖ’den aldıkları puanların aritmetik ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığı Bağımsız Grup t-Testi kullanılarak sınanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar Tablo 3.24’de sunulmuştur.

Tablo 3. 24. Kontrol Grubundaki Bireylerin Eşlerinin Cinsel İşlev Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Puan | Gruplar | N | A.Ort | SS. | A. Ht. | t-Testi | |
|--------------|---------|----|---------|---------|---------|---------|-------|
| | | | | | | Sd | T |
| Cinsel İşlev | Kadın | 33 | 16,0303 | 7,20887 | 1,25490 | 58 | 1,075 |
| | Erkek | 27 | 13,9630 | 7,65346 | 1,47291 | | |

* p< .05; ** p< .01

Tablo 3.24’de de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyinin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, iki grubun ACYÖ puanları aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuca göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyi cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların eşlerinin kontrol grubundaki kişilerin eşlerine göre depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozuklukları kıyaslanmıştır. Buna göre, incelenen konulara göre sırasıyla şu bulgular elde edilmiştir.

Şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde, bu kişilerde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Yine bu kişilerde cinsel işlev düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$). Dolayısıyla bu kişilerdeki cinsel işlev bozukluğunun, anksiyete ya da depresyondan ileri gelmediği, doğrudan eşlerinin şizofreni durumuyla ilgili olduğu ifade edilmektedir. 20 ilaç kullanmayan şizofren tanılı erkek hasta, 51 birinci kuşak antipsikotik tedavi gören şizofren tanılı erkek hasta ve 51 şizofreni tanısı olmayan bireyde yapılan bir araştırmada, çok yüksek oranda cinsel bozukluk her iki şizofren hasta grubunda bulunmuştur. Ereksiyon ve orgazm zorlukları tedavi gören hastalarda görülmüştür. Her iki şizofreni tanılı grupta cinsel arzu düşük olmasına rağmen cinselliğe ait düşüncelerin azlığı tedavi görmeyen grupta görülmüştür. Hasta olmayan bireylere oranla tedavi gören hastalarda cinsel tatmin daha fazla görülmüştür (Cutler, 2003). Araştırmada şizofreni hastalarına uygulanan tedavinin cinsel bozukluklara neden olduğu rapor edilmiştir. Bizim çalışmamızda da, bu hastaların cinsel partnerleri olan eşlerinde de benzer sorunların yaşandığı görüldü.

Şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin HAÖ'den aldıkları puanların ortalamalarına göre, bu kişilerde majör anksiyete görülmektedir. HDÖ ortalamalarına göre ise bu kişilerde depresyon düzeyinin hafif olduğu görülmektedir. ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamalarına göre ise bu kişilerde, cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Dolayısıyla şizofreni bir birey ile evli olan kişilerde majör düzeyde anksiyete, hafif depresyon ve cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre de şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de

artmaktadır. Hastaların yarısından fazlası (%60) intiharı en az bir kez düşünmüş ve %24'ü de en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olup, özkıyımı düşünme oranının çokluğu ve girişimin de dörtte bir gibi yüksek bir oranı göstermesi bu hasta grubunda tedavi olanakları ve sorunlarıyla başa çıkma yanı sıra ciddi bir şekilde intihar düşüncesi ile başa çıkma çabalarının da önemli bir girişim olması gerektiğini vurgulamaktadır. Şizofreni hastalarının %10-15'inin intihar ettikleri rapor edilmektedir. İntihar için depresif bozukluk ve madde kullanımı kötü bir gösterge olup, Major depresif bozukluğun (MDB) şizofreni hastalarının dörtte birinde post-psikotik depresyon şeklinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Depresif bozukluk hastaların izlenmesinde gözden kaçırılmaması gereken önemli bir ek tanıdır (Yıldız, 2009). Bizim çalışmamızda da şizofreni hastalarının eşlerinde de depresyon olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gördük.

Şizofren bireylerde cinsel işlev düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu nedenle, şizofreni bir eşe sahip olmanın anksiyete ve depresyon düzeyini arada ilişki olacak şekilde arttırdığı, cinsel performans düzeyini ise düşürdüğü görülmektedir. Anksiyete iç sıkıntısı kaygı, bunaltı gibi yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan endişe ve korku duygusu olarak tanımlanmakta olup, (Işık ve Taner, 2006) şizofrenik bir eşe sahip olma durumu, iç sıkıntısı ve kaygı düzeyinin sürekli yüksek olmasına, dolayısıyla bu kişilerde de anksiyetenin yüksek olmasına neden olmaktadır.

Tüzel ve ark. (2003), şizofrenili hastaların hastanede yatışları arttıkça ailelerini daha çatışmalı algıladıklarını bildirmiştir. Ayaktan tedavi edilen hastalarda da bu durumun söz konusu olduğu, bu çatışmanın da eşlere yansıdığı düşünülebilir. Normal bir cinsel davranış kendine güvenmenin önemli bir faktörüdür. Şizofren bireyler eğer cinsel hayatlarını etkileyecek ise verilen ilaç tedavisini almamakta serbest olup, prolaktin seviyesinin sağlanması ve cinsel bozukluğun minimize edilmesi şizofren hastalarda tedaviyi olumlu yönde etkiler. Bu nedenle konu önemli olup, ilaç tedavisi sırasında hastalar mutlaka cinsel hayatlarındaki bozukluklar hakkında sorulara tabi tutulmalıdır (Martin, 2008). Bu nedenle, bu hastalarda ve eşlerinde cinsel bozukluk görülebilmekte olup, ilaçlı tedaviye başlanmasında yarar

vardır. Çalışmalar Şizofrenik bozukluğa bağlı olarak oluşan cinsel isteksizliği antipsikotik ilaçların artırdığını ve bu ilaçların cinsel performansı bozduğunu göstermekte olup, bizim çalışmamız bu durumun eşlerini de etkilediğini göstermektedir (Aisenberg ve ark., 1995).

Bipolar bozukluk tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde, bu kişilerde cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir. Cinsel işlev düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$). Dolayısıyla Bipolar bozukluğa sahip eşlerin cinsel işlevlerinin anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olmadığı ifade edilebilir. Bipolar bozukluk tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin HDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarına göre bu kişilerde depresyon görülmemiştir. Öte yandan HAÖ'den alınan puan ortalamalarına göre de, bu kişilerin eşlerinde minör anksiyete görülmektedir. ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; Bipolar eşe sahip olan bireylerin eşlerinde cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir. Prolaktin konsantrasyonu normalleştirilmesi bazı hastalarda cinsel fonksiyonu arttırırken hepsinde bu olmayabilir. Plazma prolaktin konsantrasyonları birinci kuşak antipsikotik oral tedavi sonrası ara vermede 2 hafta kadar yüksek kalabilir. Depo tedavi sonrası ara vermede ise bu durum 6 aya kadar çıkabilir (Peuskens, 1997). Bu durum, bireylerde cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Öte yandan çalışmada prolaktin konsantrasyonunu etkileyen tedavi yöntemleri bipolar bireylerde kullanılmadığından, bu kişilerin eşlerinde de cinsel işlev bozukluğu görülmedi.

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Cinsel işlev düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bipolar bozuklukta da, eşlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri birbiri ile ilişkili olup, bu kişilerde şizofrenden farklı olarak, cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir. Ünal (2003), Bipolar bozukluğu olan bireylerin aile değerlendirme ölçeğine göre olumsuz aile işlevleri olduğunu rapor etmiştir.

Bipolar bozukluğa sahip eşlerdeki depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğunun da, hasta olan eşin olumsuz aile işlevlerinden kaynaklandığı ifade edilebilir. Bipolar bozukluğu olan hastaların cinsel işlevselliğın değerlendirilmesinde sosyal alan bulunmaktadır ve ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içerir; ruhsal alan ise zihinsel, cinsel, duygusal işlevsellik gibi alanlardan oluşur. Diğer yandan, damgalanma bipolar hastaların işlevselliğında önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bunun yanında, cinsel işlevsellik ölçüm araçlarının tanı koymada kullanılan belirti ya da bulguları içermemesi vurgulanmaktadır. Bu hastaların belirtilerin ötesinde, dönemler arası evrede işlevsellik geniş biçimde duygusal, cinsel, zihinsel, mesleki alanlardan oluşmalıdır. Bağımsızlık, kişisel inançlar ya da damgalanma gibi alanların da dikkate alınması gerektiğini bildirilmiştir (Aydemir ve ark., 2007). Tüm bu etmenlerin, Bipolar bozukluğu olan kişilerde cinsel işlev bozukluklarına neden olduğu rapor edilmektedir. Bizim çalışmamızda ise bu bireylerin eşlerinde cinsel işlev bozukluğu görülmedi. Aydemir ve ark. (2007) çalışmalarında, Bipolar bozukluğa sahip kişilerin cinsel işlev bozukluklarının tam olarak tanısında mevcut ölçeklerin yeterli olmadığına da işaret etmişlerdir. Öte yandan bu bozukluğa sahip olan kişilerin eşlerinin cinsel işlev bozukluğuna ilişkin çalışma yeterli yoktur. Biz de çalışmamızda, bu kişilerin eşlerinde cinsel işlev bozukluğunun olmamasını, eşlerinde de olmadığı şeklinde yorumladık.

Kontrol grubundaki bireylerin, yani kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin ACYÖ'den aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde, bu kişilerde cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir. Analiz sonucunda anksiyete düzeyi ile depresyon düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı aynı yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = ,619$; $p < .01$). Yine depresyon düzeyi ile cinsel işlev düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı ters yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = -,334$; $p < .01$) Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev düzeyi azalmaktadır.

Analiz sonucunda anksiyete düzeyi ile cinsel işlev düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı ters yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = -,505$; $p < .01$) Buna göre; kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete

düzeyi arttıkça cinsel işlev düzeyi azalmaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin HDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarına göre bu kişilerde depresyon görülmemiştir. HAÖ'den aldıkları puanların ortalamalara göre ise minör anksiyete görülmektedir. ACYÖ'den alınan puan ortalamaları da, bu kişilerde cinsel işlev bozukluğu görülmemektedir. Kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev düzeyi azalmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, kontrol grubundaki kişilerde de minör anksiyete görülebilmektedir. Öte yandan bu kişilerde depresyon ve cinsel işlev bozukluğu görülmemekte olup, aynı zamanda depresyon ile cinsel işlev arasındaki ilişki de negatif yönlü, olması gerektiği gibidir. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Yine benzer şekilde, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Son olarak şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha düşüktür.

Buradaki sonuçlar, şizofreni ve bipolar bozukluk eşi sahip olma durumunun, anksiyete ve depresyonu yükselttiği, cinsel işlev düzeyini ise düşürdüğü görülmektedir. Görüldüğü gibi hem şizofreni, hem de bipolar bozukluğa sahip eşlerin depresyon, cinsel işlev ve anksiyete durumları, bu rahatsızlıklara sahip olmayan kişilerin eşlerine göre daha kötüdür. Bu durumun şizofrenide mi, yoksa bipolar bozuklukta mı olduğunu incelemek için, eşleri sağlıklı olan grup ile şizofren ve bipolar bozukluğu olan eşlerin ayrı ayrı kıyaslaması yapılmıştır. Klinik gözlemlerde, şizofrenik hastaya sahip ailelerin bazı üyelerinin sabırsız, öfkeli, çaresiz, umutsuz, bıkkın gibi tavırlar sergilediği gözlemlenmiştir (Ünal, 2003). Yine bipolar bozukluğa sahip bireylerin de aile içinde işlev bozukluklarına neden olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu iki bozukluktan herhangi birine sahip olan ailelerde depresyon, anksiyete ya da cinsel işlev bozukluğunun olması beklenen bir durumdur.

Çalışma sonuçlarına göre, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Yine şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Son olarak şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha düşüktür.

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Benzer şekilde, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Son olarak, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha düşüktür. Dolayısıyla şizofreni bozukluğunun, eşlerde cinsel işlev düzeyi düşüklüğü, anksiyete ve depresyona neden olacağı görülmektedir. Şizofrenili hastalar ailelerini sağlıklı kontrollerin ailelerine göre, daha az birbirine bağlı, başarıya yönelimi düşük ve bağımsız olup, çok sayıda hastane başvurusu olan şizofrenili hastaların ailelerinde çatışma düzeyi yüksektir (Schnur ve ark. 1986). Bu durum, araştırmada da görüldüğü gibi depresyon ve anksiyeteyi tetikleyen bir olgudur.

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksek olup, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Yine şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha düşüktür.

Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyi farklılaşmamaktadır.

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi farklılaşmamaktadır.

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi ile bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi farklılaşmamaktadır. Bipolar bozukluk depresyondan iyileşme ile birlikte sık gözlenen bir durum hızla manik ya da hipomanik kayma gelişimi olup, bu olgunun yalnızca antidepresan ilaçlara mı bağlı olduğu ve yapısal bir yatkınlığın da sürece ciddi katkıları olup olmadığı tartışması henüz bir sonuca ulaşmamıştır. Her iki yönde de kanıtlar vardır. İlaçlarla ilgili en önemli iddia trisiklik antidepresanların bu süreci daha çok tetiklediğidir. Ancak yeni nesil ilaçların da ağır hastalardaki yetersizliğine işaret eden çalışmalar vardır (Vahip, 2004). Bizim çalışmamızda da, direkt bipolar ve şizofren eşlere yönelik çalışma olmasa da, hasta olan eşlerdeki tedavi yöntemlerinin ve kullanılan antidepresan ilaçların seyrinin de sonuçları etkileyebileceği kanaatindeyiz.

Çalışma sonuçlarına göre, şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksektir. Anksiyete bozuklukları ayrı ayrı ele alındığında, bipolar bozukluğunda en sık, hangi anksiyete bozukluğu ek tanısının bulunduğunu belirlemek güçtür. Bipolar bozukluğuna eşlik eden anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ve farklı sıralamalar bildirilmiştir. Bu süreçte karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, Bipolar bozukluk olgularının büyük bir bölümünün, aynı anda birden fazla anksiyete bozukluğu tanı ölçütünü karşılamasıdır (Tamam, 2007). Bizim çalışmamızda da, anksiyete bozukluklarının şizofren gruptaki hastaların eşlerinde daha yüksek olduğunu gördük. Bunun nedenlerinden birisi, Tamam'ın (2007) rapor ettiği gibi, bu kişilerde anksiyete etkin mekanizmasının tam olarak bilinmemesiyle ilişkili olabilir.

Şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerine göre daha

düşüktür. Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyi farklılaşmamaktadır. Bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon düzeyi kontrol grubundaki bireylerin eşlerine göre daha yüksek olup, öte yandan bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin anksiyete düzeyi ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Benzer şekilde, bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin cinsel işlev düzeyi ile kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyi farklılaşmamaktadır. Dolayısıyla Bipolar bozukluğa sahip eşlerin, böyle bir eşe sahip olmayanlara göre sadece depresyon düzeyi farklılık göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre şizofreni eşe sahip olan bireylerle, Bipolar bozukluğu olan eşlere sahip olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ciddi bir farklılık yoktur. Sadece cinsel işlev açısından bir fark olup, şizofreni eşe sahip olanlarda cinsel işlev düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir.

Cinsiyete göre farklar incelendiğinde, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların depresyon düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre daha yüksektir. Dolayısıyla şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip olma durumu, kadınlarda daha fazla depresyona neden olmaktadır. Anksiyete açısından ise şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların anksiyete düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre daha yüksektir. Burada da, eşlerin durumunun kadınları daha fazla etkilediği görülmektedir. Cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirildiğinde ise kadın ya da erkeklerin şizofren bir eşe sahip olma durumundaki cinsel işlev düzeyleri farklılık göstermemektedir.

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların depresyon düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan

tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre daha yüksektir. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların anksiyete düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre daha yüksektir. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan kadınların cinsel işlev düzeyi şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalarla evli olan erkeklere göre farklılaşmamaktadır.

Kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin depresyon düzeyi cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Kontrol grubundaki bireylerle evli olan kadınların anksiyete düzeyi kontrol grubundaki bireylerle evli olan erkeklere göre daha yüksektir. Kontrol grubundaki bireylerin eşlerinin cinsel işlev düzeyi cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

KAYNAKLAR

Aisenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P. And Weizman A. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. **Journal of Clinical Psychiatry** 1995; 56, 137-141.

Akbayrak N, **Bakım verenlerin sorunları**, I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Ankara, Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, 2002, 160-161.

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımını. **Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi**, 1996, 4: 251-259.

Akiskal, H. S. ve Norma S., **Bipolar Disorder**, Chichester: John Wiley&Sons Ltd; 2002.

Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M, The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates, **Isr J Psychiatry Rel et Sci**, 2006.

Altshuler L, Suppes T, Black D, Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up, **Am J Psychiatry**, 2003, 160:1252-1262.

Amerikan Psikiyatri Birliği, **Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı**, Birinci Baskı (Çev. Edit. ET Oral). Türkiye, Sigma Publishing. 2007: 33-49.

Amerikan Psikiyatri Birliği, **Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı**, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.

Angst J. ve Sellaro, R., Historical perspectives and natural history of bipolar disorder, **Biol Psychiatry**.

Ankri J, Andrieu S, Beaufils B, Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 2005, 20(3):254 – 260.

Arslantaş, H. ve Adana, F., Şizofrenin Bakım Verene Yüğü, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry** 2011; 3(2):251-277.

Ay, F., **Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk Ve Ansiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik Ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.

Aydemir, Ö, Eren, İ, Savaş, H, Oğuzhanoglu, NK, Koçal, N, Özgüven, HD, Akkaya, C, Baştterzi, AD, Karlıdağ, R, Yenilmez, Ç, Özerdem, A, Kora, K, Tamam, L, Gülseren, Ş, Oral, T ve Vahip, S. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği, **Türk Psikiyatri Dergisi** 2007; 18(4):344-352.

Aydemir Ö, Bipolar bozukluğu yönelik tutumlar ve damgalama, **Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi**, 2004, 12 (Ek Sayı 3): 61-64.

Aydın A., Eker S. S., Cangür Ş., Sarandöl A., Kırılı S., **Şizofrenihastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler Ve**

Hastalığın Özellikleri İle İlişkisi, Uludağ Üniversitesi tıp Fakültesi, 2009.

Bal, U., **Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları**, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.

Belene, E., **Şizofrenide Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif Ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi**, Sağlık Bakanlığı Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2009.

Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder, **J Clin Psychiatry**, 2004, 65:1106-1113.

Cömert E., **Depresif Bozukluklarda Anksiyete Şiddetine Göre Sürekli Öfkelenen Ve Öfke Tarzlarının İncelenmesi**, İstanbul Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2004

Cutler A.J. Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. **Psychoneuroendocrinology** 2003; 28:69-82.

Craddock, N. ve Jones, I., Molecular genetics of bipolar disorder, **Br J Psychiatry** 2001; 178:S128-133.

Çakır, S. ve Özerdem, A., İki Uçlu Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Sağaltımlar: Sistemik Bir Gözden Geçirme, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2010; 21(2):143-154.

Çavaş, Ş., Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine Başvuran Vajinismus ve Prematür Ejakülasyon Olgularında Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Çeri, Ö., Yılmaz, A. ve Soykan, A., Cinsel İşlev Bozuklukları, **Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics** 2008, 1(2)

Davis, M. ve Drummond, M.F., The economic burden of schizophrenia, **Psychiatr Bull** 1940; 14: 522-5.

Deborah, A. P, Robert, A. R., Richard, K., Marwin, S. S., Jose, M. C. ve Jeffrey, A. L., Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia, **Psychiatric Services**, August 2006, Vol. 57, No. 8.

Depçe, A. A., Erkek Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Yüğü Açısından Alkol Ve Madde Kullanımı Varlığının Etkisi

Duman, Ç. Z. ve Bademli, K., Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 2011.

Ennis, E. ve Bunting, B. P, Family burden, family health and personel mental health, **BMC Public Health**, 2013, 13:255

Erdin, S., **Şizofreni Ve Bipolar Nozukluğu Olan Hastalarda Oksidatif Stres Belirteçleri, Nörotrofin-4 Ve Homosistein Düzeylerinin Rollerini**, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.

Ermiş, B., İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Oksidatif Metabolizmanın ve Oksidatif Dna Hasarının İncelenmesi, **Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi**, 2013.

Ertekin, E. ve Şahin, D. Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu, **Klinik Gelişim**, 2012.

Esel, E., Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 2003;13(2):78-87.

Fatma, B., **Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Hastalarına Bakım Verenlerin Yük, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler Ve Hastalık Şiddeti Yönünden Karşılaştırılması**, Bakırköy Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2011.

Feske U, Frank E, Mallinger AG, Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. **Am J Psychiatry**, 2000, 157:956-962.

Goodwin, F.K. ve Jamison, K.R., **Manic-Depressive İllness**, New York: Oxford University, 1990.

Gottesman, I. I., McGuffin, P., ve Farmer, A.E. Clinical genetics as clues to the “real” genetics of schizophrenia, **Schizophrenia Bulletin**, 1987: 13, 23-47.

Gökbulut, O., **Bipolar Hastalıkta Alkol- Madde Kullanımı Ve Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Saptanması**, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2008..

Guay, DR, The emerging role of valproate in bipolar disorder and other psychiatric disorders. **Pharmacotherapy**, 1995, 16:631-647.

Gürbüz, T., **Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Anksiyete Şiddeti Ve Serum Lipid Profili İlişkisinin İncelenmesi**, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2010.

Idstad, M., Ask, H., Tambs, K., **Mental Disorder And Caregiver Burden İn Spouses: The Nord- Trondelag Health Study**, BMC Public Health, 2010.

Işık E. ve Taner, Y., **Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları**, Asimetrik Parelel Kitabevi, 2006.

İncesu, C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları, **Klinik Psikiyatri** 2004; Ek 3:3-13.

Kaplan, H, **Klinik Psikiyatri**, 2004.

Karataş G, Tamam L, Özpoyraz N, Anksiyete bozukluklarında gabapentin tedavisi. **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 2003, 13:37-42.

Kasuya RT, Polgar-Bailey, Takeuchi R, Caregiver burden and burnout, **Postgraduate Medicine**, 2000, 108(7):119-123.

Keller MB, Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, 2006, 67(suppl 1):5–7.

Kocabıyık, A., **Bipolar bozuklukta duygu dışavurumu ile relaps ilişkisi**, Uzmanlık Tezi; 2001.

Köroğlu, E., **Psikonozoloji tanımlayıcı klinik Psikiyatri**, HYB Yayıncılık, Ankara, 2004, 189-227.

Köroğlu, E. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (2000). **Amerikan Psikiyatri Birliği**, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001

Köroğlu, E., **Majör Depresif Bozukluk**, C. Güleç ve E. Köroğlu (Eds.), Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1 (s. 389-421). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.

Lefley, H. P., Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness, **American Psychologist**, March, 1989, Vol. 44, No. 3, 556-560.

Lueboonthavatchai, P., Quality of Life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers, **J Med Assoc Thai**, 2006 Sep ; 89 Suppl 3 : S13-9.

Martin B. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. **Human Psychopharmacology Clin Exp** 2008; 23:201-209

Merikangas, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, 2007;64(5): 543–552.

Myers JE, Thase ME, Anxiety in the patient with bipolar disorder: recognition, significance and approaches to treatment. **Psychiatr Ann**, 2000, 30:456-464.

Özağı, A., **Depresyon düzeyi yüksek parçalanmış aile çocuklarıyla yapılan eğitsel grup oyunlarının depresyon düzeylerine etkisi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, 2007.

Özer, K., Yılmaz, A., Çeri, Ö. ve Kumbasar, H. “Vajinismus tedavisinde tedavinin tamamlanmasını yordayan etmenler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2012, 23 (4) 248-54.

Öztürk M.O., **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları; 2004.

Perugi G, Toni C, Bipolarity presenting as anxiety disorder, **Primary Psychiatry**, 2004, 11:31-35.

Peuskens J. Prolactin elevation and sexual dysfunction. In: Peuskens J. (Ed), A Literature Review of “Prolactin in Schizophrenia”. Clear Perspectives: **Management Issues in schizophrenia** 1997;1 (3):17-27.

Raja N, Azzoni A, Clinical management of obsessivecompulsive-bipolar comorbidity: a case series. **Bipolar Disord**, 2004, 6:264-270.

Sachs, G.S., Thase M. ve Otto M.W. et al. Rationale, design and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STTEP_BD) **Biol Psychiatry**, 2003; 53:1028-42.

Savrun, B. M., Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi, Depresyon, Somatizasyon ve **Psikiyatrik Aciller Sempozyumu**, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 11-17.

Sevilay Özcan EA. Bipolar bozukluğun genetiği, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2004; 5:163-178.

Shisabuddeen, İ. T. M. ve Moosabba, M. C., Disability in persons with Schizophrenia correlated to family burden and family distress among their caregivers, **Deplhi Psychiatry Journal**, Vol. 15, No. 2, October, 2012.

Stein, D.J., Kupfer, D.J. ve Schatzberg, A.F., **The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders** 1st ED: Oral ET. Duygudurum Bozuklukları Sigma Publishing 2007, 101-116.

Şahin, Z., **Depresyon Tanılı Hastaların Fragile X Yönünden Değerlendirilmesi**, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.

Şimşek, D., **Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Isparta, 2006.

Sözügüzel, D., M., **Şizofreni ve Bipolar Hastalarında rol Oynayan Genlerin Araştırılması**, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

Uslu E., **Genetik Etyolojilerinde Farklılık Olduğu Öne Sürülen Bipolar Alt Tiplerinin Nörobilişsel İşlevler Ve Mizaç Özellikleri Bakımından İncelenmesi: Kontrollü Bir Çalışma**, Ankara, 2012.

Tamam, L. Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme, **Türk Psikiyatri Dergisi** 2007; 18(1):59-71

Turgut, E. G., Yüksel, B. C., Polat, E., Yıldız, Y., Berkem, H., Özel, H. ve Hengirmen, S., Meme Yakınması İle Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler” **Meme Sağlığı Dergisi**, 2009, Cilt 5, Sayı 2, Sayfa(lar) 092-097.

Tüzer, V., Zincir, S. Başterzi, A. D., Aydemir, Ç., Kısa, C. ve Göka, E., Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı Ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi, **Klinik Psikiyatri**, 2003;6:198-203.

Ünal A, Bipolar bozukluğa komorbid eksen-I ve eksen-II tanılarının araştırılması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi. **Fırat Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı**, Elazığ, 2002.

Vahip, S, Bipolar Depresyon, **Klinik Psikiyatri** 2004; Ek 1:41-44.

Vahip S, Araştırmalardan Klinik uygulamaya Bipolar depresyon tedavisinde son gelişmeler. **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 1999, 9:213-221.

Yalom, D. I., **Şizofreni Terapisi**, Çeviri Fulya Kaya, İstanbul, 2008.

Yıldırım, A., Buzlu, S., Aşlar, R. H., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S. ve Ekinci, M., Şizofreni Hastaların Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüğü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2013; 24.

Yılmaz, M. ve Özalın, G. “Periton Diyalizi Tedavisi Olan Bireylerin Cinsel Sorunları”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, Cilt 5,Sayı 14, yıl: 2010.

Yücel, O. **Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Hastalarının Birinci Derece Yakınlarında Zihin Kuramı Bozuklukları**, Ankara, 2008.

Zeytin, M. A., **Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

| | Puan |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. ANKSİYETELİ MIZAÇ | <input type="checkbox"/> |
| 2. GERİLİM | <input type="checkbox"/> |
| 3. KORKULAR | <input type="checkbox"/> |
| 4. UYKUSUZLUK | <input type="checkbox"/> |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif) | <input type="checkbox"/> |
| 6. DEPRESİF MIZAÇ | <input type="checkbox"/> |
| 7. SOMATİK (muskuler) | <input type="checkbox"/> |
| 8. SOMATİK (duygusal) | <input type="checkbox"/> |
| 9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR | <input type="checkbox"/> |
| 10. SOLUNUM SEMPTOMLARI | <input type="checkbox"/> |
| 11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR | <input type="checkbox"/> |
| 12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR | <input type="checkbox"/> |
| 13. OTONOMİK SEMPTOMLAR | <input type="checkbox"/> |
| 14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ | <input type="checkbox"/> |
| TOPLAM PUAN: | |
| PSİŞİK (1,2,3,5,6) | |
| SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14) | |

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyadı:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Oldukça istekli | Çok istekli | Biraz istekli | Biraz isteksiz | Çok isteksiz | Tamamen isteksiz |

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Oldukça zor |

Yajınanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla olmaz |

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla boşalamam |

Orgazminiz tatmin edici midir ?

| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Oldukça tatmin edici | Çok tatmin edici | Biraz tatmin edici | Pek tatmin etmiyor | Çok tatmin etmiyor | Orgazma ulaşamam |

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|-----------------|-------------|---------------|----------------|--------------|------------------|
| Oldukça istekli | Çok istekli | Biraz istekli | Biraz isteksiz | Çok isteksiz | Tamamen isteksiz |

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---------------|-----------|-------------|-----------|---------|-------------|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Oldukça zor |

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---------------|-----------|-------------|-----------|---------|------------|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla olmaz |

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---------------|-----------|-------------|-----------|---------|----------------|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla boşalamam |

Boşalmanız tatmin edici midir ?

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|----------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| Oldukça tatmin edici | Çok tatmin edici | Biraz tatmin edici | Pek tatmin etmiyor | Çok tatmin etmiyor | Hiç boşalamam |

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI: TÜRKAN ÖBEKLİ

DOĞUM YERİ VE TARİHİ: NEVŞEHİR 06.10.1985

MEDENİ HALİ: BEKAR

E-MAİL: turkanobekli@hotmail.com

ADRES: GÜZELYURT MAH. DAMLA SOK. NO: 6 KAT: 3 NEVŞEHİR
MERKEZ

TELEFON: 05063399969

EĞİTİM DURUMU

2007- 2011 MALTEPE ÜNİVERSİTESİ PSİKOLOJİ.

2011-2013 İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ YÜKSEK LİSANS

