



T.C.

BURSA ULUDAĞ  
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK  
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİK TANI ALAN VE ALMAYAN BİREYLERDE  
EVLİLİK DOYUMUNUN İNCELENMESİ

SHabnam FATALIZADE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2019

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ-2019



T.C.

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİK TANI ALAN VE ALMAYAN BİREYLERDE  
EVLİLİK DOYUMUNUN İNCELENMESİ**

**SHabnam FATALIZADE**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**DANIŞMAN:**

**Prof. Dr. Salih Saygın EKER**

**BURSA-2019**

**T.C.**  
**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Psikiyatrik tanı alan ve almayan bireylerde evlilik doyumunun incelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığımı ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

**Adı Soyadı Shabnam FATALIZADE**

**Tarih ve İmza**

## **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Tıp-Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi SHabnam FATALIZADE tarafından hazırlanan Psikiyatrik tanı alan ve almayan bireylerde evlilik doyumunun incelenmesi konulu Yüksek Lisans tezi ...../...../.....günü, .....-.....saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği ile kabul edilmiştir.

**Adı-Soyadı**

**İmza**

**Prof. Dr. Selçuk KIRLI**

**Prof. Dr. Salih**

**Saygın EKER**

**Prof. Dr. Cengiz**

**AKKAYA**

**Doç. Dr. İbrahim**

**Taymur**

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu' nun.....tarih ve... ..sayılı toplantısında alınan.....numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER**

**Enstitü Müdürü**

## TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

...../...../.....

**Adı Soyadı:** SHabnam FATALIZADE

**Anabilim Dalı:** Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin)

**Tez Konusu:** Psikiyatrik tanı alan ve almayan bireylerde evlilik doyumunun incelenmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### DANIŞMAN ONAYI

**Unvanı Adı Soyadı:** Prof. Dr. Salih Saygın EKER

**İmza:**

## İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Şizofreni.....	1
2. 1. 2. Şizofreni etiyolojisi.....	7
2. 1. 3. Pozitif ve negatif semptomlar.....	9
2. 1. 4. Şizofreni tanı kriterleri.....	10
2. 1. 5. Şizofreninin tedavisi.....	11
2. 2. Evlilik doyumu kavramı.....	14
2. 2. 1. Evlilik uyumu.....	15
2. 2. 2. Evlilikte iletişim.....	16
2. 2. 3. Evlilikte cinsellik.....	17
2. 2. 4. Şizofreni hastalarında evlilik ve cinsellik.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırma Modeli.....	19
3.2. Çalışmanın evreni.....	19
3.3. Tanı Alan Grubun Katılımcılarının Seçimi.....	19
3.4. Katılımcıların Seçimi.....	19
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1. Sosyo-demografik Veri Fomu.....	20
3.5.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	20
3.5.3. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ).....	20

<b>3.6. İstatiksel Analizler.....</b>	<b>21</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>22</b>
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>29</b>
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>32</b>
<b>7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>37</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>38</b>
<b>9. TEŞEKKÜR.....</b>	<b>42</b>
<b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>43</b>

## TÜRKÇE ÖZET

### **Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Bireylerde Evlilik Doyumunun İncelenmesi**

Bu çalışma araştırma amaçlıdır. Psikiyatrik tanı alanlar kapsamına giren hasta grubundan şizofreni hastalarıyla çalışıldı. Psikiyatrik tanı alan bireylerin psikolojik durumları, cinsel doyumları, evlilik doyumu ve uyumlarını etkiler. Evlilik ilişkisinde sağlanan doyumun, insanların yaşamdan sağladıkları genel doyum düzeyine büyük ölçüde katkıda bulunduğu bilinmektedir. Araştırmanın temel amacı psikiyatrik tanı alan ve almayan bireylerde evlilik doyumunun karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın evreni Bursada yaşayan okuma-yazma bilen 18-65 yaş arasında olan ve evli olan bireylerden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan veriler Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran DSM V' e göre şizofreni tanısı almış 48 hasta ve hastanede çalışan 48 sağlıklı gönüllü personel çalışmaya alınmıştır. Her iki gruba Demografik Bilgi Formu, Evlilikte Uyum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği verilmiştir.

İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 21. 0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup  $p < 0, 05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bireylerin cinsel işlev bozukluğu durumuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Şizofreni grubunda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı daha yüksek çıkmıştır.

Bireylerin EUÖ' i toplam puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. EUÖ ait ortalamaya göre sağlıklı grubun uyumlu puan oranı daha yüksektir, lakin p değerine göre anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsel İşlev Bozukluğunu gösteren Arizona ölçeği toplam puanına göre gruplar arasında farklılık gözükmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, evlilik doyumu, cinsel doyum, psikiyatrik tanı.



## İNGİLİZCE ÖZET

### **The examination of marital satisfaction between individuals with a psychiatric diagnosis and individuals without psychiatric diagnosis**

The current study is for research purposes. The study was conducted with patients with schizophrenia from a group of patients who was diagnosed with a psychiatric disorder. Psychological states of individuals diagnosed with a psychiatric disorder influence sexual satisfaction, marital satisfaction and marital adjustment. It is known that the marital satisfaction widely contributes to the life satisfaction level. The main goal of the research is to compare the marital satisfaction of individuals with psychiatric diagnoses and individuals who do not. The population of the present study consisted of individuals who are between 18-65 years old. All participants were married and were living in Bursa. The research was carried out between November 2017 and June 2018. In order to obtain power at  $\alpha = 0,05$  level, it was calculated that at least 47 participants in the groups should be included in the study. A total of 94 participants were involved in the study.

Data used in research University of Bursa Uludag medical school department of Psychiatry outpatient by DSM V diagnosed as schizophrenia 48 hospital employee volunteer staff have been taken to work. It is given to both groups demographic information form, marriage scale, Arizona sexual experiences scale (woman and men forms).

For statistical analysis, SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) was used and  $p < 0,05$  was considered statistically significant.

There was a statistically significant difference between the two groups with respect to the sexual dysfunction. The rate of sexual dysfunction was higher in the schizophrenia group. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of the total score of Marital Adjustment Scale (MAS). The mean score of the healthy group was higher than the schizophrenia group with respect to the mean of the MAS. However, there was no significant difference with regard to the p value. In addition, the Arizona scale total score showing sexual dysfunction indicated that there was a difference between the groups.

**Keywords:** Schizophrenia, marital satisfaction, sexual satisfaction, psychiatric diagnosis.

## I. GİRİŞ

Beyin işlevlerini azaltan şizofreni hastalığının tarih boyu insanları etkilediği bilinmektedir. Dünya çapında bakıldığında 21 milyondan daha fazla insanın bu hastalıktan etkilendiği tahmin edilmektedir (Özkan ve Eskiuyurt, 2016). Başlangıç yaşı sıklıkla gençlik dönemlerini kapsamaktadır. Nadiren daha ileri ve geç yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir (Black ve Andreasen, 2011; Kaya, 2013).

Şizofreni hastalığı çok etmenli olması ile bilinmektedir. Kesin nedeninin bilinmemesine rağmen ileri sürülen varsayımlar şizofreninin ortaya çıkmasında fikir elde etmemize yardımcı olmaktadır (Ceylan ve Çetin, 2005). Etiolojisinde sıklıkla genetik yatkınlık, çevresel etmenler ve perinatal etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Tedavisinde günümüzde başta ilaç ve elektrokonvulsif tedavi olmak üzere bilişsel davranışçı terapi ve grup tedavisi gibi psikodinamik yaklaşımlar da destek tedavisi olarak kullanılabilir (Dinçer, 2017).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda toplumda erkeklerde bu hastalığın başlama yaşının kadınlara göre daha erken olduğu, bekarlarda daha sık görüldüğü ve sosyoekonomik durumları düşük ailelerde 1.3-5 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Li ve ark., 2015). Şizofreni hastası olan kişilerde genel topluma göre evlilik oranı daha düşük olup ortalamanın altında seyretmektedir. Hayatını yalnız yaşayan kişilerde şizofreni hastalığı daha sık görülmektedir ya da başka bir yaklaşımla hasta olan kişiler hastalıkları nedeniyle evlenmekte zorluk çekmektedirler (Köroğlu, 2004).

Evliliğin koruyucu rol oynadığına dair yeterli delillerin olmamasına rağmen Eaton (1975)' un "şizofreni ve evlilik" adlı araştırmasında hiç evlenmemiş şizofreni hastalarında morbidite boşanan hastalarla kıyaslanıldığında ciddi ölçüde yüksek bulunmuştur. Boşanma oranları da genel topluma göre 8 kat daha fazla bulunmuştur. Şizofreni hastalarının sağlıklı topluma göre çok daha az fiziki ve duygusal doyuma ulaştıkları bildirilmektedir (Abernethy, 1974).

Cinsellik kendiliğin bir parçasıdır. Şizofreni hastalığında cinsellikle ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Hastalığın cinselliğin birçok yönünü etkileyebildiği bilinir olsa da, hastaların bir kısmı anlamlı yakın ilişki geliştirebilmekte ve sürdürebilmektedirler. Kendilerinin cinsellikleri ilgili kişisel kavrayışlarını da

geliştirebilmektedirler (Volman ve Landeen, 2007). Araştırmalarda şizofreni hastalarının cinselliğe karşı ilgilerinin oldukları gösterilmektedir, ancak duygularını nasıl ifade edeceklerinde sorun yaşadıkları bildirilmektedir (Işık ve Aker, 2000).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde genel olarak en önemli sorunlardan biri de işsizlik ve bir işe yaramama duygusudur. İşsizlik, durağanlık, işe yaramama, hayatın hareketliliğinden kopmayı önlemenin yolu bireylere iş imkanı sağlanmasıdır. Bir işe sahip olmanın şizofreni hastalarına bir çok yararları vardır. Bu yarar yalnızca maddi kazancın sağlanması ile sınırlı olmayıp, aynı zamanda genel sağlıklarına, ruh sağlıklarına, iyilik hallerinin ilerletilmesinde dengeleme, normalleşme etkilerinin de olduğu bilinmektedir (Yüksel ve Gül, 2017).

Bireyler ilişkilerinde kendilerini mutlu ve hoşnut hissetmek isterler. Bir evlilikte yaşanan huzursuzluklar hem kişinin kendisini, hem de evde olan diğer bireyleri olumsuz yönde etkilemekle kalmayıp, fiziksel ve ruhsal sağlığa da olumsuz tesir gösterebilmektedir. Bu nedenle kişilerin evliliğinde doyumunu sağlayabilmesi oldukça önemlidir. Araştırmalardan elde edilen veriler evlilikteki doyumsuzluktan en çok kadınların etkilendiğini, var olan doyumsuzluğun kimi kadınlarda depresyon ile sonuçlanabildiğini ve yaşam kalitelerini düşürdüğünü, her iki cinsten de cinsel işlev bozukluğuna yol açabildiğini göstermektedir (Güleç, 2012: 69). Mutluluk, tatmin ve beklentilerin karşılıklı gerçekleşmesi çiftlerin uyumu ile mümkün oluyor (Erbek, 2005). Young ve Long (1998)<sup>3</sup> e göre evlilik doyumunu etkileyen özelliklerden biri de bireylerin kişisel özellikleridir. Bireylerde sorumluluk alabilme, iletişim kurarken destekleyici olabilme, empati kurabilme ve dinleme becerisine sahip olabilme gibi özelliklerinin bulunması evlilik uyumunu ve doyumunun artmasına katkıda bulunan kişilik özellikleridir.

Evlilik doyumunu çiftlerin evlilik ilişkilerinden ne kadar mutluluk duyduklarını tanımlamaktadır (Halat ve Hovardoğlu, 2010). Evlilik doyumunu, evlilikte iki kişinin birbirlerine gösterdikleri saygı ve sevgi, cinsel doyumları, iletişim kurabilmeleri gibi kişisel içeriklerden , hem de verilen kararlarda beraberlik, kazanç, iş hayatı ve problemleri paylaşmak gibi sosyal içeriklerden elde edilen psikolojik tatmin olarak da yorumlanabilmektedir (Sokolski ve Hendrick, 1999). Evlilikte eşlerarası iletişim evlilik doyumunu etkileyen faktörlerden biridir. İki insanın anlaşabilmesi

için önce konuşabilmeleri gerekir. Sorunlar hakkında konuşmak, ortak karar alabilmek, her iki tarafın birbirlerinin fikirlerine saygılı olması, sorun çözüme becerileri, düşündüklerini ve hissettiklerini samimice dile getirebilmeleri iletişimi olumlu şekilde etkilemektedir. İletişim becerileri evlilik doyumunu belirleyen önemli etmenlerden biridir. Eşler arasındaki iletişim sorunları evlilikte ilişki doyumunu azaltmakla kalmayıp, şiddeti de körükleyen en önemli faktördür. İletişimi olumsuz etkileyen unsurlar içerisinde savunmacılık, inatçılık, iletişimden kaçınma davranışlarını gösterebiliriz. İletişim becerileri yeterli olanların evliliklerinden haz alabildikleri bilinmektedir (Eskin, 2012). Genellikle evliliklerinde uyum sorunu yaşayan çiftlerin cinsel alanda da uyum ve doyum sorunları yaşadığı bilinmektedir (Kaplan, 1985).

Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki şekildedir:

- 1) Şizofreni hastalarının evlilik doyumunu, sağlıklı bireylerin evlilik doyumlarından azdır.
- 2) Şizofreni hastalarının cinsellik doyumunu sağlıklı bireylerin cinsellik doyumundan azdır.

Araştırma soruları:

- 1) Şizofreni hastalarının evlilik ve cinsel doyumlarının incelenmesi;
- 2) Sağlıklı bireylerin evlilik ve cinsel doyumlarının incelenmesi;
- 3) Şizofreni hastalarının evlilik doyumlarını ve cinselliklerini eğitim düzeyi, yaş, çalışma durumu, gelir düzeyi, evlilik süresi, çocuk sayısı, kimlerle beraber yaşadığı, hastaneye yatış sayısı, atak sayısı, ilaç kullanım süreleri gibi etmenlerin etkileyip etkilemediği;
- 4) Şizofreni hastalarının ve sağlıklı bireylerin evlilik uyumları ve cinsel doyumlarının karşılaştırılması.

#### Sınırlılıklar:

- 1) Bu araştırma remisyonda olan (şizofrenler), 18-65 yaş aralığında olan, mental retardasyonu olmayan ve cinsellikle ilgili herhangi bir fiziksel rahatsızlığı olmayan, okuma-yazması olan evli bireylerle geçirilmiştir.
- 2) Araştırma 48 çifte (48 şizofreni hastası ve 48 sağlıklı bireylere) uygulanmıştır.
- 3) Katılımcılara verilen Kişisel Bilgi Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın ve Erkek Formu), Evlilikte Doyum Ölçeği sadece burada sorulan sorulara verdikleri cevaplarla sınırlı tutulmuştur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

Şizofreni genç yaşta başlayan hastalık olup, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendi iç dünyasına çekildiği, duygu, düşünce, davranışlarında önemli bozukluklara neden olan, iş gücü kaybına sebep olan ruhsal bir bozukluktur. Şizofreni terimi Bleuler tarafından ilme dahil edilmiştir. Hastanın hayatındaki yarılmaya dikkat çekerek, zihin yarılması, zihin bölünmesi anlamlarına gelen bu terim sonradan tutundu ve kullanılmaya başlandı (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Beyin işlevlerini azaltan şizofreni hastalığı tarih boyu insanları etkilediği görülmektedir. Dünya çapında bakıldığında 21 milyondan daha fazla insanın bu hastalıktan etkilendiği tahmin edilmektedir (Özkan ve Eskiurt, 2016).

Genellikle kronik hastalıktır, her iki cinsiyette de görülen, genellikle kadınlarda erkeklerden daha az görülen, erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşta olmakla beraber, erkeklerde daha kötü bir gidiş sergilemektedir. Başlangıç yaşı sıklıkla 15 - 40 yaş arasındadır. Nadiren daha ileri ve geç yaşlarda ortaya çıktığı görülmüştür (Black ve Andreasen 2011; Kaya, 2013 ve Öztürk ve Uluşahin, 2016 ). Kadınlarda birinci derece akrabalarında şizofreni hastalığı spektrumuna daha sık rastlandığı, erkek şizofren hastalarında ise negatif semptomların daha baskın olduğu bilinmektedir. Doğum sırasında oluşan komplikasyonlar ve yapısal beyin anormalliklerine, silik nörolojik işaretlere daha fazla rastlandığı bilinmektedir (Hatice, 2000). Kadınlarda erkeklere göre daha iyi gidiş sergilemesinin nedeni olarak cinsiyet hormonu olan östrojenin nöron dejenerasyonu ve nöronları toksinlerden korumak gibi fonksiyonlarını taşımakla birlikte, östradiolün şizofreni hastalığının gelişiminde de önemli rol oynadığı, kadınlarda hastalığı geç başlaması, iyi prognoz göstermesi, tedaviye yanıtı açısından artı rolü bilinmektedir. Kadın cinsiyet hormonlarının sosyal faktörler ile etkileşim içerisinde olması düşünülmektedir (Castle ve ark., 1995; Hffner ve ark., 1991 ve Seeman, 1997). Hastalığın gidişi ve sonlanması hastalara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ruhsal durumun bütün alanlarında belirtilerini ve bulgularının görülebildiği bu hastalık toplum sağlığı sorunudur (Yusuf ve ark., 2017).

Genel toplumda hastalığın görülme sıklığı % 1 dir (Yüksel, 2014). Dünya sağlık örgütünün araştırmalarına göre şizofreninin Avrupa ve Asya kıtalarındaki görülme sıklığı % 0,85' dir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Türkiye' de yapılan sistematik çalışmalara göre ise, şizofreni hastalığının yaşam boyu yaygınlığı her 1000 kişide 8.9' dur (Binbay ve ark., 2011).

şizofreni hastalarının yaşam süreleri genel olarak insanlardan % 20 oranda daha kısa olduğu bilinmektedir. Erken ölümlerin en bariz kaynağı kalp-damar hastalığıdır. Sağlık hizmetinden doğru yararlanamama, sağlık görevlilerinin önerilerini dikkate almamak, ilaçlara daha az uyum göstermek erken ölümlerin en önde gelen nedenlerindedir (Hennekens ve ark., 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

şizofreninin klasik tablosu alevlenmeler ve remisyonlarla gidiş şeklidir. İlk 5-10 yıl içerisinde artı belirtilerin alevlenmesi, yatışma dönemlerinde ise genellikle eksi belirtiler şiddetlenmesi ile devam eder. 5-10 yıllık bu kritik dönemin sonunda genellikle alevlenme sıklıkları azalır, işlevselliğı fazla değişmez. Hastalığın belirtileri, topluma uyumu, hastaneye yatışı, hastaneye yatış süresi, bilişsel yetiler, şiddet içerikli davranışları, genel sağlık durumu hastalık hakkında uzun vadede bize bilgi vermektedir, bu da hastalığın gidişatını değerlendirmemiz için bir sıra zorluklarla karşılaşmamıza neden olmaktadır. Çalışmalarda iyileşme gösteren hastaların görülme oranı % 10-60 arasında olup, % 20-30 oranda hasta kesminin ise normal yaşantılara devam edebildikleri, sosyal işlevlerinin iyi olduğu düşünölmektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007; ve Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ruhsal hastalığı olan bireylerde genel olarak en önemli sorunlardan biri de işsizlik ve bir işe yaramama duygusudur. İşsizlik, durağanlık, işe yaramama, hayatın hareketliliğinden kopmayı önlemenin yolu bireylere iş imkanı sağlanmasıdır. Bir işe sahip olmanın şizofreni hastalarına bir çok yararları vardır. Bu yarar yalnızca maddi kazancın sağlanması ile sınırlı olmayıp, aynı zamanda genel sağlıklarına, ruh sağlıklarına, iyilik hallerinin ilerletilmesinde dengeleme, normalleşme etkilerinin de olduğu bilinmektedir (Yüksel ve Gül, 2017).

## 2. 1. 2. Şizofreni etiyojisi

Şizofreni hastalığı çok etmenli olması ile bilinmektedir. Kesin nedeninin bilinmemesine rağmen bir sıra varsayımlar vardır ki, bunlar şizofreninin ortaya çıkmasında fikir elde etmemize yardımcı olmaktadır (Ceylan ve Çetin, 2005). Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında en önemli faktör stres olarak bilinmektedir. Stres-yatkınlık kuramı şizofreni için nörodinamik modeldir. Bu modele göre şizofreni genetik ve ya biyolojik faktörlerin, ruhsal, yapısal, yaşamla ilgili etkenlerin birlikte etkileşmeleri sayesinde ortaya çıkan bir bozulmadır. Yaşantısal etkenler ise insanın biyolojik olarak doğal yapısında olan sorunlarla etkileşerek şizofrenik bozukluğu sürecinin başlaması için zemin yaratmaktadır. Biyolojik ve psikolojik sistemlerde meydana gelen dengesizlikler şizofreni hastalığın ortaya çıkmasını tetiklediği, bu bireylerde işlevlerini sürdürebilmeleri için olan uyuma zorlandıkları bildirilmektedir (Ceylan ve Çetin , 2005; Nicholson ve Neufeld, 1992 ve Sota ve ark. 2008).

Hastalığın etiolojisinde, diğer en önemli faktör genetik faktördür. Lakin genetik faktörlerin de çevresel faktörlerin semptomları ortaya çıkması aşamasında etkili olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda beyinde en çok etkilenen bölgelerin frontal lob ve temporal lob olduğu bilinmektedir. Hastalığın patafiziolojisinde ise glutamat, serotonin, dopamin, GABA gibi nörotransmitter sistemlerinde olan değişiklikler hastalığın oluşmasında etkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle dopamin sistemindeki değişiklik dikkat çekmektedir. Prefrontal korteksdeki dopamin seviyesinde azalma (*hipofrontalite*) bilişsel işlevlerde bozulmaya ve negatif belirtilerin ortaya çıkmasına, subkortikal ve limbik bölgelerde dopamin miktarındaki artış ise pozitif belirtilerle ilişkisi düşünülmüktedir (Ertuğrul, 2005). Günümüzde şizofreni hastalığının etiolojisi açısından glutamat sisteminin de dopamin sistemi kadar etkili olduğunu savunan yaklaşımlar vardır. Glutamat sisteminin disfonksiyonu şizofreni hastalığının etyopatagonezinde önemli etkisi vardır. (Özdemir ve Özdemir, 2016). Şizofreninin bir nörogelişimsel hastalık olduğunu anlamamıza yardımcı olacağını düşündüğümüz, erken dönemlerde daha hastalığın belirtilerinin ortaya çıkmasından önce, beyin gelişiminde birincil serebral hasarlar ve ya beyinde iz bırakan başka bir patolojik süreç şizofreni hastalığının gelişimi için zemin



hazırlamaktadır (Hariri ve ark., 1999). Nörogelişimsel bozukluk, gelişimin erken dönemlerinde genetik etkenlerin ve ya çevresel faktörlerin beyinde meydana gelen değişikliklerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Gelişimin sonraki aşamalarında meydana gelen çevresel faktörler ise genetik ve nörogelişimsel faktörlerin etkisini artırabilir ve ya azaltabilir (Ertuğrul, 2005).

Şizofreninin etiyolojisinde çevresel faktörlerin de rolü inkar edilemez. Çevresel risk faktörlerinin en önemlisi insanın gelişiminde prenatal ve perinatal olayların etkisine maruz kalmasıdır. Bazı etnik azınlıklardaki topluluklarda yaşayanlarda risk artışı olduğu bildirilmiştir (Mueser ve McGurk, 2004).

Çevresel faktörlerin şizofreninin ortaya çıkmasında etkisine ait bir sıra çalışmalar vardır, bu çalışmalarda risk faktörlerine kentleşme, göç, endüstriyel yapının etkileri de vurgulanmaktadır. Şizofreni insidansı köylere göre şehirlerde ve endüstriyel bölgelerde daha yüksektir (Ceylan ve Çetin, 2005: 93). Kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarında riskin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Jones ve Cannon, 1998: 1-25). Hamilelik sırasında, özellikle de üçüncü, dördüncü, beşinci aylarda annenin enfeksiyonlara karşı daha hassas olması, diyabetüs mellitus, sigara kullanmak, gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında önemli rol oynayabilmektedir (Opler ve Susser, 2005: 1239-42). Düşük, doğum ağırlığı, prenatal komplikasyonlar şizofreninin oluşma riskini artırmaktadır (Jones ve Cannon, 1998: 1-25).

Şizofreninin etiyolojisinde gizem halen kendini korumaktadır. Buna rağmen bir sıra çalışmalar yapılmıştır. En önemli etken olan genetik faktörlerin ve gen yatkınlığının önemi vurgulansa da, şizofreni hastalığında hangi genin dominant disfonksiyon taşıdığı bilinmemektedir. Benzer şekilde erken dönem yaşam olaylarının ve beslenmedeki bozukluğun da şizofreninin ortaya çıkmasında etkili olabileceği ileri sürülmüştür (Gürbüz ve Yüksel, 2013).

### 2. 1. 3. Pozitif ve negatif semptomlar

Tipik olarak şizofrenideki belirtiler üç ana gruba ayrılır: pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler (Gürbüz ve Yüksel, 2013). Artı belirtilere normalin dışında fazlalık, aşırılık, sapmaları; eksi belirtilere ise normal işlevlerde azalma, eksiklik ya da yokluk gibi belirtileri misal gösterebiliriz. Bu tanımlamaya göre artı belirtiler sanrılar, varsanılar, dağınık davranış ya da konuşma; eksi belirtiler ise duygusal tepkilerde azalma ve ya küntleşme, düşünce ve konuşmada fakirleşme, istemli eylem ve istenç azlığı, zevk alamamayı kapsamaktadır. Şizofreninin akut dönemlerinde, depresmelerde, aktif dönemlerinde artı belirtiler, depresmenin azaldığı, lakin bozukluğun süregelenleştigi hastalarda eksi belirtiler daha baskın olur. Bilişsel belirtiler dikkati odaklama ve sürdürmedeki sıkıntılar, yürütücü işlevlerde ve işlem belleğindeki sorunlar, bilgiyi anlama ve kullanabilme yetisindeki bozulmalarla ilişkilidir. Bilişsel işlevlerdeki bozulma hastaların günlük işlevselliklerini en çok etkileyen belirtilerdendir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Nörobiyolojik açıdan bakıldığında mezolimbik yolakta bulunan dopaminerjik nöronların aşırı aktileşmesi pozitif belirtilerin oluşmasında, ventromedial prefrontal kortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlarda dopamin aktivitesindeki azalma ise negatif semptomların oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Gerçeği değerlendirmenin bozukluğu pozitif belirtilere, günlük işlevsellikteki azalma ise negatif belirtilerle ilişkilendirilmektedir (Karakuş ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarında bilişsel işlevlerdeki bozuklukları nöropsikolojik testlerle saptamak mümkündür. Şizofreni hastalarında dikkat, bellek, öğrenme, sözel bellek, yürütücü işlevler gibi bir çok bilişsel alanlarda hafif ve orta şiddetde bozulma saptanmıştır (Özgüven, 2014).

En önemli düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır. En sık izlenen sanrı ise kötülük görme sanrılarıdır. İkinci sırada ise alınganlık sanrıları yer almaktadır. Bu sanrılara göre daha nadir görülenler ise büyüklük, kıskançlık, somatik, erotomanik, düşünce okunması, çalınması, yayınlanması, kontrol edilme sanrılarıdır. Sanrılardan başka şizofreninin pozitif belirtilerinden varsanılar: işitsel, görsel, tat, koku ve dokunma şeklindedir. Şizofreni hastalarında en çok işitsel ve görsel varsanılar

görülmektedir. Bu belirtilerin yanı sıra baskılı konuşma, fikir uçuşması, enkoherans, bloklar, perseverasyonlar gibi belirtiler de görülebilmektedir (Karakuş ve ark., 2017). Şizofreninin negatif ve pozitif belirtilerinin incelendiği başka bir çalışmaya göre negatif belirtilein daha az görüldüğü hastalarda gidişatın daha iyi olduğu ve işlevsellikte daha az bozulma olduğu saptanmıştır (Fenton ve McGlashan, 1991).

#### **2. 1. 4. Şizofreni tanı kriterleri**

Amerikan Psikiyatri Birliğinin Başvuru Elkitabı (DSM-5) ' na göre şizofreninin tanı ölçütlerini aşağıdaki gibidir:

- A. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisi (ve ya daha çoğu) her birinin biri, bir ay (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) bir sürede en az birinin (1), (2), (3) olması gerekmektedir.
1. Sanrılar.
  2. Varsanılar.
  3. Konuşmada darmadağınlık (örnek olarak: sık olarak konudan sapma göstermek ya da anlaşılmaz konuşma).
  4. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da yükselmeme)
  5. İleri derecede olan dağınık davranış ve ya katatoni davranış.
- B. Bozukluk başladığı andan beri geçen zamanının belli bir kısmında, iş, kişilerarası ilişkilerde, kendine bakım gibi önemli ana alanlarda işlevsellik düzeyi, hastalığın başlangıcından daha önceki zamanlardan belirgin olarak azalma gözükmemektedir (hastalık çocukluk ve ya ergenlikte başlamışsa kişilerarası ilişkilerde ve ya işde işlevsellik erişilmesi gereken düzeye erişemez).
- C. Bu bozukluğun devam eden belirtileri en az altı ay sürer. Bu altı aylık süre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir ay (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) açık evre belirtilerini kapsamalıdır, ya ön, ya artakalan belirti evrelerini kapsamalıdır. Bozukluğun ön ve ya artakalan evreleri sırasında, sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütündeki sıralanan iki ve ya daha

çok belirtinin eşikaltı biçimi ile (örn. yaşanmayan algısal yaşantılar) kendini gösteriyor.

- D. Şizoaffectif bozukluk ya da psikoz özellikleri taşıyan depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanıyor, çünkü ya 1) açık evre belirtileri ile aynı zamanda major depresyon ve ya mani dönemleri ortaya çıkmamıştır, ya da 2) açık evre belirtilerinin ortaya çıktığı zamanda duygudurum belirtileri ortaya çıkmış ise bile, bunlar hastalığın açık ve ya artakalan dönemlerinin belli bir zaman kısmında ortaya çıkıyor.
- E. Bu bozukluk, madde (örn. kötüye kullanılan madde ve ya ilaç) ve ya başka bir sağlık durumunun fizioloji olarak heç bir etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim sorunu varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli olan belirtilerden belirli sanrılar, varsanılar en az bir aylık (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) sürede devam ederse, şizofreni tanısı konuluyor (APA 2014).

### **2. 1. 5. Şizofreninin tedavisi**

Etiolojisinin çok nedene bağlı olması tedavinin zorlaşmasına yol açmakla birlikte, çoklu tedavi yöntemlerinin hangisini ele almamızda da zorlukları kendisiyle beraber getirmesine sebep olmaktadır. Tedavisinde günümüzde en çok kullanılan yöntemler farmakolojik yöntem, BDT, EKT, grup tedavisi, gibi farklı yaklaşımları örnek gösterebiliriz (Dinçer, 2017). Bu tedavi yöntemlerini iki bölümde toparlayabiliriz; biyolojik ve psikososyal tedaviler. Biyolojik sağaltım farmakolojik ve EKT tedavisini kapsamaktadır. Diğer yaklaşımları ise psikososyal sağaltım süreçlerine dahi edebiliriz.

Şizofreni hastalığının tedavisinde en önemli faktör hastaların tedaviye uyumudur. Hastaların önemli bir kısmının tedavi uyumu yoktur. Bununla beraber hasta ve yakınlarının tedavi ekibiyle işbirliği oluşturması önemli noktalardan biridir (Dearing, 2004). Tedavi uyumu olmayan hastaların % 80'inde ortalama 2-5 sene içerisinde nüks saptanmıştır. Bunun için de uygun tedavinin sürekliliği ve ekip

çalışması hastaların daha çabuk iyileşmelerine yardımcı olacaktır (Tandon ve Jibson, 2003).

Eksi belirtileri baskın olan hasta gruplarında hastalığın gidişatının daha kötü olduğu, ilaçlardan daha az yararlandıkları, artı belirtileri baskın olan hasta grubunda ise ilaçlardan oldukça iyi yanıt alındığı ve gidişatın daha iyi olduğu bilinmektedir. Antipsikotik ilaçlar hastaların büyük çoğunluğunda artı belirtilerin sağaltımında oldukça etkili olurlar, eksi belirtilerde değişiklik yapmazlar (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Şizofreni hastalarının tedavisinde etkin ilaç kullanımı çok önemlidir. Bazı temel noktalara uyulması hastanın tedavisinin daha verimli olmasına katkı sağlayacaktır. Hasta, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlardan başka bir ilaç da kullanıyorsa bunu doktoruna bildirmesi gerekmektedir. Olası ilaç etkileşimlerine bağlı yan etkiler ve etkisizlik söz konusu olabilir. Benzer şekilde hastanın sigara kullanıp kullanmadığı hakkında bilgi verilmelidir. İlaçların düzenli olarak kullanılması gerektiği ve hekim önerisi olmadan aniden kesilmemesi, eğer kesildiyse en yakın zamanda hekimine bilgi verilmesi konusunda hasta ve yakınlarının bilgi sahibi olması gerekir. İlaçların kesilmesini takiben yan etkilerin azalması sonucu hastada gelişen rahatlamanın geçici olduğunu hasta ve yakınlarının iyice anladıklarından emin olmak gerekmektedir (Mustafa, 2011).

Hastaların ilaçlarını düzenli olarak kullanması hastalığın alevlenmesini önlemek ve hastaneye yatışları azaltmanın yanı sıra uykusuzluk, zihinsel karmaşa, dürtülerini denetleyememe, gerginlik gibi gündelik yaşamlarında sık karşılaştıkları yakınmaların da azalmasına katkıda bulunur (Mustafa, 2011).

Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçların yanında EKT de sık kullanılmaktadır. Saldırganlık olasılığı yüksek, antipsikotik ilaçlara dirençli, özkıyım riski olan, katotonik özellik gösteren hastalarda EKT kullanımı uygundur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). EKT şizofreni hastalarının semptomlarının hızlı düzelmesinde ve ilaç tedavisinden fazla yanıt alınmadığı durumlarda kullanılan alternatif tedavi yöntemlerinden biridir (Işık, 2009 ve Soygür, 2007).

Farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikoterapotik yaklaşımlar da hastaların iyileşme süreçlerine yardımcı olabilmektedir. Grup tedavisi de şizofreni tedavisinde iyi yanıt alınan yöntemlerden biridir. Grup terapisinin amacı hastalar hayatlarının sosyal alanını geliştirmesi, birey olarak kendini hissetmesi ve bağımsızlaşmasına yardım etmektir. Terapist farkındalık yaratarak, hastada da duyarlılık yaratmakta ve bu farkındalığa varmasını sağlamaya çalışmaktadır.

Psikodinamik grup terapisi ise destekleyici, ruhsal eğitim, kişilerarası ilişkiler, davranışçı öğrenme kuramlarını temel alarak grup ortamında uygulayan terapi yöntemi olarak bilinmektedir. Klinikte yatarak ve ya ayaktan tedavi gören hastalara ve onların yakınlarına uygulanır (Çetin ve Ceylan, 2009). Pesek (2009), yaptığı çalışmasında uzun zaman yapılan grup terapisi şizofreni hastalarında üstbilişi geliştirdiği, etiketlenmeyi azalttığı ve yaşam kalitelerini düzenlediğini ortaya koymuştur.

Şizofreni hastalığında tedavi yöntemlerinden biri de BDT yöntemidir. BDT ile hastaların yaşadıkları olaylar ve onlara verdikleri tepkiler üzerinde farklı bakış açısı kazandırılarak belirtilerin şiddetini azaltmak, işlevselliklerini artırmak, depresmelerini azaltmak hedeflenmektedir (Çetin, 2010). BDT' de sanrı ve varsanılar tek tek ele alınmalıdır ve tedavinin çok yavaş yürüyeceği göz önüne alınmalıdır. Bilişsel bakış açısına göre, sanrılar kişiye dışarıdan geliyor gibi görünse de bunlar kişinin kendi düşünceleridir, düşünce yankılanması da kişinin dışsallaştırılmış kendi düşünceleridir. Dolayısıyla duyulan seslerin kişinin kendi düşünceleri olduğu düşünülmektedir (Ertuğrul, 2009).

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarına iyi gelebileceği düşünülen yöntemlerden biri de fiziksel egzersizlerdir. Bu süreçte uyum problemi yaşamadıkları ve de hastalıkla ilgili ortaya çıkabilecek metabolik yan etkileri de önleyebilecek uygulanan fiziksel egzersizleri de çok rahat yaptıkları ortaya çıkmıştır. Hastalar etkinliklere katılım ve tavsiyeleri dinlemek eğiliminde oldukları gözlenmiştir (Çetin, 2015).

## 2.2.Evlilik doyumu kavramı

Bireyler ilişkilerinde kendilerini mutlu ve hoşnut hissetmek isterler. Bir evlilikte yaşanan huzursuzluklar hem kişinin kendisini, hem de evde olan diğer bireyleri olumsuz yönde etkilemekle kalmayıp, fiziksel ve ruhsal sağlığa da olumsuz tesir gösterebilmektedir. Bu nedenle kişilerin evliliğinde doyumu sağlayabilmesi oldukça önemlidir. Araştırmalardan elde edilen veriler evlilikteki doyumsuzluktan en çok kadınların etkilendiğini, var olan doyumsuzluğun kimi kadınlarda depresyon ile sonuçlana bildiğini ve yaşam kalitelerini düşürdüğünü, her iki cinstede cinsel işlev bozukluğuna yol açabildiğini göstermektedir (Güleç, 2012: 69).

Rosen-Grandon, Myers ve Hattie (2004)' e göre evlilik doyumunu karakterize eden özellikler aşağıdaki gibidir;

- ✓ Evlilik istikrarı
- ✓ Eşine saygılı ve bağlı olmak
- ✓ Cinsel alanda sadakat
- ✓ İyi eş olabilmek için istekli olmak
- ✓ Eşini desteklemek ve memnun etmek için istekli olmak
- ✓ Bağışlamak ve bağışlanılmak için gönüllü olabilmek.

Mutluluk, tatmin ve beklentilerin gerçekleşmesi çiftlerin karşılıklı uyumu ile mümkündür (Erbek, 2005). Young ve Long (1998)' e göre evlilik doyumunu etkileyen özelliklerden biri de bireylerin kişisel özellikleridir. Bireylerde sorumluluk alabilme, iletişim kurarken destekleyici olabilme, empati kurabilme ve dinleme becerisine sahip olabilme gibi özelliklerinin bulunması evlilik uyumunu ve doyumunun artmasına katkıda bulunan kişilik özellikleridir.

Bağlanma kuramı açısından önemli ilkelerden biri olan çocukken temel bakım veren kişi ile ilişkinin yetişkin yaşamda da etkilerinin olduğu, etkileşim yoluyla oluşan bu ilişkinin devam ettiği ve ilişkilerin nasıl kurulacağı, kendini ve dünyayı nasıl anlamlandıracağıdır. Bağlanma kuramına göre, ilişki doyumu, evlilik doyumunda esas olarak bakım, rahatlık ve cinsel doyumun ne kadar sağlandığına bağlı olmaktadır (Çalışır, 2009: 53).

Evlilik doyumu, çiftlerin birbirlerine gösterdikleri sevgi, cinsel doyum sağlamaları, iletişim kurabilme gibi kişisel içeriklerden, verilen kararlarda beraberlik, kazanç, iş hayatı ve problemleri paylaşmak gibi sosyal içeriklerden elde edilen psikolojik tatmin gibi de yorumlanabilmektedir (Sokolski ve Hendrick, 1999).

Evli bireyler birbirlerine sosyal destek, yakın duygusal, manevi destek ve ekonomik desteğin de artularından faydalanırlar (Atta-Alla, 2009; Waite ve Gallagher, 2000). Yapılan çalışmalar evliliğin erken ölüm ve hastalanma oranlarını azalttığını göstermiştir (Ross ve Mirowsky, 2002). Genel hatlarıyla bakıldığında sağlıklı bir evlilik bireylere psikolojik, sosyal, ekonomik yarar sağlayarak, daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sunmaktadır (Çağ, 2011).

### **2. 2. 1. Evlilik uyumu**

Evliliğin temel kuralı, eşlerin birbirlerinin temel ihtiyaçlarını karşılmasına dayanır. Bu ihtiyaçlar alt başlıklar olarak sınıflandırılabilir; biyolojik ihtiyaçlar eşlerin birbirlerinin cinsel gereksinimlerini karşılmasına ve cinsel uyumu kapsar. Sosyal ihtiyaçlar ise daha çok eşlerin ortak yaşamlarında güven, dayanışma, korunma gibi içgüdüleri kapsamakla beraber, her ikisinin de gelecekte beklentilerinin ortak olması, birbirlerine onurla, saygıyla bakabilmeleri, toplumda kendilerini saygın bir kişi olarak yer edinebilmelerini kapsamaktadır. Ortak beklentilerinin olması, yalnız hissetmemeleri, bir amaca yönelmek gibi ihtiyaçları da sosyal ihtiyaçlar kategorisinde değerlendirilebilir. Psikolojik ihtiyaçlar da en az önceki iki altbaşlık kadar önemlidir. Evlilik pek çok psikolojik ihtiyaçları doyurması beklenen bir kurumdur. Her bir birey sevmek, sevilme, beğenilmek ve ilgi görmek ister. Evliliğin sürebilmesi için sevgi önemli faktördür. Eşler karşılıklı birbirlerini koşulsuz sevebildiklerinde, değer verip saygı gösterdiklerinde, birlikteliklerinden haz duyabilirler. Eşler birbirlerinin bu ihtiyaçlarını karşılayabildikleri ölçüde evlililerinden doyum sağlayabileceklerdir (Özgüven, 2000). Evlilik uyumu, kişinin memnuniyet algısını da kapsamaktadır. Evliliği uyumlu olarak niteleyebilmek için,



içinde bulunduğu ilişkiden mutlu olma düzeyi, cinsellik, iletişim kurabilmek, birbirlerini anlayabilmek önemlidir (Eskin, 2012).

Carl Rogers' a göre (1972) evlilik kavramı evlilik uyumunun temelidir. Burada her iki taraf da birbirlerinin evlilik kavramlarını tam olarak kavramalı ve kabul etmelidirler, açık olarak anlaşılabilir kavramdan iyi niyet oluşur ve bu ilişkide daha az sorun yaşanmasına sebep olur. Kavramların farklı oluşu ve algılardaki anlaşılabilirliklerden problemlerin doğması muhtemeldir (Erbek, 2005).

Adler' e göre temel kural “vermek”tir. Vermeyi tek kelime ile “paylaşmak” olarak nitelendirmiştir. Paylaşımın olmadığı bir ilişkide uyum sağlanamaz ve bunun yerine boyun eğme, hükmetme duyguları geçer (Özgüven, 2000). Çiftlerin birliktelikleri ahenk içindeyse, bunun mutluluk getirmesi ile evlilikteki uyuma da işaret edebilmektedir (Tutarel ve Çavuşoğlu, 2006).

## **2. 2. 2. Evlilikte iletişim**

Evlilikte eşlerarası iletişim evlilik doyumunu etkileyen faktörlerden biridir. Sorunlar hakkında konuşmak, ortak karar alabilmek, her iki tarafın birbirlerinin fikirlerine saygılı olması, sorun çözme becerileri, düşündüklerini ve hissettiklerini samimice dile getirebilmeleri iletişimi olumlu şekilde etkilemektedir. İletişim becerileri evlilik doyumunu belirleyen önemli etmenlerden biridir. Eşler arasındaki iletişim sorunları evlilikte ilişki doyumunu azaltmakla kalmayıp, şiddeti de körükleyen en önemli faktördür. İletişimi olumsuz etkileyen unsurlar içerisinde savunmacılık, inatçılık, iletişimden kaçınma davranışlarını gösterebiliriz. İletişim becerileri yeterli olanların evliliklerinden haz alabildikleri bilinmektedir (Eskin, 2012).

Evlilik bir iletişim ve etkileşim sistemidir. Uyumlu bir evlilik sağlıklı iletişimle gerçekleşir. Uyum ve desteğin temeli sayılan “iletişim”, toplumda temel düzeni sağladığı gibi, ailede de sağlıklı düzenin oluşmasına katkıda bulunur. Böylece “sağlıklı aile”nin oluşumu gerçekleşir. Bu düzen sayesinde ailede herkes kendi sınırlarını bilebilmesi, oluşturması, herkesin kendi sınırının nerede başlayıp, nerede

bittiğini doğru algılamasıyla mümkün olur. Tüm bu olanlar ailede “sağlıklı iletişim” varsa gerçekleşir (Özgüven, 2017).

### **2. 2. 3. Evlilikte cinsellik**

Evlilik uyumunu belirleyen faktörlerden en önemlilerinden birisi de cinsel uyumdur. Cinsel işlev bozuklukları ile evlilikteki sorunlar arasında bir ilişkinin olduğu ancak hangisinin birinci hangisinin ikinci olduğunun ayırt edilmesinin önemli olduğunu belirtilmiştir (Erbek ve ark., 2005).

Kaplan, birçok evli çiftin birbirlerini fiziksel ve ruhsal reddetdikleri açıkça ortada olduğu halde, cinsel sorunları ortaya koyarak tedavi arayışına girdiklerine dikkat çekmiştir. Kaplana göre evlilikte karşılıklı güven ve bağımlılık gibi gereksinimler yeterince doyurulması iyi bir cinsellik için zorunludur. Genellikle evliliklerinde uyumu bozuk olan çiftlerin cinsel sorunlar yaşamaları da muhtemeldir (Kaplan, 1985).

### **2. 2. 4. Şizofreni hastalarında evlilik ve cinsellik**

Şizofreni hastalarında genel topluma göre evlilik oranı daha düşüktür. Şizofreni hastalarının evlenmekte zorluk çektiği ve boşanma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (Köroğlu, 2004).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda toplumda erkeklerde bu hastalığın başlama yaşının kadınlara göre daha erken olduğu, bekarlarda daha sık görüldüğü ve sosyoekonomik durumları düşük ailelerde 1.3-5 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Li ve ark., 2015). Şizofreni hastası olan kişilerde genel topluma göre evlilik oranı daha düşük olup ortalamanın altında seyretmektedir. Hayatını yalnız yaşayan kişilerde şizofreni hastalığı daha sık görülmektedir ya da başka bir yaklaşımla hasta olan kişiler hastalıkları nedeniyle evlenmekte zorluk çekmektedirler (Köroğlu, 2004).

Evliliğin koruyucu rol oynadığına dair yeterli delillerin olmamasına rağmen Eaton (1975)'un “şizofreni ve evlilik” adlı araştırmasında hiç evlenmemiş şizofreni hastalarında morbidite boşanan hastalarla kıyaslanıldığında ciddi ölçüde yüksek

bulunmuştur. Boşanma oranları da genel topluma göre 8 kat daha fazla bulunmuştur. Şizofreni hastalarının sağlıklı topluma göre çok daha az fiziki ve duygusal doyuma ulaştıkları bildirilmektedir (Abernethy, 1974).

Cinsellik kendiliğin bir parçasıdır. Şizofreni hastalığında cinsellikle ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Hastalığın cinselliğin birçok yönünü etkileyebildiği bilinir olsa da, hastaların bir kısmı anlamlı yakın ilişki geliştirebilmekte ve sürdürebilmektedirler. Kendilerinin cinsellikleri ilgili kişisel kavrayışlarını da geliştirebilmektedirler (Volman ve Landeen, 2007). Araştırmalarda şizofreni hastalarının cinselliğe karşı ilgilerinin oldukları gösterilmektedir, ancak duygularını nasıl ifade edeceklerinde sorun yaşadıkları bildirilmektedir (Işık ve Aker, 2000).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Evreni

Araştırmanın evreni 18-65 yaş arasında, okuma-yazma bilen ve evli olan bireylerden oluşmaktadır. Araştırma Kasım 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran şizofreni tanısı almış 48 hasta ve hastane çalışan personelleri 48 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce psikiyatrik tanı alan hasta grubuna DSM V' e göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı almış hastalarla çalışılmak amaçlanmıştır. Hasta grubuyla çalışılırken katılımcılar halen DSM V' e göre şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalar olmak üzere 48 kişiyle çalışılmıştır. Sağlıklı gönüllü grubunda da evli, okuma-yazması olan, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olmak üzere 48 kişi çalışmaya alınmıştır.

Okuma-yazması olmayan, cinsellikle ilişkili olabilecek fiziksel hastalığı olan, DSM V'e göre şizofreni dışında başka bir tanısı olanlar çalışmaya alınmamıştır. Hasta ve sağlıklı eşlerine uygulanacak yöntem sözel olarak anlatılmış ve her birine çalışma ile ilgili onam formu imzalatılmıştır. Hasta ve sağlıklı grubda gönüllü olmayanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalara ve sağlıklı gruba Demografik Bilgi Formu, Evlilikte Uyum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın ve Erkek formu) verilmiştir. Ölçeklerin uygulanması 25-30 dakika sürmüştür. Çalışmanın bir araştırma amaçlı olduğu anlatılmıştır.

Bu araştırma TC Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 7 Kasım 2017 tarihli 2017-16/ 11 nolu kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

#### 3.4. Katılımcıların Seçimi

Çalışmanın şizofreni ve sağlıklı grubunun katılımcıları evli, okuma-yazması olan, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olan 48 çiftten oluşmaktaydı. Katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi sözel olarak anlatılmış ve katılmaya gönüllü olanlara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Sosyo-demografik Veri Formu**

Verilerin toplanmasında iki anket formu kullanılmıştır.

- 1) Hastalara ilişkin sosyo-demografik bilgi formunda; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, kaç yıldır evli olduğu, çocuğunun olup olmadığı, varsa sayısı, kiminle beraber yaşadığı, hastalığının önceden mi, evliyken mi başladığı, hastalık sebebiyle kaç yıldır tedavi gördüğü, hastaneye kaç kez yattığı, atak sayısı, ne zamandır ilaç kullandığı, cinselliğini etkileyen herhangi bir fiziksel rahatsızlığının olup olmadığı soruları sorulmuştur (Ek 1).
- 2) Sağlıklı gruba ilişkin sosyo-demografik bilgi formunda ise; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, kaç yıldır evli olduğu, çocuğunun olup olmadığı, varsa sayı, kiminle beraber yaşadığı, cinselliğini etkileyen herhangi bir fiziksel rahatsızlığının olup olmadığı soruları sorulmuştur (Ek 2).

#### **3.5.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)**

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) McGahuey ve ark. tarafından geliştirilmiştir (McGahuey ve ark., 2000). Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soykan tarafından yapılmıştır. Kadın ve erkek formundan oluşmak üzere altılı likert tipte beş maddeden oluşan ölçeğin toplam puan aralığı 5-30 olup, puanın yükselmesi cinsel disfonksiyonu göstermektedir. 11 ve üzeri puan cinsel disfonksiyona işaret etmektedir. Kadın ve erkek için ayrı olan test, doldurulurken ve okurken anlaşılması özel eğitim gerektirmeyen rahat anlaşılır özellik taşımaktadır (Özdemir ve ark., 2009).

#### **3.5.3. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)**

Evlilikte Uyum Ölçeği Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tutarel-Kışlak (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte puanlandırma uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. EUÖ’ de bir soru çiftler arasında genel uyumu, anlaşılabilir alanları

ölçen sekiz soru ise çatışmayı ve bağlılığı ölçmeye, kalan altı soru ise eşler arasında iletişimi ölçmektedir. Testten alınabilen en düşük uyum puanı 2, en yüksek uyum puanı 58, kesme puanı ise 43.5 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki toplam puan ne kadar düşükse evlilikte uyumsuzluğa, toplam puan ne kadar yüksekse evlilikte uyuma işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık sayısı ise  $\alpha = 0.90$  dır (Temeloğlu ve Uzun, 2016). Testi değerlendirirken her bir madde ayrı-ayrı puanlanmaktadır. 1. madde 0-6 puan; 2-9 arası maddeler 5, 4, 3, 2, 1 puan; 10. madde 0, 1, 2 puan; 11. madde 3, 2, 1, 0 puan; 12. madde anlaşılamama 0 puan, dışarıda bir şeyler yapma 1 puan, evde oturma 2 puan; 13. maddesi 0, 1, 2, 3 puan; 14. madde 2, 1, 0 puan; 15. madde 0, 1, 2 puan olarak hesaplanmaktadır.

### **3.6. İstatiksel Analizler**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21. 0. paket programı kullanılarak analiz yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler medyan (minimum: maksimum) ve ortalama  $\pm$  standart sapma değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve bağımsız çift örneklem t testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Pearson Ki-kare, Fisher' in kesin Ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 48 şizofreni hastası ve 48 sağlıklı çift olmak üzere toplam 96 kişi alınmıştır. Sağlıklı grup ile şizofreni grubu arasında yaş, cinsiyet, evlilik süresi, çocuk sayısı, kiminle beraber yaşadıkları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Evlilik süreleri 0-5 yıl evli olanlar, 6-10 yıl evli olanlar ve 11 ve üstü yıl evli olanlar olmak üzere üç gruba ayrıldılar. Çocuk sayısına göre de 1-5 çocuğu olanlar ve 6 ve üstü çocuğu olanlar olmak üzere iki gruba ayrıldılar. Mesleğe göre de 4 grup elde ettik; memur olan gruba düzenli maaş alan kamu ve özel sektörde çalışanlar, işçi grubuna bilek gücü ile çalışanlar, işsiz grubuna şimdiye kadar hiç çalışma hayatı olmayan ve şimdi de çalışmayanlar ve emekli grubu oluşturuldu. Tüm şizofreni hastaları ilaç kullananlardan oluşmaktadır.

**Tablo-1.** Şizofreni ve sağlıklı grubun sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması

	Şizofreni	Sağlıklı	p-değeri
<b>Yaş</b>	52,50(21:65)	49(30:67)	0,207
<b>Cinsiyet (K/E)</b>			
Kadın	20(%41,70)	17(%35,40)	0,529
Erkek	28(%58,3)	31(%64,60)	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	12(%25)	38(%79,20)	<0,001
Çalışmıyor	36(%75)	10(%20,80)	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			
Lise altı	33(%68,80)	10(%20,80)	<0,001
Lise	10(%20,80)	26(%54,20)	
Lisans ve üzeri	5(%10,40)	12(%25)	
<b>Meslek</b>			
Memur	8(%16,70)	22(%45,80)	0,004
İşçi	20(%41,70)	18(%37,50)	
İşsiz	9(%18,80)	6(%12,50)	
Emekli	11(%22,90)	2(%4,20)	
<b>Gelir (TL)</b>			<0,001
0-1500	23(%47,90)	8(%16,70)	
1501-3000	23(%47,90)	23(%47,90)	
3001-4500	1(%2,10)	9(%18,80)	
>4500	1(%2,10)	8(%16,70)	
<b>Evlilik Süresi (Yıl)</b>	3(1:3)	3(1:3)	0,390
<b>Beraber yaşadığı akraba</b>			
Eş	23(%47,90)	28(%58,30)	0,306
Eş & akraba & çocuklar	25(%52,10)	20(%41,70)	
<b>Cinsel İşlev Bozukluğu</b>			
Yok	6(%12,50)	33(%68,80)	<0,001
Var	42(%87,50)	15(%31,30)	
<b>Evlilik Uyumu</b>			
Uyumlu	28(%58,30)	35(%72,90)	0,133
Uyumsuz	20(%41,70)	13(%27,10)	
<b>EU Toplam</b>	41,92±12,57	47,25±7,88	0,015
<b>Arizona Toplam</b>	20(5:29)	10(5:28)	<0,001

Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 1' de şizofreni hastaların ve sağlıklı grubun demografik özellikleri yer almaktadır. Bu tablo incelendiğinde şizofreni hastalarının yaş ortalaması 52,50, sağlıklı grubun yaş ortalaması ise 49' dur, şizofreni ve sağlıklı grup arasında yaşa göre fark bulunmamaktadır ( $p=0,207$ ). Şizofreni ve sağlıklı grup arasında cinsiyet dağılımına göre gruplar arasında cinsiyet dağılımına göre fark bulunmamaktadır ( $p=0,529$ ).

Bireylerin çalışma durumuna göre gruplar arasında fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Sağlıklı grupta çalışanların oranı daha yüksektir. Eğitim düzeyine gruplar arasında fark görülmüştür ( $p<0,001$ ). Farkın ortaya çıkmasına neden lise altı ve lise mezuniyet durumu oranlarının farklılık göstermesidir. Alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

- 1)Lise altı eğitim düzeyine sahip olanların oranı şizofreni grubunda daha yüksektir.
- 2)Lise mezunu olanların oranı sağlıklı grupta daha yüksektir.
- 3)Lisans ve üstü mezuniyet durumuna göre şizofreni ve sağlıklı gruplar arasında fark yoktur.

Meslek dağılımına göre şizofreni ve sağlıklı grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,004$ ). Farklılığın ortaya çıkma nedeni alt grup analizlerindeki bulgulara ulaşılmıştır:

- 1)Memurların oranı sağlıklı grupta daha yüksektir.
- 2)İşçilerin oranına göre gruplar arasında fark bulunmamaktadır.
- 3)İşsizlerin oranına göre iki grup arasında fark bulunmamaktadır.
- 4)Emeklilerin oranı şizofreni grubunda daha yüksektir.

Gelir düzeyi dağılımına göre şizofreni ve sağlıklı gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:



1)Asgari ücret ve altı gelir düzeyindekilerin oranı şizofreni grubunda daha yüksektir.

2)1501-3000 TL gelir grubundakilerin oranı gruplar arasında farklılık göstermemektedir.

3)3001-4500 TL ve >4500 TL gelir düzeyine sahip olanların oranı sağlıklı grupta daha yüksektir.

Bireylerin Cinsel işlev bozukluğu durumuna göre sağlıklı ve şizofreni grupları arasında fark olup olmadığına bakılmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Şizofreni grubunda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı daha yüksektir (  $p<0,001$  ).

Bireylerin Evliliğe Uyum Ölçeği toplam puanına göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (  $p=0,015$  ). Evliliğe uyum ölçeğine ait ortalamaya göre sağlıklı grubun uyumlu puan oranı daha yüksektir, lakin p değerine göre anlamlı fark bulunmamıştır (  $p=0,133$  ).

Cinsel İşlev Bozukluğunu gösteren Arizona ölçeği toplam puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık gözükmemektedir (  $p<0,001$  ). Medyan ölçek puanı şizofreni grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Evlilik süresine, beraber yaşadığı akrabaya, göre gruplar arasında fark bulunmamıştır.

**Tablo-2.** Şizofreni grubu hastalık özellikleri (n=48)

<b>Hastalık evliken mi başladı?</b>	
Evet	34(%70,80)
Hayır	14(%29,20)
<b>Tedavi görülen süre(yıl)</b>	
0-5 yıl	12(%25)
6-10 yıl	10(%20,80)
>10 yıl	26(%54,20)
<b>Hastaneye yatış</b>	
Evet	32(%66,70)
Hayır	16(%33,30)
<b>Yatış sayısı</b>	
0-5	27(%84,40)
6-10	2(%6,30)
>10	3(%9,40)
<b>Atak geçirmişmi</b>	
Evet	37(%77,10)
Hayır	11(%22,90)
<b>Atak sayısı</b>	
0-5	25(%52,10)
6-10	3(%6,30)
>10	9(%41,60)
<b>İlaç kullanma süresi</b>	
0-5	14(%29,20)
6-10	9(%18,80)
>10	25(%52,10)

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 2' de şizofreni hastalarına has olan sorular, hasta karakteristikaları yer almaktadır.

**Tablo-3.** Şizofreni grubu içerisinde evlilik uyumu açısından değerlendirme

	Evlilik Uyumu		p-değeri
	Uyumlu (n=28)	Uyumsuz (n=20)	
<b>Evlilik Süresi</b>	3(1:3)	3(1:3)	0,658
<b>İlaç Kullanımı Süresi</b>			
0-5	10(%35,70)	4(%20)	0,489
6-10	5(%17,90)	4(%20)	
>10	13(%46,40)	12(%60)	
<b>Hastaneye Yatış</b>			
Evet	18(%64,30)	14(%70)	0,679
Hayır	10(%35,70)	6(%30)	
<b>Çocuk Sayısı</b>	1(1:2)	1(1:2)	0,809
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	8(%28,60)	4(%20)	0,499
Çalışmıyor	20(%71,40)	16(%80)	
<b>Cinsel İşlev Bozukluğu</b>			
Yok	2(%7,10)	4(%20)	0,218
Var	26(%92,90)	16(%80)	

Veriler medyan(minimum:maksimum), n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 3' de 48 kişilik şizofreni grubu içerisinde evlilik uyumuna göre ayırdığımız uyumlu (28 kişi) ya da uyumsuz (20 kişi) 2 grup elde ettik. Bunlar

arasında evlilik süresine, ilaç kullanımına, hastaneye yatışına, çocuk sayısına, çalışma durumuna, cinsel işlev bozukluğuna göre karşılaştırma yaptık. Evlilik süresine göre iki grup arasında fark ortaya çıkmamıştır (p=0,658). İlaç kullanımı süresinin evlilik uyumunu etkilemediği bulunmuştur (p=0,489). Uyumlu ve uyumsuz grupların hastaneye yatışına göre evlilik uyumları arasında fark bulunamamıştır (p=0,679). İki grup arasında çocuk sayısına göre iki grup arasında fark bulunamamıştır (p=0,809). Uyumlu ve uyumsuz şizofreni gruplarının çalışıp-çalışmadığına nazaran evlilik uyumuna göre iki grup arasında fark ortaya çıkmamıştır (p=0,499). Cinsel işlev bozukluğuna göre (uyumlu ve uyumsuz) evlilik uyumu yer alan değişkenlere göre iki grup arasında hiçbir şekilde fark bulunmamaktadır.

**Tablo-4.** Şizofreni grubu içerisinde cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi

	Cinsel İşlev Bozukluğu		p-değeri
	Yok (n=6)	Var (n=42)	
<b>Evlilik Süresi</b>	3(3:3)	3(1:3)	0,367
<b>İlaç Kullanımı süresi</b>			
0-5	2(33,30)	12(28,60)	1,00
6-10	1(16,70)	8(19)	
>10	3(50)	22(52,40)	
<b>Çocuk Sayısı</b>	1(1:1)	1(1:2)	0,867
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	0	12(%28,60)	0,315
Çalışmıyor	6(%100)	30(%71,40)	

Veriler medyan (minimum:maksimum), n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4' de 48 kişiden oluşan şizofreni grubu içerisinde, arizona ölçeğine göre cinsel işlev bozukluğuna bakıldığında 6 kişide cinsel işlev bozukluğu yok, 42 kişide var çıkmıştır. Evlilik süresine göre bu iki grup arasında fark bulunmamıştır (p=0,367). İlaç kullanımı sürelerine göre iki grup arasında fark bulunmamıştır (p=1,00). Şizofreni grubu içerisinde çocuk sayısının cinsel işlev bozukluğunu etkilemediği bulunmuştur (p=0,867). Şizofreni grubu içerisinde çalışma durumunun cinsel işlev bozukluğunu etkilemesine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmamıştır (p=0,315). Sonuç olarak: yapılan sınıflandırma sonucunda; cinsel işlev bozukluğu gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında tablo 4' de yer alan değişkenlere göre fark bulunmamaktadır.

**Tablo-5.** Tüm çalışma evreninde cinsel işlev bozukluğu ve eğitim düzeyi ilişkisi

	Cinsel İşlev Bozukluğu		p-değeri
	Yok (n=39)	Var (n=57)	
Eğitim Düzeyi			
Lise altı	11(%28,20)	32(%56,10)	0,029
Lise	19(%48,70)	17(%29,80)	
Lisans ve üzeri	9(%23,10)	8(%14)	

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 5' de çalışmaya katılanların tümü dikkate alınırken (96 kişi) Arizona ölçeğine göre cinsel işlev bozukluğu ile eğitim düzeyi arasında iki grup arasında farkın var olduğu ortaya çıkmıştır, yapılan sınıflandırma sonucunda; cinsel işlev bozukluğu gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında eğitim düzeyine göre fark bulunmuştur ( $p=0,029$ ). Alt grup analizlerde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1)Cinsel işlev bozukluğu gözlenen grupta lise altı eğitim seviyesine sahip olanların oranı daha yüksektir.

2)Lise mezunu, lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların oranına göre cinsel işlev bozukluğu gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında fark bulunmamaktadır.

Farkın ortaya çıkma nedeni lise altı eğitim seviyesine sahip olanlarda cinsel işlev bozukluğu daha yüksektir.

**Tablo-6.** Tüm çalışma evreninde evlilikte uyum ve eğitim düzeyi ilişkisi

	Evlilik Uyumu		p-değeri
	Uyumlu (n=63)	Uyumsuz (n=33)	
Eğitim Düzeyi			
Lise altı	27(%42,90)	16(%48,50)	0,309
Lise	22(%34,90)	14(%42,40)	
Lisans ve üzeri	14(%22,20)	3(%9,10)	

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 6' da çalışmaya katılanların tümü dikkate alınarak (96 kişi) evlilikte uyum ölçeğine göre yapılan sınıflandırma sonucunda; evliliklerinde uyum gözlenen

ve gözlenmeyen gruplar arasında eğitim düzeyine göre fark bulunamamıştır (p=0,309).

**Tablo-7.** Tüm çalışma evreninde evlilik uyumu ve cinsel işlev bozukluğu ilişkisi

	Evlilik Uyumu		p-değeri
	Uyumlu (n=63)	Uyumsuz (n=33)	
<b>Cinsel İşlev Bozukluğu</b>			
Yok	25(%39,70)	14(%42,40)	0,795
Var	38(%60,30)	19(%57,60)	

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 7' de çalışmaya katılanların tümü dikkate alındığında (96 kişi); evlilikte uyum gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında cinsel işlev bozukluğu durumuna göre fark bulunmamaktadır (p=0,795). Yani cinsel işlev bozukluğu evlilikte uyumu etkilemediği ortaya çıkmıştır.

**Tablo-8.** Sağlıklı grupta evlilik uyumu ve cinsel işlev bozukluğu ilişkisi

	Evlilik Uyumu		p-değeri
	Uyumlu (n=35)	Uyumsuz (n=13)	
<b>Cinsel İşlev Bozukluğu</b>			
Yok	23(65,70)	10(76,90)	0,727
Var	12(34,30)	3(23,10)	

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.

Son olarak tablo 8' de sağlıklı grup içerisinde evlilik uyumu ile cinsel işlev bozukluğunun ilişkisine bakılmıştır. Sağlıklı grup içerisinde; iki grup arasında cinsel işlev bozukluğu durumuna göre fark bulunmamaktadır (p=0,727).

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde elde ettiğimiz veriler genel literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilecektir. Çalışmamızda şizofreni hastalarına ait elde ettiğimiz sosyodemografik veriler genel literatür verileri ile uyumaktadır (Black ve Andreasen, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Çalışma grubundaki hastaların yalnızca % 25' inin çalışıyor olması genel eğitim düzeylerinin düşük olması ve hastalığın getirdiği yıkım ile ilişkilendirilebilir (Belli ve ark, 2007). Buna paralel olarak gelir düzeyleri de genel topluma göre hayli düşüktür (Atmaca, 2016). Gerek hastalığın özelliği, gerek sosyoekonomik koşulların sonucu olarak şizofreni hastaları yaşamlarını devam ettirirken sosyal desteğe gereksinim duymaktadırlar (Atmaca, 2016; Belli ve ark., 2007). Çalışmamızdaki hastaların hastaneye yatış, atak sayısı gibi hastalık özellikleri de genel literatür ile uyumludur (Salokangas, 1983). Çalışmamızda tedavi sürelerine göre cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Literatürde de benzer şekilde hastaların çok uzun bir hastalık sürecine sahip olması nedeniyle olası bir takım farklılıkların zamanla kaybolduğu düşünülmektedir (Seeman, 2000).

Literatürde şizofreni hastalarının cinsel işlev bozuklukları ile ilgili çalışma sayısı çok azdır. Elde ettiğimiz bulgular da literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur (Dossenbach ve ark., 2005; Ghadirian ve ark., 1982 ve Hocaoglu ve ark., 2014). Hocaoglu ve arkadaşlarının Türkiye' de yapmış olduğu çalışmada ASEX ölçeği ile erkek şizofreni hastalarının % 46' sında, kadın şizofreni hastalarının % 68' inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır (Hocaoglu ve ark., 2014). Ghadirian ve arkadaşlarının antipsikotik ilaç kullanan 55 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada, erkeklerin %54' ünde, kadınların ise % 30' unda cinsel işlev bozukluğunun olduğu saptanmıştır (Ghadirian ve ark., 1982). Dossenbach ve arkadaşlarının cinsel işlev bozukluğu ve uluslararası farklarını değerlendirmek amacıyla 7655 şizofreni hastası ile yapmış olduğu çalışmada hastaların yaklaşık yarısında herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun bulunduğu bildirilmiştir (Dossenbach ve ark., 2005). Üçok (2007)' un yaptığı bir çalışmada 827 şizofreni hastasında ASEX ölçeğine göre hastaların % 52, 6' sında cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın verileri incelediğinde şizofreni grubu ile kontrol grubu arasında evlilik uyumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte şizofreni hastalarının evlilik uyum puanları ve evlilik uyum toplam puanları sağlıklı grubunkinden daha düşük

bulunmuştur. Yaptığımız literatür incelemesinde şizofreni hastalarını kapsayan evlilik uyumu ve doyumunu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Hastalarımızın EUÖ'ye göre yapılan sınıflandırma sonucunda evlilik uyumu gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında (Tablo 3'te yer alan değişkenlere göre) fark bulunmamıştır. Evlilik uyumunu bu değişkenler belirlememiş olabilir.

Şizofreni grubu içerisinde Tablo 4'te gösterildiği gibi evlilik süresi, ilaç kullanımı, çocuk sayısı, çalışma durumu gibi değişkenlerin cinsel işlev üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Cinsel işlev bozukluğu ile eğitim durumunun ilişkisine bakıldığında katılanların tümü dikkate alınarak cinsel işlev bozukluğu gözlenen grupta lise altı eğitim seviyesine sahip olanların oranı daha yüksek bulunmuştur. Lise mezunu, lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanların oranlarına göre cinsel işlev bozukluğu gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında fark bulunmamaktadır (Tablo 5). Cinsel işlev bozukluğu ile eğitim seviyesinin ilişkisine literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, yüksek eğitim düzeyiyle cinsel işlev bozukluğu arasında negatif ilişki saptanmıştır (Edward ve ark., 1999). Başka bir çalışmada şizofreni hastalarında eğitim seviyesi ile cinsel işlev bozuklukları arasında eğitim süreci ile cinsel işlev arasında bağlantı bulunmamıştır (Üçok ve ark., 2007). Başka bir çalışmada kadınlar ve eşlerinin eğitim düzeyleri düşük olanların daha fazla cinsel sorun yaşadığı ifade edilmiştir (Arinami ve ark., 1997).

Çalışmamızda evlilikte uyum ve eğitim düzeyinin ilişkisine bakıldığında katılanların tümü dikkate alınarak evlilikte uyum gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında eğitim düzeyine göre fark bulunmamıştır (Tablo 6). Literatür bilgilerini dikkate alırsak eğitimin evlilik uyumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi düşüğe aile içerisinde uyumun bozulduğu ileri sürülmektedir (Yıldırım, 1992).

Evlilikte uyum ve cinsel işlev bozukluğunun ilişkisine bakıldığında çalışmaya katılanların tümü dikkate alınarak evlilikte uyum gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında cinsel işlev bozukluğu durumuna göre fark bulunmamaktadır (Tablo 7). Sağlıklı grup içerisinde de evlilik uyumu ile cinsel işlev bozukluğunun ilişkisine

bakıldığında uyum gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında cinsel işlev bozukluğu durumuna göre fark bulunmamaktadır (Tablo 8). Sağlıklı grupta cinsel işlev bozukluğu evlilik uyumunu etkilemediği sonucu çıkmıştır.

Sonuç olarak sağlıklı grup ve şizofreni hastalarından oluşan iki grup arasında evliliğe uyum bakımından fark bulunmamış, ancak cinsel işlev bakımından fark bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen veriler şizofreni hastalığı evlilikte uyumu etkileyen bir faktör olmayabileceği, ancak cinsel işlev bozukluğunu etkileyebilecek bir faktör olabileceğini göstermektedir. Çalışmamıza alınan tüm şizofreni hastaları ilaç kullanmıştır. İlaç kullanımının cinsel işlev bozukluğuna neden olabileceği gözardı edilemez. Bununla birlikte şizofreni hastalarında ilaç kullanımı süresine bağlı olarak cinsel işlev bozukluğu gözlenen ve gözlenmeyen gruplar arasında farklılık gözlenmemektedir. Daha çok hasta sayısı ile yapılacak çalışmalar elde ettiğimiz verilerin daha sağlıklı değerlendirilmesini sağlayacaktır.



## 6. KAYNAKLAR

- Abernethy V (1974) Sexual knowledge, attitudes and practices of young female psychiatric patients. *Ardı Gen Psych* 30: 180-182.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı” (DSM-5). Çeviren: KÖROĞLU E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arinami T, Gao M, Hamaguchi H et al (1997) A functional polymorphism in the promoter region of the dopamine D2 receptor gene is associated with schizophrenia. *Hum. Mol. Genet* 6: 577-582.
- Atmaca GD (2016) Şizofreni hastalarında intihar olasılığının depresyon ve içgörüyüyle ilişkisi. Yüksek lisans tezi.
- Atta-Alla, M (2009) Contemporary Egyptian family. (Eds. T. Maundeni, L. L. Levers, G. Jacques) *Changing family systems: A global perspective*. Gaborone, Botswana: Bay Publishers pp: 114-126.
- Belli H, Özçetin A, Ertem Ü ve ark. (2007) Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 102-112.
- Binbay T, Ulas H, Elbi H ve ark. (2011) Türkiyede Psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 22: 40-52.
- Black DW, Andreasen NC (2011) *Introductory Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Publishing Inc., Washington, DC London, England.
- Castle DJ, Abel K, Takei N et al. (1995) Gender differences in schizophrenia: hormonal effect or subtypes? *Schizophr Bull* 21: 1-12.
- Ceylan Emin M, Çetin M (2005) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, cilt 1, 3. Baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş. İstanbul.
- Çağ P, Yıldırım İ (2011) Evlilik doyumunu yordayan İlişkisel ve Kişisel Değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 39: 13-23.
- Çalışır M (2009) Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1: 240-255.
- Çetin M, Ceylan ME (2009) Şizofreninin Tarihçesi. 4. Baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul, s: 83-86.
- Çetin M (2010) Şizofreni Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri. *Journal of Psychiatry-Special Topics* 3: 38-80.
- Çetin M (2015) Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 25: 95-99.

Dearing KS (2004) Getting It Together: How The Nurse Patient Relationship Influences Treatment Compliance For Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 18: 155-163.

Dinçer N (2017) Psikoz Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerin Kişilik Özellikleri ve Bakıcı Yükleri arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksekisans tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dossenbach M, Hodge A, Anders M (2005) Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia: international variation and underestimation. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 8: 195-201.

Eaton WW (1975) Marital status and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 52: 320-329.

Edward O. Laumann, PhD, Anthony Paik, MA; Raymond C. Rosen, PhD (1999) Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors *JAMA* 281: 537-544.

Ertuğrul A (2005) “Şizofreni etiyolojisi.” *Türkiye Klinikleri, Journal of Internal Medical Sciences* 1: 6-14.

Ertuğrul K (2009) *Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler*. HYB Basım Yayın, Ankara.

Eskin M (2012) Evlilik terapisi için başvuran çiftlerin evlilik doyumu ve evlilik terapisi hakkında görüşleriyle ilgili etmenler. *Klinik psikiyatri* 15: 226-237.

Evrin E, Beştepe E, Akar H ve ark. (2005) Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırılmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam Dergisi* 18: 72-81.

Fenton, WS, Mcglashan, TH (1991) Natural History Of Schizophrenia Subtypes: II. Positive And Negative Symptoms And Long-Term Course. *Archives Of General Psychiatry* 48: 978-986.

Ghadirian AM, Chouinard G, Annable LJ (1982) Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. *The journal of nervous and mental disease* 170: 463-467.

Güleç G (2012) *Aile ve evlilik*. Editör: Yenilmaz Ç. *Aile Yapısı ve İlişkileri*. 1.baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset tesisleri, Eskişehir.

Gürbüz M, Yüksel N (2013) D Vitamini ve Şizofreni. *Turkish Journal Of Osteoporosis* 19: 20-24.

Halat MI, Hovardoğlu S (2010) The relations between the attachment styles, causality and responsibility attributions and loneliness of the married couples in the context of the investment model. *ProcediaSocBehavSci* 5: 2332-2337.

Hatice Güz (2000) Şizofreni ve cinsiyet. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 1: 180-185.

Hariri AG, Özer GU, Ceylan ME ve ark (1999) Şizofreni etiyolojisinde nörogelişimsel hipotez. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 9: 99-103.

Hennekens C H & ark (2005) Schizophrenia and increased risks of cardio vascular disease. Am Heart Journal 150: 1115-1121.

Hffner H, Behrens S, De Vry J et al (1991) An animal model for the effects of estradiol on dopamine-mediated behavior: implications for sex differences in schizophrenia. Psychiatry Res 38: 125-34.

Hocaoglu Ç, Celik F H, Kandemir G et. Al. (2014) Sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia in Turkey: a cross-sectional study Shanghai Archives of Psychiatry 26 (6): 347-356.

Işık E (2009) Güncel Klinik Psikiyatri, 1. Baskı: Golden Medya, İstanbul, s: 59-70.

Işık H, Aker T (2000). Şizofrenisi olan hastaların cinsel yaşamları. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya.

Jones P, Cannon M (1998) The New Epidemiology of Schizophrenia. PsychClinics North Am 21: 1-25.

Kaplan HS (1985) Comprehensive evaluation of disorders and sexual desire. DC, American Psychiatric Press, Washington.

Karakuş G, Kocal Y, Sert D (2017) Şizofreni: Etiyolojisi, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergi&&si 26: 251-267.

Kaya Yunus (2013) Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

Kocal Y Karakuş G, Tamam L (2017) Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Klinik Psikiyatri 20: 104-113.

Köroğlu E (2004) Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 210.

Köroğlu E, Güleç C (2007) Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, HYB Basım yayın, Ankara.

Li XB, Li QY, Liu JT et al (2015) Child hoodtrauma associatesüith clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients. Psychiatry Res 228: 702-707.

McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA et al. (2000) The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. Journal Sex Marital Ther 26: 25-40.

Mueser KT, McGurk SR (2004) Schizophrenia. Lancet 363 (9426): 2063-2072.

Nicholson IR, Neufeld RW (1992) A dynamic vulnerability perspective on stressand schizophrenia. Am Journal Orthopsychiatry 62: 117-130.

Opler MG, Susser ES (2005) Fetal Environment and Schizophrenia. Enverion Health Perspect 113: 1239-1242.

- Özdemir L, Kalyoncu U, Akdemir N (2009) Bahçet Hastalığında Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi dergisi 27: 238-242.
- Özdemir O, Özdemir P G (2016) Glutamat Sistemi ve Şizofreni. Current Approaches In Psychiatry 8: 394-405.
- Özgüven HD (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, s: 65.
- Özgüven İ (2000) Evlilik ve Aile Terapisi. 1. Baskı, Pdrem Yayınları, Ankara.
- Özgüven İ (2017) Evlilik Ve Aile Terapisi. 4. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. LTD. ŞTİ, Ankara, s: 63-94.
- Özkan B, Eskiyurt R (2016) Şizofreni Hastalarının Ailelerine Yönelik Telepsikiyatrik Müdahalelerin Etkinliği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 8: 228-243.
- Öztürk O, Uluşahin, A (2016) Ruh sağlığı ve bozuklukları. 14. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, s: 189-244.
- Öz YC, Barlas GÜ (2017) Şizofreni hastalığı olan bireylerin işe yerleştirme ile ilgili görüşleri ve beklentileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi 3(3): 28-32.
- Pesek MB (2009) Therapy and Quality of Life of Patients With Psychosis. Psychiatria Danubina 1: 146-148.
- Rosen-Grandon J, Myers J E, Hattie, J A (2004) The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. Journal of Counseling and Development 82: 58-68.
- Ross C E, Mirowsky J (2002) Family relationships, social support and subjective life expectancy. Journal of Health and Social Behavior 43: 469-489.
- Salokangas RKR (1983) Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. Br Journal Psychiatry 142: 145-51.
- Seeman MV (1997) Psychopathology in women and men: focus on female hormones. Am Journal Psychiatry 154: 1641-1647.
- Seeman MV(2000) Women and schizophrenia. Medscape Womens Healths 5 (2): 2.
- Sokolski D M, Hendrick SS (1999) Fostering Marital Satisfaction. American Journal of Family Therapy 26 (1): 39-49.
- Sota S, Shimodera S, Kii M et al (2008) Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. Psychiatry Clin Neurosci 62: 379-385.
- Soygür H, Erkoç Ş (2007) Şizofreni Kavramına tarihsel bir bakış. Editörler: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu CE Şizofreni ve diğer Psikotik Bozukluklar. 1. baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s:1-13.

Tandon R, Jibson MD (2003) Efficacy Of New Generation Antipsychotics In The Treatment Of Schizophrenia. *Psychoneuro endocrinology* 28: 9-26.

Temeloğlu Ően Esin, Esin Uzun Oğuz (2016) Psikiyatrik Tanı Alan Bireylerin ve EŞlerinin Evlilik Uyumları. *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi* 4: 16-24.

Tutarel-Kışlak Ő, Çavuşoğlu Ő (2006) Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler. *Sosyal politika çalışmalarını dergisi* 9: 61-68.

Üçok A, İncesu C, Aker T ve ark (2007) Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. *European Psychiatry* 22: 328-333.

Volman L, Landeen J (2007) Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal Psychiatr Ment Health Nurs* 14: 411-417.

Waite L J, Gallagher M (2000) The case for marriage: why married people are happier, healthier and better off financially. New York: Double day.

Wirsing DA, Boyd JA, Meng LR et al (2000) The Effects Of Novel Antipsychotics On Glucose and Lipid Levels. *Journal Clin Psychiatry* 63: 856-865.

Yıldırım İ (1992) Evli bireylerin uyum düzeylerini etkileyen bazı etmenler. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara.

Yıldız M (2011) Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. 1. Baskı, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.

Young M E, Long L L (1998) Counseling and therapy for couples. 2nd edition, Brooks Cole Publishing, Canada.

Yüksel N (2014) Ruhsal hastalıklar. 4. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, s: 325-375.

## 7. SİMGELER VE KISALTMALAR

**ACYÖ** - Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.

**Ark.**, - Arkadaşları.

**BDT**- Bilişsel Davranışçı Terapi.

**EPS** - Ekstrapiramidalsendrom.

**EUÖ** - Evlilikte Uyum Ölçeği.

**DSM V** - Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) - 5, Tanısal Ölçütleri Elkitabı.

**EKT** - Elektrokonvülsif Terapi.

**NMDA** - (N – metil - D - aspartat).

**Vd**- ve diğerleri.

## 8. EKLER

Ek. 1

### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN)

Adınız Soyadınız:

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Erkek  Kadın

3) Eğitim durumunuz: İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite   
Yüksek lisans/Doktora

4) Medeni durumunuz? Evli  Bekar  Boşanmış

5) Çalışıyor musunuz? Evet  Hayır

6) Mesleğiniz:

7) Gelir Düzeyiniz: 0-1.500 TL  1.500-3.000 TL   
3.000-4.500 TL  4.500 TL ve üstü

8) Kaç yıldır evlisiniz? \_\_\_\_\_

9) Çocuğunuz var mı? Evet  Hayır

Varsa kaç tane? \_\_\_\_\_

10) Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

Yalnız  Aile

11) Hastalığınız evliyken mi başladı? \_\_\_\_\_

12) Bu hastalık sebebiyle kaç yıldır tedavi görüyorsunuz? \_\_\_\_\_

13) Hastalığınız nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu? Evet  Hayır

Oldu ise kaç defa yattınız? \_\_\_\_\_

14) Hastalık ataklarınız tekrarladı mı? Evet  Hayır

Tekrarladı ise kaç atak geçirdiniz? \_\_\_\_\_

15) Ne zamandan beridir ilaç kullanıyorsunuz? \_\_\_\_\_

16) Cinsel fonksiyonunuzu etkileyen herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?\_



**DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (SAĞLIKLI)**

Adınız Soyadınız:

Eşinizin adı soyadı:

1)Yaşınız:

Eşinizin yaşı:

2) Cinsiyetiniz: Erkek  Kadın

3) Eğitim durumunuz: İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

Eşinizin eğitim durumu:: Okuma-yazma yok  İlkokul  Ortaokul  Lise

Üniversite  Yüksek lisans/Doktora

4)Medeni durumunuz? Evli  Bekar  Boşanmış

5) Çalışıyor musunuz? Evet  Hayır

Eşiniz çalışıyor mu? Evet  Hayır

6) Mesleğiniz: \_\_\_\_\_

Eşinizin mesleği: \_\_\_\_\_

7) Gelir Düzeyiniz: 0-1.500 TL  1.500-3.000 TL

3.000-4.500 TL  4.500 TL ve üstü

Eşinizin gelir düzeyi: 0-1.500 TL  1.500-3.000 TL

3.000-4.500 TL  4.500 TL ve üstü

7) Kaç yıldır evlisiniz? \_\_\_\_\_

8) Çocuğunuz var mı? Evet  Hayır

Varsa kaç tane ? \_\_\_\_\_

9) Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

Yalnız  Aileniz ile

10) Cinsel fonksiyonunuzu etkileyen herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Var  Yok

Eşinizin cinsel fonksiyonunu etkileyen herhangi bir fiziksel rahatsızlığı var mı? Var

Yok

## 9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca üstümde emeği olan hocalarıma kliniğimizin baş psikoloğu sevgili Zeynep Şeker Aygüle bize klinikte davranılmasından hastalarla nasıl iletişime geçilmesine, giyeceklerimizden konuşma tarzımıza, okuyacak kitaplarımızdan hasta görüşmeleri, test uygulamaları ve dahada sayamadığım bir çok deneyimler için sonsuz teşekkürümü sunuyorum. Bize baba kadar şefkatli olan Prof. Dr. Selçuk Kırılıya vermeğe çalıştığı bilimsel eğitimin yanında etik ve ahlaki değerler, dünyagörüş hakkında ders ve ödevleri hem kişisel, hem de eğitimim açısından ilerleme kat etmem için önemi tarifsizdir. Kendilerine sonsuz teşekkürler. Prof. Dr. Cengiz Akkaya hocama bize derslerde kendi okuduklarını, görüşlerini, kütüphanesinden kitaplarını paylaştığı için, hayati meselelerde fikirleri ile detek olduğu için teşekkür ederim. Prof. Dr. Aslı Sarandöl hocam eğitimimde ilerlememe katkı sağlayan şizofreni hastalarına verdiği sanatla terapi eğitimine benimde katılmama izin verdiği, kendisinin düzenlediği psikoanaliz dersinde psikoloğ arkadaşlarla beraber katılmamızı sağladığı için ayrıca teşekkür ederim. Doç. Dr. Yusuf Sivrioğluna psikoloğlar için düzenlediği bilişsel davranışçı terapi bilgi deposu için teşekkürlerimi arz ederim. Tez hazırlama döneminde beni özgün bırakan, destekleyen, yardımını uzmanlığım boyunca esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Salih Saygın Ekere ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Biostatistik hocam Doç. Dr. Gökhan Ocakoğluna ettiği bütün yardımlar için ayrıca teşekkür ederim. Anketlerimi yaparken hastaları bulmakta ve bana yönlendirmekte yardımcı olan sekreterlerimiz Aziz beğe ve Kader hanıma çok teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca kazandığım arkadaşım Büşra Bıyık hem eğitimim boyunca anlamakta zorluk çektiğim terimlerde, derslerde bana yardımcı olduğu için, manevi desteği, beni her zaman dinlediği ve koca yüreği için teşekkürlerimi sunarım. Guyem Kolbaşı' ya yüksek lisansa başlatığımdan beri gösterdiği yardımlar ve teze başlamam için manevi desteği için teşekkürlerimi sunarım.

Desteklerini her zaman hissettiğim, tüm hayatım boyunca maddi ve manevi yardımcı olan anneme babama, öğrenim hayatım süresince büyük fedakarlıkla katkıda bulunan babama, anneme, kardeşlerime, eşime teşekkürlerin en büyüğünü sunarım. Tez konusunu seçmek kendi aileme nasıl daha doğru yaklaşımımı, ailenin daha güçlü, sıcak nasıl kurulması gerektiğini, doğruları ve yanlışları bir de kitap, makale dilinden nasıl gerekli olacağını öğrenmeme katkı sağladı. Bunu hemde bizzat eşim Onur Balıkçı sayesinde deneyimlerle görmeme katkı sağladığı, dürüst karakterli eş olmasıyla, hayatta destekleğen hayat arkadaşımın varlığı için Allahıma teşekkür ve şükür ediyorum.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

**Kişisel bilgiler:** Shabnam FATALIZADE. İki yıldır evliyim. Bir oğlum var.

**Doğum yeri ve tarihi:** Azerbaycan, Bakü

**Eğitim bilgileri:**

Lise: Kimya- Bioloji ağırlıklı fen lisesi

Üniversite: 2007-2010: Lenkeran Tıp Okulu-hemşirelik, 2012-2016: Bakü Devlet Üniversitesi-psikoloji

**Yabancı dil:** Azerice, Rusca, Türkce, İngilizce

**İş bilgileri:** BDT eğitimi

**İletişim bilgileri:** 05316171030, 05529858185; shebnem.fatalizade.90@mail.ru

**Akademik çalışmalar:** Examination of marital adjustment and sexuality in patients with schizophrenia; The European Research Journal.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU

Yazar Adı Soyadı	
Tez Adı	
Enstitü	
Anabilim Dalı	
Bilim Dalı	
Tez Türü	
Tez Danışman(lar)ı	
Çoğaltma (Fotokopi Çekim) İzni	<input type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimin sadece içindikiler, özet, kaynakça ve içeriğinin % 10 bölümünün fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin vermiyorum
Yayımlama İzni	<input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasının ertelenmesini istiyorum 1 yıl <input type="checkbox"/> 2 yıl <input type="checkbox"/> 3 yıl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin vermiyorum

Hazırlamış olduğum tezimin yukarıda belirttiğim hususlar dikkate alınarak, fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere Uludağ Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı tarafından hizmete sunulmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Tarih:

İmza: