



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇİFT
UYUMU ve CİNSEL İŞLEVLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep NAMLI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ

ADANA-2015

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Prof. Dr. Lut TAMAM'a, Uzm. Dr. Soner ÇAKMAK'a, emekli öğretim üyelerimizden Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı Uzm. Dr. Ali TAŞDEMİR'e, dört yıl boyunca birlikte çalışmış olduğum Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL ve Dr. Mahmut Onur KARAYTUĞ başta olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma, uzmanlık eğitimimin ilk yıllarında desteklerini esirgemeyen kıdemli asistanlarım Dr. Kerim UĞUR ve Dr. Özlem PALTACI'ya, tüm klinik çalışanlarına, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen sevgili aileme teşekkür ederim.

Dr. Zeynep NAMLI
ADANA, 2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
EKLER LİSTESİ	VII
KISALTMALAR LİSTESİ	VIII
ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER	IX
ABSTRACT and KEY WORDS	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	4
2.1.1. Cinsel Yanıt Evreleri.....	5
2.1.2. Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımı	8
2.1.3. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi	18
2.1.3.1. Cinsel işlev bozukluklarına neden olan bedensel hastalıklar	19
2.1.3.2. Cinsel işlev bozukluklarına neden olan ilaç tedavileri	20
2.2. Psikiyatrik Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozuklukları	21
2.2.1. Anksiyete Bozuklukları ve Cinsel İşlevler.....	21
2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlevler.....	22
2.2.3. Depresif Bozukluk ve Cinsel İşlevler	22
2.2.4. Psikotik Bozukluklar ve Cinsel İşlevler.....	23
2.2.5. Alkol-Madde Bağımlılığı ve Cinsel İşlevler	24
2.3. Bipolar Bozukluk ve Cinsel İşlevler	25
2.3.1. Bipolar Bozukluk (BPB) Tanımı ve Genel Özellikleri.....	25
2.3.2. Bipolar Bozukluğun Gidiş ve Sonlanım Özellikleri	27
2.3.3. Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Hastalıklar	28
2.3.4. Bipolar Bozuklukta Cinsel İşlevler	29
2.3.4.1. Bipolar bozuklukta kullanılan ilaç tedavilerinin cinsel işlevler üzerine etkisi	31

2.3.4.1.1. Duygudurum düzenleyicilerinin cinsel işlevler üzerine etkisi	31
2.3.4.1.2. Antidepresan ilaçların cinsel işlevler üzerine olan etkisi.....	32
2.3.4.1.3. Antipsikotik ilaçların cinsel işlevler üzerine olan etkisi.....	33
2.3.4.1.4. Anksiyolitik ilaçların (antidepresan hariç) cinsel işlevler üzerine olan etkisi	33
2.3.4.2. Bipolar bozuklukta cinsel işlev bozukluklarının diğer olası nedenleri.....	34
2.3.4.3. Bipolar bozuklukta cinsel yanıt döngüsünde değişiklikler	34
2.3.4.4. Bipolar bozuklukta cinsel işlevlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesine etkisi.....	35
2.3.5. Bipolar Bozuklukta Çift Uyumu	36
3. GEREÇ ve YÖNTEM	40
3.1. Verilerin Toplanması	40
3.2. Veri Toplama Araçları	41
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	41
3.2.2. Bipolar Bozukluk Veri Formu	42
3.2.3. Cinsel İşlevler Veri Formu.....	42
3.2.4. Kullanılan Ölçekler	42
3.2.4.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I).....	42
3.2.4.2. DSM-IV eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID- II)	43
3.2.4.3. Young mani değerlendirme ölçeği (YMD).....	43
3.2.4.4. Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ)	43
3.2.4.5. Standardize minimental test (MMT).....	44
3.2.4.6. UKU yan etki değerlendirme ölçeği (UKU)	44
3.2.4.7. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği (GRCDÖ).....	44
3.2.4.8. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ).....	45
3.2.4.9. Çift uyum ölçeği (ÇUÖ)	45

3.3. İstatistiksel İşlemler	46
4. BULGULAR.....	47
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	47
4.2. Ek Tanılar.....	49
4.3. Bipolar Bozukluk Özellikleri	51
4.4. Cinsel İşlevlerin Ölçeklerle Değerlendirilmesi	53
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	79
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1. Cinsel Yanıt Evrelerine Göre Cinsel İşlev Bozuklukları	7
Tablo 2. Cinsel Yanıt Evreleriyle İlişkili Olmayan Cinsel İşlev Bozuklukları	7
Tablo 3. Cinsel İşlev Bozukluklarının DSM-IV-TR ve DSM-5 Sınıflandırma Sistemlerine Göre Karşılaştırılması	9
Tablo 4. Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 5. Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Kontrol Grubunun Aile Özellikleri	48
Tablo 6. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar ve Kontrol Grubunun Soygeçmiş ve Özgeçmiş Özellikleri	49
Tablo 7. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ek Tanılar	49
Tablo 8. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Anksiyete Bozuklukları Ek Tanıları	50
Tablo 9. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Kişilik Bozukluğu (KB) Ek Tanısı	51
Tablo 10. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Hastalık Özellikleri	52
Tablo 11. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 12. Kısa Bilgi Edinme Formu ile Cinsel İşlevlerin; Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	54
Tablo 13. Cinsel İşlev Bozukluğu Varlığının Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	55
Tablo 14. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Standart Puanlarının Kadın Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	56
Tablo 15. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Standart Puanlarının Erkek Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	56
Tablo 16. ÇUÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	57
Tablo 17. BPB Tanılı Hastalarda UKU Ölçeği Cinsel İşlevler Bölümünün Değerlendirilmesi	58
Tablo 18. Bipolar Bozukluk Tanılı Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Hastalarda İlaç Tedavilerinin Değerlendirilmesi	59
Tablo 19. ÇUÖ Alt Ölçek Puanlarının ve Toplam Puanının, Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarında Karşılaştırılması	60
Tablo 20. ÇUÖ Alt Ölçek Puanlarının ve Toplam Puanının, Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	60
Tablo 21. Kadın BPB Tanılı Hastalarda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu	61
Tablo 22. Kadın Kontrol Grubunda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu	62
Tablo 23. Erkek BPB Tanılı Hastalarda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu	63
Tablo 24. Erkek Kontrol Grubunda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Kadın cinsel yanıt döngüsü ^{2,7}	5
Şekil 2. Erkek cinsel yanıt döngüsü ^{2,7}	6

EKLER LİSTESİ

Ek 1. Çütf Psikiyatri Abd Bipolar Bozukluk Biriminde İzlenen Hastalarda Cinsel İşlevler ve Çift Uyumunun Değerlendirilmesi Bilgilendirme ve Onay Formu	84
Ek 2. Ç.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi Hasta Kayıt ve İzlem Formu.....	85
Ek 3. Hamilton Depresyon Ölçeği.....	92
Ek 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	93
Ek 5. Standardize Mini Mental Test.....	95
Ek 6. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği	96
Ek 7. Çiftler Uyum Ölçeği.....	101
Ek 8. Uku Yan Etki Değerlendirme Ölçeği	102

KISALTMALAR LİSTESİ

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ACE	: Anjiyotensin converting enzim
H2	: Histamin-2
PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
LHRH	: Luteinizing hormone releasing hormone
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BPB	: Bipolar Bozukluk
BPB-1	: Bipolar Bozukluk Tip-1
BPB-2	: Bipolar Bozukluk Tip-2
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
HDÖ	: Hamilton Depresyon Ölçeği
YMD	: Young Mani Değerlendirme Ölçeği
MMT	: Minimental Test
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM-IV (DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği)
UKU	: UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği
GRCDÖ	: Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği
ACYÖ	: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
ÇUÖ	: Çiftler Uyum Ölçeği
GRISS	: Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction
CİB	: Cinsel işlev bozukluğu
KB	: Kişilik Bozukluğu
ASES	: Arizona Sexual Experience Scale
DAS	: Dyadic Adjustment Scale
SDD	: Sexual dysfunction disorders

ÖZET

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çift Uyum ve Cinsel İşlevlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Bipolar Bozukluk Birimi tarafından takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalardaki cinsel işlevler ve çift uyumunu ve etkili olan faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Bipolar bozukluk (BPB) tanılı ötimik dönemde olan 50 hasta (32 kadın, 18 erkek) ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan 50 kişiden oluşan kontrol grubu (27 kadın, 23 erkek) çalışmaya dahil edildi. Görüşmeler iki aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada klinisyen tarafından Sosyodemografik Veri Formu, bipolar bozukluk veri formu ve cinsel işlevler veri formu dolduruldu. DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) ve ilaç yan etkilerinin değerlendirilmesi için UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) hastalar tarafından dolduruldu. İkinci aşamada ölçekler toplandı ve değerlendirildi.

Bulgular: BPB tanılı 50 hastanın % 50'sinde cinsel işlev bozukluğu (CİB) saptanmıştır. BPB ve kontrol grubunun CİB varlığı açısından karşılaştırılması sonucunda en sık erkek BPB tanılı hastalarda bozukluk belirlenmiştir. Kadın BPB tanılı hastalarda en sık saptanan bozukluk iletişim sorunu, erkeklerde ise cinsel sıklık azlığıdır. GRCDÖ toplam puanları her iki cinsiyette de BPB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek belirlenmiştir. ÇUÖ toplam puanları hasta ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur. İlaç tedavilerinin değerlendirilmesi sonucunda cinsel işlevler açısından valproik asit güvenilir bulunmuştur. BPB hastalık özelliklerinin cinsel işlevlere olan etkisinin değerlendirilmesinde ataklarda psikotik belirtilerin bulunmasının CİB oranını artırdığı saptanmıştır. BPB tanılı hastalarda CİB varlığının çift uyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada CİB oranının BPB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür. Özellikle erkek cinsiyette, kontrol ve hasta grubunda CİB çift uyumunu daha olumsuz etkilemektedir. Ancak CİB ve çift uyumunun etkilenmesi arasındaki en güçlü ilişki BPB tanılı erkek hastalardadır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, cinsel işlevler, çift uyumu.

ABSTRACT

Assessment of Dyadic Adjustment and Sexual Functions in Patients with Bipolar Disorder

Objective: The aim of this study was to assess sexual functions, dyadic adjustment and related factors in bipolar patients who have been followed up in outpatient clinic of Bipolar Disorder Unit of Department of Psychiatry, Cukurova University Medical School.

Method: A total of 50 euthymic bipolar patients (32 female, 18 male) and 50 healthy individuals as a control group (27 female, 23 male) were included in the study. Interviews were completed at two steps. At first step, a data form for socio-demographic features and two other forms for clinical characteristics of bipolar disorder and sexual functions have been filled by clinician. The Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-4) Axis I and Axis II were used to determine axis I psychiatric disorders and personality disorders. UKU Side Effect Rating Scale was filled by interviewer. In addition all patients completed Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), Arizona Sexual Experience Scale (ASES), Dyadic Adjustment Scale (DAS) completed. At the second step the collected data were assessed and scales were interpreted.

Results: The prevalence rate of sexual dysfunction disorders (SDD) were 50% (n=50) in bipolar patients. SDDs were most commonly seen in bipolar male patients in our sample. The most common sexual dysfunction was sexual interaction in female and sexual intercourse frequency in male bipolar patients. Total GRISS scores were higher in both bipolar male and female patients than control group. There was no statistically significant difference between bipolar patients and control group in total DAS points. Valproic acid was found to have less sexual side-effects than other medications. Presence of psychotic features during the episodes was related with more SDDs in our study. SDDs had negative effects on dyadic adjustment in patients with bipolar disorder.

Conclusion: The results of this study have shown that the prevalence rate of sexual dysfunction disorders is higher in bipolar patients than healthy individuals. SDDs have negative effects on dyadic adjustment especially in male gender in both bipolar patients and control group. The strongest relation between SDDs and dyadic adjustment were found in bipolar male patients.

Key Words: Bipolar disorder, sexual functions, dyadic adjustment.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bipolar Bozukluk (eski ismiyle psikoz manik depresif) depresif, manik, hipomanik ya da depresif ve manik belirtileri birlikte içeren ataklarla seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Bu bozukluk ataklar halinde seyreder ve kronisite gösterme eğilimindedir. Hastalığın geçmişi çok eskiye dayanmaktadır. 1882 yılında Kahlbaum mani ve melankolinin aynı hastalığın farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır¹. 1896 yılında ise; Krapelin “manik depresyon” u tanımlayıp Dementia prekoks ile ayrımını yapmıştır¹.

Bipolar bozukluk genellikle erken yaşlarda başlar, 50 yaşından sonra görülme sıklığı azalmaktadır. Yaygınlığında cinsiyet farkı gözlenmemektedir. Hastalığın etyolojisinde genetik etkenler, nörotransmitter düzeyleri, iyon sistemleri gibi biyokimyasal etkenler, organik hastalıklar ve kullanılan ilaç tedavileri, psikososyal faktörler gibi etkenler rol oynamaktadır¹. Bipolar bozukluğa sıklıkla anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları eşlik etmektedir¹. Bu nedenlerle kişinin toplumsal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevselliği olumsuz etkilenmektedir.

Cinsellik insanların varoluşundan itibaren varlığını sürdürmektedir. Bilimsel olarak cinselliğin ele alınışı ilk olarak yirminci yüzyılın başlangıcındadır. Henry Havelock Ellis ve Sigmund Freud cinsellikte bilimsel araştırmalara öncülük etmişlerdir². Yirminci yüzyılın ikinci yarısında William Masters ve Virginia Johnson tarafından doğrudan laboratuvar ortamında yapılan çalışma sonuçları yayımlanmıştır. Bu sonuçlar ışığında insanda cinsel yanıt uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört aşamalı bir döngüden oluştuğu ileri sürülmüştür². 1970 yılında Helen S. Kaplan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluşan cinsel yanıt modelini geliştirmiştir. Bu model günümüzde kullanılan cinsel yanıt modelidir ve cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına temel oluşturur².

Cinsel işlev bozuklukları çok sık görülen bozukluklardır^{1,2}. Cinsiyet farkı gözetmeksizin her üç kişiden en az birinde, yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir cinsel işlev bozukluğu gözlenmektedir. Bu yaygınlığa rağmen doktora başvuru oranı son dönemlerde artış göstermiştir. Cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı, başlangıç yaşları, doktora başvuru yaşı ve bozukluk tipi açısından toplumsal ve kültürel farklılıklar

gözlenmektedir. Bizim toplumumuzda kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu cinsel istek azlığıdır². Fakat tedavi amacıyla en sık başvuru sebebi vajinismustur. Erken boşalma erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde psikososyal ve kültürel etkenler, bedensel hastalıklar, kullanılan ilaç tedavileri, performans anksiyetesi, gebelik, laktasyon, menopoz, yaşlılık, partnerde cinsel işlev bozukluğu, eş kaybı, eş sadakatsizliği, kişide ya da partnerde psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır².

Anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve psikotik bozukluklar başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklar da cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır². Hastalıkların direkt olumsuz etkisi dışında kullanılan ilaç tedavileri de cinsel işlevleri etkileyebilmektedir.

Bipolar bozukluk manik ve hipomanik atak sırasında libido artışı, uygunsuz cinsel birliktelikler ve hiperseksüalite gözlenebilmektedir. Depresif atakta ise; ilgi istek azlığı, anhedoniye cinsel istek azlığı da eşlik etmektedir^{1,2}. Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan antipsikotik, antidepresan ilaçlar ve duygudurum düzenleyiciler de cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilmektedir^{2,3}.

Ciddi ruhsal hastalığı olan hastaların cinsel işlevleri hakkında yetersiz veri bulunmaktadır. Kullanılan ilaç tedavileri özellikle antidepresan ve antipsikotiklerin yan etkileri ve ruhsal hastalıkları nedeniyle etkilenen yaşam kalitesi cinsel işlev bozukluğundan en çok sorumlu tutulmaktadır³.

Ruhsal hastalığı olan kişilerde başta eş problemi olmak üzere ilişki kurma sorunlarının temelinde sahip oldukları ciddi cinsel işlev bozukluklarının olduğunu düşünen birçok yazar bulunmaktadır. Ayrıca cinsel işlev bozuklukları bazı hastalıkların alevlenmesine ya da tedavi yanıtının gecikmesine neden olabilmektedir³.

Şizofreni, bipolar bozukluk, zeka geriliği, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar ilişki kurma, cinsel işlevler ve cinsel sorunları hakkında konuşabilmeyi etkileyebilmektedir³. İlişki kurma gücü hastaların toplumsal etiketlenmesinden de kaynaklanmaktadır. Kültürel etkenlerin etkisinde bu konular hakkında bilgi alma yetersizdir.

Hastalar ve doktorları tarafından yeterince üzerinde durulmayan bir konu olan cinsel işlev bozuklukları yaşam kalitesini, hastalığın gidişatını, tedavi uyumunu ve çift uyumunu etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır. Bu nedenle bu çalışmada Bipolar

Bozukluk tanısıyla takip edilen hastalar ile ruhsal hastalığı olmayan sağlıklı bireyler cinsel işlevler ve çift uyumu açısından karşılaştırılacak ve etkili olan faktörler belirlenmeye çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları

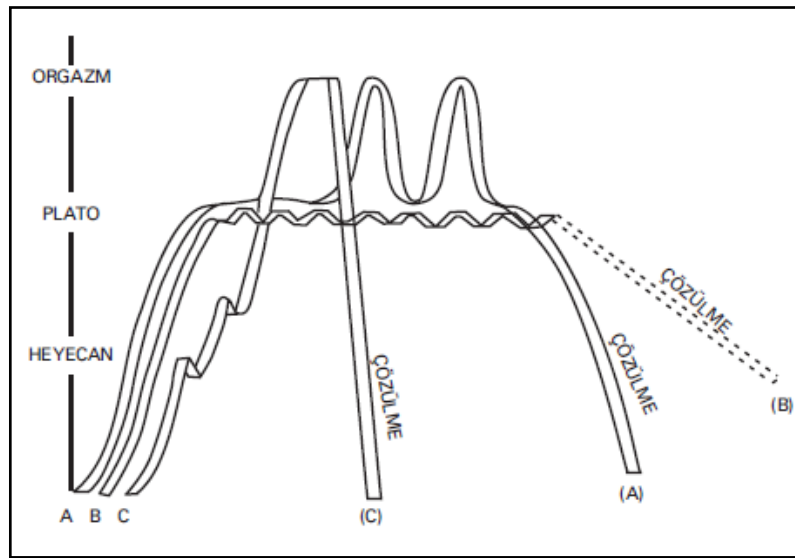
Cinsellik; kişinin başkalarıyla olan ilişkilerinden, yaşam koşullarından ve içinde bulunduğu kültür, bireysel olarak genetik yapısı, kadın veya erkek olma, yaş, kişilik özellikleri gibi birçok etkenden etkilenmektedir. Cinsellikte normal kavramını tanımlamak güçtür. Psikiyatride amaç kişinin hedeflediği normal kavramına ulaşabilmektir.

Cinselliğin bilimsel olarak ele alınışı yirminci yüzyılın başlangıcına denk düşmektedir. Henry Havelock Ellis ve Sigmund Freud cinsellikte bilimsel araştırmalar için aşama sağlamışlardır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında Kinsey ve ark. yüzlerce kadın ve erkekle görüşerek evlilik ve cinsel yaşamlarındaki davranış özelliklerini araştırmışlardır. Böylece cinselliğin incelenmesinde insan ilk defa çalışma malzemesi olarak kullanılmıştır². Yine yirminci yüzyılın ikinci yarısında Masters ve Johnson tarafından doğrudan laboratuvar gözlemlerine dayanan çalışmalar yapılmaya başlamıştır. Masters ve Johnson'un ortaya koyduğu model cinsel işlev bozukluklarının çağdaş sınıflamalarına temel oluşturmuştur. İnsanda cinsel yanıtın; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamalarından oluşan dört aşamalı bir döngü olduğu belirlenmiştir. 1970'lerde Helen Kaplan; cinsel yanıtta uyarılma ve orgazm evrelerine ek olarak cinsel isteğin de önemli bir rol oynadığını belirlemiştir. Cinsel isteğin fizyolojik yanıtın başlatıcısı olduğu ortaya çıkarılmıştır. Kaplan tarafından, günümüzde kullanılmakta olan üç aşamalı cinsel yanıt modeli geliştirilmiştir (cinsel istek, uyarılma ve orgazm) ⁴.

Cinsel işlevler üzerinde etkili olduğu düşünülen santral sinir sistemi bölümleri; serebral korteks, frontal korteks, limbik sistem, bazal ganglionlar, anterior hipotalamik medial preoptik çekirdek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdek ve hipofiz'dir⁵. Limbik sistem ve hipotalamus merkez rol oynamaktadır. Crenshaw ve Goldberg'e göre anterior hipotalamik medial preoptik çekirdek erkek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdek kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olarak kabul edilmektedir ^{5,6}.

2.1.1. Cinsel Yanıt Evreleri

Kadında cinsel yanıt döngüsü: Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir⁷.



Şekil 1. Kadın cinsel yanıt döngüsü ^{2,7}.

A: Çoğul orgazm paterni, B: Orgazmsız patern, C: Uyarılma aşamasındaki birkaç kısa atım ve hızla çözülme aşamasına geçilen patern.

Uyarılma evresi: İlk evredir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarımla ortaya çıkabilmektedir. Bu evrede cinsel organlara kan akışında artma ve buna bağlı olarak ıslanma, kabarma gibi değişikliklerle memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme ortaya çıkar⁸.

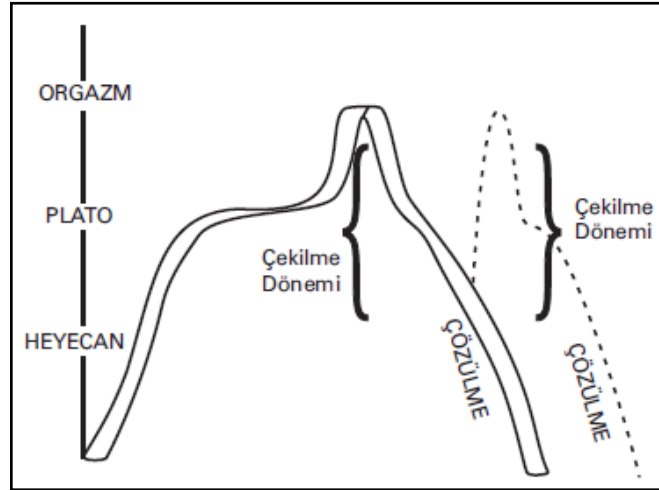
Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte plato sürecine girilir⁷. Memelerdeki büyüme en ileri seviyeye ulaşmıştır. Cinsel organlardaki yerel kanlanma artışının yanında genel olarak kan dolaşımı hızlanır. Göbek etrafında başlayan kızartılar memeye daha sonra da kollar, kalça ve sırta doğru yayılır.

Plato evresinin sonlarına doğru kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma belirginleşir ve kalça kaslarında kasılmalar gözlenir⁸. Bu evre orgazm evresine giriş niteliğindedir.

Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun olanıdır. Orgazm sırasında vajinanın dış 1/3 lük kısmındaki kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelir. Bu kasılmaların şiddeti ve sayısı kişiden kişiye oldukça değişkendir. Plato evresinin sonuna doğru belirginleşen kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma orgazm boyunca da sürer^{7,8}.

Çözülme evresi: Son evredir. Genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi yani gevşeme dönemidir⁸. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahiptir.

Erkek cinsel yanıt döngüsü:



Şekil 2. Erkek cinsel yanıt döngüsü^{2,7}.

Uyarılma evresi: Erkeklerde asıl olarak dış genital organlar cinsel uyarıya belirgin duyarlılığa sahiptir. Peniste ereksiyon sağlandıktan sonra, uyarılma sürerse ereksiyon uzun süre devam edebilir. Ancak uyarılma ve plato evreleri boyunca, cinsel uyarı

sürüyor olsa bile, dış etkenlerde ortaya çıkan bir değişiklik ya da psikolojik gerginlik ereksiyonu kısmen ya da tamamen kaldırabilir. Cinsel uyarı devam ederse ereksiyon tekrar sağlanabilir^{7,8}.

Plato evresi: Kadınlarda olduğu gibi; erkeklerde de cinsel organlardaki kanlanma artışının yanında vücudun genelinde de kan akım hızında artış olur. Bu evrenin süresi kişiler arasında oldukça değişkendir. Erken boşalması olan erkeklerde aşırı kısadır⁸.

Orgazm evresi: Bu evrede ejakulasyon gerçekleşir. Orgazm evresi boyunca plato evresinde oluşan değişikliklere ek başka bir değişiklik gözlenmez⁸.

Çözülme evresi: Kadınlarda olduğu gibi bu evrede, genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi gerçekleşir, gevşeme yaşanır^{7,8}.

Yanıtsız evre: Bu evre sadece erkeklere özgüdür. Erkekler çözülme evresinden sonra süresi kişi ve yaşa göre farklılık gösteren refrakter döneme girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar cinsel uyarana yanıt verip ereksiyon ya da orgazm olma mümkün değildir. Bu nedenle erkeklerin cinsel yanıt döngüsü tek tiptir^{7,8}.

Cinsel yanıt evreleri ve işlev bozuklukları:

Tablo 1. Cinsel Yanıt Evrelerine Göre Cinsel İşlev Bozuklukları ^{2,7,8}

Evre	Fizyolojik süreç	Bozukluklar
İstek	Santral Sinir Sistemindeki cinsel merkezlerin aktivasyonu + yeterli ölçüde endokrin sistem desteği	1) Cinsel istek bozukluğu 2) Cinsel tiksinti bozukluğu
Uyarılma	Genital bölgede vazokonjesyon + sistemik vazokonjesyon Erkeklerde → Ereksiyon Kadınlarda → Lubrikasyon	Erkeklerde → Ereksiyon Bozukluğu Kadınlarda → Uyarılma Bozukluğu
Orgazm	Refleks kas kontraksiyonları Erkeklerde → Boşalma Kadınlarda → Orgazm	Erkeklerde → Boşalma Bozuklukları Kadınlarda → Orgazm Bozuklukları

Tablo 2. Cinsel Yanıt Evreleriyle İlişkili Olmayan Cinsel İşlev Bozuklukları⁸

Cinsel ağrı bozuklukları	Vajinismus (kadında) Disparoni (kadın ve erkeklerde)
Diğer bozukluklar	Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları

2.1.2. Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımı

DSM IV-TR’de cinsel bozukluklar üç başlık altında değerlendirilmiştir;

- Cinsel işlev bozuklukları
- Parafililer
- Cinsel kimlik bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları DSM IV-TR sınıflandırma sistemine göre;

- Cinsel istek bozuklukları
Cinsel istekte azalma (hipoaktif cinsel istek) bozukluğu
Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu
- Cinsel uyarılma bozuklukları
Kadında cinsel uyarılma bozukluğu
Erkeklerde erektil bozukluk
- Orgazm ile ilgili bozukluklar
Kadında orgazm bozukluğu
Erkeklerde orgazm bozukluğu
Prematür ejakülasyon (erken boşalma)
- Cinsel ağrı bozuklukları
Disparoni
Vajinismus
- Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır^{2,9}.

Klinik alt belirteçler; yaşam boyu ya da edinilmiş olması, yaygın ya da durumsal olması, psikojenik faktörlere ya da çoğul faktörlere bağlı olmasıdır.

Tablo 3. Cinsel İşlev Bozukluklarının DSM-IV-TR ve DSM-5 Sınıflandırma Sistemlerine Göre Karşılaştırılması

DSM-IV-TR	DSM-5
Cinsel istekte azalma bozukluğu (erkek)	Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu
Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu	-
Kadında cinsel uyarılma bozukluğu Cinsel istekte azalma bozukluğu (kadın)	Kadında cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu
Erkeklerde erektil bozukluk	Sertleşme bozukluğu
Kadında orgazm bozukluğu	Kadında orgazm bozukluğu
Erkeklerde orgazm bozukluğu	Geç boşalma
Prematür ejakülasyon	Erken boşalma
Disparoni Vajinusmus	Cinsel organlarda- pelviste ağrı/içe girme bozukluğu
Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu	Maddenin /ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu
-	Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu
-	Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu

DSM-5 sınıflandırma sisteminde cinsel işlev bozuklukları; istek, uyarılma, orgazm ve ağrı bozuklukları şeklinde gruplara ayrılmamıştır.

1) Cinsel istek bozuklukları: Cinsel isteğin nesnel olarak ölçümü mümkün değildir. Çiftlerin öznel deneyimlerine göre çeşitli ölçütler oluşturulmuştur. Tek başına ilişki sıklığı cinsel istek bozukluğu için güvenilir bir kriter değildir. DSM-4-TR’de iki alt başlıkta incelenmiştir.

Azalmış cinsel istek bozukluğu:

Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri;

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması). Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azaldığı ya da hiç olmadığı yargısına varır.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Cinsel istek bozukluğu, süregelen ve tekrarlayan bir biçimde cinsel eylem için cinsel fantezi ve arzunun olmaması veya zayıf olması durumudur. Cinsel hayaller kurmak, cinsel konularla ilgilenmek, erotik uyarınları izlemek gibi bir istek de ya hiç yoktur ya da çok seyrek olarak oluşur⁸.

Cinsel isteksizlik, erişkinliğin başından beri olabileceği gibi sonradan da ortaya çıkabilir. Başlangıçta normal cinsel isteğin bulunduğu bir dönemin olması, cinsel isteksizliğin sonradan gelişen bir nedene bağlı olduğunu düşündürür ve olasılıkla tedaviye daha iyi yanıt verir. Ergenliğin başından beri olan cinsel isteksizlikte ise çoğunlukla daha ciddi etkenler söz konusudur ve tedavi yanıtı azalır.

Cinsel istek azlığı kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir^{2,8}. Uyarılma bozukluğuyla birlikte kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur⁸. Fakat kadınlarda tedavi amacıyla en sık başvuru sebebi vajinismustur. Çünkü kültürel nedenler nedeniyle kadınlar için cinsellik istekten ziyade genellikle görev gibi kabul edilmektedir.

Yapılan araştırmalar, cinsel tedavi için başvuran her 3 kadın hastadan 1'inde cinsel istek bozukluğu olduğunu göstermektedir⁸. Mercer'in 2003 yılında, yaşları 16-44 arasında değişen 6399 kadın üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada 1 sene boyunca en az 1 ay cinsel istek bozukluğu gösteren kadınlar %40,6; en az 6 ay boyunca cinsel istek bozukluğu gösteren kadınlar %10,2 oranında bulunmuştur⁸.

Cinsel istek azlığı erkeklerin %20'sinde görülür. Laumann ve arkadaşlarının 1999'da Amerika'da yaptıkları bir çalışmada; hiç evlenmemiş erkeklerde, halen evli olan erkeklere göre 3 kat daha sık cinsel istek bozukluğu saptanmıştır^{8,10}.

DSM-5 sınıflandırma sisteminde sadece erkekte düşük cinsel istek bozukluğu başlığı yer almaktadır. DSM-IV'ten farklı olarak; cinsel istek azlığının ya da yokluğunun en az altı ay sürmesi koşulu eklenmiştir. Ayrıca DSM-IV'te kadında cinsel uyarılma bozukluğu ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılırken DSM-5'te cinsel istek azlığı ve uyarılma bozukluğu kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu başlığı altında birleştirilmiştir. Bu bozukluğun da en az yaklaşık altı ay sürmesi koşulu bulunmaktadır^{9,11}.

Cinsel tiksinti bozukluğu:

Cinsel Tiksinti Bozukluğu DSM-IV Ölçütleri;

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle (ya da hemen tümüyle) kaçınma.

B. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında)^{8,9}.

Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınma söz konusudur. Diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir görülmektedir. Ülkemizde rastlanması nadir değildir. Cinsel tiksinti genital salgılar ya da cinsel birleşmeye odaklı olabileceği gibi ağırlaştıkça öpme, dokunma dahil tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme ortaya çıkabilir. Bazen cinselliği düşünmekle bile kaygı oluşabilir ya da fobik tepkiler, panik atak ortaya çıkabilir. Cinsel işlev bozuklukları arasında prognozu en kötü olanıdır. Toplumumuzda kadınlarda sık görülmektedir². Cinsel tiksinti bozukluğunun sıklığı tam bilinmemektedir. Erkeklerde, kadınlara göre daha az görülür⁸. DSM-5'te cinsel tiksinti bozukluğu yer almamaktadır¹¹.

2) Cinsel uyarılma bozuklukları:

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu:

Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri;

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Yeterli cinsel uyarıya rağmen, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisi sağlayamaması ya da cinsel etkinlik

bitene kadar bunu sürdürememesi durumudur^{2,8}. Cinsel istek ve orgazm sorunları ile birlikte sık görülmektedir. Sorun cinsel yaşamın başından beri olabileceği gibi daha sonra da ortaya çıkmış olabilir. Bazen de uyarılma bozukluğu sadece belli durumlarda (mesela bazı partnerlerle) olurken bazı durumlarda ortaya çıkmaz⁸.

Bancroft tarafından 2003 yılında yapılan, yaşları 20-65 arasında değişen 987 kadının katıldığı bir araştırmada uyarılma bozukluğu yaşayan kadınların oranı %31,2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca uyarılma bozukluğuna 30'lu yaşlardan sonra daha sık rastlanmaktadır⁸.

DSM-5'te cinsel uyarılma bozukluğu ve cinsel istek azlığı birleştirilip kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu şeklinde yer almıştır¹¹.

Erkeklerde erektil bozukluk:

Eretil bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, yeterli bir ereksiyon sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{2,8,9}.

Geçici ereksiyon güçlükleri her erkeğin yaşamının çeşitli dönemlerinde ya da durumsal olarak görülebilir ve kendiliğinden düzelir. Ereksiyon sorununun birkaç kez ya da birkaç hafta ile sınırlı olmaması, erektil disfonksiyon tanısının koyulabilmesi için bozukluğun tekrarlayıcı ve uzun süreli olması gerekmektedir².

Sertleşme zorluğu farklı derecelerde ve biçimlerde olabilmektedir. Bazı bireyler cinsel yaşantılarının başından beri sertleşme sağlayamamışlardır. Bazılarında cinsel yaşamın bir bölümünde sertleşme sorunu yokken sonradan ortaya çıkar. Bazılarında sabah sertlikleri veya mastürbasyon sırasında sertleşme olurken tam cinsel birleşmeye geçecekleri zaman sertliklerini yitirirler⁸.

Eretil disfonksiyon en sık doktora başvuru nedeni olan erkek cinsel işlev bozukluğudur. Yaşla sıklığı artış göstermektedir². Toplumsal tarama çalışmalarına göre;

45 yaşın üzerindeki erkeklerde değişik oran ve derecelerde sertleşme sorunu başlayabilmektedir. 60 yaş üzerindeki erkeklerin yaklaşık %50'sinde sertleşme sorunu hafif, orta ve ağır derecelerde mevcuttur⁸.

DSM-5’te ‘Sertleşme bozukluğu’ başlığı yer almaktadır. Cinsel etkinliğin yaklaşık %75-100’ünde, cinsel etkinlik sırasında ereksiyon sağlamada belirgin güçlük çekme, cinsellik bitene kadar ereksiyonu sürdürememe, sertlik düzeyinde belirgin azalma şeklinde tanımlanır. Bu belirtiler en az altı ay sürmeli şeklinde süre koşulu bulunmaktadır¹¹.

3) Orgazm ile ilişkili bozukluklar:

Kadında orgazm bozukluğu:

Kadında orgazm bozukluğu DSM-IV Tanı ölçütleri;

A. Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması. Kadınlar orgazmı tetikleyen uyarının türü ya da yoğunluğu açısından büyük değişkenlik gösterirler. Kadında orgazm bozukluğu tanısı, klinisyenin kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yeterliliği açısından baktığında orgazm olma yetisinin beklenenden daha az olduğu yargısına varması temeline dayanmalıdır.

B. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu işlev bozukluğu; başka bir I. eksen bozukluğuyla daha iyi açıklanmaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (ör: kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi amacıyla kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Kadında orgazm bozukluğu, sürekli ve tekrarlayan bir biçimde cinsel birleşme ile orgazm olamama ya da çok nadiren olma durumudur. Bazı kadınlar hayatları boyunca hiç orgazm olmamış olabilir. Bazı kadınlar mastürbasyonla orgazm olabilir ama cinsel birleşme sırasında orgazm olamazlar. Mastürbasyonla orgazm olabilen kadınların tedavisi daha kolaydır^{2,8}.

Cinsel birleşme ile orgazm olamama kadınlar arasında çok yaygın görülür. Birçok araştırmada cinsel sorun nedeniyle başvurmamış kadınların %40-60 kadarının orgazm olamadıkları saptanmıştır. Orgazm bozukluğu bu kadar yaygın olmasına

karşılık bu nedenle tedaviye başvuru oranı yüksek değildir. 2003 yılında Richters tarafından yapılan bir araştırmada, cinsel işlev bozukluğu gösteren, yaşları 16-59 arasında değişen 9134 kadının %28,6'sında orgazm bozukluğu olduğu saptanmıştır. En çok orgazm bozukluğu yaşayan kadınların yaş aralığı 50-59 iken (%41.9) bunu 16-29 yaş aralığı izlemektedir (%29)^{8,12}.

DSM-5'te 'Kadında orgazm bozukluğu' başlığı korunmuştur. Cinsel etkinliğin yaklaşık %75-100'ünde orgazmda belirgin gecikme, orgazm seyrekliği ya da yokluğu, orgazmın çok düşük yoğunlukta olması şeklinde tanımlanır. DSM-IV'ten farklı olarak belirtiler en az yaklaşık altı ay sürmeli koşulu bulunmaktadır¹¹.

Erkeklerde orgazm bozukluğu:

Erkeklerde Orgazm Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri;

A. Klinisyenin, kişinin yaşını göz önünde bulundurduğunda, yoğunluğunun ve süresinin yeterli olduğunu düşündüğü cinsel etkinlik sırasında, olağan bir cinsel uyarılma evresi sonrası, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, orgazmın gecikmesi ya da olmaması.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu orgazm bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Cinsel etkinlik sırasında yeterli süre ve şiddette uyarılma olmasına karşın, orgazm gecikmesi ya da gerçekleşmeme durumudur. Erkeklerde orgazm bozuklukları 3 farklı biçimde kendini gösterir;

1. Geç boşalma,

2. Zevk almaksızın boşalma (fizyolojik ya da anhedonik orgazm): Son derece nadir, hiçbir orgazmik keyif duyulmadan ejakülasyon gerçekleşmesidir. Geç ve kısmi geç boşalmadan farklı olarak hem emisyon hem de fişkırtma vardır dolayısıyla kasılmalar da olmaktadır ancak zevk duygusu yaşanmaz.

3. Doyumsuzluk: Orgazm olunmasına karşın, orgazm duygusundan yeterli doyum sağlanamamasıdır⁸.

Geç boşalma; erken boşalma ve sertleşme bozukluklarından çok daha nadir görülmektedir. Geç boşalma erkeklerde en az görülen cinsel işlev bozukluğudur. Genel toplumda görülme sıklığı % 5 ve altındadır. Masters ve Johnson tarafından yapılan, cinsel işlev bozukluğu olan 447 kişiden oluşan bir araştırmada %3,8 oranında saptanmıştır⁸.

DSM-5'te erkekte orgazm bozukluğu başlığı yer almamaktadır. Geç boşalma ise; eşli neredeyse her cinsel etkinlikte (cinsel etkinliğin yaklaşık %75-100'ünde) kişinin gecikme olmasını istemediği halde boşalmada belirgin gecikme, boşalma seyrekliği ya da yokluğu şeklinde tanımlanmaktadır. Bu belirtiler en az yaklaşık altı ay sürmektedir¹¹.

Prematür ejakülasyon (erken boşalma):

Erken Boşalma DSM-IV Tanı Ölçütleri;

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girme öncesi, girer girmez ya da hemen sonra ejakülasyonun olması. Klinisyen; yaş, cinsel eş ya da durumun yeni olması ve son zamanlardaki cinsel etkinliğin sıklığı gibi uyarılma evresinin süresini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurmalıdır.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Erken boşalma sadece bir maddenin (örneğin; opiyatların bırakılması) doğrudan etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Erken boşalma; erkeğin boşalma refleksi üzerine kontrolünün olmaması ya da henüz öğrenememiş olması demektir^{2,8}. Bazı yazarlar, uyarılma ya da cinsel birleşmeden sonra geçen süreyi dikkate alarak girişten sonra 2 dakika içinde boşalma gerçekleşirse erken boşalma tanısı koyulduğunu belirtmektedir⁸. Genel görüşe göre; süre asıl ölçüt olarak değerlendirilmemektedir.

Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu erken boşalmadır. Görülme sıklığı %20- 35 arasında değişmektedir. Yani her 3-5 erkekten birinde erken boşalma problemine rastlanmaktadır^{2,7,8}.

DSM-5'te 'erken boşalma' başlığına aynı şekilde yer verilmiştir. Eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir

dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma olması, en az yaklaşık altı ay sürmesi, neredeyse her cinsel etkinlikte (cinsel etkinliğin yaklaşık %75-100 ünde) olması şeklinde tanımlanmaktadır¹¹.

4) Cinsel ağrı bozuklukları:

Disparoni:

Disparoni DSM-IV Tanı Ölçütleri;

A. Erkeklerde ya da kadında cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması.

B. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu bozukluğa sadece vajinismus ya da ıslanmanın olmaması neden olmamaktadır, bu bozukluk, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örneğin; Somatizasyon Bozukluğu) ve sadece bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Disparoni, cinsel birliktelik sırasında ağrı duyulmasıdır ve tekrarlayıcıdır. Yani kısa süreli ve geçici olan ağrılar disparoni olarak kabul edilmezler. Vajinismus ile birlikte seyredebildikleri gibi tek başına da görülebilir. Ancak farklı olarak vajinismusta kasılma nedeni ile tam bir cinsel birliktelik mümkün olmaz. Genellikle sosyoekonomik seviyesi düşük olan kişilerde daha sık görülmektedir.

Fiziksel ve psikolojik nedenleri bulunmaktadır. Psikoseksüel hastalıklar arasında yer almaktadır.

2003 yılında, Richters'in 16-59 yaş arası 9134 kadınla yaptığı çalışmada cinsel işlev bozukluğu gösteren kadınların %20,3'ünün disparoni yaşadığı belirlenmiştir. Disparoni'yi en sık yaşayan kadınların yaş aralığının 20-29 olduğu ancak bu oranın yaşla azaldığı bulunmuştur^{8,12}. Disparoni, erkekte nadirdir ve genellikle organik bir duruma bağlı olarak görülmektedir⁸.

Vajinismus:

Vajinismus DSM-IV Tanı ölçütleri;

A. Vajinanın dış üçte bir kaslarında koitusu engelleyici biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.

B. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu bozukluk, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örneğin, somatizasyon bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir^{8,9}.

Vajinismus olan hastalar cinsel birleşmeye zorlanmadığı zaman; istek, uyarılma hatta orgazm sorunu olmayabilir. Ancak cinsel birleşme fikri ya da küçük bir girişim bile kasılmaya neden olabilir. Bazı hastalarda vajinanın kasılması yanında bacaklarda ve bedenin diğer bölgelerinde de kasılma olur. Eş, cinsel birleşme girişiminde bulunduğu korku ve panik duyguları ortaya çıkabilir.

Kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olmamasına rağmen ülkemizde cinsel tedavi amacıyla en sık başvuru bozukluktur.

Vajinismus olan kadınların eşleri genellikle pasif, bağımlı, anlayışlı kişilerdir ve evliliğin diğer alanlarında belirgin problem yoktur. Genel olarak tutucu çevrelerde yetişenlerde, alt kültürel seviyede büyüyenlerde daha sık görülmektedir. Cinsel bilgi eksikliği, cinsel mitler, cinsellikle ilgili aşırı tutumları olan anne ve babalar, baskıcı, otoriter aile ortamı, cinsel travma, cinsel şiddete maruz kalma, gebe kalma korkusu nedenler arasında yer almaktadır^{2,7,8}.

Kanada'da 2005 yılında yapılan bir araştırmada kadınların %1-6'sının vajinismus yaşadığı belirlenmiştir. Ülkemizde ise cinsel tedavi birimlerine başvuran kadınların yaklaşık % 50'si vajinismus nedeniyle başvurmaktadır. Batı toplumlarına oranla ülkemizde çok sık görülmektedir^{2,8}.

DSM-5'te dispareni ve vajinismus başlıkları yer almamaktadır. Dispareni ve vajinismus birlikte cinsel organlarda- pelviste ağrı/ içe girme bozukluğu şeklinde belirtilmiştir. Farklı olarak en az yaklaşık altı ay devam etme süre ölçütü getirilmiştir¹¹.

2.1.3. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi

Cinsel işlev bozukluklarının hem organik hem de psikolojik nedenleri bulunmaktadır. Çoğunlukla bozukluğun ortaya çıkmasında psikolojik ve organik nedenler birlikte rol alırlar. Sorun organik nedenlerle başlasa bile ileride psikolojik etkenler de tabloya eklenebilir ve tabloyu ağırlaştırabilir.

Cinselliğin organik/psikojenik ayrımının ötesinde psikososyal, kültürel, davranışsal ve klinik etkenlerden kaynaklanan çok boyutlu, multidisipliner ve interaktif bir süreç olduğu kabul edilmektedir ve cinsel işlev bozukluklarının da bu çok yönlü ilişkiler ağı içerisinde oluştuğu görülmektedir^{2,7}.

Hawton tarafından erektile disfonksiyon etiyojisi için hazırlanmış olan sınıflandırma cinsel işlev bozukluklarının etiyojisini açıklamada da yeterli olmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenler bulunmaktadır^{2,7}.

Hazırlayıcı etkenler: Cinsel işlev bozukluklarının oluşumuna yatkınlık oluşturan etkenlerdir. Bu etkenler;

- Cinsel eğitim yetersizliği
- Cinsel mitlerin yaygın olması
- Cinsel deneyim eksikliği ve tutucu aile ortamında yetişme
- Yaşam biçimi
- Aile ilişkilerinin bozuk olması
- Kişilik özellikleri
- Geçmişte yaşanan travmatik cinsel deneyimler
- Psikoseksüel roldeki güvensizlik
- İntrapsişik dinamik nedenlerdir^{2,7}.

Başlatıcı etkenler: Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında rol oynayan organik ve psikolojik etkenlerdir. Bu etkenler;

- Bedensel hastalıklar
- Depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklar
- Uygulanan ilaç tedavilerinin yan etkileri
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları

- Cinsel istek, cinsel birleşme sıklığı ve ereksiyon gibi konularda abartılı performans beklentisi ve beklentinin gerçekleşmemesi durumunda ortaya çıkan performans anksiyetesi
- Gebelik, doğum ve laktasyon
- Menapoz ve yaşlılık
- Eşlerden birinde var olan cinsel işlev bozukluğunun zamanla diğer eşte de bozukluğa neden olması
- İlişkide yaşanan sorunlar
- Sadakatsizlik
- Eş kaybıdır^{2,7}.

Sürdürücü etkenler: Sürdürücü etkenlerin devreye girmesi sonucu cinsel işlev bozuklukları süregelen hale gelebilmektedir. Bu etkenler;

- Performans anksiyetesi (en sık rastlanan sürdürücü etken)
- İlişkide yaşanan sorunlar
- Cinsel mitler
- Psikiyatrik bozukluklar
- Bedensel hastalıklar
- İlaç tedavilerinin yan etkileri
- Alkol ve madde kullanımı
- Suçluluk ve günahkarlık düşünceleri
- Partnerler arasındaki çekicilik kaybıdır.

Psikiyatrik hastalıklar, bedensel hastalıklar, alkol ve madde kullanımı gibi başlatıcı faktörler ortadan kaldırılmazsa bu sorunlar sürdürücü etken haline gelirler^{2,7}.

2.1.3.1. Cinsel işlev bozukluklarına neden olan bedensel hastalıklar

- Kardiyovasküler hastalıklar (ateroskleroz, kalp yetmezliği, anevrizma vb)
- Renal ve ürolojik hastalıklar (kronik böbrek yetmezliği, hidrosel, varikosel vb)
- Hepatik hastalıklar (siroz)
- Pulmoner hastalıklar (solunum yetmezliği)

- Genetik hastalıklar (Kleinfelter sendromu, konjenital anomaliler)
- Malnutrisyon ve vitamin eksiklikleri
- Endokrin bozukluklar (Diyabetes mellitus, Addison Hastalığı, akromegali, miksödem, hipertiroidi vb)
- Nörolojik hastalıklar (Multipl skleroz, Parkinson hastalığı, temporal lob epilepsisi, santral sinir sistemi tümörleri, Amyotrofik lateral skleroz, periferik nöropati vb)
- Entoksikasyonlar (kurşun ve tarım ilaçları)
- Geçirilmiş operasyonlar (perineal prostatektomi, sempatektomi, abdominal perineal kolon rezeksiyonu vb)
- Geçirilmiş enfeksiyon hastalıkları (kabakulak, elefantiyazis)
- Radyoterapi
- Pelvik fraktürler
- Genel durumu bozan herhangi bir sistemik hastalık ya da durum^{2,8}.

2.1.3.2. Cinsel işlev bozukluklarına neden olan ilaç tedavileri

- Diüretikler (tiyazid grubu, furosemid, potasyum tutucular)
- Antihipertansifler (reserpin, guanetidin, metildopa, beta blokörler, alfa-1 blokörler, alfa-2 antagonistler, ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokörleri)
- Psikotrop ilaçlar (antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler, antidepresanlar, anksiyolitik-sedatif ilaçlar)
- Alkol/uyuşturucu maddeler (alkol, nikotin, kafein, esrar, kokain, opioidler, barbitüratlar...)
- Mide koruyucu ilaçlar (H2 reseptör antagonistleri)
- Antihistaminik ve dekonjestanlar (klorfeniramin, difenhidramin hidroklorid, psödoefedrin vb)
- Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar (albuterol, terbutalin, epinefrin ve sempatomimetikler, teofilin gibi ksantinler, kortikosteroidler, antikolinerjikler)
- Antikonvülzanlar (fenitoin, karbamazepin, valproat, fenobarbital vb)

- Kardiyolojide kullanılan ilaçlar (dijital glikozitler, antiaritmikler, hipolipidemikler vb)
- Kanseri ilaçlarıdır^{2,8}.

Psikiyatrik tedavi amacıyla kullanılan ilaçların hemen tümü cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır.

2.2. Psikiyatrik Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozuklukları

2.2.1. Anksiyete Bozuklukları ve Cinsel İşlevler

Anksiyete bozuklukları kadınlarda; cinsel istek aşamasını uyarılma ve orgazm aşamalarından daha fazla etkiler. Erkeklerde ise prematür ejakülasyon ve sertleşme problemleri daha sık görülmektedir¹³.

Yaşanılan anksiyetenin sempatik tonusu artırması nedeniyle cinsel istek ve uyarılma aşamalarında genellikle güçlük yaşanmaktadır. Panik bozukluk hastalarında, performans ile panik atak geçirme kaygısı gelişmesi durumunda cinsellikten kaçınma gözlenebilmektedir. Orgazm aşamasında kalp krizi geçirme korkusu nedeniyle uyarılma ve orgazm sorunları görülebilir^{13,14}. 2001 yılında Figuerira ve ark. tarafından yapılan çalışmada; panik bozukluk hastalarında sosyal fobi hastalarından daha fazla cinsel işlev bozukluğu saptanmış ve her iki cinsiyette cinsel tiksinti bozukluğu en sık belirlenmiştir^{13,15}.

Sosyal fobi ile cinsel işlev bozuklukları arasında direkt bağlantı olmamakla birlikte yaşanan yakınlaşma güçlüğü nedeniyle cinsel yaşamları diğer sağlıklı kişilere göre daha az sıklıktadır. Reddedilme, eleştirilme korkusu, performans anksiyetesi nedeniyle cinsel yakınlık kurma, sürdürme olumsuz etkilenir. Bu nedenle cinsel isteksizlik ve kaçınma görülebilmektedir. Kadınlarda cinselliğin hemen her evresi etkilenir^{13,14}. Figuerira ve ark. sosyal fobisi olan erkeklerde en sık cinsel işlev bozukluğu olarak erken boşalma saptamışlardır^{13,15}.

Vajinismus tanılı kadın hastalarda özgül fobi görülme oranı yaygındır¹³.

Özellikle cinsel taciz, istismar sonrası ortaya çıkan Akut stres bozukluğu ya da Post travmatik stres bozukluğu (PTSB) hastalarında cinsel işlev bozuklukları sık bildirilmektedir. Sıklıkla cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu ve uyarılma

bozukluğu görülmektedir. Cinsel travma dışı olan olaylar sonrası da cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. PTSTB'ye sıklıkla eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların olması bu duruma neden olabilmektedir^{13,14}.

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlevler

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) cinsel sorunların ortaya çıkmasında ve sürmesinde rol oynamaktadır. Hastalarda cinsel içerikli obsesyonlar, kirlilik ve bulaşma obsesyonlarının olması cinsel ilişkiden kaçınmaya yol açabilmektedir. Obsesif kişilerde performans anksiyetesi sık görülmektedir. OKB tanılı kadın hastalarda cinsel uyarılma bozukluğu ve orgazm olamama görülmektedir. Bulaşma, kirlenme obsesyonları cinsel tiksinti bozukluğuna neden olabilmektedir. Temizlik kompulsiyonları, uzun temizlik uğraşları nedeniyle cinsel aktiviteden kaçınma ve cinsel isteksizlik gelişebilir. Cinsel içerikli obsesyonlar bazı hastalarda suçluluk duygusuna neden olur, uygun olmayan cinsel davranış sergilenilmesinden endişe duyulur ve cinsellikten kaçma ile sonuçlanır^{13,14}.

2.2.3. Depresif Bozukluk ve Cinsel İşlevler

Depresif bozukluk hastalarının yarısından fazlasında özellikle cinsel istek azlığı olmak üzere çeşitli cinsel işlev bozuklukları görülmektedir. Bunun yanı sıra cinsel işlev bozukluğu olan olguların üçte biri ile yarısında tabloya depresif semptomlar sekonder olarak eklenebilmektedir¹⁴.

Depresif bozukluk kadınlarda; cinsel ilgi ve istek azlığına yol açmaktadır. Bu durum anhedoni, kişiler arası ilişki problemleri, sosyal geri çekilme, sosyal iletişimde kısıtlılık gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır. Cinsel isteksizlik de ilişkilerde bozulmaya ve depresif semptomların artmasına yol açmaktadır. Ayrıca depresyon kadınlarda cinsel istek azlığı dışında uyarılma güçlüğüne de zemin hazırlar^{13,14}.

2002 yılında Frochlich ve Meston tarafından yapılan, depresyonun cinsel işlevler üzerine etkilerini araştıran çalışmada; depresif bozukluğu tanısı olan kadınlarda cinsel uyarılma sorunun belirgin derecede fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orgazm

sorunları, cinsel birleşmede ağrı duyma, cinsel ilişkiden haz almama daha sık saptanmıştır^{13,16}.

Depresif bozuklukla ilgili diğer bir önemli nokta; iyileşme sonrası cinsel işlev sorunlarının kısmen devam edebilmesidir. Ayrıca depresif bozukluğu olan kadınlarda masturbasyon sıklığı sağlıklı kadınlardan daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Erkeklerde cinsel isteksizlik ve bu duruma ikincil gelişen sertleşme bozukluğu depresyonun bir bulgusu olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca depresyon uyarılma sorunlarına da yol açabilmektedir. Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde depresyon ikincil olarak gelişebilir ya da depresif tablo ağırlaşabilmektedir. Yani depresif bozukluk ve sertleşme bozukluğu ilişkisi karşılıklıdır ve her ikisi diğeri için risk oluşturmaktadır¹³. Depresif bozukluğu olan erkeklerde en çok sertleşme bozukluğu ile ilgili çalışma bulunmaktadır. Bu durum tedavi için de önem taşımaktadır. Çünkü sertleşme problemi ve depresif belirtileri olan erkekler tedaviyi daha fazla bırakmaktadırlar¹³.

2.2.4. Psikotik Bozukluklar ve Cinsel İşlevler

Psikotik bozuklukların pozitif belirtileri olan sanrı ve varsanılar cinsel içerikli olabilmektedir. Sanrı ve varsanılar doğrultusunda cinsel kimlik karmaşası, eşcinsellik düşünceleri ve cinsel yetersizlik düşünceleri gelişebilir. Negatif belirtiler olarak adlandırılan sosyal ilişkilerden kaçınma, içe kapanma, bilişsel işlevlerde zayıflama, benlik saygısındaki azalma; eş bulma ve ilişkiyi sürdürmekte zorluklara yol açmaktadır¹⁴.

1996 yılında Cournos tarafından yapılan çalışma sonucuna göre; psikoz hastalarının yarısının aktif cinsel yaşamının olduğu, cinsel yaşamı olanların neredeyse yarısının birden fazla partneri olduğu, hastaların üçte birinin para ya da başka bir mal karşılığında ilişkiye girdiği, yarısından fazlasının korunmadığı belirlenmiştir¹⁷. Eşcinsel ilişkilerin normal popülasyondan daha fazla olması nedeniyle AIDS riskinin, istenmeyen gebeliklerin ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir¹⁴.

Genel olarak bakıldığında psikotik bozukluklarda cinsel işlev bozuklukları en sık ilaç kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Aizenberg ve ark.ın yaptığı çalışma sonuçlarına

göre; özellikle atipik antipsikotik ilaçlarla yapılan tedavi şizofreniye bağlı gelişen cinsel isteksizliği kısmen düzeltebilse de uyarılma, orgazm ve doyum ile ilgili sorunlara yol açmaktadır¹⁸. Psikotik hastaların büyük çoğunluğu ilaç ile tedavi edildiğinden ilaç dışında cinsel işlevler üzerine etkili olan diğer faktörlerin araştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır¹³.

Psikotik hastalarda her iki cinsiyette de cinsel istek azlığı gözlenmektedir. Erkek hastalarda daha çok sertleşme bozukluğu ve cinsel eylemde azalma bildirilirken kadınlarda uyarılma ve orgazm sorunları ön plandadır. Şizofreni tanılı kadın hastalarda dispareni sık rastlanan bir cinsel işlev bozukluğudur. Bu durum genellikle vajinal kuruluk ve uyarılma bozukluklarına bağlı olarak gelişmektedir.

Psikotik hastalarda önemli diğer bir sorun ise hastalık belirtileriyle ilişkili olan anormal cinsel davranışlardır¹⁹.

2.2.5. Alkol-Madde Bağımlılığı ve Cinsel İşlevler

Madde ve alkol kullanımı cinsel işlevleri çeşitli biçimlerde etkilemektedir, cinsel problemler herhangi bir aşamada ortaya çıkabilmektedir. Düşük dozlarda birçok madde ve alkol anksiyeteyi azaltarak ya da duygudurumda geçici bir yükselme yaparak cinsel performansı artırabilmektedir. Akut yüksek doz ise cinsel performansı önemli ölçüde bozar. Devamlı kullanımda kişinin ilgi, ereksiyon, orgazm ve ejakülasyon kapasitesi bozulabilmektedir. Bağımlılık tedavisi sırasında ya da alkol ve madde bırakılması sırasında da cinsel sorunlar gelişebilir^{13,14}.

Kronik alkol kullanımı sonucu gelişen nöropati, testosteron düzeyinde düşme, LHRH salınımında artış gibi organik nedenler ve eşler arası çatışmalar, sosyal ilişki zorlukları nedeniyle cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır.

Madde kullanımı olan kişilerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu erkeklerde boşalma süresinde uzama ve sertleşme sorunları, kadınlarda ise uyarılma azlığı ve orgazm olamamadır. Madde kullanımında cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında artış gözlenebilmektedir. Fakat kronik kullanım cinsel işlevin hemen her döngüsünde bozulmaya neden olur. Genç hastaların birçoğunda madde kullanımının önemli nedenlerinden birinin cinsel işlev bozukluğu olduğu öne sürülmüştür¹³. Cinsel performansı artırmak için en çok kullanılan maddenin eroin olduğu bildirilmiştir²⁰.

Eroin kullanımı genellikle sertleşme sorununda artışa, geç boşalmaya ve orgazmın gecikmesine neden olmaktadır. Metadon kullanımı eroine benzer etkiler oluşturmakla birlikte belirtiler daha az şiddettedir²¹. Opioid bırakılma döneminde en sık gözlenen cinsel işlev sorunu erken boşalma olarak bildirilmiştir²². Esrar kullanımının sertleşme bozukluğuna yol açabilen endotelial hasara neden olabileceği öne sürülmüştür^{13,23}.

Alkol kullanımının sınırlı düzeyde olması halinde herhangi bir cinsel işlev sorununa yol açmamaktadır. Düşük miktarda alkol kullanmak özellikle performans anksiyetesi yaşayan kişilerde cinsel uyarılmayı sağlayabilmektedir. Fakat alkolün sık ve fazla miktarlarda tüketilmesi ciddi cinsel sorunlara yol açabilmektedir. Alkol karaciğerde enzim indüksiyonu yapması ile kan testosteron düzeyini düşürerek olumsuz etki etmektedir. Alkol kullanımı sonucu daha çok sertleşme ve uyarılma bozuklukları görülmektedir. Alkolle ilişkili cinsel sorunlar genellikle alkol bırakılması sonrasında düzelmektedir.

2.3. Bipolar Bozukluk ve Cinsel İşlevler

2.3.1. Bipolar Bozukluk (BPB) Tanımı ve Genel Özellikleri

Bipolar Bozukluk (iki uçlu bozukluk) belirli bir sıra gözetmeksizin tekrarlayan mani, hipomani, depresif ve manik ile depresif atağın özelliklerini birlikte barındıran ataklarla seyreden duygudurum bozukluğudur. Bipolar terimi depresyon ve maninin duygudurum spektrumunun zıt uçlarında yer almasından gelmektedir²⁴.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1980 yılında yayımlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-III sınıflandırmasında ‘affektif bozukluklar’ tanımı kabul edilmiştir ve bipolar bozukluk ve major depresyon arasında temel ayrım yapılmıştır. 1987 yılında yayımlanan DSM-III-R sınıflandırmasında; ‘duygudurumu bozuklukları’ tanımı kullanılmıştır. 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında BPB-1, BPB-2, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan BPB olmak üzere dört tip bozukluk yer almıştır. 2000 yılında DSM-IV-TR sınıflandırmasında, DSM-IV’ten farklı olmayıp genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu da yer almıştır¹.

Son olarak kullanıma giren DSM-5 sınıflandırmasında DSM-IV'ten farklı olarak duygudurum bozuklukları depresif bozukluklar ile bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ayrı başlıklara ayrılmıştır.

Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 0.5- 1.6 olarak bildirilmektedir²⁵. BPB-2 BPB-1'den yaygındır ve yaşam boyu prevalansı % 1.1'dir¹. Son dönem çalışmaları genel toplumun en az %5'lik kısmının silik bipolar bozukluk özelliklerine sahip olduğunu belirtmektedir²⁵.

Bipolar bozukluğun en sık başlangıç yaşı 18-44 yaşları arasındadır ve 50 yaşından sonra genellikle riskin azaldığı kabul edilmektedir²⁵. Kessler ve ark. 15-34 yaşları arasında yaygınlığın artış gösterdiğini belirtmiştir²⁵. Hastaların % 20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular % 10 olarak bildirilmektedir²⁶. Genellikle Bipolar-1 bozukluğun ilk atağı 18' li yaşlarda, bipolar-2 bozukluğun ilk atağı 20'li yaşlarda başlamaktadır. Çeşitli ülke ve kültürlerde yapılan toplum çalışmalarında bipolar bozukluğun yaygınlığında belirgin cinsiyet farkı saptanmamıştır²⁵. Ancak erkeklerde başlangıç atağı genellikle manik ataktır ve sonrasında manik atak görülme sıklığı kadınlardan daha fazladır¹. Ayrıca BP I bozukluğu kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, BP II bozukluğu, hızlı döngülü BPB ve karma atak kadınlarda daha sık görülür²⁷.

Weissman ve ark. 1991 yılında yaptığı araştırmada evli erişkinlerle karşılaştırıldığında hiç evlenmemiş, boşanmış ve dul kalmış kişilerde bipolar bozukluk oranının yüksek olduğu belirlenmiştir²⁵. Ayrıca evli hastaların prognozu daha iyi seyretmektedir.

Ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olan kişilerde hastalık riski artmaktadır. Hastalık daha erken yaşta başlamaktadır ve prognozu daha kötü seyretmektedir. BPB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında, BPB tanı riskinin % 3-8 arasında değiştiği bildirilmektedir²⁷.

Bipolar bozukluğun oluş nedenlerini belirlemek için yapılan çalışmalar sonucunda; genetik, biyokimyasal, psikososyal ve psikodinamik etkenler gibi çoklu etiyolojik faktörlerin etkileşimiyle hastalığın ortaya çıktığı düşünülmektedir.

2.3.2.Bipolar Bozukluğun Gidiş ve Sonlanım Özellikleri

Erken başlangıçlı olgularda genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı gösterilmiştir. Ayrıca psikotik özellikli ve karma dönemler, ek tanıli durumlar, yaşam boyu panik bozukluk sıklığı, alkol ve madde kullanımı ve özkıyım davranışı daha fazla görülmektedir^{28,29}. 18 yaşından önce başlayan bipolar bozuklukta alkol- madde kullanım bozuklukları ek tanısı, erken başlangıçlı olmayan hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. 13 yaşından önce başlayanlarda ise agorafobili panik bozukluğu ek tanısı daha geç başlayanlardan daha sık gözlenmektedir³⁰. Hastalığın kronik karakteri nedeniyle erken başlangıçlı olgularda prognoz daha kötü seyreder. Çünkü ek hastalık oranı daha fazladır ve duygudurum düzenleyicilerle tedaviye direnç eğilimi vardır^{28,31}. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile birlikte görülme özellikle erken başlangıç gösteren BPB için özgül bir durumdur^{28,32}.

BPB'nin seyri sırasında depresif belirtilerin birkaç gün içinde akut olarak başlaması oldukça nadirdir. Genellikle başlangıç belirtileri hastalığın ortaya çıkmasından birkaç gün, hatta birkaç hafta önce başlar ve subakuttur. Bozukluğun tam olarak görülmesinden önce birkaç ay ile birkaç yıl arasında değişen, haz kaybı, psikomotor bozukluklar, suçluluk, yetersizlik düşünceleri gibi ön belirtiler bulunur^{28,33}. Manik dönemler ise genellikle birkaç gün içinde akut olarak başlar. BPB'de ilk ataklar sıklıkla depresiftir. Yapılan bir çalışmada BPB hastalarının yaşadıkları ilk dönemlerin % 85'inin depresif, % 12'sinin manik ve % 3'ünün de karma dönem olduğu belirlenmiştir^{28,34}. Erkeklerde mani ve depresif dönemler yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit kalma özelliğine sahiptir fakat kadınlarda yıllar geçtikçe depresif dönem sayısı baskınlaşma eğilimi gösterir².

Depresif dönemler 2 ile 5 ay arasında, manik dönemler ise ortalama 2 ay sürmektedir. Karma dönemler 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun süren dönemler olarak bilinmektedir^{28,35}. Hastalığı tek dönem ile atlatabilmek oldukça nadirdir. Genç yaşta başlayan bipolar bozuklukta ilk hastalık döneminden sonra uzun yıllar boyunca atak gözlenmeyebilir. Orta ve geç yaşlarda duygudurum dönemlerinin araları daha kısadır³⁰. Dönem sayısı arttıkça, bir dönemin başlangıcından sonraki dönemin başlangıcına kadar geçen süre kısalma eğilimi gösterir². Hastalar ortalama 18 ayda bir (12-24 ay) yeni bir atak geçirirler. Psikotik özellikli bir atak geçirilmişse daha

sonraki atağın da psikotik özellikli olma ihtimali fazladır. Bipolar hastaların %70'i düzenli olarak aldıkları koruyucu tedaviye rağmen tekrar yeni bir atak geçirebilmektedir¹.

Bipolar bozuklukta hastalar ara iyilik dönemlerinde tama yakın iyileşme göstermesine karşın, hastaların %20-30'unda ara dönemlerde duygudurumda dalgalanmalar, bilişsel işlevlerle ilgili sorunlar gibi kalıntı belirtiler devam etmektedir¹.

2.3.3. Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Hastalıklar

Bipolar bozuklukla birlikte psikiyatrik hastalıklar (eksen 1 ve 2 ek tanıları) oldukça sık görülmektedir ve tanı koymayı güçleştirmektedir. Çünkü birlikte görülen hastalıklar bipolar bozuklukta gözlenen belirtileri değiştirebilmekte ve hastalık maskelenebilmektedir¹. Hastalık ne kadar erken başlamışsa, birliktelik de o kadar fazla izlenmektedir. Yapılan bir çalışmada eksen-I ek tanısı % 60. 8 olarak bildirilmiştir^{28,36}.

Bipolar-1 bozukluğu olanlarda komorbidite durumlarına daha sık rastlanır. Alkol ve madde kullanım bozuklukları sık görülmektedir. Bütün ruhsal hastalıklar içinde madde kullanım bozukluklarının en fazla eşlik ettiği hastalık bipolar bozukluktur^{1,30}.

Komorbidite durumlarında iyilik dönemleri daha azdır. Bipolar bozukluk ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalıklar; anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu vb) somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığıdır¹.

BPB-I tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada; % 39 obsesif kompulsif bozukluk, % 26 özgül fobi, % 20 sosyal fobi olmak üzere anksiyete bozukluğu ek tanısı %61.4 olarak belirlenmiştir^{28,37}.

Ek tanılı hastalarda; duygudurum bozukluğunun daha erken yaşta başladığı, hastalığın daha şiddetli olduğu, psikotik özelliklerin eşlik ettiği, hastanede kalma süresinin uzadığı, iyileşme oranlarının düştüğü ve yüksek oranda hızlı döngü olduğu bildirilmektedir^{1,28}.

Kadınlarda ek tanı daha fazla görülmektedir^{28,38}.

BPB’de obsesif- kompulsif, paranoid, histriyonik ve borderline kişilik bozuklukları daha fazla bildirilmiştir. Kişilik bozukluğu ek tanısının hastalık şiddetini arttırdığı ve prognozu olumsuz etkilediği düşünülmektedir²⁸.

Panik bozukluk, agorafobi, özgül fobi, yeme bozuklukları ek tanısı; Bipolar-1’e göre Bipolar-2 bozukluğunda daha yaygındır. Sosyal fobi, madde kötüye kullanımı, madde bağımlılığı, alkol kullanım bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, davranış bozuklukları, erişkin antisosyal davranış bozukluğu Bipolar 1 ve 2 karşılaştırıldığı zaman bipolar-1 bozukluğunda daha yaygın bulunmuştur¹.

Bipolar bozuklukta bedensel hastalık ek tanısı ile de sık karşılaşılmaktadır. Migren, tiroid hastalıkları, aşırı şişmanlık, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar bipolar bozuklukta en sık görülen bedensel hastalıklardır³⁰.

Bipolar bozukluğun neden olduğu fonksiyon kayıplarıyla ilgili çalışmalar yetersizdir. Sıklıkla psikososyal morbiditeye neden olmaktadır ve etkilediği alanlar hastanın evliliği, çocukları, mesleği ve hayatın diğer önemli alanlarıdır. Fonksiyon kaybıyla ilişkili olan etkenler; epizodlar arası semptom varlığı, nöroleptik tedavi, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük premorbid işlevsellik düzeyidir³⁹.

2.3.4. Bipolar Bozuklukta Cinsel İşlevler

Cinsel işlev bozuklukları psikiyatrik hastalıklarda özellikle depresyonda yüksek prevalansta görülmektedir fakat fazla önem verilmemektedir. Bu durumun nedenlerinden biri tanı karmaşasıdır. Çünkü DSM sınıflandırma sistemine göre cinsel işlev bozukluğu tanısı koyulabilmesi için; cinsel disfonksiyon başka bir eksen-1 bozukluğuyla daha iyi açıklanmamalı, ilaç ya da kötüye kullanılan bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalı, genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı olmamalıdır⁴⁰. Bu nedenle cinsel işlev bozukluğu tanısı atlanabilmektedir.

İlaç kullanmayan depresyon hastalarının %36-78’inde cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir. Unipolar depresyonda, depresyonun şiddetiyle korele şekilde hastaların %25-75’inde libido kaybı bildirilmiştir. Duygudurum bozukluklarında cinsel istekte azalma bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur⁴⁰.

Bipolar bozuklukta mani ve depresyon dönemlerinin cinsel işlevler üzerine etkisi zıt olabilmektedir. Depresif dönemde anhedoniye bağlı olarak libido azalması, cinsel performansta azalma sık görülmektedir. Manik atak sırasında ise; cinsel istek artışı, rastgele cinsel ilişki, impulsivite ve hiperseksüalite, sık partner değiştirme gözlenmektedir. Goodwin ve Jamison manik hastaların % 57'sinde hiperseksüalite ve bu hastaların % 29'unda gerçek cinsel deneyim olduğunu belirtmiştir. Bazı çalışma sonuçlarına göre manik atak sırasında kadın hastalarda erkek hastalara göre hiperseksüalite daha sıktır. Jamison ve ark. hipomanik atak sırasında kadın bipolar hastaların yaşadıkları en büyük değişikliğin cinsel istekte artış olduğunu belirlemiştir. Winokur, Clayton ve Reich bipolar bozukluk karma atak sırasında hastaların %60'ından fazlasında cinsel istek azlığı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca depresif bipolar hastaların yaklaşık üçte birinde azalmış cinsel istek bildirilmektedir⁴¹.

Manik atak sırasında görülen davranış değişikliklerinden biri zevk verici aktivitelerde bulunmaktır. Bunlardan biri uygunsuz cinsel davranışlardır ve kötü sonuçlara neden olabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve plansız gebelikler için risk oluşturmaktadır. Cinsel sağlık ve bipolar bozukluk için oldukça yetersiz veri bulunmaktadır. Ayrıca bipolar tanılı doğurgan yaştaki kadın hastalarda gebelik önemli bir sağlık durumudur. Örneğin duygudurum düzenleyici olarak karbamazepin kullanan kadınların gebelikten kaçınması için yüksek dozda oral kontraseptif kullanmaları gereklidir. Ya da lityum, karbamazepin ve valproat gibi ilaçları kullanırken gebe kalan hastalarda teratojenite riski önemlidir. Bu nedenlerle BPB tanılı hastalarda riskli cinsel davranışları azaltmak için güvenli cinsellik ve kontraseptif metodları ile ilgili eğitim üzerinde durulması gereken konulardandır⁴².

Bipolar bozuklukta cinsel işlevler ve işlev bozuklukları üzerine kısıtlı veri bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda daha çok kullanılan ilaç tedavilerinin cinsel işlevler üzerine olan etkileri ele alınmıştır.

2.3.4.1. Bipolar bozuklukta kullanılan ilaç tedavilerinin cinsel işlevler üzerine etkisi

2.3.4.1.1. Duygudurum düzenleyicilerinin cinsel işlevler üzerine etkisi

Aizenberg ve ark.'nın yaptığı bir araştırmada, BPB ve şizoaffectif bozukluk tanısıyla takip edilen, remisyonda ve lityum monoterapisi alan 35 erkek hasta cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirilmiş ve katılımcıların % 23'ünde cinsel düşüncelerde azalma, %20'sinde cinsel ilişki sırasında ereksiyon kaybı saptanmıştır. Var olan cinsel sorunların belirgin sıkıntı oluşturmadağı ve tedavi uyumsuzluğuna yol açacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir^{43,44}.

Lityum tedavisinin; istek bozuklukları, ereksiyon güçlükleri ve infertilite yapabildiğine ilişkin çeşitli yayınlar bulunmaktadır^{14,45}. Bildirilen erektile bozukluk oranı %5-20 arasındadır ve yapılan çeşitli çalışmalarda lityumun kesilmesi ile cinsel işlevin yerine geldiğı bildirilmiştir. Lityumun erkeklerde infertiliteye de yol açtığı bildirilmiştir ve sperm yaşam süresini azalttığı gösterilmiştir^{14,46}.

Antiepileptik ajanların BPB hastalarındaki cinsel işlevler üzerine olan etkisi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Genellikle epilepsi hastalarındaki etkileri üzerinde durulmuştur. Valproik asit kullanan hastalarda belirgin cinsel işlev bozukluğu olmadığı bildirilmektedir¹⁴. Fakat epilepsi nedeniyle valproat kullanan genç kızlarda hiperandrojenizm gibi endokrinolojik yan etkiler çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca valproik asitin kadın hastalarda polikistik over sendromuna yol açabildiğı bilinmektedir^{43,47}.

Karbamazepin tedavisinin belirgin cinsel işlev bozukluğu yan etkisi olmadığı bildirilmesine rağmen¹⁴; yetişkin erkeklerde seminal değişiklikler, sperm hareketliliğinde ya da konsantrasyonunda azalma, spermelerde morfolojik değişiklikler, cinsel istekte azalma, erektile disfonksiyon ve epilepsi hastalarında menstruel düzensizlikler yaptığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır^{43,48,49}.

Lamotrijin tedavisinin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi çok nadir görülmektedir. Lamotrijinin enzim indüksiyonu yapmaması nedeniyle; enzim indüksiyonu yapan bir antiepileptik ajandan lamotrijine geçiş yapıldığında epilepsi hastalarının cinsel fonksiyonlarında düzelme olduğu saptanmıştır^{43,50}.

2.3.4.1.2. Antidepresan ilaçların cinsel işlevler üzerine olan etkisi

Trisiklik antidepresanların kullanımı ile cinsel yan etkiler sık bildirilmektedir. Cinsel istekte azalma, adet düzensizlikleri, disparoni, uyarılma ve ereksiyon güçlükleri, lubrikasyonda azalma, anorgazmi veya zaman zaman spontan orgazm, retarde ya da orgazmsız ejakülasyon gibi yan etkiler görülebilmektedir¹⁴. Trisiklik ajanlar içinde en sık cinsel yan etki yapanlar klomipramin, amitriptilin ve doksepin olarak bildirilmektedir^{6,43}.

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) olumlu yan etki profillerine rağmen cinsel işlevler üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. SSRI'lar cinsel istekte azalmaya yol açabilmeleri yanında bazen istekte artışa neden olabilirler. Ayrıca disparoni, amenore, uyarılma ve ereksiyon zorlukları, anorgazmi, retarde ejakülasyon gibi yan etkiler gösterirler. Ejekülasyonda gecikmeye neden olmaları nedeniyle erken boşalma tedavisinde kullanılmaktadırlar. SSRI'ların cinsel işlev bozukluğu yan etkisi çeşitli yayınlarda oldukça farklı (%1-70) oranlarda verilmektedir. Erkeklerde cinsel yan etkiler daha sık görülmektedir ancak kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun şiddeti daha fazla olabilmektedir. İstek ve orgazm evrelerinde daha sık sorunlara yol açtığı gözlenmektedir. SSRI'ların cinsel işlev bozukluğu yan etkisi erken dönemde çıkmakta ve diğer yan etkilerden farklı olarak daha nadir tolerans gelişmektedir¹⁴.

Antidepresan kullanımı sırasında en sık görülen cinsel işlev bozukluğu ejakülasyon gecikmesidir fakat bazen yaygın olmayan yan etkiler de görülebilmektedir. Örneğin trazodon kullanımı sırasında bazı erkek hastalarda priapizm gelişebilmektedir⁵¹.

Buprapiyon, maklobemid, reboksetin, mirtazapin, nefazodon ve tianeptin gibi bazı antidepresanlar daha düşük cinsel yan etki potansiyeline sahiptir⁵¹.

Bipolar bozukluk tedavisinde manik kayma ve hızlı döngülü hastalık riski nedeniyle antidepresan ilaçlar genellikle tercih edilmemektedir fakat gerektiğinde daha çok SSRI grubu daha güvenilir olduğu için kullanılmaktadır.

2.3.4.1.3. Antipsikotik ilaçların cinsel işlevler üzerine olan etkisi

Antipsikotik ilaçlar antikolinerjik etkileri nedeniyle ejakülasyonda gecikme ve ereksiyon zorluğu yapabilmektedirler. Tubuloinfundubuler yolakta dopamin reseptörlerini bloke ederek prolaktin düzeyinde artışa ve dolayısıyla amenore, galaktore, libidoda azalma ve erkeklerde ejakülasyon yetmezliklerine neden olurlar. Antipsikotikler alfa adrenerjik blokaj yapmaları nedeniyle de ereksiyon ve uyarılma zorluklarına neden olmaktadır¹⁴.

Sonuç olarak antipsikotikler; kolinerjik, serotonerjik ve adrenerjik sistem üzerindeki etkileri ve prolaktin düzeyinde artışa yol açmaları nedeniyle libidoda azalma, orgazm olamama, ereksiyonu sürdürememe, vajinal salgıda azalma, retrograd ejakülasyon gibi yan etkiler gösterebilmektedirler^{14,52}.

BPB-1’de cinsel işlevlerde bozulma büyük oranda antipsikotik ve antidepresan ilaç tedavilerine bağlıdır. Antidepresanlara bağlı cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili daha çok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda tipik antipsikotiklerle karşılaştırıldığında atipik antipsikotiklerin cinsel yan etkileri daha düşük olarak saptanmıştır. Antipsikotik tedavi alan BPB hastalarında cinsel işlev bozukluğu sık bulunmuştur. Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu erektil disfonksiyon olarak saptanmış ve tipik antipsikotik kullananlarda daha yüksek orandadır⁵².

2.3.4.1.4. Anksiyolitik ilaçların (antidepresan hariç) cinsel işlevler üzerine olan etkisi

Benzodiyazepinler; hiperseksüalite, ereksiyon bozuklukları, orgazm bozuklukları, retarde ejakülasyon ve dispareni yapabilmektedir¹⁴.

BPB hastalarında benzodiyazepin kullanımının cinsel işlevlere olan etkisi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. BPB tanısıyla izlenen lityum monoterapisi ve lityum-benzodiyazepin kombinasyonu kullanan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; kombinasyon tedavisinde özellikle klonazepam kullanımı ile cinsel işlev bozukluğunun sık olduğu saptanmıştır. Benzodiyazepinlerle cinsel yanıtın baskılandığı belirlenmiştir.

Lityum ve benzodiyazepin kombinasyonu özellikle ereksiyon zorluğu ve orgazm kalitesinde bozulmaya neden olmuştur⁵³.

Buspiron cinsel yan etki açısından güvenilir bir anksiyolitik ajandır.

2.3.4.2. Bipolar bozuklukta cinsel işlev bozukluklarının diğer olası nedenleri

Bazı bipolar hastaların manik veya hipomanik atak sırasında cinsel davranışlarında ve cinsel isteklerinde değişiklik gözlenmemektedir. Bu değişkenlik ve hastalığın farklı ataklarında değişen cinsel deneyimlerin bipolar bozukluğun ataklarının farklı biyolojik özelliklerinden ve hastaların farklı psikoseksüel gelişim özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir⁴¹.

Raboch; BPB hastalarının cinsel aktivitelerinde düşme olduğunu belirtmektedir. Ayrıca hastaların cinsel yaşamlarındaki kötüleşmenin bipolar bozukluğun başlangıcından sonra olduğu belirtilmiştir. Hastalık nedeniyle damgalanma sosyal ve cinsel problemlere yol açmaktadır. Damgalanma ile BPB tanılı hastaların özgüvenleri azalmakta, sosyal izolasyona neden olmakta ve güçsüzlük hissi artabilmektedir^{3,54}.

Hariri ve ark. tarafından Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada; bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının, ilaç tedavisinin cinsel yaşama etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu durum çok az sayıda psikiyatristin hastaların cinsel yaşamını sorgulamasına ve çok az hastanın cinsel problemlerini psikiyatristine danışmasına bağlanmıştır. Daha çok erkek hastalar; hastalıklarını ve ilaçlarını cinsel problemlerinden sorumlu tutmuş, cinsel konularda daha bilgili bulunmuş, kadınlardan daha fazla doktorlarından bilgi istedikleri belirlenmiştir. Bu durum yetiştirilme koşulları, kültürel faktörlerin ve cinsiyet farklılığının cinsel yaşam üzerindeki etkilerini göstermektedir³.

2.3.4.3. Bipolar bozuklukta cinsel yanıt döngüsünde değişiklikler

Raja ve Azzoni tarafından şizofrenik bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı kronik hastalıkları olan ve yaklaşık on yıldır tedavi gören hastaların incelendiği çalışmada; diğer çalışmalara benzer şekilde bu hastalık gruplarında cinsel işlev bozukluğu sıklığı yüksek belirlenmiştir. Özellikle cinsel deneyim, cinsel istek ve

cinsel performans azalmış olarak bulunmuştur. Cinsel ilişki sıklığı belirgin şekilde düşük saptanmıştır. Hastaların yaklaşık % 64 ünde cinsel doyum azalmış ya da yoktur, %72'sinde cinsel ilişki memnuniyetsizliği, % 77'sinde ön sevişme yetersizliği, % 69'unda masturbasyon yetersizliği, % 52'sinde cinsel fantezi azlığı belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık % 66'sı son üç ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmadıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada; kronik psikiyatrik hastalıklar ve homoseksüel davranışlar arasında ilişki belirlenmemiştir⁵⁵.

Bipolar bozukluk tanılı kadın hastalarda cinsel işlevler ile ilgili çalışmalar yetersizdir. M. Mazza ve arkadaşlarının BPB-1 ve 2 tanılı kadın hastaların sağlıklı kadın kontrol grubuyla karşılaştırıldığı çalışmasına göre; BPB-1'de BPB-2'ye göre, gizli cinsel ilgi, istenilen cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişkinin tekrarlama anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre; menstural bozukluklar BPB-1'de % 34, BPB-2'de %25 oranında, düzenli cinsel ilişki BPB-1'de % 20, BPB-2'de % 35, yaygın cinsel ilişki BPB-1'de % 65, BPB-2'de % 75 oranında belirlenmiştir. Açık cinsel ilgi BPB-1 ve 2 arasında belirgin farklılık göstermemektedir. Cinsel ilişki süresi, orgazm olma sıklığı ve dispareni açısından BPB-1, BPB-2 ve sağlıklı kontroller arasında fark saptanmamıştır⁵⁶.

Dell'Osso ve ark. tarafından yapılan, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan unipolar ve bipolar depresyon hastalarının cinsel işlev bozukluğu ve intihar girişimiyle ilişkisini araştıran çalışma sonucuna göre; cinsel yanıt döngüsünün üç evresinde (istek, uyarılma ve orgazm olma) kontrol grubuna göre duygudurum bozukluğu olan hastalarda önemli derecede bozulma saptanmıştır. Bipolar depresyon hastalarında unipolar depresyon hastalarına ve kontrol grubuna göre cinsel ilgi artışı ve sık partner değiştirme anlamlı şekilde yaygın bulunmuştur. Bipolar depresyon hastalarında; cinsel istek, uyarılma ve orgazm olma aşamalarındaki bozulma intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuştur⁴⁰.

2.3.4.4. Bipolar bozuklukta cinsel işlevlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesine etkisi

Dossenbach ve ark. psikiyatristlerin çoğunun cinsel işlev bozukluklarını gözden kaçırdıklarını belirtmektedir. Klinik çalışmalarda cinsel işlev bozuklukları düşük oranlarda belirlenmektedir fakat hastalara direkt sorulduğunda yüksek oranlar

saptanmaktadır^{3,57}. Montejo ve ark. psikiyatristlerin hastalarından cinsel işlevleri hakkında direkt bilgi aldıklarında, cinsel işlev bozukluklarının insidansında anlamlı artış olduğunu göstermiştir^{3,58}.

Kronik psikiyatrik hastalıkları olan kişiler nadiren kendiliğinden cinsel yaşamları hakkında konuşurlar. Fakat hastaların cinsel hayatının ve cinsellikle ilişkili problemlerinin belirlenmesi bazı nedenlerden dolayı önemlidir. Çünkü cinsel aktivite kişinin kişilerarası ilişki yürütebilme, özel bir amaca ulaşabilme ve bir ihtiyacın karşılanabilmesi kapasitesini yansıtmaktadır. Bu nedenle cinsel işlevler hastaların genel işlevselliğinin önemli bir göstergesidir. Ayrıca cinsellik yaşam kalitesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ve cinsel işlev bozuklukları, psikotropik ilaç tedavisinin en sıkıntılı yan etkilerinden biridir. İlaçların cinsel yan etkilerini belirlemek ve minimize etmek hastaların tedaviye uyumunu artırabilmektedir⁵⁵.

2.3.5. Bipolar Bozuklukta Çift Uyum

Bazı araştırmacılar; çiftler arasındaki uyumu eşlerin ayrı ayrı duyguları olarak değil de eşler arasındaki ilişkinin bir özelliği olarak değerlendirmişlerdir. Wiesman; çiftler arası uyum hakkında farklı bakış açıları olsa da bu konuda ortak buluşulan noktanın eşlerin birbirleri ile iletişim ve etkileşimlerine dayalı olarak algıladıkları memnuniyet olarak bildirmiştir. Konuyla ilgili gerçekleştirilmiş diğer çalışmalarda da birbiri ile iletişim sorunu olmayan eşlerde, bireylerin sorunları daha aşılabılır algıladığı, daha pozitif tutum sergilediği ve çözüme ulaşmada birlikte hareket edebildikleri görülmekte ve sorunlarla daha etkin baş edebildikleri dikkati çekmektedir. Volf ve ark.na göre ise çatışma ağırlıklı iletişim örüntüsüne sahip olan eşler, var olan sorundan kaçma, erteleme, yadsıma ve yansıtma gibi etkisiz baş etme davranışlarını sergilemektedirler⁵⁹.

Çift uyumunda önemli faktörlerden biri de cinsel uyumdur. Hawton ve Catalan, cinsel işlev bozuklukları ve eş problemleri arasında bir ilişkinin bulunduğunu, burada önemli olanın, hangisinin birincil olduğunun ayırt edilmesi olduğunu belirtmiştir. Kaplan'a göre; evlilik içinde karşılıklı güven ve bağımlılık gereksiniminin belirli ölçüde doyurulacağını bilme iyi bir cinsellik için zorunluluktur. Genel uyumun bozuk olduğu çiftlerde cinsellik, çiftin her yaşantısında izleri görülebilen, bilinçli veya bilinçdışı bir

silah olabilmektedir. Ayrıca Brezsnyak da yaptığı çalışmada cinsel arzusunun evlilik doyumunu olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Bu ilişki nedeniyle bazı araştırmacılar, çift terapisinin seks terapisinden önce olması gerektiğini savunarak, bu tür bir tedavinin biraz daha uzun sürebileceğini, ancak daha etkili ve kalıcı çözümlere ulaşılabileceğini belirtmektedir. Diğerleri ise, yakınma konusu olan sorunu en kısa sürede çözmeye çalışmanın öncelikli hedef olması gerektiğini, eğer başarılı olunamazsa çift terapisinin ön plana alınmasının uygun olacağını iddia etmektedirler⁶⁰.

Bipolar bozukluk gibi epizodlarla seyreden kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastalar; fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar yönünden çoğu zaman güçlükler yaşamakta ve bu durum partnerlerini de etkilemektedir⁶¹. Tekrarlayan duygudurum ataklarının bulunması psikososyal işlevselliğin bozulmasındaki en önemli etkidir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda aile ilişkilerinin bozulması; duygudurum ataklarının relapsı ve yetersiz tedavi ile ilişkilidir. BPB’de aile ilişkilerini araştıran çalışmalarda; yüksek duygudurum dışavurumunun (eleştiri, aile üyeleri arasında duygusal aktarımın fazla olması veya yakın ilişkiler) daha çok depresif rekurrense yol açabildiği belirlenmiştir. Aile ilişkileri ve depresif rekurrenslar arasındaki ilişki, bipolar bozuklukta depresif atakların manik ataklara göre 3/1 oranında fazla görülmesi nedeniyle önemlidir ve depresif ataklar daha fazla morbiditeye yol açmaktadır⁶².

Frank ve ark. remisyonda bipolar bozukluğu olan hasta ve eşleri ile sağlıklı çiftlerin evlilik uyumunu incelemiş ve her iki grubun evlilik uyumunun benzer olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma bipolar hastalığı olan kişinin evlilik düzeni başka bir biçimde bozulmazsa ve hasta remisyonda ise çiftin, sağlıklı çiftlere benzer şekilde tatminkâr evlilik uyumu yakalayabileceğini göstermiştir. Benzer şekilde Türkmenoğlu’nun 2003 yılında yaptığı çalışmasında, remisyondaki kadın BPB hastalarının evlilik ilişkileri ve cinsel işlevleri, kontrol grubuyla benzer bulunmuştur⁶³.

İlişkiler üzerine yapılan çalışmalar; kişilik özellikleri üzerine odaklanmıştır. İlişkilerin özgül dinamiklerinin bireylerin kişilikleri arasındaki farklılıklara dayandığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar daha çok depresif hastalar üzerinedir, bipolar bozuklukta aile ilişkileri üzerine yeterli çalışma bulunmamaktadır. Miller ve Sheets tarafından yapılan bipolar bozukluk hastalarında kişilik bozukluğu ve aile ilişkileri arasındaki etkileşimi araştıran çalışmada; depresif semptomların ilişkide bozulmada önemli olduğu belirlenmiştir. Manik semptomlardan depresif semptomlar daha etkili

bulunmuştur. Partnerde kişilik bozukluğu olması hem hastanın hem de partnerin ilişki üzerindeki algısını etkilemektedir ve ağır kişilik bozukluğu daha fazla ilişki stresine yol açmaktadır. Hastada kişilik bozukluğu olmasının çift ilişkisini belirgin şekilde etkilemediği belirtilmiştir⁶².

Chen ve ark. tüm kişilik bozukluğu kümelerinin aile ilişkileri ve çift uyumu üzerine olumsuz etkili olabileceğini belirtmiştir ve özellikle B kümesinin en etkili olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde South ve ark. borderline özellikler ile düşük ilişki memnuniyetini ilişkili bulmuşlardır. Kişilik bozukluğunun bulunması; kişiler arası ilişkilerde güçlüğe, duygusal yanıt ve problem çözmenin etkilenmesine neden olur. Ciddi kişilik bozukluğu bulunan bireyler ilişkilerinde esnek değildir ve partnerinin ihtiyaçlarına ve beklentilerine adapte olamazlar. Kişilik bozukluğunun bu yönleri ilişki kalitesini etkileyebilmektedir ve özellikle bipolar bozukluk tanılı bir hastanın seyrinde önemli etkiye sahiptir⁶².

Bipolar bozuklukta evlilikte görülen gerginliğin sebeplerinden biri hastalığın semptomlarıdır. Kişilerarası zorluklarla ilişkili faktörler; duyarsızlık, kendi sorumluluklarının eşlerine yüklenmesi, kültürel ve ilişki normlarının dışına çıkılması olarak belirlenmiştir. Diğer araştırmacılar ise şiddet davranışları ve depresif dönemin özelliklerinden biri olan bağımlılık üzerinde durmuşlardır. Sosyal aktivitelerde kısıtlanma ve aile gelirinde düşme gibi değişen sosyoekonomik faktörlerin de bipolar eş uyumunu etkilediği birçok çalışmada bildirilmektedir. Bunun dışında ev içindeki sorumlulukların partnere yüklenmesi, eşlerin bunları ortak yapmayı istemeleri nedeniyle bu sorumlulukları yük olarak görmelerine neden olabilmektedir. Fakat bazı çalışmalarda sağlıklı çiftler ile karşılaştırıldığında bipolar hastaların önemsiz düzeyde çift uyum sorunu yaşadığının belirlenmesi bu verilerle çelişmektedir. Bu çelişen veriler; kullanılan standardize olmayan yöntemler ve hastalığın farklı dönemlerinde yapılan görüşmelerle ilişkilendirilebilir⁶⁴.

Cinsel işlevler de çift uyumunu etkilediği için manik atak sırasında partner daha gergin ve kaygılı hissedebilir ve hastanın artmış cinsel isteğiyle baş etme güçlüğü yaşayabilir. Eşler yakın ilişki kurmaktan kaçınabilirler. Hastanın duyarsızlığı ve sevgi göstermemesi nedeniyle vajinismus ve impotans gibi cinsel sorunlar artabilmektedir. Depresif dönem de ise partner hastanın azalmış libidosunu idare etmekte zorlanabilir. Hasta irritabl ve mutsuz olduğu için eşin de cinsel eğilimleri azalabilir⁶⁴.

Çift uyumu hastaların tedaviye uyumunu ve hastalığın seyrini önemli ölçüde etkilediği için bu alanda yapılan az sayıda çalışma olması nedeniyle bipolar hastaların partnerlerinin deneyimleriyle ilgili detaylı, güvenilir araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın örneklem grubu Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde ayaktan düzenli olarak izlenen hastalardan oluşturulmuştur. Çalışma grubu yaşları 18-65 arası olan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, BPB I ve BPB II tanısı konmuş ve bu tanıyla izlenmekte olan, evli ya da cinsel partneri olan 32'si kadın, 18'i erkek toplam 50 hastadan oluşmaktadır. Hasta grubuyla karşılaştırma yapmak üzere 18-65 yaşları arasında, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, rastgele seçilen, evli ya da cinsel partneri olan 27'si kadın, 23'ü erkek toplam 50 kişiden oluşan kontrol grubu oluşturulmuştur. Hasta ve sağlıklı gönüllülerden; çalışmaya alınmadan önce araştırma, uygulanan testler ve elde edilecek sonuçların nasıl değerlendirileceği hakkında ayrıntılı bilgi verilerek, aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Hasta grubu seçilmemiş, klinik açıdan ötimik olan ve BPB dışında ek tanısı olan hastalar da çalışma grubuna dahil edilmiştir. Ayrıca öz bildirim testlerini doldurabilmesi için hastaların ilkökul ve üzeri eğitim almış olması şartı aranmıştır.

Dışlama ölçütleri; BPB aktif hastalık dönemi, aktif psikoz, demans tanısı, deliryum ve mental retardasyon olarak belirlenmiştir. Çalışmanın başlangıcında 55 hasta katılmıştır fakat 5 kişi çalışmaya devam etmemiştir.

Görüşmenin Uygulanış Şekli

Çalışmaya katılan hastaların ötimik olup olmadığının belirlenmesi için öncelikle Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMD) ve demans tanısı için Minimental Test (MMT) uygulandı. YMD'den 7 puan altında alan, HAM-D'den 13 puan altında alan, MMT sonucu ve klinik görüşme sonucunda demansiyel bulgusu olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara, Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II), Bipolar Bozukluk Veri Formu, cinsel işlevler veri

formu, UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU), Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Arziona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) uygulandı.

Görüşmeler iki aşamada gerçekleştirildi ve yaklaşık 45-60 dk sürdü, aynı kişi tarafından uygulandı. İlk aşamada klinisyen tarafından Sosyodemografik Veri Formu, bipolar bozukluk veri formu ve cinsel işlevler veri formu dolduruldu. Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi için SCID-I ve ilaç yan etkilerinin değerlendirilmesi için UKU uygulandı. Cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi için GRCDÖ ve ACYÖ, eş uyumunun değerlendirilmesi için ÇUÖ, eşlik eden kişilik bozukluklarının belirlenmesi için SCID-II ölçeklerinin hastalar tarafından doldurulması istendi. İkinci aşamada ölçekler toplandı ve değerlendirildi.

Bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol grubunda; hastalara uygulanan sosyodemografik veri formu, cinsel işlevler veri formu klinisyen tarafından uygulandı. GRCDÖ, ACYÖ, ÇUÖ ve SCID-II katılımcılar tarafından dolduruldu.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışmada tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formu kullanıldı. Kullanılan sosyodemografik veri formu dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastaların adı-soyadı, iletişim bilgileri, kliniğimize ilk başvuru zamanları yer almaktadır. İkinci bölümde cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, sosyoekonomik düzey, çocuk sahibi olma gibi veriler bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ailede ruhsal ve tıbbi hastalık varlığı sorgulanmaktadır. Dördüncü bölümde ise hastanın tıbbi hastalık öyküsü, adet siklusları, doğum kontrol yöntemi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar yer almaktadır. Bu veri formu hastalarla birebir görüşülerek klinisyen tarafından doldurulmaktadır.

3.2.2. Bipolar Bozukluk Veri Formu

Çalışma için tarafımızca hazırlanan veri formunda; bipolar bozukluk hastalık süresi, geçirilen atak sayısı ve tipleri, bipolar bozukluk tipi, hastaneye yatış sayısı, elektrokonvulsif terapi uygulanması, epizodlar arasında belirti varlığı, mevsimsellik, hızlı döngülülük, epizodlarda psikotik belirti varlığı, kullanılan ilaç tedavisi ve özkiyım girişimi ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.2.3. Cinsel İşlevler Veri Formu

Çalışma için tarafımızca hazırlanan veri formu ile ergenlik yaşı, ilk özdoyum yaşı ve sıklığı, ilk cinsel birliktelik yaşı, birliktelik sıklığı, çocuk doğduktan sonra cinsel yaşamda değişiklik olup olmadığı, hastalık sonrası cinsel yaşamda değişiklik olup olmadığı, ilaç tedavisinin cinsel yaşama etkisi, cinsellik hakkında danışmanlık alınıp alınmadığı hakkındaki sorularla cinsel yaşam hakkında kısa bir bilgilendirme amaçlanmaktadır.

3.2.4. Kullanılan Ölçekler

3.2.4.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

DSM-IV'e göre psikiyatrik tanıların konulmasında yaygın olarak kullanılan yapılandırılmış klinik bir görüşme ölçeğidir. First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öztürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleriyle ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve

diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 25–60 dakika sürmektedir⁶⁵.

3.2.4.2. DSM-IV eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID- II)

SCID-II, yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. İkinci ekseninde tanımlanan kişilik bozukluk tanıları için kullanılmaktadır. Türkçe versiyonu Sorias ve ark. tarafından geliştirilmiştir. SCID II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir⁶⁵.

3.2.4.3. Young mani değerlendirme ölçeği (YMD)

Bu ölçek, 11 maddeden oluşmaktadır ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir. Ölçekteki maddeler, BPB'nin manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0,66–0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3–%95,5 ve kappa değerleri 0,114–0,849 arasında bulunmuştur⁶⁵.

3.2.4.4. Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ)

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirliği, iç tutarlılık çalışmasında

Cronbach alfa değerleri 0,75, Sperman Brown güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0,86 ile 0,98 değerleri arasındadır⁶⁵.

3.2.4.5. Standardize minimental test (MMT)

Hastaların bilişsel yetilerini kısa sürede değerlendirmek için hazırlanmıştır. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesap, hatırlama ve lisan testleri alt başlıkları altında toplanmıştır. Görüşmecinin değerlendirdiği ölçek olmasına rağmen hastaya verilen görevlerde ölçek üzerine yazı yazma ya da Şekil izme söz konusudur. İlk kez Folstein tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. Gngen ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. 23/24 değerinin 0.91 duyarlılık, 0.95 özgüllük katsayısı vardır. Uygulayıcılar arası güvenirlilik incelemesinde r:0.99, kappa:0.92 olarak elde edilmiştir⁶⁵.

3.2.4.6. UKU yan etki değerlendirme leği (UKU)

Psikotrop ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan yan etkileri nedensel ilişki kurarak değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Yan etkiler; psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer yan etkiler olmak üzere dört grup içermektedir. Toplam 52 maddeden oluşmaktadır. 10 psikolojik, 10 nörolojik, 13 otonomik ve 29 diğer belirti bulunmaktadır. Yan etkilerin hem şiddeti hem de ilaç kullanımıyla nedensel ilişkisi değerlendirilmektedir. Uygulama yaklaşık olarak 30 dakika sürmektedir ve ölçek görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmamıştır⁶⁵.

3.2.4.7. Golombok-Rust cinsel doyum leği (GRCDÖ)

Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere kullanılan, heteroseksüel cinsel yaşamı olan kadın ve erkeklere uygulanabilen, kişi tarafından verilen form üzerinde işaretlenerek doldurulan ve hem kadın hem de erkeklere yönelik hazırlanmış 28 maddeden oluşun bir

formdur. Özgün adı Golombok- Rust Sexual Satisfaction Inventory (GRISS)'dır. Türkçeye Tuğrul (Daş) C, Öztan N, Kabakçı E tarafından uyarlanmıştır.

Her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Bu testin değerlendirilmesinde alınan yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir.

Kadın ve erkek formlarında beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans alt boyutları bulunmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikişer, diğer alt boyutlar dörder madde ile sorgulanmaktadır. Ayrıca her iki formda da bu alt boyutlar dışında kalan ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır⁶⁵.

3.2.4.8. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ)

Cinsel alanda yaşanan sorunları kısa, kolay biçimde tarama ve saptama amacıyla geliştirilen ölçektir. Özbildirim ölçeğidir. Altılı Likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan 5 maddeden oluşmaktadır ve kadın- erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Özgün adı Arizona Sexual Experiences Scale'dır. Atilla Soykan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Örtüstürücü geçerlilikte korelasyon katsayısı 0.53 olarak bulunmuş ve ROC analizinde 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı bulunmuştur⁶⁵.

3.2.4.9. Çift uyum ölçeği (ÇUÖ)

Çift Uyum Ölçeği Spainer tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Çift uyumunun dışında evlilik uyumunun ölçülmesinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Çift uyum ölçeği çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik bir ölçektir. Eşler arası tatmin alt ölçeği, eşler arası bağlılık alt ölçeği, eşler arası fikir birliği alt ölçeği ve duygusal ifade

alt ölçeği olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Testten alınabilecek puan aralığı 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir. Çift Uyum Ölçeğinin Türkçe geçerlilik çalışması 1995 yılında Amine Aysun Yavuz tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı önceki araştırmalarda bildirilen değerlere yakın bulunmuştur. ÇUÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Fıfıloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır^{66,67,68}. Tüm ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96'dır.

3.3. İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin korelasyonlarına bakılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 50 hastanın, % 64'ü kadın (n=32), %36'sı erkek (n=18) ve kontrol grubunun ise % 54'ü kadın (n=27) ve % 46'sı erkek (n=23) cinsiyete sahiptir. Hasta grubunun yaş ortalaması 40,92(±9,7) ve kontrol grubunun yaş ortalaması 38,04(±8,0) olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grubunun, cinsiyet dağılımı açısından aralarında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır. (p değeri =0,309) Hasta ve kontrol grubu birbirine benzer şekilde alt-orta sosyoekonomik düzeye sahip bulunmuştur. Eğitim düzeyleri, ilköğretim ve altı ve ilköğretim üstü şeklinde gruplandırıldığı zaman; hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p=0,074) Şehir dışında, köy ve ilçede yerleşme hasta grubunda daha fazla saptanmıştır. Hasta grubunun % 60'nın (n=30) çalışmadığı saptanmıştır. İki grup arasında yaşanan yer, meslek ve sosyal destek açısından farklılıklar saptanmıştır. Katılımcıların ayrıntılı sosyodemografik verileri Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	BPB (n=50)	Kontrol (n=50)	P
Yaş (yıl)(ort. ± SS)	40,92(±9,7)	38,04(±8,0)	0,110
Cinsiyet (N%)			0,309
Kadın	32(%64)	27(%54)	
Erkek	18(%36)	23(%46)	
Eğitim düzeyi (N%)			0,074
İlköğretim ve altı	13(%26)	6(%12)	
İlköğretim üstü	37(%74)	44(%88)	
Yaşam yeri (N%)			<0,0001
Şehir	35(%70)	49(%98)	
Şehir olmayan	15(%30)	1(%2)	
Meslek (N%)			0,003
Çalışıyor	20(%40)	35(%70)	
Çalışmıyor	30(%60)	15(%30)	
Sosyoekonomik düzey (N%)			0,307
Alt-orta	49(%98)	47(%94)	
Üst	1(%2)	3(%6)	
Sosyal destek (N%)			0,019
Var	39(%78)	28(%56)	
Yok	11(%22)	22(%44)	

Çalışmamıza alınan BPB hastalarının % 84'ü evli (n=42), %16'sı bekar ya da dul (n=8) ve kontrol grubunun % 94'ü evli (n=47) ve %6'sı (n=3) bekar ya da duldur. İki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,110) Hasta grubunun evlilik süresi ortalama $15,6 \pm 10,4$ yıl ve kontrol grubunun ise $11,3 \pm 9,2$ yıl olarak hesaplanmıştır. BPB hastaları ve kontrol grubunun evlilik süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. (p=0,037) Hasta grubunun % 55,6'sı görücü usulüyle kontrol grubunun % 60,4'ü anlaşarak evlenmiştir. Her iki grup da benzer şekilde daha çok çekirdek aile yapısına sahiptir. Kontrol ve hasta grubu aile özellikleri açısından genel olarak benzer özelliklere sahip bulunmuştur. Katılımcıların aile özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Kontrol Grubunun Aile Özellikleri

	BPB (n=50)	Kontrol (n=50)	P
Evlilik süresi (yıl) (ort. $\pm$ SS)	15,6 $\pm$ 10,4	11,3 $\pm$ 9,2	0,037
Evlilik yaşı (yıl) (ort. $\pm$ SS)	26,02 $\pm$ 6,7	25,4 $\pm$ 3,5	0,606
Partnerin evlilik yaşı (yıl) (ort. $\pm$ SS)	27,1 $\pm$ 4,6	25,4 $\pm$ 3,9	0,060
Medeni durum (N%)			0,110
Bekar-dul	8 (%16)	3 (%6)	
Evli	42 (%84)	47 (%94)	
Evlilik şekli (N%)			0,123
Anlaşarak	20 (%44,4)	29 (% 60,4)	
Görücü	25(%55,6)	19 (%39,6)	
Çocuk (N%)			0,618
Yok	5 (%11,1)	7 (%14,6)	
Var	40 (%88,9)	41 (%85,4)	
Yaşadığı aile(N%)			0,084
Çekirdek	46 (% 92)	40 (% 80)	
Geniş	4 (% 8)	10 (% 20)	

BPB tanıli hastaların %64'ünün ailesinde ruhsal hastalık varlığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda bu oran % 28'dir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Hasta grubunun %36'sında (n=18), kontrol grubunun % 22'sinde (n=11) tıbbi hastalık tanısı bulunmaktadır. Hasta ve kontrol grubunun soygeçmiş ve özgeçmiş özellikleri tablo-6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar ve Kontrol Grubunun Soygeçmiş ve Özgeçmiş Özellikleri

	BPB (n=50)	Kontrol (n=50)	P
Ailede ruhsal hastalık			<0,0001
Var	32 (% 64)	14 (% 28)	
Yok	18 (%36)	36 (% 72)	
Tıbbi hastalık			0,123
Var	18 (% 36)	11 (% 22)	
Yok	32 (%64)	39 (% 78)	

4.2. Ek Tanılar

Katılımcılara SCID-I ve SCID-II uygulanmıştır. Kontrol grubu sağlıklı gönüllülerden seçildiği için hasta grubunda şu anda ve geçmişte eşlik eden hastalıklar belirlenmeye çalışılmıştır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda en sık eşlik eden ruhsal hastalık; şu an %46 (n=23) ve yaşam boyu % 62 (n=31) olmak üzere anksiyete bozukluklarıdır. Hastalarda şu anda alkol kullanım bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve yeme bozuklukları ek tanıları saptanmamıştır. Hastalara eşlik eden ek tanılar Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ek Tanılar

	N (%)
Anksiyete Bozuklukları şuan	23 (%46)
Anksiyete Bozuklukları yaşam boyu	31 (%62)
Alkol Kullanım Bozuklukları şuan	0 (%0)
Alkol Kullanım Bozuklukları yaşam boyu	5 (%10)
Madde Kullanım Bozuklukları şuan	1 (%2)
Madde Kullanım Bozuklukları yaşam boyu	3 (%6)
Somatoform Bozukluklar şuan	1 (%2)
Somatoform Bozukluklar yaşam boyu	4 (%8)
Disosiyatif Bozukluklar şuan	0 (%0)
Disosiyatif Bozukluklar yaşam boyu	2 (%4)
Dürtü Denetim Bozuklukları şuan	4 (%8)
Dürtü Denetim Bozuklukları yaşam boyu	7 (%14)
Yeme Bozuklukları şuan	0 (%0)
Yeme Bozuklukları yaşam boyu	1 (%2)

Bipolar bozukluk tanılı hastalara anksiyete bozukluklarının sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir. Çalışmamızda benzer şekilde en yüksek oranda eşlik eden ruhsal hastalığın anksiyete bozuklukları olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle anksiyete

bozukluklarının alt tanı gruplarının değerlendirilmesi düşünülmüştür. Şu anda yaygın anksiyete bozukluğu (n= 6), sosyal fobi (n=7), özgül fobi (n= 16) tanıları daha sık olarak belirlenmiştir. En yüksek oranda özgül fobinin eşlik ettiği saptanmıştır. Şu an ve yaşam boyunca eşlik eden anksiyete bozuklukları ek tanıları ayrıntılı olarak Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Anksiyete Bozuklukları Ek Tanıları

	N (%)
Panik bozukluk şuan	2 (%4)
Panik bozukluk yaşam boyu	10 (%20)
Panik bozukluk + agarofobi şuan	0 (%0)
Panik bozukluk +agarofobi yaşam boyu	0 (%0)
Yaygın anksiyete bozukluğu şuan	6 (%12)
Yaygın anksiyete bozukluğu yaşam boyu	6 (%12)
Sosyal fobi şuan	7 (%14)
Sosyal fobi yaşam boyu	8 (%16)
Özgül fobi şuan	16 (%32)
Özgül fobi yaşam boyu	16 (%32)
Akut stres bozukluğu şuan	0 (%0)
Akut stres bozukluğu yaşam boyu	11 (%22)
Posttravmatik stres bozukluğu şuan	0 (%0)
Posttravmatik stres bozukluğu yaşam boyu	2 (%4)
Ayrışmamış anksiyete bozukluğu şuan	0 (%0)
Ayrışmamış anksiyete bozukluğu yaşam boyu	0 (%0)
Obsesif kompulsif bozukluk şuan	3 (%6)
Obsesif kompulsif bozukluk yaşam boyu	3 (%6)

Kişilik bozuklukları ek tanısının değerlendirilmesi için SCID-II uygulanmıştır. BPB tanılı hastaların % 20’sinde (n=10) kişilik bozukluğu varlığı belirlenmiştir. Borderline ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu en sık olarak saptanmıştır. Kişilik bozuklukları ek tanıları Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Kişilik Bozukluğu (KB) Ek Tanısı

	N (%)
Kişilik bozukluğu tanısı	10 (%20)
Şizoid KB	0 (%0)
Şizotipal KB	0 (%0)
Paranoid KB	1 (%2)
Narsistik KB	0 (%0)
Histriyonik KB	1 (%2)
Borderline KB	4 (%8)
Antisosyal KB	0 (%0)
Çekingen KB	1 (%2)
Bağımlı KB	0 (%0)
OKKB	4 (%8)

4.3. Bipolar Bozukluk Özellikleri

Çalışmamızda BPB tanılı hastalarda cinsel işlevler ve çift uyumu araştırılmıştır. Bu nedenle bipolar bozukluk tanılı hastalarda; hastalık süresi, geçirilen atak sayısı, bipolar bozukluk tipi, hastaneye yatış sayısı, yatışlarda EKT uygulaması, mevsimsellik göstermesi, ataklardaki psikotik belirti varlığı gibi parametreler değerlendirilmiştir. Hastaların ortalama hastalık süresi $14,68 \pm 6,9$ yıl olarak hesaplanmıştır. Geçirilen ortalama toplam atak sayısı $6,50 \pm 3,78$ 'dir. En fazla geçirilen atak manik atak olarak belirlenmiştir. Hastaların % 90'ı BPB tip-1 tanısına sahiptir. Hastaların % 6'sı (n=3) hastanede yatarak tedavi görmemiştir. Yatarak tedavi gören hastalarda ortalama yatış sayısı $2,63 \pm 2,04$ 'tür. Hastaların % 60'nın (n= 30) ataklar arasında işlevsellik düzeyi iyidir. Hastaların büyük çoğunluğunda (n= 34, % 68) hastalık mevsimsellik göstermektedir. Hızlı döngülülük saptanmamıştır. Hastaların % 40'ında özkıyım öyküsü bulunmaktadır. BPB tanılı hastaların ayrıntılı hastalık özellikleri Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Hastalık Özellikleri

Hastalık süresi (yıl) (ort. $\pm$SS)	14,68 $\pm$ 6,9
Geçirilen ortalama atak sayısı (ort. $\pm$SS)	
Manik atak	3,1 $\pm$ 2,02
Depresif atak	2,76 $\pm$ 1,96
Karma atak	2,0 $\pm$ 1,0
Hipomani	2,92 $\pm$ 2, 84
Toplam atak	6,50 $\pm$ 3,78
Hastane yatış sayısı (ort. $\pm$SS)	2,63 $\pm$ 2,04
EKT uygulama (yaşam boyu) N(%)	
Var	23 (%46)
Yok	27 (%54)
Uzunlamasına gidiş N(%)	
Ataklar arası tam işlevsellik	30 (%60)
Ataklar arası kısmi-kötü işlevsellik	20 (%40)
Mevsimsellik N(%)	
Var	34 (%68)
Yok	16 (%32)
Ataklarda psikotik belirti N(%)	
Var	28 (%56)
Yok	22 (%44)
Özkıyım (yaşam boyu) N(%)	
Var	20 (%40)
Yok	30 (%60)
BPB Tipi N(%)	
BPB Tip-1	45 (%90)
BPB Tip-2	5 (%10)

Bipolar bozukluk hastalık özelliklerinin cinsel işlev bozukluğuna etkisinin değerlendirilmesi için; cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan bipolar bozukluk tanılı hastaların karşılaştırıldığı Tablo 11'e göre, ataklarında psikotik belirtilerin bulunduğu BPB tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu daha fazla görülmektedir. Psikotik belirtileri olan 28 hastadan 18'inde cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiştir. ($p=0,023$) Bipolar bozukluk tiplerinin cinsel işlev bozukluğu varlığı açısından karşılaştırılmasında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Geçirilen ortalama atak sayısı cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan hastalarda benzer bulunmuştur ve karma atak geçiren hastalarda cinsel işlev bozukluğu tespit edilmemiştir. Hastaneye yatış sayısının fazla olmasıyla cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunmamıştır. EKT uygulamasının varlığı, ataklar arası işlevsellik düzeyinin, mevsimsellik ve özkıyım girişiminin varlığının etkisi saptanmamıştır.

Tablo 11. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

	CİB + n=25	CİB – n=25	P
Hastalık süresi (yıl) (ort. ±SS)	16,28 ± 6,53	13,08 ± 7,02	0,102
Geçirilen ortalama atak sayısı (ort. ±SS)			
Manik atak	3,18 ± 2,06	3,08 ± 2,04	0,878
Depresif atak	2,85 ± 2,26	2,64 ± 1,57	0,748
Karma atak	-	2,00 ± 1,00	
Hipomani	2,46 ± 1,66	3,41 ± 3,75	0,430
Toplam atak	6,48 ± 3,89	6,52 ± 3,75	0,971
Hastaneye yatış sayısı (ort. ±SS)	2,08 ± 1,50	3,16 ± 2,37	0,070
EKT uygulama (yaşam boyu) N(%)			0,777
Var	11(%44)	12(%48)	
Yok	14(%56)	13(%52)	
Uzunlamasına gidiş N(%)			0,564
Ataklar arası tam işlevsellik	14(%56)	16(%64)	
Ataklar arası kısmi-kötü işlevsellik	11(%44)	9(%36)	
Mevsimsellik N(%)			0,225
Var	15(%60)	19(%76)	
Yok	10(%40)	6(%24)	
Ataklarda psikotik belirti N(%)			0,023
Var	18(%72)	10(%40)	
Yok	7(%28)	15(%60)	
Özkıyım (yaşam boyu) N(%)			1,000
Var	10(%40)	10(%40)	
Yok	15(%60)	15(%60)	
BPB Tipi N(%)			0,637
BPB Tip-1	22 (%88)	23(%92)	
BPB Tip-2	3 (%12)	2 (%8)	

4.4. Cinsel İşlevlerin Ölçeklerle Değerlendirilmesi

Tarafımızca oluşturulan kısa bilgi edinme formu ile çalışmamıza katılan kişilerin; cinsel konular hakkında bilgilendirme yaşı, ilk özdoyum yaşı, evlilik öncesi ve sonrası özdoyum varlığı, adet düzeni, doğum kontrol yöntemi varlığı, ilk cinsel birliktelik yaşı, aylık cinsel birliktelik sıklığı, cinsel sorunu olduğunu düşünme gibi parametrelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. BPB tanılı hastaların % 30'u (n= 15) ve kontrol grubunun % 8'i (n= 4) cinsel işlev problemi olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. (p= 0,005) BPB ve kontrol grubunun cinsel bilgilendirme yaşı birbirine yakın olarak belirlenmiştir. BPB'de ortalama yaş 16,2 ± 5,03 ve kontrol grubunda 15,6± 3,16'dır. İki grup arasında; ilk özdoyum yaşı ortalaması, evlilik öncesi ve sonrası özdoyum varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta grubunun % 56'sı (n= 28), kontrol grubunun % 46'sı (n= 23)

doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır. İki grubun ilk cinsel birliktelik yaş ortalaması birbirine çok yakındır. BPB tanılı hastaların % 62,5'i (n= 25) çocuk olduktan sonra cinsel yaşamlarında değişiklik olmadığını düşünmektedir. Fakat kontrol grubunun % 61'i çocukları olduktan sonra cinsel yaşamlarının kötüleştiğini belirtmektedir ve bu farklılık iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlıdır. (p= 0,001) Çalışmamıza katılan BPB tanılı hastaların % 24'nün partnerlerinde de ruhsal hastalık tanısı bulunmaktadır. Bu parametreler Tablo 12'de ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Tablo 12. Kısa Bilgi Edinme Formu ile Cinsel İşlevlerin; Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

	BPB	Kontrol	P
Cinsel bilgilene yaşı (ort. ±SS)	16,2 ± 5,03	15,6 ± 3,16	0,492
İlk özdoyum yaşı (ort. ±SS)	15,6 ± 3,92	14,4 ± 1,56	0,102
Evlilik öncesi özdoyum N (%)			0,424
Yok	27 (% 54)	23 (% 46)	
Var	23 (% 46)	27 (% 54)	
Evlilik sonrası özdoyum N (%)			0,117
Yok	38 (%84,4)	34 (%70,8)	
Var	7 (%15,6)	14 (% 29,2)	
Adet siklusu N(%)			0,112
Düzenli	18 (%56,2)	22 (%81,5)	
Düzensiz	10 (%31,2)	4 (%14,8)	
Menapoz	4 (%12,5)	1 (%3,7)	
Doğum kontrol yöntemi N (%)			0,317
Yok	28 (%56)	23 (%46)	
Var	22 (%44)	27 (%54)	
İlk cinsel birliktelik yaşı (ort. ±SS)	21,5 ± 5,57	21,8 ± 4,09	0,760
Cinsel birliktelik sıklığı (kez/ay)(ort. ±SS)	6,32 ± 6,52	8,58 ± 7,11	0,101
Çocuk olduktan sonra cinsel yaşamda değişiklik N (%)			0,001
Değişiklik yok	25 (%62,5)	9 (%22)	
Daha iyi	4 (%10)	3 (%7,3)	
Daha kötü	9 (%22,5)	25 (%61)	
Diğer	2 (%5)	4 (%9,8)	
Cinsel sorunu olduğunu düşünme N(%)			0,005
Hayır	35 (%70)	46 (%92)	
Evet	15 (%30)	4 (%8)	
Partnerde ruhsal hastalık N (%)			0,029
Yok	38 (%76)	46 (%92)	
Var	12 (%24)	4 (%8)	

Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu varlığı GRCDÖ'ne göre belirlenmiştir. GRCDÖ toplam standart puanı 5 ve üzeri olan katılımcılarda cinsel işlev bozukluğu tanısı konulmuştur. Çalışmaya alınan 59 kadın katılımcının 18'inde cinsel işlev

bozukluğu varlığı belirlenmiştir. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların % 72,2'si BPB tanılı hasta, % 27,8'i kontrol grubudur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ($p= 0,066$) cinsel işlev bozukluğu hasta grubunda daha yüksek orandadır. Tablo 13'de gösterildiği gibi çalışmadaki 41 erkek katılımcının 20'sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin %60'ı BPB tanılı hasta ve %40'ı kontrol grubudur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p=0,043$)

Tablo 13. Cinsel İşlev Bozukluğu Varlığının Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

	Cinsel işlev bozukluğu +	Cinsel işlev bozukluğu -	P
Kadın (n= 59) N (%)			0,066
BPB	13 (%72,2)	19 (% 46,3)	
Kontrol	5 (% 27,8)	22 (% 53,7)	
Erkek (n= 41) N (%)			0,043
BPB	12 (% 60)	6 (% 28,6)	
Kontrol	8 (% 40)	15 (% 71,4)	

GRCDÖ kadın formu sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve orgazm bozukluğu alt ölçeklerinden oluşmaktadır. BPB ve kontrol grubunun GRCDÖ toplam ve alt ölçek ortalama standart puanları karşılaştırıldığında; sıklık, iletişim, kaçınma, dokunma, vajinismus alanlarında iki grup arasında fark belirlenmemiştir. GRCDÖ ortalama toplam standart puanı BPB grubunda daha yüksek saptanmıştır. ($p= 0,021$) Bu durum kadın hasta grubunda cinsel işlev bozukluğunun daha fazla görüldüğünü destekler niteliktedir. Benzer şekilde Tablo 14'te görüldüğü gibi; doyum ve orgazm bozukluğu hasta grubunda daha yüksek orandadır. (p değerleri sırasıyla 0,008 ve 0,001)

Tablo 14. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Standart Puanlarının Kadın Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

	BPB	Kontrol	P
GRCDÖ Toplam puan (ort. $\pm$ SS)	4,31 $\pm$ 2,17	3,14 $\pm$ 1,56	0,021
Sıklık (ort. $\pm$ SS)	4,59 $\pm$ 1,93	4,96 $\pm$ 1,62	0,436
İletişim (ort. $\pm$ SS)	5,40 $\pm$ 2,39	3,88 $\pm$ 2,13	0,14
Doyum (ort. $\pm$ SS)	3,53 $\pm$ 1,58	2,51 $\pm$ 1,15	0,008
Kaçınma (ort. $\pm$ SS)	3,56 $\pm$ 2,13	3,40 $\pm$ 1,86	0,770
Dokunma (ort. $\pm$ SS)	4,28 $\pm$ 2,27	3,55 $\pm$ 1,73	0,181
Vajinismus (ort. $\pm$ SS)	4,90 $\pm$ 2,00	5,14 $\pm$ 1,74	0,627
Orgazm bozukluğu (ort. $\pm$ SS)	3,93 $\pm$ 1,62	2,81 $\pm$ 0,83	<0,001

GRCDÖ erkek formu; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, empotans ve erken boşalma alt ölçeklerinden oluşmaktadır. BPB ve kontrol grubunun GRCDÖ ortalama standart toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığı zaman; iletişim, doyum, kaçınma ve dokunma alanlarında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. GRCDÖ ortalama toplam standart puan BPB grubunda daha yüksektir ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır. ($p<0,01$) Sıklık, empotans ve erken boşalma alt ölçeklerinin ortalama standart puanları hasta grubunda daha yüksektir ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. Bu verilere göre erkek BPB tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu daha fazla saptanmıştır. Ayrıntılı veriler Tablo 15’te yer almaktadır.

Tablo 15. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Standart Puanlarının Erkek Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

	BPB	Kontrol	P
GRCDÖ toplam puan (ort. $\pm$ SS)	5,38 $\pm$ 1,97	3,78 $\pm$ 1,83	<0,01
Sıklık (ort. $\pm$ SS)	5,50 $\pm$ 1,79	3,91 $\pm$ 1,80	0,008
İletişim (ort. $\pm$ SS)	3,72 $\pm$ 2,08	3,08 $\pm$ 1,88	0,312
Doyum (ort. $\pm$ SS)	3,55 $\pm$ 1,68	3,04 $\pm$ 1,52	0,314
Kaçınma (ort. $\pm$ SS)	3,05 $\pm$ 1,92	2,52 $\pm$ 1,37	0,307
Dokunma (ort. $\pm$ SS)	3,27 $\pm$ 1,90	3,00 $\pm$ 1,85	0,641
Empotans (ort. $\pm$ SS)	4,72 $\pm$ 1,63	2,73 $\pm$ 1,21	<0,0001
Erken boşalma(ort. $\pm$ SS)	5,27 $\pm$ 1,93	3,69 $\pm$ 1,94	0,013

Çalışmamızda çift uyumunu değerlendirmek için ÇUÖ kullanıldı. Ölçek; eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, eşler arası fikir birliği ve duygusal ifade alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Alınan puanın yüksek olması çift uyumunun iyi olduğunu yansıtmaktadır. BPB ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kontrol grubunun ortalama toplam ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır. ($p=$

0,079) İki grup arasında; eşler arası bağlılık ve duygusal ifade alt ölçekleri anlamlı şekilde farklı saptanmıştır. Her iki alt ölçek puanı da kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Tablo 16’de ÇUÖ toplam ve alt ölçek puanları ayrıntılı şekilde yer almaktadır.

Tablo 16. ÇUÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

	BPB	Kontrol	P
Eşler arası tatmin (ort. ± SS)	48,22 ± 10,36	48,50 ± 9,69	0,889
Eşler arası bağlılık (ort. ± SS)	34,0 ± 8,89	38,34 ± 6,74	0,007
Eşler arası fikir birliği (ort. ± SS)	8,42 ± 3,03	9,14 ± 2,32	0,186
Duygusal ifade (ort. ± SS)	13,44 ± 5,43	15,74 ± 4,63	0,025
Toplam ölçek puanı (ort. ± SS)	104,04 ± 23,7	111,72 ± 19,2	0,079

BPB tanılı hastalarda kullanılan ilaç tedavisinin cinsel yaşama olan etkisini değerlendirmek için UKU ölçeğinin cinsel yaşamla ilgili parametreleri dikkate alınmıştır. Bu parametreler; amenore, galaktore, jinekomasti, cinsellikte artma/ azalma, ereksiyon bozukluğu, prematür ejakülasyon, geç ejakülasyon, orgazm güçlüğü ve vajende kuruluştur. Kontrol grubunda psikiyatrik ilaç kullanımı olmadığı için bu nedenle UKU ölçeği uygulanmamıştır. Her bir parametrenin şiddeti 1’den 3’e kadar artan puanlarla ve ilaç kullanımının bu parametreye etkisi nedensel ilişki şeklinde (mümkün/ mümkün değil/ muhtemel) değerlendirilmiştir. Kullanılan ilaç tedavisine bağlı en sık görülen yan etkiler; cinsellikte azalma (hastaların 19’unda), orgazm güçlüğü (hastaların 15’inde), prematür ejakülasyon (erkek hastaların 6’sında) dur. Erkek hastalarda jinekomasti saptanmamıştır. Cinsel işlevlerle ilgili parametrelerin şiddet puan ortalaması dikkate alındığında; en yüksek puanlar sırasıyla ereksiyon bozukluğu, orgazm güçlüğü, prematür ejakülasyon ve amenore parametrelerine aittir. Şiddet puan ortalaması ve nedensel ilişkileri Tablo 17’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Nedensel ilişki; amenore tamamen, galaktore, cinsellikte azalma, ereksiyon bozukluğu, prematür ejakülasyon daha çok ‘mümkün’ olarak, cinsellikte artma, vajende kuruluştur tamamen ‘mümkün değil’, geç ejakülasyon tamamen ve orgazm güçlüğü daha çok ‘muhtemel’ olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 17. BPB Tanılı Hastalarda UKU Ölçeği Cinsel İşlevler Bölümünün Değerlendirilmesi

	UKU Cİ şiddet puan ortalaması (ort. ± SS)	UKU nedensel ilişki		
		Mümkün değil N(%)	Mümkün N (%)	Muhtemel N (%)
Amenore (n=4)	2,25 ± 0,95	-	4 (%100)	-
Galaktore (n=3)	1,00 ± 0,0	-	2 (%66,7)	1 (%33,3)
Jinekomasti (n=0)	-	-	-	-
Cinsellikte artma (n=2)	1,00 ± 0,0	2(%100)	-	-
Cinsellikte azalma (n=19)	2,15 ± 0,68	-	14(%73,7)	5(%26,3)
Ereksiyon bozukluğu (n= 5)	2,40 ± 0,54	-	4(%80)	1(%20)
Prematür ejakülasyon (n= 6)	2,33 ± 0,51	1(%16,7)	3(%50)	2(%33,3)
Geç ejakülasyon (n= 2)	1,00 ± 0,0	-	-	2(%100)
Orgazm güçlüğü (n=15)	2,40 ± 0,73	1(%6,7)	5 (%33,3)	9 (%60)
Vajende kuruluk (n= 3)	2,00 ± 1,00	3 (%100)	-	-

BPB tanılı hastaların 49'nun duygudurum düzenleyici ilaç kullandığı belirlenmiştir. DDD kullanımının cinsel işlev bozukluğuna etkisi değerlendirildiğinde 24 kişide cinsel işlev bozukluğu (GRCDÖ standart puan 5 ve üzeri) olduğu ve 25 kişide cinsel işlev bozukluğu olmadığı saptanmıştır. Fakat istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır.(p= 0,312) Hastaların 29'u lityum kullanmaktadır. Lityum kullanan hastaların 17'sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Hastaların 3'ü karbamazepin kullanmaktadır ve hepsinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Hastaların 25'i valproat kullanmaktadır ve 8'inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu olan 25 kişiden 17'si valproat kullanmamaktadır ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. (p= 0,011) Lamotrijin kullanan 2 kişiden birinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Hastalardan 10 kişi birden fazla duygudurum düzenleyici ilaç kullanmaktadır ve yarısında cinsel işlev bozukluğu vardır. Tipik antipsikotik ilaç kullanan 6 kişiden 2'sinde, atipik antipsikotik ilaç kullanan 31 kişiden 14'ünde, antidepressan kullanan 6 kişiden 2'sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Tablo18'de ayrıntılı olarak verildiği gibi; DDD ilaçlardan istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile lityum ve karbamazepin cinsel işlev bozukluğuna yol açmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olarak valproat kullanımının cinsel işlev bozukluğuna etkisi düşüktür.

Tablo 18. Bipolar Bozukluk Tanılı Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Hastalarda İlaç Tedavilerinin Değerlendirilmesi

	Cinsel işlev bozukluğu +	Cinsel işlev bozukluğu -	P
DDD kullanımı N (%)			0,312
Var	24 (%96)	25 (%100)	
Yok	1 (%4)	0 (%0)	
Lityum N (%)			0,152
Var	17 (%68)	12(%48)	
Yok	8 (%32)	13 (%52)	
Valproat N (%)			0,011
Var	8 (%32)	17 (%68)	
Yok	17 (%68)	8 (%32)	
Karbamazepin N (%)			0,074
Var	3 (%12)	0 (%0)	
Yok	22 (%88)	25 (%100)	
Lamotrijin N (%)			1,00
Var	1(%4)	1(%4)	
Yok	24 (%96)	24 (%96)	
DDD kombinasyonu N (%)			1,00
Var	5 (%20)	5 (%20)	
Yok	20 (%80)	20 (%80)	
DDD+Tipik antipsikotik N(%)			0,384
Var	2 (%8)	4 (%16)	
Yok	23 (%92)	21(%84)	
DDD+Atipik antipsikotik N(%)			0,382
Var	13 (%54)	17 (%68)	
Yok	11 (%46)	8 (%32)	
DDD+Antidepresan N(%)			0,384
Var	2 (%8)	4 (%16)	
Yok	23 (%92)	21 (%84)	

Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan BPB tanılı hastalarda ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığı zaman; istatistiksel anlamlı olarak cinsel işlev bozukluğu olmayan hastalarda toplam ölçek puanı, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, eşler arası fikir birliği alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu olmayan hastalarda duygusal ifade dışındaki çift uyumu daha iyi olarak belirlenmiştir. Puan karşılaştırmaları Tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 19. ÇUÖ Alt Ölçek Puanlarının ve Toplam Puanının, Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarında Karşılaştırılması

	CİB + n=25	CİB – n=25	P
Eşler arası tatmin (ort. ± SS)	45,08 ± 11,13	51,36 ± 8,65	0,031
Eşler arası bağlılık(ort. ± SS)	31,12 ± 8,42	36,88 ± 8,56	0,020
Eşler arası fikir birliği(ort. ±SS)	6,92 ± 3,10	9,92 ± 2,11	<0,0001
Duygusal ifade (ort. ± SS)	12,20 ± 5,83	14,68 ± 4,81	0,107
Toplam ölçek puanı (ort. ± SS)	95,32 ± 25,18	112,76 ± 18,83	0,008

Kontrol grubunda cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan katılımcıların ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ise; istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta grubunun aksine ölçek puanları benzer hesaplanmıştır. Hasta grubunda olduğu gibi cinsel işlev bozukluğu olanlarda çift uyumu daha düşük saptanmamıştır. Tablo 20’de ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Tablo 20. ÇUÖ Alt Ölçek Puanlarının ve Toplam Puanının, Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

	CİB+ n= 13	CİB – n= 37	P
Eşler arası tatmin (ort. ± SS)	46,00 ± 9,34	49,37 ± 9,78	0,284
Eşler arası bağlılık (ort. ± SS)	37,69 ± 6,25	38,56 ± 6,98	0,692
Eşler arası fikir birliği(ort. ±SS)	8,30 ± 2,09	9,43 ± 2,35	0,134
Duygusal ifade (ort. ± SS)	16,15 ± 4,72	15,59 ± 4,65	0,712
Toplam ölçek puanı (ort. ± SS)	108,15 ± 17,36	112,97 ± 19,98	0,444

Tablo 21’de kadın BPB tanılı hastalarda GRCDÖ ve ÇUÖ ilişkisine bakılmıştır. GRCDÖ toplam puanı ve ÇUÖ toplam puanı arasında negatif yönde hafif düzeyde korelasyon saptanmıştır. GRCDÖ toplam puanı ile ÇUÖ alt başlıklarından ‘eşler arası fikir birliği’ ölçeği ile negatif yönde orta düzeyde ve ‘eşler arası bağlılık’ ölçeği ile de negatif yönde hafif düzeyde korelasyon belirlenmiştir. GRCDÖ alt ölçeklerinden ‘sıklık, iletişim’ ölçekleriyle ÇUÖ ve alt ölçekleriyle ilişki saptanmamıştır. ‘doym’ ile ‘eşler arası bağlılık’ ve ÇUÖ toplam puanı arasında negatif yönde hafif düzeyde ve ‘eşler arası fikir birliği’ ile orta düzeyde negatif yönde korelasyon saptanmıştır. ‘kaçınma’ ile ‘eşler arası fikir birliği’ arasında negatif yönde hafif düzeyde ilişki belirlenmiştir. ‘dokunma’ ile ‘ eşler arası bağlılık’ ve ÇUÖ toplam puanı arasında negatif yönde hafif düzeyde ve ‘eşler arası fikir birliği’ ile negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. ‘vajinismus’ ile ‘eşler arası fikir birliği’ arasında negatif yönde

hafif düzeyde ilişki bulunmuştur. ‘orgazm bozukluğu’ alt ölçeğinin ‘duygusal ifade’ dışında ÇUÖ ile ilişkisi bulunmuştur fakat bu ilişki ‘eşler arası bağlılık’ alt ölçeğiyle negatif yönde orta düzeyde diğerleriyle ise hafif düzeyde belirlenmiştir. Tablo 21’e göre genel olarak yüksek oranda ilişki saptanmamış olsa da BPB tanılı kadın hastalarda GRCDÖ puanı artarken ÇUÖ puanları düşmektedir. En fazla ilişki ‘eşler arası fikir birliği’ alt ölçeği ile saptanmıştır.

Tablo 21. Kadın BPB Tanılı Hastalarda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu

	S	İ	Dym	K	Dkn	V	OB	TP	EAT	EAB	EA FB	Dİ	ÇUÖ TP
S	1	0,427*	-0,064	0,393*	0,357*	0,473*	0,084	0,522*	-0,008	0,037	-0,182	0,125	0,017
İ	0,427*	1	0,001	0,288	0,280	-0,059	-0,060	0,365*	-0,007	-0,046	-0,286	-0,071	-0,081
Dym	-0,064	0,001	1	0,251	0,279	-0,369*	0,551*	0,427*	-0,217	-0,367*	-0,515*	-0,244	-0,365*
K	0,393*	0,288	0,251	1	0,636*	0,201	0,335	0,813*	-0,149	-0,200	-0,439*	-0,217	-0,251
Dkn	0,357*	0,280	0,279	0,636*	1	-0,008	0,511*	0,835*	-0,276	-0,424*	-0,532*	-0,130	-0,379*
V	0,473*	-0,059	-0,369*	0,201	-0,008	1	-0,319	0,088	0,206	0,241	0,401*	0,167	0,279
OB	0,084	-0,060	0,551*	0,335	0,511*	-0,319	1	0,626	-0,358*	-0,506*	-0,463*	-0,301	-0,475*
TP	0,522*	0,365*	0,427*	0,813*	0,835*	0,088	0,626*	1	-0,267	-0,400*	-0,600*	-0,246	-0,404*
EAT	-0,008	-0,007	-0,217	-0,149	-0,276	0,206	-0,358*	-0,267	1	0,832*	0,558*	0,577*	0,945*
EAB	0,037	-0,046	-0,367*	-0,200	-0,424*	0,241	-0,506*	-0,400*	0,832*	1	0,493*	0,467*	0,906*
EAFB	-0,182	-0,286	-0,515*	-0,439*	-0,532*	0,401*	-0,463*	-0,600*	0,558*	0,493*	1	0,443*	0,699*
Dİ	0,125	-0,071	-0,244	-0,217	-0,130	0,167	-0,301	-0,246	0,577*	0,467*	0,443*	1	0,715*
ÇUÖ TP	0,017	-0,081	-0,365*	-0,251	-0,379*	0,279	-0,475*	-0,404*	0,945*	0,906*	0,669*	0,715*	1

*: $p < 0,05$

Kısaltmalar = GRCDÖ Alt ölçekler; S: sıklık, İ: iletişim, Dym: doyum, K: kaçınma, Dkn: dokunma, V: vajinismus, OB: orgazm bozukluğu, TP: toplam puan, ÇUÖ Alt ölçekler; EAT: eşler arası tatmin, EAB: eşler arası bağlılık, EAFB: eşler arası fikir birliği, Dİ: duygusal ifade, ÇUÖTP: çift uyum ölçeği toplam puan.

Kadın kontrol grubunda GRCDÖ ve ÇUÖ ilişkisine bakıldığı zaman; hasta grubundan daha az ilişki saptanmıştır. Tablo 22’de yer aldığı gibi; GRCDÖ toplam puanı ve ‘sıklık, kaçınma’ alt ölçekleriyle ‘eşler arası bağlılık’ alt ölçeği arasında negatif yönde hafif düzeyde korelasyon saptanmıştır. ‘iletişim, doyum, dokunma, orgazm bozukluğu’ alt ölçekleriyle ÇUÖ arasında ilişki belirlenmemiştir. En fazla ilişki ‘vajinismus’ alt ölçeğiyle saptanmıştır. ‘eşler arası bağlılık’ alt ölçeğiyle negatif yönde orta düzeyde, ‘eşler arası fikir birliği’ alt ölçeği ve ÇUÖ toplam puanı ile negatif yönde hafif düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Tablo 22. Kadın Kontrol Grubunda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu

	S	İ	Dym	K	Dkn	V	OB	TP	EAT	EAB	EAFB	Dİ	ÇUÖ TP
S	1	0,297	0,072	0,220	0,130	0,407*	0,306	0,516*	-0,324	-0,460*	-0,301	0,081	-0,330
İ	0,297	1	0,242	0,224	0,379	0,396*	0,010	0,512*	-0,130	-0,264	-0,240	0,008	-0,178
Dym	0,072	0,242	1	0,398*	0,482*	0,208	0,183	0,488*	-0,277	-0,186	-0,195	-0,163	-0,252
K	0,220	0,224	0,398*	1	0,319	0,181	0,298	0,625*	-0,194	-0,479*	-0,230	0,202	-0,242
Dkn	0,130	0,379	0,482*	0,319	1	0,301	0,259	0,662*	0,129	0,114	0,050	0,257	0,160
V	0,407*	0,396*	0,208	0,181	0,301	1	0,284	0,640*	-0,364	-0,528*	-0,483*	-0,095	-0,428*
OB	0,306	0,010	0,183	0,298	0,259	0,284	1	0,554*	-0,155	-0,182	-0,332	0,094	-0,153
TP	0,616*	0,512*	0,488*	0,625*	0,662*	0,640*	0,554*	1	-0,214	-0,415*	-0,374	0,223	-0,241
EAT	-0,324	-0,130	-0,277	-0,194	0,129	-0,364	-0,155	-0,214	1	0,774*	0,737*	0,633*	0,957*
EAB	-0,460*	-0,264	-0,186	-0,479*	0,114	-0,528*	-0,182	-0,415	0,774*	1	0,756*	0,408*	0,882
EAFB	-0,301	-0,240	-0,195	-0,230	0,050	-0,483*	-0,332	-0,374	0,737*	0,756*	1	0,560*	0,837*
Dİ	0,081	0,008	-0,163	0,202	0,257	-0,095	0,094	0,223	0,633*	0,408*	0,560*	1	0,710*
ÇUÖ TP	-0,330	-0,178	-0,252	-0,242	0,160	-0,428*	-0,153	-0,241	0,957*	0,882*	0,837*	0,710*	1

*: $p < 0,05$

Kısaltmalar = GRCDÖ Alt ölçekler; S: sıklık, İ: iletişim, Dym: doyum, K: kaçınma, Dkn: dokunma, V: vajinismus, OB: orgazm bozukluğu, TP: toplam puan, ÇUÖ Alt ölçekler; EAT: eşler arası tatmin, EAB: eşler arası bağlılık, EAFB: eşler arası fikir birliği, Dİ: duygusal ifade, ÇUÖTP: çift uyum ölçeği toplam puan.

Tablo 23'te ise erkek BPB hastalarında GRCDÖ ve ÇUÖ ilişkisine bakılmıştır. GRCDÖ toplam puanı; ÇUÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. 'eşler arası tatmin, eşler arası fikir birliği ve duygusal ifade' alt ölçekleriyle negatif yönde orta düzeyde ve 'eşler arası bağlılık' alt ölçeği ile ÇUÖ toplam puanıyla negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. 'sıklık ve empotans' alt ölçekleri ve ÇUÖ arasında ilişki bulunmamıştır. 'iletişim' alt ölçeği ile ÇUÖ toplam puanı arasında negatif hafif düzeyde korelasyon belirlenmiştir. 'doyum' alt ölçeği ile 'eşler arası tatmin, eşler arası fikir birliği' alt ölçekleri ve ÇUÖ toplam puanı arasında negatif orta düzeyde ve 'eşler arası bağlılık' alt ölçeğiyle ise negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. 'kaçınma' alt ölçeği ile ÇUÖ arasında 'duygusal ifade' alt ölçeği hariç hepsiyle negatif yönde orta düzeyde ilişki belirlenmiştir. 'dokunma' alt ölçeği ile ÇUÖ toplam puanı, 'eşler arası tatmin ve eşler arası bağlılık' alt ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. 'erken boşalma' alt ölçeği ile ÇUÖ toplam puanı arasında negatif yönde hafif düzeyde, 'eşler arası bağlılık' alt ölçeğiyle ise negatif orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Erkek hastalardaki GRCDÖ ile ÇUÖ arasındaki ilişki kadın hastalarda belirlenen ilişkiden daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 23. Erkek BPB Tanılı Hastalarda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu

	S	İ	Dym	K	Dkn	E	EB	TP	EAT	EAB	EAFB	Dİ	ÇUÖ TP
S	1	0,229	0,487*	0,111	0,164	-0,251	0,314	0,391	-0,037	-0,163	-0,212	-0,441	-0,191
İ	0,229	1	0,348	0,430	0,719*	-0,058	0,079	0,543*	-0,467	-0,379	-0,337	-0,442	-0,493*
Dym	0,487*	0,348	1	0,606*	0,571*	0,165	0,580*	0,849*	-0,567*	-0,788*	-0,602*	-0,418	-0,703*
K	0,111	0,430	0,606*	1	0,606*	0,602*	0,343	0,799*	-0,530*	-0,696*	-0,565*	-0,319	-0,627*
Dkn	0,164	0,719*	0,571*	0,606*	1	0,139	0,122	0,752*	-0,519*	-0,540*	-0,385	-0,449	-0,581*
E	-0,251	-0,058	0,165	0,602*	0,139	1	0,026	0,381	-0,387	-0,322	-0,257	0,029	-0,323
EB	0,314	0,079	0,580*	0,343	0,122	0,026	1	0,617*	-0,329	-0,536*	-0,408	-0,436	-0,483*
TP	0,391	0,543*	0,849*	0,799*	0,752*	0,381	0,617*	1	-0,646*	-0,761*	-0,574*	-	-0,766*
EAT	-0,037	-0,467	-0,567*	-0,530*	-0,519*	-0,387	-0,329	-0,646*	1	0,795*	0,626*	0,496*	0,943*
EAB	-0,163	-0,379	-0,788*	-0,696*	-0,540*	-0,322	-0,536*	-0,761*	0,795*	1	0,817*	0,461	0,920*
EAFB	-0,212	-0,337	-0,602*	-0,565*	-0,385	-0,257	-0,408	-0,574*	0,626*	0,817*	1	0,212	0,735*
Dİ	-0,441	-0,442	-0,418	-0,319	-0,449	0,029	-0,436	-0,578*	0,496*	0,461	0,212	1	0,647*
ÇUÖ TP	-0,191	-	-0,703*	-0,627*	-0,581*	-0,323	-0,483*	-0,766*	0,943*	0,920*	0,735*	0,647*	1

*: p<0,05

Kısaltmalar = GRCDÖ Alt ölçekler; S: sıklık, İ: iletişim, Dym: doyum, K: kaçınma, Dkn: dokunma, TP: toplam puan, E: empotans, EB: erken boşalma, ÇUÖ Alt ölçekler; EAT: eşler arası tatmin, EAB: eşler arası bağıllık, EAFB: eşler arası fikir birliği, Dİ: duygusal ifade, ÇUÖTP: çift uyum ölçeği toplam puan.

Erkek kontrol grubunda GRCDÖ ve ÇUÖ ilişkisinin gösterildiği Tablo 24'e göre; 'dokunma, empotans ve erken boşalma' alt ölçekleriyle ÇUÖ arasında ilişki belirlenmemiştir. GRCDÖ toplam puanı ile ÇUÖ toplam puanı ve 'eşler arası tatmin ve eşler arası fikir birliği' alt ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. 'sıklık' alt ölçeği ile ÇUÖ toplam puanı arasında negatif yönde hafif düzeyde ve 'eşler arası fikir birliği' ile ise negatif orta düzeyde ilişki bulunmuştur. 'iletişim' alt ölçeğiyle ÇUÖ toplam puanı arasında negatif yönde hafif düzeyde korelasyon belirlenmiştir. 'doyum' alt ölçeğiyle ÇUÖ 'duygusal ifade' alt ölçeği hariç hepsiyle ilişki belirlenmiştir ve bu ilişki 'eşler arası tatmin, eşler arası bağıllık ve eşler arası fikir birliği' alt ölçekleriyle negatif yönde hafif düzeyde ve ÇUÖ toplam puanıyla negatif orta düzeydedir. 'kaçınma' alt ölçeğiyle ÇUÖ toplam puanı, 'eşler arası tatmin, eşler arası fikir birliği' alt ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Saptanan ilişki erkek hasta grubundan daha düşük düzeydedir.

Tablo 24. Erkek Kontrol Grubunda GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Tablosu

	S	İ	Dym	K	Dkn	E	EB	TP	EAT	EAB	EAFB	Dİ	ÇUÖ TP
S	1	0,323	0,530*	0,421*	0,081	0,196	0,005	0,612*	-0,401	-0,363	-0,517*	-0,169	-0,474*
İ	0,323	1	0,189	0,368	0,338	0,349	0,244	0,691*	-0,409	-0,246	-0,283	-0,277	-0,434*
Dym	0,530*	0,189	1	0,466*	0,064	-0,067	-0,180	0,574*	-0,437*	-0,450*	-0,462*	-0,266	-0,546*
K	0,421*	0,368	0,466*	1	0,373	0,330	-0,380	0,695*	-0,625*	-0,269	-0,632*	-0,049	-0,544*
Dkn	0,081	0,338	0,064	0,373	1	0,342	0,126	0,520*	-0,383	-0,057	-0,164	-0,166	-0,302
E	0,196	0,349	-0,067	0,330	0,342	1	0,061	0,382	-0,371	-0,224	-0,396	0,089	-0,314
EB	0,005	0,244	-0,180	-0,380	0,126	0,061	1	0,198	0,136	0,284	0,283	-0,187	0,162
TP	0,612*	0,691*	0,574*	0,695*	0,520*	0,382	0,198	1	-0,592*	-0,288	-0,535*	-0,395	-0,620*
EAT	-0,401	-0,409	-0,437*	-0,625*	-0,383	-0,371	0,136	-0,592*	1	0,597*	0,828*	-0,042	0,868*
EAB	-0,363	-0,246	-0,450*	-0,269	-0,057	-0,224	0,284	-0,288	0,597*	1	0,591*	0,237	0,841*
EAFB	-0,517*	-0,283	-0,462*	-0,632*	-0,164	-0,396	0,283	-0,535*	0,828*	0,591*	1	0,016	0,813*
Dİ	-0,169	-0,277	-0,266	-0,049	-0,166	0,089	-0,187	-0,395	-0,042	0,237	0,016	1	0,359
ÇUÖ TP	-0,474*	-0,434*	-0,546*	-0,544*	-0,302	-0,314	0,162	-0,620*	0,868*	0,841*	0,813*	0,359	1

***:p<0,05**

Kısaltmalar = GRCDÖ Alt ölçekler; S: sıklık, İ: iletişim, Dym: doyum, K: kaçınma, Dkn: dokunma, TP: toplam puan, E: empotans, EB: erken boşalma, ÇUÖ Alt ölçekler; EAT: eşler arası tatmin, EAB: eşler arası bağlılık, EAFB: eşler arası fikir birliği, Dİ: duygusal ifade, ÇUÖTP: çift uyum ölçeği toplam puan.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın en önemli özelliği; BPB tanılı hastaların sağlıklı kişilerle karşılaştırılması, çift uyumunun ele alınması ve cinsel işlevlerin çift uyumuna olan etkisinin de değerlendirilmesidir. Çalışmamızda cinsel işlevler ve çift uyumunun değerlendirilmesi için hem klinik görüşme yapılmış hem de öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır.

Bu çalışmada yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyet olarak birbirine yakın özellikler gösteren BPB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun cinsel işlevlerinin karşılaştırılması sonucunda BPB tanılı hastalarda CİB daha yüksek oranda saptanmıştır. Hasta grubunun yarısında CİB varlığı saptanmıştır. BPB tanılı hastalarda CİB açısından cinsiyetler arasında belirgin fark belirlenmemiştir. Fakat hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında erkek BPB tanılı hastalarda CİB daha sık bulunmuştur.

1987 yılında Kristensen ve Jorgensen tarafından yapılan BPB tanılı hastalarda cinsel fonksiyonların değerlendirildiği çalışmada BPB tanılı hastalar kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. BPB tanılı kadın hastaların yaklaşık % 25'inde ve erkek hastaların üçte birinde CİB saptandığı belirtilmiştir. BPB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre şimdiki cinsel yaşamlarındaki memnuniyetsizlik düzeyi daha yüksek saptanmıştır⁶⁹. Çalışmamızda BPB tanılı hastalardaki cinsel işlev bozukluğu oranı bu çalışmaya göre daha yüksek belirlenmiştir. Bu durum çalışmadaki örneklem grubunun bizim çalışmamıza kıyasla küçük olması ve sadece lityum kullanan hastaların değerlendirilmeye alınmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması sonucunda hasta grubu cinsel işlev sorunu olduğunu daha fazla düşünmektedir. 1996 yılında Aizenberg ve ark. tarafından lityum monoterapisi alan remisyonda BPB ve şizoaffektif bozukluk tanılı erkek hastalarda yapılan çalışmada; hastaların % 31,4'ünde CİB varlığı saptanmıştır⁴⁴. Çalışmamızda erkek hastalarda bu oran yaklaşık % 61 olarak hesaplanmıştır. Farklı olarak çalışmamızda sadece BPB tanılı hastalar yer almaktadır ve lityum dışında ilaç tedavileri de bulunmaktadır.

2013 yılında Mahmoud ve ark. tarafından yapılan, BPB ve şizofreni tanılı hastalarda cinsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmada BPB tanılı hastaların %54,8'inde CİB saptanmıştır. BPB tanılı hastaların % 51,6'sı cinsel hayatından memnun olmadığını

belirtmiştir⁷⁰. Cinsel işlev bozukluğu çalışmamızda BPB tanılı hastaların % 50'sinde saptanmıştır ve bu çalışma ile benzer bulunmuştur. Fakat bu çalışmada araştırmacılar cinsel işlevleri kendi oluşturdukları anket ile değerlendirmiştir fakat çalışmamızda GRCDÖ kullanılmıştır. Cinsel işlev sorunu olduğunu düşünme çalışmamızda BPB tanılı hastaların % 30'unda saptanmıştır ve benzer şekilde kendimizin oluşturduğu kısa bilgi edinme anketi kullanılmıştır.

Çalışmamızda BPB tanılı kadın ve erkek hastalarda cinsel işlevler GRCDÖ ile kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. GRCDÖ'den alınan ham puanlar standart puanlara dönüştürüldükten sonra ortalama puan karşılaştırılması yapılmıştır. Kadın BPB hastaları ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; GRCDÖ toplam ortalama puanı hasta grubunda daha yüksek saptanmıştır. Doyum ve orgazm bozukluğu BPB kadın hastalarda daha fazla belirlenmiştir. Erkek BPB hastaları ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında; benzer şekilde GRCDÖ ortalama toplam puanı hasta grubunda daha yüksektir. Cinsel işlev sıklığı, empotans ve erken boşalma sorunları erkek hastalarda daha fazla bulunmuştur. Ülkemizde Hariri ve ark.'nın yaptığı 84 şizofreni, 90 BPB, 88 eroin bağımlılığı tanısı olan hastalar ve 98 sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada da cinsel işlevler GRCDÖ ile belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak BPB tanılı kadın hastalarda kontrol grubuna göre vajinismus alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır ve diğer alanlarda belirgin farklılık gösterilmemiştir. BPB tanılı erkek hastalarda kontrol grubuna göre sıklık, dokunma, kaçınma, doyum, erken boşalma ve GRCDÖ toplam ortalama puanı daha yüksektir³. Bu çalışmanın örneklem grubu bizim çalışmamıza göre daha büyüktür.

BPB tanılı hastalarda cinsel işlevlerle ilgili günümüze kadar yapılan çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesinin sebebi örneklem gruplarının farklı olması (cinsiyet, yaş dağılımı, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, kullanılan ilaç tedavileri, komorbid hastalıklar vb) ve cinsel işlevleri değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin değişkenlik göstermesi ile ilgili olabilir. Yine ülkemizde 2010 yılında yapılan BPB tanılı 148 hastada metabolik sendrom ve cinsel işlevlerin ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada hastaların yaklaşık yarısında CİB belirlendiği belirtilmiştir⁷¹. Bu çalışmada cinsel işlevler bizim çalışmamızdan farklı olarak Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile değerlendirilmiş olmasına rağmen CİB oranı benzer saptanmıştır.

Nagaraj ve ark.'nın yapmış olduğu BPB tanılı erkek hastalarda cinsel işlev bozukluklarının araştırıldığı çalışma sonucuna göre; hastaların yaşadıkları en sık cinsel işlev sorunu erektile disfonksiyon ve ikinci sırada ise libido azalması olarak belirlenmiştir⁵³. Bu çalışmada cinsel işlevler UKU ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda GRCDÖ ile erkek BPB tanılı hastalarda en sık problem yaşanan alanlar; ilk sırada cinsel işlev sıklığı ikinci olarak da erken boşalmadır.

Çalışmamızda hastalara UKU yan etki ölçeği de uygulanmıştır. Erkek hastalarda UKU ölçeğine göre en sık görülen cinsel yan etki orgazm güçlüğü ve ikinci sırada ereksiyon bozukluğudur. Bunları cinsel istekte azalma ve prematür ejakülasyon izlemektedir. Kadın hastalarda ise en sık görülen yan etki orgazm güçlüğü olarak belirlenmiştir. Tüm hasta grubu birlikte ele alındığı zaman UKU yan etki ölçeği cinsel işlevler bölümünden alınan en yüksek puan orgazm güçlüğü ve ereksiyon bozukluğudur.

Hariri ve ark.'nın şizofreni, BPB ve eroin bağımlılığı tanısı olan hastalarda CİB sıklığını değerlendirdiği araştırmasında, BPB olan kadınlarda en fazla vajinismus alanında, erkeklerde ise prematür ejakülasyon alanında sorun yaşandığı saptanmıştır³. Aynı ölçeğin kullanıldığı bizim çalışmamızda ise; erkeklerde en sık cinsel işlev sıklığı, kadınlarda iletişim alanlarında sorun olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda BPB tanılı hastalar ve kontrol grubu cinsel işlevler açısından GRCDÖ ile karşılaştırıldığı zaman hasta grubunda CİB (GRCDÖ 5 puan üzeri) daha yüksek oranda saptanmıştır. Tarafımızca oluşturulan kısa cinsel bilgi edinme formuna göre; cinsel konularda bilgilenme yaşı, ilk özdoyum yaşı, evlilik öncesi ve sonrasında özdoyum sıklığı, ilk cinsel birliktelik yaşı, kabaca cinsel birliktelik sıklığı kontrol ve hasta grubunda belirgin farklılık göstermemektedir. İki grup arasında 'cinsel işlev sorunu olduğunu düşünme' parametresi arasında anlamlı fark saptanmıştır. BPB tanılı hastalar CİB sorunu olduğunu daha fazla düşünmektedir. GRCDÖ 5 ve üzerinde olan CİB olduğu saptanan 25 BPB tanılı hastadan 10'u (%40) cinsel işlev sorunu olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Cinsel işlev sorunu olduğunu düşünmeyen 35 BPB tanılı hastanın 15'inde cinsel sorun saptanmıştır. Bu durum hastaların farkındalık düzeyini yansıtmaktadır. Hastaların yarısından fazlasının CİB hakkında içgörüsünün olmaması; BPB'nin kronik bir hastalık olması, ataklarla seyretmesi, çoklu ilaç kullanımının olması, hastane yatışlarının gerekmesi gibi nedenlerle cinsel sorunların atlanması, hastalığa

bağlı normal olarak kabullenilmesi gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda ise farkındalık düzeyi oldukça düşük hesaplanmıştır. CİB saptanan 13 sağlıklı gönüllünün 1'i cinsel sorunu olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Toplumumuzda cinsellik hakkında rahat konuşulamaması, bu konuda eğitimin yetersiz olması ve utanç gibi kavramlar nedeniyle katılımcıların yeterli bilgi verememesi bu durumda etkili olmuş olabilir.

Hariri ve ark.'nın yaptığı çalışmada; eroin bağımlılığı tanılı hastalar cinsel sorunlarından daha fazla yakınmaktadır şeklinde belirlenmiş ve şizofreni ile BPB tanılı hastaların cinsel yaşamları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı belirtilmiştir³. Benzer yöntemle yapılan çalışmamızda da hastaların yarısı cinsel problemlerinin farkında değildir.

Çalışmamızda cinsel işlevler hakkında kısa bilgi edinme formu ile; hasta ve kontrol grubu ilk özdoyumurum yaşı açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunun yaş ortalaması çok az farkla düşük olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Evlilik öncesinde hasta grubunun % 54'ü ve kontrol grubunun % 46'sı hiç özdoyumurum yapmadığını belirtmiştir. Evlilik sonrasında özdoyumurum yapmama oranı hasta grubunun yaklaşık % 85'i ve kontrol grubunun yaklaşık % 71'inde belirlenmiştir. Özdoyumurum sıklığı açısından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da kadın cinsiyette daha düşük saptanmıştır. Bu durum özdoyumurum hakkındaki yanlış inanışlardan kaynaklanmış olabilir. Bu konu hakkında birçok cinsel mit bulunmaktadır. Toplumumuzda özdoyumurum ‘ günah, sağlıksız, zararlı, ayıp’ olarak bilinmektedir. Cinselliğin bir parçası olarak kabul görmediğinden bizim çalışmamızda olduğu gibi evlilik sonrası sıklığı azalmaktadır. Ayrıca çalışmamızda bu sorular uygulayıcı tarafından sorulduğu için katılımcılar tarafından yanlış bilgi verme durumu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Ülkemizde yapılan genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve etkileyen sosyokültürel etkenleri değerlendiren çalışmada; kadın hastaların % 44,8'i özdoyumurumu ‘olağan- normal’ olarak değerlendirirken % 25,9'u ‘günah- ayıp’ olarak nitelendirmiştir. Bu çalışmada özdoyumurum hakkındaki görüşler ile CİB arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır⁷².

BPB tanılı hastalarda manik atak sırasında görülen davranış değişikliklerinden biri zevk verici aktivitelerde bulunmaktır. Bunlardan biri uygunsuz cinsel davranışlardır

ve kötü sonuçlara neden olabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve plansız gebelikler için risk oluşturmaktadır. Cinsel sağlık ve bipolar bozukluk için oldukça yetersiz veri bulunmaktadır⁴². Bu nedenle çalışmamızda geçirilen cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü sorgulanmıştır fakat katılımcılarda enfeksiyon öyküsü saptanmamıştır. Doğum kontrol yöntemi kullanımı açısından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması sonucunda; kontrol grubunda kullanım daha fazla olmasına rağmen aralarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda çocuk sahibi olmanın cinsel işlevlere etkisi olup olmadığını değerlendirmek için katılımcılara çocuk olduktan sonra cinsel yaşamlarında değişiklik olup olmadığı sorulmuştur. BPB tanılı hastaların yaklaşık % 63'ü çocukları olduktan sonra cinsel yaşamlarında değişiklik olmadığını belirtmiştir. Bunun aksine kontrol grubunun % 61'i cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu durum; kontrol grubunda daha çok çalışan insanların yer alması nedeniyle hem çalışma durumu, hem çocuk bakma gibi nedenlerle cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmiş olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan 50 hastanın % 10'u BPB tip-2 ve % 90'ı BPB tip-1 tanısına sahiptir. BPB tiplerinin cinsel işlevler açısından karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastalık süresinin uzun olması yeti yitimini artırmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu saptanan hastalarda hastalık süresinin cinsel işlev bozukluğu olmayan hastalara göre daha uzun olduğu belirlense de istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda değerlendirilen BPB tanılı hastalarda geçirilen manik atak sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum hasta ve yakınları tarafından manik atakların daha iyi hatırlanmasıyla ve bu ataklarda daha fazla tedavi arayışının olmasıyla açıklanabilir. Geçirilen atak tipinin cinsel işlevlere etkisini araştırmak için manik-depresif- hipomanik atakların karşılaştırılmasında atak tipi ile CİB arasında ilişki belirlenmemiştir. Ayrıca CİB saptanmayan grupta geçirilen ortalama atak sayısı CİB saptanan grupla benzer bulunmuştur. Çalışmamızın aksine; Aizenberg ve ark.'nın BPB tanılı hastalarda yaptığı çalışmada depresif atakların manik ataklardan sık ve uzun olmasıyla CİB arasında ilişki olduğu belirlenmiştir⁴⁴. Bu farklılık bizim hasta grubunda manik ucun baskın olması ve manik ataklarda cinsel isteğin ve aktivitelerin artmasıyla açıklanabilir.

BPB hastalarının hastalık öyküsü dikkate alınarak yapılan karşılaştırmada; toplam hastaneye yatış sayısı, tüm yatışlarda EKT uygulaması sıklığı, hastalığın uzunlamasına gidiş özellikleri, mevsimsellik göstermesi ve yaşam boyu özkıyım girişimi varlığı ile cinsel işlevler arasında ilişki saptanmamıştır. Ataklarında psikotik belirtiler bulunan hastalarda daha fazla CİB saptanmıştır. Ataklarda psikotik belirtilerin bulunması; hastalığın daha şiddetli seyretmesine ve hastane yatışlarına neden olabilmektedir. Ayrıca psikotik belirtilerin bulunmasıyla antipsikotik ilaçların kullanımı gerektiği için bu hastalarda daha fazla cinsel sorun yaşanabilmektedir.

BPB’de kullanılan ilaç tedavilerinin cinsel işlevlere olan etkisi ile ilgili çok fazla veri bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar daha çok depresif bozukluk üzerine odaklanmıştır. Antipsikotik ilaçlar için şizofreni hastaları ve DDD’ler için de epilepsi hastaları genellikle değerlendirilmiştir.

Nagaraj ve ark.’ın erkek BPB I tanılı remisyonundaki hastalarda, tipik ve atipik antipsikotiklere bağlı CİB yan etkilerini karşılaştırdığı araştırmasında, ED sıklığı tipik antipsikotik kullanan hastalarda, atipik antipsikotik kullanan hastalara göre daha yüksek bulunurken, diğer alanlarda tipik ve atipik antipsikotik kullanan hastalar arasında anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir⁵³. Şizofreni hastalarında antipsikotikler ile yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalarda atipik ve tipik antipsikotiklerin cinsel işlevler üzerine benzer etkileri olduğu bildirilirken bazı çalışmalarda da atipik antipsikotikler daha güvenilir bulunmuştur^{73,74}. Bizim çalışmamızda sadece antipsikotik ilaç kullanan bir hasta bulunmaktadır. Antipsikotik kullanan diğer tüm hastalar aynı zamanda DDD ilaç da kullanmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda tek başına antipsikotik ilaçların cinsel işlevlere etkisi değerlendirilememiştir. Ancak DDD ile antipsikotik birlikte kullanan ve antipsikotik kullanmayan hastalar değerlendirildiğinde hem tipik hem de atipik antipsikotik kullanan hastalarda CİB açısından belirgin fark saptanmamıştır. Tipik antipsikotik ve DDD kullanan 6 hastadan 2’sinde, atipik antipsikotik ve DDD kullanan 30 hastanın 13’ünde CİB varlığı saptanmıştır.

Çalışmamıza alınan 50 hastadan biri sadece atipik antipsikotik ilaç tedavisi ile takip edilmektedir. Diğer 49 hasta çeşitli DDD ilaç (lityum, valproat, karbamazepin ve lamotrijin) kullanmaktadır. DDD kullanan 49 hastadan 24’ünde CİB varlığı belirlenmiştir.

Lityum kullanımının cinsel işlevlere olan etkisi ile ilgili literatürde farklı veriler bulunmaktadır. Aizenberg ve ark.'nın yaptığı bir araştırmada, BPB ve şizoaffektif bozukluk tanısıyla takip edilen, remisyonda ve lityum monoterapisi alan 35 erkek hasta cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirilmiş ve katılımcıların % 23'ünde cinsel düşüncelerde azalma, %20'sinde cinsel ilişki sırasında ereksiyon kaybı saptanmıştır. Var olan cinsel sorunların belirgin sıkıntı oluşturmadığı ve tedavi uyumsuzluğuna yol açacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir^{43,44}. Lorimy ve ark.'ın yapmış olduğu araştırmada BPB tanısı olan hastalarda, uzun süreli lityum kullanımı ile katılımcıların yarısında cinsel istekte azalma olduğu bildirilmiştir⁷⁵. Çalışmamızda en sık kullanılan DDD ilaç lityum olarak belirlenmiştir. Lityum kullanan 29 hastadan 17'sinde CİB varlığı saptanmıştır. Ancak lityum kullanan ve kullanmayan hastalar arasında cinsel işlevler açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Valproik asit kullanımının hormon profiline etkisi ve cinsel yan etkileri konusunda, daha çok epilepsi hastalarında yapılan araştırmalar bulunmaktadır. Valproik asit kullanan hastalarda belirgin cinsel işlev bozukluğu olmadığı bildirilmektedir¹⁴. Fakat epilepsi hastalığı nedeniyle valproat kullanan genç kızlarda hiperandrojenizm gibi endokrinolojik yan etkiler çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca valproik asitin kadın hastalarda polikistik over sendromuna yol açabildiği bilinmektedir^{43,47}. Epilepsi tanılı erkek hastalarda ve hayvan çalışmalarında; üreme hormonlarını ve sperm parametrelerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir⁷⁶. Valproik asitin BPB ve epilepsi tanılı hastalarda, üreme işlevleri ve cinsel yan etkileri açısından Uluslararası Eretil Disfonksiyon Değerlendirme Formu ile değerlendirildiği araştırmada; orgazmik işlev ve genel memnuniyet puanları BPB tanısıyla valproat kullanan hastalarda daha yüksek saptanmıştır. Epilepsi tanılı grupta daha fazla cinsel sorun yaşandığı saptanmıştır⁷⁷. Çalışmamızda valproat kullanımı tespit edilen 25 hastanın sadece 8'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Valproat kullanan ve kullanmayan hastalar CİB varlığı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kullanılan ilaç tedavileri içerisinde istatistiksel anlamlı veri saptanan grup sadece valproat olarak bulunmuştur. Çalışmamızda valproat kullanımı cinsel işlevler açısından, genel literatür verilerine benzer olarak güvenilir bulunmuştur.

Lamotrijin tedavisinin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi çok nadir görülmektedir. Lamotrijinin enzim indüksiyonu yapmaması nedeniyle; enzim

indüksiyonu yapan bir antiepileptik ajandan lamotrijine geçiş yapıldığında epilepsi hastalarının cinsel fonksiyonlarında düzelme olduğu saptanmıştır^{43,50}. Ancak BPB tanıli hastalarda lamotrijin kullanımının cinsel işlevlere olan etkisiyle ilgili veri bulunmamaktadır. Çalışmamıza alınan hastaların sadece 2'sinde lamotrijin kullanımı bulunmaktadır ve bunlardan birinde CİB saptanmıştır. Yeterli sayıda lamotrijin kullanan hasta saptanmadığı için çalışmamızda lamotrijinin cinsel işlevlere olan etkisiyle ilgili yorum yapılmamıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların sadece 3'ünde karbamazepin kullanımı vardır ve bu hastaların hepsinde CİB saptanmıştır. Karbamazepin kullanan ve kullanmayan hastalar CİB açısından karşılaştırıldığında belirgin istatistiksel fark saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda genellikle karbamazepin kullanımına bağlı cinsel sorunların yaygın olmadığı belirtilmektedir. Hasta grubunun küçük olması nedeniyle çalışmamızda bununla ilgili yorum yapılması mümkün olmamıştır.

Literatürde depresif bozuklukta antidepresan ilaç kullanımına bağlı cinsel işlevlerin etkilenmesiyle ilgili veri daha çok bulunmaktadır. Fakat bizim hasta grubunda antidepresan ilaç kullanımı düşük oranda saptanmıştır. Bu durum BPB tanıli hastalarda antidepresan kullanımı konusunda dikkatli olunması gerekliliğinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hastalar ötimik dönemde seçtikleri için de antidepresan tedavileri kesilmiş olabilir. Çalışmamızda antidepresan ilaç kullanan 6 hastadan sadece ikisinde CİB varlığı saptanmıştır.

Çalışmamızda cinsel işlevler dışında hastaların partnerleriyle olan uyumları da değerlendirilmiştir. Çift uyumunu değerlendirmek için hasta ve kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Hasta grubundan 8 kişi bekar/dul ve kontrol grubundan ise 3 kişi bekar ya da duludur. Geriye kalan katılımcıların hepsi evlidir. Evli olan katılımcıların, hasta ve kontrol grubunda evlilik süresi, evlendikleri yaş ve partnerlerinin evlendikleri yaşları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. BPB tanıli hastaların yaklaşık % 56'sı görücü usulüyle kontrol grubunun ise yaklaşık % 60'ı anlaşılarak evlenmiştir. Her iki grupta katılımcıların büyük çoğunluğu çocuk sahibidir. Kontrol grubunda geniş ailede yaşama oranı fazla olmasına rağmen aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır. Hasta ve kontrol grubu çift ve aile özellikleri olarak benzer özelliklere sahiptir. Aralarındaki uyum ise ÇUÖ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Şizofreni ve affektif bozukluk tanılı hastaların eşlerinin incelendiği bir araştırmada, şizofreni hastalarının eşlerinde %39, affektif bozukluğu olan hastaların eşlerinde %17 oranında psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir⁷⁸. Çalışmamızda katılımcıların eşlerinde psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor olma durumu sorgulanmıştır. BPB tanılı hastaların eşlerinde psikiyatrik hastalık oranı daha fazla bulunmuştur. BPB tanılı hastaların % 24'nün, kontrol grubunun ise % 8'nin eşlerinde ruhsal bozukluk bulunmaktadır. Bu oranlar tedavi gören kişileri kapsamaktadır ancak subklinik psikiyatrik sendromlar, hastalığı olup tedavi almayan eşler atlanmış olabilir.

Çalışmamızda uyumu değerlendirmek için kullanılan ÇUÖ toplam puanı ve alt ölçeklerin (eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, eşler arası fikir birliği ve duygusal ifade) puanları kontrol ve hasta grubunda karşılaştırıldığı zaman; ÇUÖ toplam puanı kontrol grubunda daha yüksek olarak belirlenmesine rağmen istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Yani kabaca çift uyumu iki grup arasında benzer saptanmıştır. Alt ölçekler dikkate alındığı zaman ' eşler arası bağlılık ve duygusal ifade' alanlarında kontrol grubunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha uyumlu olduğu belirlenmiştir.

BPB tanılı hastalarda aile işlevlerini değerlendiren yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Frank ve ark.'nın, remisyonda BPB tanılı 16 hasta ve eşlerinde evlilik uyumunu kontrol grubu ile karşılaştırdığı çalışmasında; her iki grubun evlilik uyumunun benzer olduğu belirlenmiştir⁷⁹.

Ülkemizde yapılan, BPB tanılı hastaların eşleri ve sağlıklı kontrol grubunun eşlerinin 'Aile Değerlendirme Ölçeği' ile karşılaştırıldığı çalışmada; aile yapısı ve işleyişinin sağlıklı olduğunu düşünme oranı BPB tanılı hastaların eşlerinde % 33,3 ve ruhsal hastalığı olmayan grubun eşlerinde ise % 51,9'dur. Aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçekleri (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler) değerlendirildiğinde iki grup arasında ' duygusal tepki verebilme' dışında tüm alanlarda anlamlı fark olduğu saptanmıştır⁶¹. Çalışmamızda kullanılan ÇUÖ ile aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçekleri birbirinden oldukça farklıdır. Benzer özellik gösteren ' duygusal tepki verebilme- duygusal ifade' alt ölçekleridir. Fakat çalışmamızda 'duygusal ifade' alanında hasta ve kontrol grubu arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ölçeklerin içerdikleri soruların farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Cinsel işlevleri etkileyen önemli parametrelerden biri çiftlerin birbirleriyle olan uyumudur. Çift uyumunun bozuk olmasıyla cinsel işlevlerin olumsuz etkileneceği düşünülmektedir ya da tam tersi olarak cinsel işlevlerin etkilenmesiyle çift uyumu da olumsuz etkilenebilmektedir. Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar çift uyumu açısından birbiriyle karşılaştırılmıştır. BPB tanılı hastalarda, CİB olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığı zaman ‘ duygusal ifade’ hariç diğer tüm alt ölçek puanları (EAB, EAFB, EAT) ve ÇUÖ toplam puanı cinsel işlev bozukluğu olmayan grupta daha yüksek saptanmıştır. Bu durum; BPB tanılı hastalarda CİB varlığının çift uyumunu etkilediğini destekler niteliktedir. Kontrol grubunda; CİB olan ve olmayan katılımcıların ÇUÖ ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Rust ve ark.’ın, evlilikte mutsuzluk ve CİB arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmada, erkeklerde evlilikte mutluluk ve cinsellik arasındaki ilişki, kadınlara oranla daha güçlü bulunmuştur. Özellikle, erkeklerdeki PE ve ED’nin, evlilikte mutsuzluk açısından kadınlardaki orgazm bozukluğu ve vajinismustan daha etkili olduğu ileri sürülmüştür⁸⁰.

Çalışmamızda, kadın BPB tanılı hastalarda CİB ve çift uyumu ilişkisinin değerlendirilmesi sonucunda; cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumu arasında hafif düzeyde ilişki saptanmıştır. ‘doyum, dokunma’ alanlarında sorun yaşanmasıyla ve orgazm bozukluğu varlığıyla çift uyumunun düşmesi arasında hafif düzeyde ilişki vardır. Erkek BPB tanılı hastalarda CİB ile çift uyumu arasındaki ilişki daha yüksek orandadır. Rust ve ark.’ın yaptığı çalışmaya benzer şekilde cinsellik ve çift uyumunun etkilenmesi erkek cinsiyette daha belirgin bulunmuştur. Çalışmamızda farklı olarak empotans ile ilişki saptanmamıştır ve EB ile olan ilişki de hafif düzeydedir. ‘ doyum, kaçınma ve dokunma’ sorunları ile çift uyumu arasındaki ilişki daha belirgindir.

Benzer şekilde kontrol grubunda da CİB ve çift uyumu arasında ilişki varlığı değerlendirilmiştir. Kadın kontrol grubunda cinsellik ve çift uyumu arasında belirgin ilişki saptanmamıştır. Sadece ‘ vajinismus’ ile çift uyumunun düşmesi arasında hafif düzeyde ilişki belirlenmiştir. Erkek kontrol grubunda hasta grubundaki kadar olmasa da ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak cinsiyetler karşılaştırıldığı zaman erkek cinsiyette cinsel işlevlerin eş uyumunu daha fazla etkilediği gözlenmektedir. Gruplar arasında en çok erkek BPB hastalarında ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biri; örneklem grubunun küçük olmasıdır. 50 hasta ve 50 kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. İstatistiksel açıdan daha anlamlı sonuçlar elde edilmesi amacıyla daha geniş bir grupta çalışma yapılması daha uygun olabilir.

Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı; ilaç tedavilerinin cinsel işlevlere etkisinin sadece subjektif olarak değerlendirilmesidir. Hormon ölçümleri, ilaçların kan düzeyi değerleri ve kan prolaktin seviyeleri gibi değerlendirmelerin yapılmasıyla altta yatan organik kökenli bir patolojinin dışlanma olasılığı artırılabilir. Cinsellik kültürel değerlerden çok etkilendiği için anket değerlendirmesi yanıltıcı olabilmektedir.

Çalışmamızda çift uyumu, yine ölçek aracılığıyla hasta ve kontrol grubunda değerlendirilmiştir. Hasta grubunun eşlerinin katıldığı literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmanın kısıtlılıklarından biri de hasta grubunda çift uyumunun sadece hasta gözüyle değerlendirilmesidir. Hasta grubunun eşlerinin de çalışmaya dahil edilmesi daha ayrıntılı veri sağlayabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmaya katılan 50 hastanın, % 64'ü kadın, %36'sı erkek ve kontrol grubunun ise % 54'ü kadın ve % 46'sı erkek cinsiyete sahiptir. Hasta grubunun yaş ortalaması 40,92($\pm$ 9,7) ve kontrol grubunun yaş ortalaması 38,04($\pm$ 8,0) olarak hesaplanmıştır. Değerlendirmeye alınan iki grup yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri açısından birbirine benzer özelliklere sahiptir.
2. BPB tanılı hastaların %64'ünün ailesinde ruhsal hastalık varlığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda bu oran % 28'dir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.
3. BPB tanılı hastalarda en sık eşlik eden ruhsal hastalık; %46 (n=23) olmak üzere anksiyete bozukluklarıdır. En yüksek oranda özgül fobinin eşlik ettiği saptanmıştır. Hastalarda şu anda alkol kullanım bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve yeme bozuklukları ek tanıları saptanmamıştır.
4. BPB tanılı hastaların % 20'sinde kişilik bozukluğu varlığı belirlenmiştir. Borderline ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu en sık olarak saptanmıştır.
5. BPB hastalık özelliklerine göre, CİB olan ve olmayan hastalarının karşılaştırılması sonucunda ataklarında psikotik belirti gözlenen hastalarda CİB daha yaygın saptanmıştır.
6. BPB tanılı hastaların % 30'u ve kontrol grubunun % 8'i cinsel işlev problemi olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. (p= 0,005)
7. BPB tanılı hastaların % 62,5'i çocuk olduktan sonra cinsel yaşamlarında değişiklik olmadığını düşünmektedir. Fakat kontrol grubunun % 61'i çocukları olduktan sonra cinsel yaşamlarının kötüleştiğini belirtmektedir ve bu farklılık iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlıdır. (p= 0,001)
8. Çalışmamıza katılan BPB tanılı hastaların % 24'nün partnerlerinde de ruhsal hastalık tanısı bulunmaktadır.
9. Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu olan kadınların % 72,2'si BPB tanılı hasta, % 27,8'i kontrol grubudur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

olmasa da ($p= 0,066$) cinsel işlev bozukluğu hasta grubunda daha yüksek orandadır. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin %60'ı BPB tanılı hasta ve %40'ı kontrol grubudur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p=0,043$)

10. Kadın BPB ve kontrol grubunun GRCDÖ toplam ve alt ölçek ortalama standart puanları karşılaştırıldığında; GRCDÖ ortalama toplam standart puanı BPB grubunda daha yüksek saptanmıştır. ($p= 0,021$) Kadın hasta grubunda CİB daha fazla belirlenmiştir ayrıca orgazm ve doyum bozukluğu kontrol grubuna göre daha fazla gözlenmektedir.
11. Erkek BPB ve kontrol grubunun GRCDÖ ortalama standart toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığı zaman; GRCDÖ ortalama toplam standart puanı BPB grubunda daha yüksektir ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır. ($p= 0,010$) Sıklık, empotans ve erken boşalma alt ölçeklerinin ortalama standart puanları hasta grubunda daha yüksektir ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır.
12. BPB ve kontrol grubunda ÇUÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kontrol grubunun ortalama toplam ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır. ($p= 0,079$) İki grup arasında; eşler arası bağlılık ve duygusal ifade alt ölçekleri anlamlı şekilde farklı saptanmıştır. Her iki alt ölçek puanı da kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur.
13. Kullanılan ilaç tedavilerine göre CİB olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak sadece valproat kullanan hastalarda anlamlı veri saptanmıştır. Valproat kullanımının cinsel işlevler açısından güvenilir olduğu belirlenmiştir.
14. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan BPB tanılı hastalarda ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığı zaman; istatistiksel anlamlı olarak cinsel işlev bozukluğu olmayan hastalarda toplam ölçek puanı, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, eşler arası fikir birliği alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır.

Cinsel işlev bozukluğu olmayan hastalarda duygusal ifade dışındaki çift uyumu daha iyi olarak belirlenmiştir.

15. Psikiyatrik hastalıklarda cinsel işlevler sıklıkla etkilenmektedir. Çalışmamızda da belirlendiği gibi BPB tanılı hastalarda normal sağlıklı popülasyona göre CİB daha sık gözlenmektedir. Genellikle cinsel işlevler atlanan alanlardan biridir ve bu nedenle tedavi uyumsuzluklarına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalarda mutlaka cinsel işlevler ve ilaç yan etkileri sorgulanmalıdır. Bu durumlardan en çok hasta eşleri etkilediğinden gerekli bilgilendirme de yapılmalıdır.

16. BPB tanılı hastalarda eş uyumu ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Genellikle BPB gibi kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerde bekar olma ya da eşten ayrılma oranları daha fazla gözlenmektedir. Bu oranları dışürmek amacıyla bu alanda yapılan çalışmaları artırmak ve gerekli önlemleri almak uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Işık E, Işık U, Işık Taner Y.** *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. 1.Baskı, Ankara: Rotatıp Kitabevi, **2013**.
2. **Köroğlu E, Güleç C.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2.Baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, **2007**.
3. **Hariri AG, Karadağ F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE.** Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Comprehensive Psychiatry* **2009**; 50:353- 360.
4. **Kaplan HS.** Hypoactive sexual desire. *JSex Marital Ther* **1977**; 3(1):3-9.
5. **Bradford JM.** The neurobiology, neuropharmacology and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry* **2001**; 46(1):26-34.
6. **Crenshaw TL, Goldberg JP.** *Sexual Pharmacology: Drugs that Affect Sexual Function*.1st Edition, New York: W.W. Norton & Company,**1996**.
7. **İncesu C.** Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* **2004**; Ek 3:3-13.
8. **Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.** Cinsel Yaşam ve Sorunları. *Bilgilendirme Dosyası-1* (Electronic Journal), **2006**; 1:21-59.Erişim: www.cetad.org.tr
9. **Amerikan Psikiyatri Birliği:** *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2001**.
10. **Laumann EO, Paik A, Rosen RC.** Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA* **1999**; 281(6): 537-544.
11. **Amerikan Psikiyatri Birliği,** *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2013**.
12. **Smith A, Rissel CE, Richters J, Grulich AE, Visser R.** Sex in Australia: Reproductive experiences and reproductive health among a representative sample of women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* **2003**; 27(2): 204-209.
13. **Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.** Psikiyatrik Sorunlar ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Bilgilendirme Dosyası-9*, **2012**; 1:34-53.
14. **Şahin D.** Psikiyatrik Bozukluklarda Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *T Klin J Psychiatry* **2004**; 5:35-42.
15. **Figueira I, Possidente E, Marques C, Hayes K.** Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav* **2001**; 30(4):369-377.
16. **Frohlich P, Meston C.** Sexual Functioning and Self- Reported Depressive Symptoms Among College Women. *The Journal of Sex Research* **2002**; 39(4):321-325.
17. **McKinnon K, Cournos F, Sugden R, Guido JR, Herman R.** The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. *J Clin Psychiatry* **1996**; 57(11):506-513.
18. **Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P, Weizman A.** Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* **1995**; 56(4):137-141.

19. **Harley E, Boardman J, Craig T.** Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **2010**; 45(7):759-766.
20. **La Pera G, Carderi A, Marianantoni Z, Peris F, Lentini M, Taggi F.** Sexual Dysfunction Prior to First Drug Use Among Former Drug Addicts and Its Possible Casual Meaning on Drug Addiction: Preliminary Results. *The Journal of Sexual Medicine* **2008**; 5(1):164-172.
21. **Mintz J, O'Hare K, O'Brien CP, Goldschmid J.** Sexual Problems of Heroin Addicts. *Formerly Archives of General Psychiatry* **1974**; 31(5):700-703.
22. **Ramdurg S, Ambekar A, Lal R.** Sexual Dysfunction among Male Patients Receiving Buprenorphine and Naltrexone Maintenance Therapy for Opioid Dependence. *The Journal of Sexual Medicine* **2012**; 9(12):3198-3204.
23. **Aversa A.** Drugs Targeted to Improve Endothelial Function: Clinical Correlates Between Sexual and Internal Medicine. *Current Pharmaceutical Design* **2008**; 14(35):3698-9.
24. **Uzday İT.** *Stahl'in Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar*. 3.Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2012**.
25. **Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF.** *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. 1.Baskı, İstanbul: Sigma Publishing, **2007**.
26. **Bellivier F, Golmard J, Rietschel M.** Age at onset in Bipolar 1 Affective Disorder Further evidence for three subgroups. *Am J Psych* **2003**; 160:999-1001.
27. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8.Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2007**.
28. **Turhan N.** Bipolar Bozukluk Kesitsel Bir Değerlendirme. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2007**.
29. **Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R et al.** Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness?. *J Affect Disord* **2000**; 58:215-221.
30. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2008**.
31. **Craney JL, Geller B.** A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord* **2003**; 5:243-256.
32. **Delbello MP, Geller B.** Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* **2001**; 3:325-334.
33. **Goodwin FK, Jamison KR.** *Manic- Depressive Illness*. New York: Oxford University, **1990**.
34. **Bebbington P, Ramana R.** The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* **1995**; 30:279-292.
35. **Mc Elroy SL, Akiskal HS.** The mixed bipolar disorder. *J Affect Disord* **2000**; 63-88.
36. **Pini S, Dell'Osso L, Mastrocinque C et al.** Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. *Br J Psychiatry* **1989**; 175:467-471.
37. **Tamam L, Özpoyraz N.** Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology* **2002**; 35(4):203-209.

38. **Karamustafahoğlu N, Alpay N, Tomruk B.** İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2004**; 5(1):28-36.
39. **Zarate CA, Tohen M, Jand M, Cavanagh S.** Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly* **2000**; 71(4):309-329.
40. **Dell’Osso L, Carmassi C, Carlini M et al.** Sexual Dysfunctions and Suicidality in Patients with Bipolar Disorder and Unipolar Depression. *J Sex Med* **2009**; 6:3063-3070.
41. **Downey JI.** Driven Sexual Behavior in Bipolar Spectrum Patients: Psychodynamic Issues. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* **2011**; 39(1):77-92.
42. **McCandless F, Sladen C.** Sexual health and women with bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing* **2003**; 44(1):42-48.
43. **Ceviz H.** Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda ve Eşlerinde Cinsel İşlev Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, **2013**.
44. **Aizenberg D, Sigler M, Zemishlany Z, Weizman A.** Lithium and male sexual function in affective patients. *Clin Neuropsychopharmacol* **1996**; 19(6):515-519.
45. **Vestergaard P, Amdisen A, Schou M.** Clinically significant side effects of lithium treatment: a survey of 237 patients in longterm treatment. *Acta Psychiatr Scand* **1980**; 62:193-200.
46. **Amsterdam JD, Winokur A, Caroff S et al.** The effects of desmethylimipramine and lithium on human sperm function. *Psychoendocrinology* **1981**; 6:359-364.
47. **Balaguer Martinez JV, Lopez Garcia MJ, Adres CM, Contell VA, Castello Pomares ML.** Effects of valproate on sexual development. *An Esp.Pediatr* **2003**; 58(5):443-448.
48. **Isojarvi JI, Repo M, Pakarinen AJ, Lukkarinen O, Myllyla VV.** Carbamazepine, phenytoin, sex hormones and sexual function in men with epilepsy. *Epilepsia* **1995**; 36(4):366-370.
49. **Chen SS, Shen MR, Chen TJ, Lai SL.** Effects of antiepileptic drugs on sperm motility of normal controls and epileptic patients with long-term therapy. *Epilepsia* **1992**; 33(1):149-153.
50. **Husain AM, Carwile ST, Miller PP, Radtke RA.** Improved sexual function in three men taking lamotrigine for epilepsy. *South Med J* **2000**; 93(3):335-336.
51. **Montgomery SA, Baldwin DS, Riley A.** Antidepressant medications: a review of the evidence for drug- induced sexual dysfunction. *Journal of Affective Disorders* **2002**; 69:119-140.
52. **Nagaraj AKM, Nizamie SH, Akhtar S, Sinha BNP, Goyal N.** A Comparative Study of Sexual Dysfunction due to Typical and Atypical Antipsychotics in Remitted Bipolar-I Disorder. *Indian Journal of Psychiatry* **2004**; 46(3): 261-267.
53. **Ghaderian AM, Annable L, Belanger MC.** Lithium, Benzodiazepines and Sexual Function in Bipolar Patients. *Am J Psychiatry* **1992**; 149(6):801-805.
54. **Raboch J.** Sexual development and life of psychiatric female patients. *Arch Sex Behav* **1986**; 15(4):341-353.
55. **Raja M, Azzoni A.** Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry* **2003**; 18:70-76.
56. **Mazza M, Harnic D, Catalano V, Di Nicola M, Bruschi A, Bria P, Daniele A, Mazza S.** Sexual behavior in women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* **2011**; 131:364-367.

57. **Dossenbach M, Dyachkova Y, Pirildar S, Anders M, Khalil A, Araszkievicz A, et al.** Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *Eur Psychiatry* **2006**; 21:251-258.
58. **Montejo Al, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A, et al.** Sexual dysfunction secondary to SSRIs. A comparative analysis in 308 patients. *Actas LusoEsp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* **1996**; 24(6):311-321.
59. **Babaoğlu Akdeniz E.** Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* **2012**; 3(2):53-60.
60. **Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkın L, Eradaamlar N.** Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam* **2005**; 18(2):72-81.
61. **Ünal G.** Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* **2003**; 16(1):39-45.
62. **Sheets ES, Miller IW.** Predictors of Relationship Functioning for Patients With Bipolar Disorder and Their Partners. *Journal of Family Psychology* **2010**; 24(4):371-379.
63. **Pehlivan K.** Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam* **2006**; 19(3):143-154.
64. **Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y.** Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders* **2005**; 7:431-440.
65. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatriye Kullanılan Klinik Ölçekler*. 6.Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık, **2012**.
66. **Fırsıoğlu H, Demir A.** Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality with Turkish Couples. *European Journal of Psychological Assessment* **2000**; 16(3):214-218.
67. **Adam Karduz F.** Evli Çiftlerin Duygusal Zeka Düzeyleri ile Çift Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, **2009**.
68. **Fırsıoğlu H.** Gönderen: fisil@metu.edu.tr (Salı, 12 Mart 2013); DAS makale, DAS ölçek. Alıcı: Namlı Z. zeynepnamli@hotmail.com.
69. **Kristensen E, Jorgensen P.** Sexual function in lithium-treated manic-depressive patients. *Pharmacopsychiatry* **1987**; 20(4):165-7.
70. **Ben Mahmoud S, Zouari L, Dammak M, Ben Thabet J, Zouari N, Mazólej M.** Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. *Sexologies* **2013**; 22(2):59-63.
71. **Keklik AC.** Bipolar bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom ve cinsel işlev bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2010**.
72. **Mert DG, Özen NE.** Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* **2011**;14:85-93.
73. **Smith SM, O'Keane V, Murray R.** Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* **2002**;181:49-55.
74. **Uçok A, Incesu C, Aker T, Erkoç S.** Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. *Eur Psychiatry* **2007**;22(5):328-33.

75. **Lorimy F, Loo H, Deniker P.** Clinical effects of long-term lithium treatment on sleep, appetite and sexuality. *Encephale* **1977**;3(3):227-39.
76. **Balaguer Martinez JV, Lopez Garcia MJ, Andres CM, Contell VA, Castello Pomares ML.** Effects of valproate on sexual development. *An Esp Pediatr* **2003**; 58(5):443-8.
77. **Aldemir E, Akdeniz F, Altay AB, Arici S, Umul M, Aydin HH, Celebisoy M, Vahip S.** Valproate-Associated Reproductive Hormone Abnormalities: Do Bipolar Men have the Same Risk as Epileptic Men?. *Turk Psikiyatri Derg* **2012**; 23(4):223-8.
78. **Fowler RC, Tsuang MT.** Spouses of schizophrenics: a blind comparative study. *Compr Psychiatry* **1975**;16(4):339-42.
79. **Frank E, Targum SD, Gershon ES, Anderson C, Stewart BD, Davenport Y et al.** A comparison of nonpatient and bipolar patient-well spouse couples. *Am J Psychiatry* **1981**;138(6):764-8.
80. **Rust J, Golombok S, Collier J.** Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? *Br J Psychiatry* **1988**;152:629-31.

EKLER

Ek 1. ÇÜTF Psikiyatri ABD Bipolar Bozukluk Biriminde İzlenen Hastalarda Cinsel İşlevler ve Çift Uyumunun Değerlendirilmesi Bilgilendirme ve Onay Formu

İki uçlu bozukluk (Bipolar Bozukluk) toplumda yaygın olarak görülen bir hastalıktır. İki Uçlu Bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklar cinsel işlevlerde bozulmaya neden olabilir. Hastalığın tekrarlayıcı karakteri, kullanılan ilaçlar ve çift uyumunun etkilenmesi bu bozukluğa neden olmaktadır.

Doç. Dr. Gonca Karakuş ve Arş. Gör. Dr. Zeynep Namlı tarafından yürütülmekte olan bu çalışma, Bipolar Bozukluk Biriminde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda cinsel işlevlerin ve çift uyumunun değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı ve soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE KLİNİK GÖRÜŞME
VE PSİKOLOJİK TESTLERİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.**

HASTANIN ADI SOYADI:

TARİH:

İMZA:

DOKTORUN ADI SOYADI:

İMZA

Ek 2. Ç.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi Hasta Kayıt ve İzlem Formu

1.ADI \ SOYADI:	
HASTANE PROTOKOL NO:	
2.BİPOLAR DOSYA NO:	
POLİKLİNİK DOSYA NO:	
3.TARİH:	
ADRES:	
TELEFON:	
DR:	
BP POLİKLİNİK BAŞLANGIÇ TARİHİ:	
GELİŞ BİÇİMİ:	1. Kendi isteğiyle 2. Yakınının isteğiyle/ zorla 3. Resmi yazı ile 4. Adli vaka

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

4. CİNSİYET:	1.Kadın 2.Erkek
5.DOĞUM TARİHİ:	
6.DOĞUM YERİ	1.Köy 2.İlçe 3.Şehir merkezi 4.Yurt dışı
7.EĞİTİM DÜZEYİ	1.Yok 2.Okur- yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Üniversite
8.BABASININ EĞİTİM DÜZEYİ	
9.ANNESİNİN EĞİTİM DÜZEYİ	
10.12 YAŞINA KADAR YAŞADIĞI YER	1.Köy 2.İlçe 3.Şehir merkezi 4.Yurt dışı
11.HALEN YAŞADIĞI YER	
12.MESLEK	1.Ev kadını 2.Memur 3.İşçi 4.Emekli 5.İşsiz 6.Serbest meslek 7.Öğrenci 8.Diğer

13.MALULİYET	1.Var 2.Yok
14.MEDENİ DURUM	1.Bekar 2.Evli 3.Eşi ölmüş 4.Boşanmış/ayrı yaşıyor
15.EVLİLİK SÜRESİ (yıl olarak belirtiniz)	
16.EVLENDİĞİ YAŞ	
17.EVLENDİĞİNDE EŞİNİN YAŞI	
18.KAÇINCI EVLİLİĞİ	
19.EŞİNİN KAÇINCI EVLİLİĞİ	
20.ÇOCUK	1.Yok 2.Var
21.EVLİLİK ŞEKLİ	1.Anlaşarak 2.Görücü usulüyle isteyerek 3.Görücü usulüyle zorla 4.Kaçarak
22.SOSYOEKONOMİK DÜZEY	1.Alt 2.Orta 3.Üst
23.SOSYAL GÜVENCE	1.Var 2.Yok
24.YAŞADIĞI AİLE	1.Çekirdek 2.Geniş 3.Yalnız
25.SOSYAL DESTEK	1.Var 2.Yok 3.Yetersiz
26.KARDEŞ SAYISI	

AİLE ÖYKÜSÜ

27.AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ	1.Var 2.Yok
28.BİRİNCİ DERECE AKRABALARDA (kardeş, anne, baba)	1.Anksiyete bozuklukları 2.Duygudurum bozuklukları 3.Psikotik bozukluklar 4.OKB 5.Alkol madde kullanım bozuklukları 6.Diğer 7.Özkıyım girişimi 8.Özkıyım ex
29.İKİNCİ DERECE AKRABALARDA (teyze, hala, dayı, amca..) Varsa tanıyı belirtiniz	
30.AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	1.Var 2.Yok
31.Varsa tanıyı belirtiniz.....	

ÖZGEÇMİŞ

32.TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	1.Var 2.Yok
33.Varsa tanıyı belirtiniz.....	
34.ADET SIKLUSLARI (Kadın hastalar için) Gün olarak belirtiniz.....	
35.	1.Düzenli 2.Düzensiz 3.Menapozda ise menapoz yaşı.....
36.DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ	1.Yok 2.Takvim yöntemi 3.Kondom 4.Spiral 5.Doğum kontrol hapı 6.Geri çekme yöntemi
37. Bilinen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık	1. Yok 2. Var (Tanı.....)

EŞLİK EDEN HASTALIKLAR (KOMORBİDİTE)

SCID-I ANKSİYETE BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ

Hastalık Adı	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
38.Panik Bozukluk			
39.Panik Bozukluk + agorafobi			
40.Yaygın Anksiyete Bozukluğu			
41.Sosyal Fobi			
42.Özgül Fobi			
43.Akut Stres bozuk.			
44.Posttravmatik stres bozukluğu			
45.Ayrışmamış Anksiyete bozukluğu			
46.Obsesif Kompulsif Bozukluk			

SCID-I ALKOL VE MADDE KULLANIM KOMORBİDİTESİ

Hastalık Adı	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
47.Alkol Kötüye kullanımı			
48.Alkol Bağımlılığı			
Kullandığı miktar:		Kullanım süresi:	
Hastalık Adı	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
49.Madde kötüye kullanımı			
50.Madde bağımlılığı			
Madde cinsi:		Kullandığı miktar:	
		Kullanım süresi:	

SCID –I SOMATOFORM VE DİSOSİYATİF BOZUKLUK KOMORBİDİTESİ

TANI	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
51.Somatizasyon Bozukluğu			
52.Konversiyon Bozukluğu			
53.Hipokondriyazis			
54.Vücut Dismorfik Bozukluğu			
55.Ağrı Bozukluğu			
56.Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğu			
57.Disosiyatif Amnezi			
58.Disosiyatif Füg			
59.Disosiyatif Kimlik Bozukluğu			
60.Depersonalizasyon			

SCID-I İLE DİĞER KOMORBİDİTELER

TANI	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
61.Anoreksia Nevroza			
62.Bulimia Nevroza			
63.B.T.A. Yeme Bozukluğu			
64.Aralıklı patlayıcı bozukluk			
65.Kleptomani			
66.Patolojik Kumar			
67.Trikotilomani			
68.Piromani			
69.B.T.A. Dürtü denetim Bozukluğu			

70.KİŞİLİK BOZUKLUKLARI KOMORBİDİTESİ SCID-II	1.Var 2.Yok
71.Var mı tanıyı belirtiniz.....	1.Şizoid KB 2.Şizotipal KB 3.Paranoid KB 4.Narsisistik KB 5.Histriyonik KB 6.Borderline KB 7.Antisosyal KB 8.Çekingen KB 9.Bağımlı KB 10.Obsesif Kompulsif KB
72. Sigara kullanımı	1.Var 2.Yok

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU GENEL KLİNİK ÖZELLİKLERİ

73.Hastalık başlangıç yılı.....	
74.Hastalık süresi (yıl olarak belirtiniz)	
75.Geçirilen epizodların sayısı...	1.Manik epizod sayısı 2.Depresif epizod sayısı 3.Karma epizod sayısı 4.Hipomani sayısı 5.Toplam
76.TANI	1.Bipolar 1 2.Bipolar 2
77.Hastaneye yatış sayısı.....	
78.Yatışlarda EKT uygulama sayısı	
79.Uzunlamasına gidiş	1.Epizodlar arası tam düzelme 2.Tam düzelme olmayan (kısmi işlevsellik) 3.Epizodlar arası işlevsellik kötü
80.Epizodlar arası belirti	1.Yok 2.Hafif 3.Orta 4.Kronik seyir
81.Mevsimsel özellik	1.Var 2.Yok
82.Hızlı döngülülük	1.Var 2.Yok
83.Epizodlarda psikotik belirti (genellikle)	1.Var 2.Yok
84.Psikotik özellikler	1.Duygudurumla uyumlu 2.Duygudurumla uyumsuz
85.Kullanılmakta olan duygudurum düzenleyicisi	1.Lityum 2.Valproat 3.Karbamazepin 4.Lamotrijin 5.Lityum + valproat 6.Lityum + karbamazepin 7. Lityum + lamotrijin 8.Diğer
86.Ek tedavi gereksinimi	1.Var 2.Yok
87.Ek tedavi seçeneği	1.Tipik antipsikotik 2.Atipik antipsikotik 3.Antidepresan 4.Diğer
88.Özkıym girişimi	1.Var (sayısı) 2.Yok
89.Özkıym girişiminin olduğu epizodun tipi.....	

CİNSEL İŞLEVLER HAKKINDA KISA BİLGİ EDİNME

90.Ailenin cinselliğe karşı tutumu	1.Aile içi bilgilendirme hiç yok, cinsel konular hiç konuşulmaz 2.Cinsel konular konuşulabilir, yasak anlayışı yok, cinsel bilgi veriliyor
91.Cinsel konularda bilgilenme yaşı.....	
92.Cinsel bilgi kaynağı	1.Yok 2.Aile 3.Arkadaşlar 4.Kitaplar 5.Medya 6.internet 7.Diğer
93.Sünnet yaşı....	
94.Mens ya da puberte yaşı....	
95.İlk masturbasyon yaşı.....	
96.Masturbasyon sıklığı (evlilik öncesi)	1.Hiç 2.Günde birden fazla 3.Günde bir kez 4.Haftada 3-4 kez 5.Haftada 2 kez 6.Haftada 1 kez 7.İki haftada bir kez 8.Ayda bir kez 9.Diğer
97. Masturbasyon sıklığı (evlilik sonrası) Bir önceki maddelere göre cevaplayınız	
98. İlk cinsel birleşme yaşı (birleşme denemesi yaşı).....	
99. Evlilik öncesi cinsel birleşme sıklığı	1.Hiç yok 2.Günde birden fazla 3.Günde bir kez 4.Haftada 3-4 kez 5.Haftada 2 kez 6.Haftada 1 kez 7.İki haftada 1 kez 8.Ayda 1 kez 9.Diğer
100. Evlilikte cinsel birleşme sıklığı (bir önceki maddelere göre cevaplayınız)	
101. Çocuk (varsa) olduktan sonra cinsel yaşamda değişiklik	1.Hayır 2.Eskiye göre daha iyi 3.Eskiye göre daha kötü 4.Diğer
102. Cinsel işlev sorunu olduğunu düşünüyor mu ?	1.Hayır 2.Evet
103. Bipolar Bozukluk tanısı konulmadan önce cinsel işlev problemleri	1.Yok 2.Var
104. Cinsel işlev sorununu (varsa) hastalığıyla ilişkili buluyor mu ?	1. Hayır 2. Evet
105. İlaç tedavisi başlanmadan önce cinsel işlev problemleri var mı ?	1. Yok 2. Var
106. Cinsel işlev sorununu (varsa) ilaçla ilişkili buluyor mu ?	1. Hayır 2. Evet
107. İlaç tedavisi sonrası	1. Cinsel işlevlerde artış 2.Cinsel işlevlerde azalma 3. Değişiklik yok

108. Doktorunuz cinsel işlevlerinizi sorguluyor mu?	1.Hayır 2.Evet
109. Cinsel problemlerinizi ilgili (varsa) doktorunuza danışıyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet
110. Cinsel partnerde (eş, arkadaş vs) ruhsal hastalık var mı?	1.Yok 2.Var
111. Varsa tanıyı belirtiniz.....	1.Anksiyete bozuklukları 2.Duygudurum bozuklukları 3.Psikotik bozukluklar 4.OKB 5.Alkol madde kullanım bozuklukları 6. Kişilik bozuklukları 7.Diğer

Ek 3. Hamilton Depresyon Ölçeği

PUAN

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

Ek 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara, tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İrritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan irritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca, işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı, durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

Ek 5. Standardize Mini Mental Test

Ad- Soyad: Tarih: Yaş:
Eğitim (yıl): Meslek:
Aktif El: T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz..... (0)
Hangi mevsimdeyiz (0)
Hangi aydayız (0)
Bu gün ayın kaçı (0)
Hangi gündeiz..... (0)
Hangi ülkede yaşıyoruz (0)
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız (0)
Şu an bulunduğunuz semt neresidir (0)
Şu an bulunduğunuz bina neresidir (0)
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız (0)

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) **Her doğru isim 1 puan** (0)

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

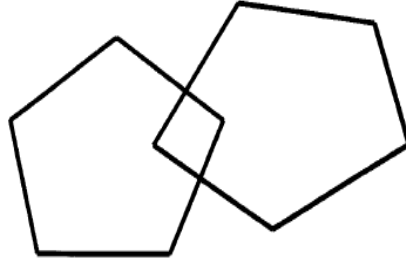
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65).....(0)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise).....(0)

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) **2 puan (20 sn tut)**(0)
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. **"Eğer ve fakat istemiyorum"** (10 sn tut) **1 puan**.....(0)
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. **"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"** Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan(0)
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. **(1 puan)** **"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"**(0)
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın **(1 puan)**(0)
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. **(1 puan)**(0)



Ek 6. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

ERKEK FORMU

1) Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

2) Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söylemekte güçlük çeker misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

3) Cinsel açıdan kolaylıkla uyarılır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

4) Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalacağınızı hissederseniz bunu geciktirebilir misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

5) Eşinizle cinsel yaşantınızda monotonluktan şikayetçi misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

6) Eşinizin cinsel organını okşamaktan hoşlanmadığınız olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

7) Eşiniz cinsel ilişkiye girmek istediğinde endişe ve huzursuzluk duyar mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

8) Eşinizle cinsel birleşmeden zevk alır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

9) Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

10) Penisinizin sertleşmediği olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

11) Cinsel yaşantınızda eşinizle aranızda aşk ve duygusallığın yeterli olmadığını hissediyor musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

12) Eşinizin cinsel organınızı okşamasından zevk alır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

13) Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalmayı engelleyebilir misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

14) Eşinizle cinsel ilişkiye girmekten kaçınmaya çalıştığınız olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

15) Eşinizle cinsel ilişkinizi yeterince doyum verici buluyor musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

16) Eşinizle cinsel birleşme öncesindeki sevişme sırasında sertleşme olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

17) Haftalarca hiç cinsel ilişkiye girmediğiniz olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

18) Eşinizle karşılıklı mastürbasyon (elle doyum) yapmaktan hoşlanır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

19) Eşinizle cinsel ilişkiye girmek isterseniz ilk adımı siz atar mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

20) Eşinizin sizi kucaklaması ve okşamasının hoşunuza gitmediği olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

21) İsteddiğiniz sıklıkta cinsel birleşmede bulunuyor musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

22) Eşinizle cinsel ilişkiye girmeyi reddettiğiniz olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

23) Cinsel birleşme sırasında sertleşmenin kaybolduğu olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

24) Cinsel birleşmenin hemen başında istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

25) Eşinizi kucaklamak ve okşamaktan hoşlanır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

26) Cinselliğe karşı ilgisizlik hisseder misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

27) Henüz cinsel birleşme başlamadan istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

28) Sevişme esnasında sizin ya da eşinizin davranışlarından tiksinti duyduğunuz olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

KADIN FORMU

1) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

3) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında) ?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

4) Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

5) Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

6) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

7) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

8) Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşıyor mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

9) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

10) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

11) Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

12) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

13) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

14) Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

15) Haftada 2 defadan fazla cinsel ilişkide bulunur musunuz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

16) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

17) Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

18) Eşinizle cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

19) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

20) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

21) Ön sevişme sırasında esiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

22) Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

23) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

24) Kendi cinsel organınızın, eşinizin derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

25) Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

26) Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

27) Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

28) Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşıyor mısınız?

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

Ek 7. Çiftler Uyum Ölçeği

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşmama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
Eğlenceyle ilgili konular						
Dini konular						

Eşinizi öper misiniz?	Her gün	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
-----------------------	---------	---------------------	----------	---------	--------------

Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki ‘mutlu’ birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

Aşırı mutsuz	Oldukça mutsuz	Az mutsuz	Mutlu	Oldukça mutlu	Aşırı mutlu	Tam anlamıyla mutlu
--------------	----------------	-----------	-------	---------------	-------------	---------------------

Ek 8. Uku Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

1. RUHSAL YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
1.1. Konsantrasyon sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. Kuvvetsizlik / Halsizlik / Kolay yorulma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. Uyku hali / Sedasyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. Unutkanlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.5. Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.6. Gerginlik / İç huzursuzluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.7. Uyku Süresinde Uzama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.8. Uyku Süresinde Azalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.9. Rüya Görmede Artma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.10. Duygusal Kayıtsızlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. NÖROLOJİK YAN ETKİLER								
2.1. Distoni	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2. Rijidite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. Hipokinezi /Akinezi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4. Hiperkinezi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5. Tremor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.6. Akatizi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.7. Epileptik Nöbetler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.8. Paresteziler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. OTONOMİK YAN ETKİLER								
3.1. Akomodasyon Bozuklukları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. Artmış Salivasyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.3. Azalmış Salivasyon (Ağızda Kuruluk)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. Bulantı / Kusma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.5. İshal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.6. Kabızlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7. İşeme Sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.8. Poliüri / Polidipsi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.9. Ortostatik Baş Dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.10. Çarpıntı / Taşikardi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.11. Terlemede Artış	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

4. DİĞER YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
4.1. Döküntü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Morbiliform ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Peteşi ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c- Ürtiker ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d- Psöriatik ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e- Sınıflandırılmayan ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Kaşıntı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3. Fotosensitivite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.4. Pigmentasyonda Artış	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.5. Kilo Artışı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.6. Kilo Kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.7. Menoraji	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.8. Amenore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.9. Galaktore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.10. Jinekomasti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.11. Cinsel İstekte Artma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.12. Cinsel İstekte Azalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.13. Ereksiyon Bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.14. Ejekülasyon Bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Prematür ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Geç ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.15. Orgazm Sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.16. Vajende Kuruluk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.17. Baş Ağrısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Gerilim baş ağrısı ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Migren ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c- Diğer ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.18. Fiziksel Bağımlılık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.19. Psikolojik Bağımlılık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Nedensel İlişki

1- Muhtemel değil

2- Mümkün

3- Muhtemel

5. YAN ETKİLERİN HASTANIN GÜNLÜK PERFORMANSINI ETKİLEMESİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

- ☐ 0 Yan etki yok
- ☐ 1 Hastanın performansını etkilemeyen hafif yan etkiler
- ☐ 2 Hastanın performansını orta derecede etkileyen yan etkiler
- ☐ 3 Hastanın performansını belirgin derecede etkileyen yan etkiler

6. DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN

- ☐ 1 Hasta
- ☐ 2 Doktor

7. SONUÇ

- ☐ 0 Herhangi birşey yapılmaması.
- ☐ 1 Hastanın daha sık değerlendirilmesi, ilaç dozunda daha sık değişiklik yapılmaması ve/veya yan etkilerin ara sıra ilaçla tedavisi.
- ☐ 2 İlaç dozunun azaltılması ve/veya yan etkilerin ilaçlarla sürekli tedavisi.
- ☐ 3 İlacın kesilmesi veya diğer bir ilaçla tedaviye devam edilmesi.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Zeynep NAMLI
Doğum Tarihi ve Yeri : 1986- ELAZIĞ
Medeni Durumu : Bekar
Adres : Beyazevler Mah. 80048 Sok. Aydıncık Sitesi B
Blok Kat: 4 No: 17 Çukurova/ ADANA
Telefon : 0505 778 54 01
Faks : -
E-mail : zeynepnamli@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mezuniyet Derecesi :
Görev Yerleri : Gebze Beylikbağı Sağlık Ocağı
ÇÜTF Psikiyatri AD
Dernek Üyelikleri : Türk Psikiyatri Derneği
Alınan Burslar :
Yabancı Dil : İngilizce
Diğer Hususlar :