

Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım

Approach to sexual dysfunction in primary health care

Hülya Akan¹, Sultan Doğan²

Özet

Cinsel işlev bozukluğu cinsel yanıt döngüsünün bir veya daha fazla alanında bozukluk veya cinsel ilişkiye eşlik eden ağrıdır. Cinsel işlev bozukluğu yaşa göre değişmekle birlikte hem kadın hem de erkeklerde sık görülür. Diğer hastalıklarla ve tedaviler ile ilişkisi, etik ve yasal yönleri göz önüne alınırsa; her aile hekimi cinsel öykü alma tekniğini bilmeli, etiyolojik ayırıcı tanı yapabilmeli, danışmanlık/egitimle düzelebilecek cinsel sorunlarda danışmanlık verebilmeli ve gerektiğinde doğru kişilere yönlendirebilmelidir. Bu derleme, cinsel işlev bozukluğundaki temel kavramları ve birinci basamakta cinsel işlev bozukluğuna yaklaşımı genel çerçevesini çizmeyi hedeflemiştir.

Anahtar sözcükler: Cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt döngüsü, birinci basamak sağlık hizmetleri

Summary

Sexual dysfunction is defined as a disturbance in one or more aspects of the sexual response cycle or as pain associated with sexual intercourse. Sexual dysfunction is common both in men and women although its prevalence changes with age. Considering its relation with other diseases and medical treatments, ethical and legal aspects, primary care physicians should know the technique of taking sexual history, be able to do differential diagnosis and to give counselling to sexual dysfunctions or problems related to misbeliefs or lack of education and refer to the specialist appropriately. This review, aims to outline main terms related to sexual dysfunctions and general approach in primary health care.

Key words: Sexual dysfunction, sexual response cycle, primary health care

Cinselliği tanımlarken geniş bir çerçeveyi göz önünde tutmak gerekir. Bazıları için cinsellik insanların kendilerini kadın veya erkek olarak tanımlamalarıdır. Kimilerine göre ise cinsellik yatak odasında gerçekleşen davranışlardır. Ruhsal sağlığı “sevmek” ve “çalışmak” olarak gören Freud, cinselliğin sağlıkla ilgili boyutunu vurgulamıştır.^[1] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise cinsel sağlığı “cinsellikle ilgili olarak fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır.^[2] Bir adım öteye gittiğimizde Dünya Cinsel Sağlık Birliği’nin tanımına rastlanır.^[3] Buna göre, cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerir.

Cinsel sorunların hekim –hasta ilişkisinde ele alınması genellikle zordur. Aile hekimi, hastaların cinsel sorunlarını ele alma, üreme ve cinsel sağlık danışmanlığı ver-

me açısından özgün bir konuma sahiptir. Hastaları ile ilişkisi sürekli. Hastalarının çeşitli sorunlarını biyopsikososyal yaklaşımla ele alır. Sağlığın korunması ile de ilgilenir. Bu nedenle, aile hekimi cinsellik, cinsel işlev bozuklukları hakkında bilgi sahibi olmalı, cinsel sorunlara yaklaşımda beceri kazanmalıdır.

Bu yazı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde cinsel işlev bozukluklarına genel yaklaşımın ve tedavinin çerçevesini çizmeyi amaçlamaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Cinsel İşlevi Değerlendirmek Neden Gereklidir?

Gözlemlerimiz, birinci basamakta cinsel konulara gereken önemin verilmediği yönündedir. Çoğu hekim, hasta gündeme getirmedikçe cinsel sorunlar konusunda sormaktan kaçınır.^[4] Bunun bir nedeni, cinsel sorunların kadın-doğum, üroloji ve psikiyatri uzmanlarının konusu

¹⁾ Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yrd. Doç. Dr., İstanbul

²⁾ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri Uzmanı, Doç. Dr., Tekirdağ

gibi algılanmasıdır. Bunun yanı sıra, hastayı incitme veya olumsuz tepki alma korkusu, yakınmanın cinsellikle ilişkili olamayacağı düşüncesi, hasta hekim arasındaki yaş ve cinsiyet farkı, hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) korkusu da cinsel öykü alınmasını kısıtlamaktadır.^[5,6] Hekimin kişilik yapısı, dünya görüşü, cinsel deneyimleri, konuyu ele almadaki eğitim-beceri eksikliği ve bir sonraki aşamada ne yapacağını bilememesi de etkili olmaktadır.^[5-9]

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde cinsel sağlığı değerlendirmek aşağıdaki nedenlerle önemlidir:^[10,11]

- Cinsel sağlık, genel sağlığın önemli bir bileşenidir.
- Cinsel işlev bozuklukları toplumda siktir: Erkeklerde cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı yaklaşık %31, kadınlarda ise %43'tür. Diğer bir deyişle, birinci basamak hekimi, izlediği erişkin popülasyonun yaklaşık 1/3'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğunu varsayabilir.
- Bazı hastalıkların ilk habercisi olabilir: Özellikle orta ve geç erişkinlerde yeni ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğunda diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar düşünülmesi ve dışlanmalıdır.
- Cinsel sorunlar başka hastalık ve tedavilerin sonucu olabilir: Sık görülen hipertansiyon, diyabet, depresyonun bulgusu olabileceği gibi, bu hastalıklarda kullanılan ilaçların yan etkisi de cinsel işlev bozukluğuna (CİB) yol açabilir. Kullanılan ilacın bu tür bir yan etkisi varsa hasta mutlaka önceden uyarılmalıdır.
- Travma ve cerrahi girişimler cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyebilir: Örneğin, transüretal prostat rezeksiyonu retrograd ejakülasyona yol açabilir.
- Cinsel aktivite ile ilişkili mortalite ve morbidite söz konusudur. Cinsel yolla bulaşan HIV, hepatit B, C, özellikle ergen hamileliklerindeki yasa dışı kürtaj ve düşükler hayati sonuçlara yol açabilir.
- Cinsel aktivite sağlık, mutluluk ve uzun yaşamla ilişkilidir.

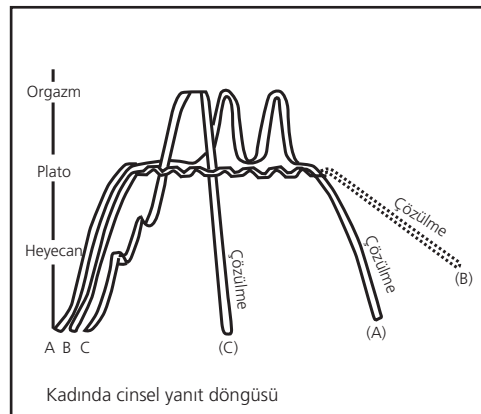
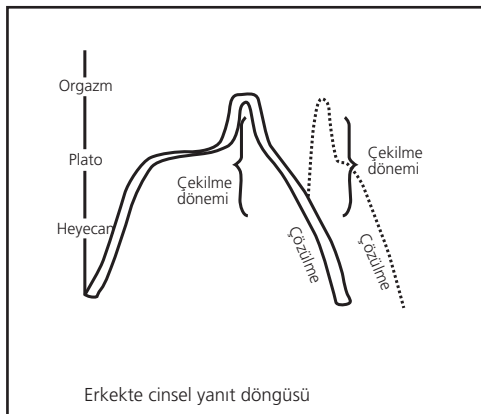
- Hekim olarak, cinsel sorunları ihmal etmek etik ve yasal sonuçlar doğurabilir.

CİB'nin sıklığı, diğer hastalık ve tedavilerle ilişkisi, etik ve yasal yönleri göz önüne alındığında birinci basamak hekimi cinsel öykü alma tekniğini, ayırıcı tanısını bilmeli, danışmanlık/egitimle düzelebilecek cinsel sorunlara yardımcı olabilmelidir. Aile hekimi, karmaşık, deneyiminin yeterli olmadığı, tedavisini üstlenemeyeceği bir CİB'da hastasını ve partnerini sevk sonrası hakkında bilgilendirmeli, süreci kolaylaştırmalıdır.^[7]

Temel Kavramlar

Cinsel yanıt döngüsü cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkinin evreleridir; Kinsey,^[12,13] Masters ve Johnson^[14] tarafından tanımlanmıştır. Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü tek bir grafikte tanımlanabilir, kadınlarda ise daha karmaşıktır ve çeşitlilik gösterir (**Şekil 1** ve **2**). Cinsel yanıt döngüsü; CİB'nun sınıflandırılması ve altta yatan nedenlerin anlaşılabilmesi açısından önemlidir. Dört evreden oluşur:

1. **Uyarılma:** Herhangi bir bedensel veya psikojenik uyarana ile erotik duygu ve düşünceler belirir. Fizyolojik olarak erkekte ereksiyon, kadında vazokonjestiyon ve miyotoni ile karakterizedir. Uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı veya yavaş biçimde artar.
2. **Plato evresi:** Cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artması ile birlikte plato süreci başlar. Haz duygusu ve cinsel gerilim kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer.
3. **Orgazm evresi:** Evreler arasında süre açısından en kısa ama duyumsanan cinsel hazzın tepe yaptığı evredir. Erkekte ejakülasyon, kadında perine ve vajina etrafındaki kasların, vazokonjestiyonla büyüyen dokuların ritmik kasılması ile sonlanır.



Şekil 1. Erkek ve kadında cinsel yanıt döngüsü.^[10]

4. *Çözülme evresi*: Orgazm sonrasında - orgazm gelişmez ise plato evresi sonrasında – genital bölgede ve bedenin bütününde meydana gelen fizyolojik değişiklikler aynı sırayla kaybolur. Kadınlar bu evrede yeniden uyarılabilirler, erkeklerde yeniden uyarılabilme öncesinde kişiye ve yaşa göre değişen zorunlu bir “refrakter dönem” görülür. Bu dönem saniyelerden saatlere kadar uzayabilir. Bu dönemde erkeklerin yeniden uyarılıp ereksiyon ya da orgazm olabilmeleri mümkün değildir. Bu nedenle erkeklerin tek tip cinsel yanıt döngüleri varken kadınlarinki değişkendir.

CİB cinsel yanıt döngüsünün bir veya daha fazla alanında bozukluk veya cinsel ilişkiye eşlik eden ağrı olarak tanımlanabilir. Bu tanımlamaya göre, bozukluk diyebilmek için nedenine bakılmaksızın kişide strese veya kişiler arası ilişkilerde soruna yol açması gereklidir.^[15]

Masters ve Johnson’dan yaklaşık 30 yıl sonra psikiyatrist ve seks terapisti Helen Singer Kaplan üç evreli cinsel yanıt modelini önermiştir: Buna göre, cinsel yanıt arzu (desire), uyarılma (arousal) ve orgazm evrelerinden oluşur.^[16,17] Kaplan'a göre arzu cinsel yanıtın ilk ve en önemli fazıdır. Böylece Masters ve Johnson modeline, cinselliğin beden ve vücut arasındaki bağlantısını gösteren duygusal yön de dahil edilmiştir. Kanadalı araştırmacı Dr. Rosemary Basson kadın cinsel yanıtının yalnızca pik şeklinde çizilemeyeceğini, Masters-Johnson modelinin kadın cinsel yanıtının ancak bir çeşidi olduğunu öne sürmüştür.^[18,19,20] Dr. Basson sağlıklı kadınlarda cinsel yanıtın herhangi bir pik olmaksızın hafifçe yükselen bir tepe; ardından birçok pik içeren bir tepe veya tepe üzerinde ikinci bir tepe oluşturacak kadar geniş ve yüksek bir plato şeklinde de çizilebileceğini söylemiştir. Kaplan gibi Basson da arzuyu cinsel yanıtın ilk fazı olarak görür, ancak Basson arzuyu kadını cinsel ilişki arayışına iten "motivasyon gücü" olarak adlandırır. Kadında cinsel ilişki arayışının fiziksel hazla bağlantılı olması gerekmez. Kadın duygusal yakınlığı arttırmak, eşine kendinden bir şeyler vermek veya sadece duygularını göstermek için arzu duyabilir.

Cinsel İşlev Bozukluğunun Sıklığı ve Etiyolojisi

DSM IV-TR’ye göre CİB; cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazm ile ilgili bozukluklar, cinsel ağrı bozuklukları, genel tıbbi duruma bağlı CİB, madde kullanımına bağlı CİB olarak sınıflandırılır^[15] (Tablo 1 ve 2). ABD’de kadın ve erkeklerde CİB’lerinin yaşam boyu prevalansını vermektedir.^[21] Buna göre kadın – erkek farketmeksizin yaklaşık üç kişiden biri yaşamının bir döneminde cinsel işlev bozukluğu yaşamaktadır. Ülkemizde yapılan az sayıda çalışmadaki oranlar diğer toplumlara benzemektedir.^[22-25] Erkeklerin yaklaşık %10’u, kadınların ise %20’si CİB için tedavi arayışına yönelirler.

CİB’nun nedeni psikojen veya organik kökenli olabilir. Çoğu zaman her iki neden sorunun ortaya çıkmasında birlikte rol oynar, bazen de hangi nedenin öncelikli olduğunu tespit etmek mümkün değildir. Sorun organik nedenle başlasa da kişi danışmanlık almak istediğinde çoğunlukla psikojen etkenler de tabloya eklenmiştir. Cinsel yaşamında sorun olan kişinin ruhsal olarak bundan etkilenmemesi pek te mümkün görünmemektedir. İnsan biyopsikososyal bir varlık olarak ele alındığında psikojenik-organik ayrımının anlamsız olduğunu, tarihe karışması gerektiği söyleyebiliriz. Nitekim CİB’nun ortaya çıkıp sürmesinde çok sayıda psikososyal ve kültürel etken rol oynamaktadır.^[21,26-28]

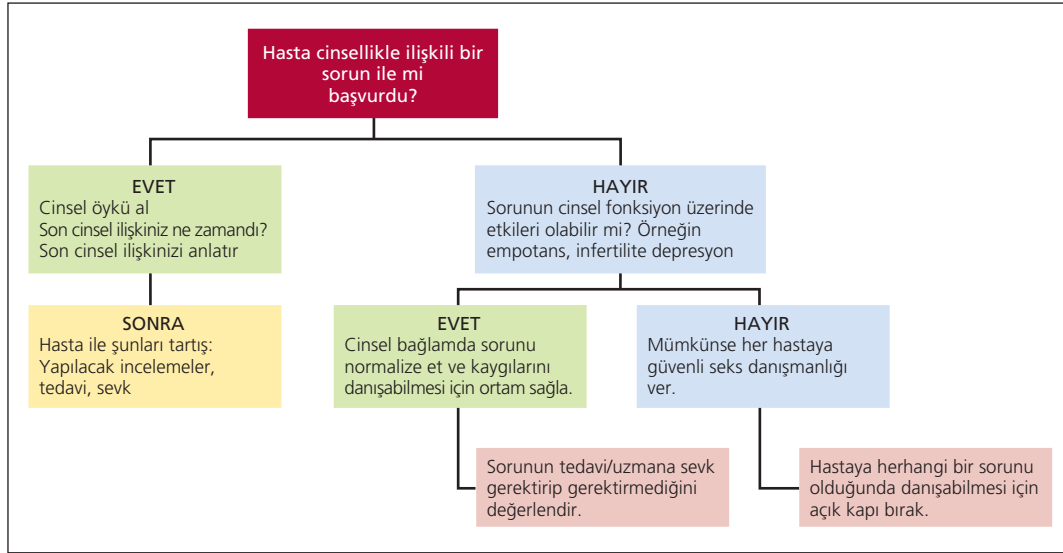
Cinsel eğitim yetersizliği, cinsel mitler, tutucu ortamda büyüme, aile ortamındaki olumsuzluklar hazırlayıcı etkenlerdir (Tablo 3). Bu zemin üzerine eklenen diyabet, hi-

Tablo 1. Cinsel işlev bozuklukları- DSM-IV APA^[11]

| | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Cinsel İstek Bozuklukları | Azalmış cinsel istek bozukluğu Cinsel tiksinti bozukluğu |
| 2. Cinsel uyarılma bozuklukları | Kadında cinsel uyarılma bozukluğu Erkeklerde cinsel uyarılma bozukluğu |
| 3. Orgazm bozuklukları | Kadında orgazm bozukluğu Erkeklerde orgazm bozukluğu Erken boşalma |
| 4. Cinsel ağrı bozuklukları | Disparoni Vajinismus |
| 5. Genel tıbbi bir duruma bağlı CİB | Kadında...’e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu Erkeklerde...’e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu Erkeklerde...’e bağlı erektil bozukluk Kadında...’e bağlı disparoni Erkeklerde...’e bağlı disparoni Kadında...’e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu Erkeklerde...’e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu |
| 6. Madde kullanımının yol açtığı CİB | |
| 7. Başka türlü adlandırılmayan CİB | |

Tablo 2. ABD’de CİB Oranları^[12]

| | Cinsel işlev bozukluğu | Yaygınlık % |
|-------|------------------------|-------------|
| Kadın | Cinsel istek azlığı | 32 |
| | Orgazm bozukluğu | 26 |
| | Disparoni-Vajinismus | 21 |
| Erkek | Cinsel istek azlığı | 14 |
| | Ereksiyon Bozukluğu | 7 |
| | Erken boşalma | 30 |
| | Orgazm bozukluğu | 7 |



Şekil 2. Cinsel öykü ne zaman ve nasıl alınmalı.^[21]

pertansiyon, depresyon, ilaç kullanımı, madde bağımlılığı, yaşlanma, aile dinamiklerindeki olumsuz etkenler CİB'nu başlatabilir. Süren bedensel ve ruhsal hastalıklar, ilaç kullanımı, madde bağımlılığı, cinsel mitler, ilişki sorunları CİB'nun kalıcı hale gelmesine neden olur. En sık rastlanan sürdürücü etmen "performans anksiyetesi"dir. CİB'nun uzun sürmesi bir süre sonra çiftin ilişkisini olumsuz yönde etkileyerek diğer eşte cinsel isteksizlik, erektil disfonksiyon, orgazm gücüne neden olabilir (Tablo 3).

Birinci basamakta, CİB ile başvuran kişiyi değerlendirirken en önemli noktalardan birisi olası organik sebepleri dışlayabilmektir. Nörolojik hastalıklar, diyabet ve kalp damar hastalıklarının ilk belirtisi CİB olabilir. Yaşlanma dışında toplumda çok sık görülen hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon, anksiyete,

sigara ve alkol bağımlılığı, endokrin nedenler CİB'na neden olabilir (Tablo 4). Yine birçok hastalık cinsel isteksizliğe yol açabilmektedir (Tablo 5). Kronik hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılan antihipertansifler, diüretikler, alfa ve beta blokerler, antidepresanlar da CİB etiolojisinde rol oynamaktadır^[1,10,29] (Tablo 6).

Cinsel İşlev Bozukluklarına Genel Yaklaşım

CİB tanısı büyük ölçüde öyküye dayanır. Öykü alma süreci tanı için en önemli araç ve aynı zamanda tedavinin de başlangıcıdır.^[30] CİB tedavisinde bilgilendirme önemli yer tutar; çoğu zaman öykü alma süreciyle iç içedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde cinsellikle ilgili konular şu durumlarda gündeme gelebilir:^[31]

Tablo 3. CİB'nu Hazırlayan, başlatan, sürdüren etmenler

| Hazırlayıcı etmenler | Başlatıcı etmenler | Sürdürücü etmenler |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Cinsel eğitim yetersizliği Cinsel mitler Tutucu ortamda büyüme Yetersiz cinsel deneyim Yaşam biçimi Bozuk aile ilişkileri Kişilik özellikleri Travmatik cinsel deneyimler Psikoseksüel roldeki güvensizlik Intrapsişik dinamik nedenler | <ul style="list-style-type: none"> Bedensel hastalıklar Depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar İlaçların yan etkileri Alkol ve madde kullanımı Abartılı performans beklentisi Gebelik, doğum, süt verme İlişkide yaşanan sorunlar Yaşlanma Sadakatsizlik Eş kaybı Partnerdeki cinsel işlev bozukluğu | <ul style="list-style-type: none"> Performans anksiyetesi İlişkide yaşanan sorunlar Cinsel mitler Psikiyatrik bozukluklar Bedensel hastalıklar İlaçların yan etkisi Alkol ve madde kullanımı Suçluluk ve günahkarlık duyguları Partnerler arasındaki çekicilik kaybı |

1. *Kişi CİB ile ilişkisiz bir sağlık sorunu ile başvurduğunda:* Genel sistem sorgulamasında cinsel bir sorun olup olmadığı sorulmalıdır. O anda hasta bu soruya yanıt vermese bile hekim hastasına ne zaman isterse bu konuda konuşabileceklerini söyleyerek bir açık kapı bırakmalıdır. Böylece aile hekimi hastalarına cinsel konularda danışabilecekleri mesajını vermiş olur. Ayrıca, sağlıklı cinsellik, cinsel sorunlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili bilgilendirici yazı ve kitapçıkların bekleme odasında bulundurulması hastanın cinsel sorunlarını hekime açmasını kolaylaştıracaktır.
2. *Hasta cinsellikle ilişkili olabilecek bir sorun ile başvurduğunda:* Örneğin vajina/penis akıntısı ile başvuran bir hastada öykü alma sürecinde veya tedavi önerilerinde cinsellik kendiliğinden gündeme gelecektir.
3. *Hastanın cinsel işlev zorluğuna yol açacak tıbbi veya sosyal sorunu olduğunda:* Örneğin diyabete bağlı sertleşme bozukluğu veya HIV taşıyıcısının yeni bir ilişkiye başlarken yaşayacağı sorunlar buna örnek verilebilir.
4. Kişi doğrudan CİB yakınması ile başvurabilir.

Bütün bu durumlarda öncelikle, cinsel yanıtı bozabilecek, cinsel soruna yol açabilecek nöronal, damarsal ve anatomik bir nedeninin olup olmadığı tespit edilmelidir. Daha sonra algı-yargılama bozukluğu, duyuşsal motor değişiklikler, bağırsak-mesane inkontinansı, spastisite, tremor, halsizlik, anksiyete ve kronik ağrı gibi cinselliği dolaylı yoldan etkileyebilecek nedenler belirlenmelidir. Üçüncü sırada cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi gibi iyatrojenik etkiler gözden geçirilmez. Son olarak, hastanın eş, aile, sosyal ilişkiler geçmişi ele alınmalıdır. Mümkün olduğunca eş de değerlendirme sürecine katılmalıdır.

Şekil 2'de birinci basamakta ne zaman ve nasıl cinsel öykü alınacağını gösteren bir algoritma sunulmuştur.^[31] Cinsel öykü alma sürecinde hastanın mahremiyeti ve bilgilerinin gizliliği sağlanmalıdır. Eğer ortam buna uygun değilse birinci basamak hekimi kişinin temel sorununu anlayacak kadar sorgulayıp hemen sevk etmeyi tercih edebilir. Özellikle hastanın rahatsız olabileceği sorularda hekim soruyu sormadaki amacını açıklamalıdır. Kişinin yaşam biçimi ve cinsel aktiviteleri konusunda yargılayıcı olmayan nötral soru kalıpları kullanılmalıdır. Her görüşme süreci hasta eğitimi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Hasta CİB yakınması ile başvurduğunda görüşmeye yakınmanın öyküsü ile başlanmalıdır. Yakınmanın ne olduğu, süresi, sıklığı, hangi durumlarda ortaya çıktığı sorulmalıdır. Hastadan son cinsel ilişkisini anlatmasını istemek, özellikle sorununu tam tanımlayamayanlarda cinsel yanıt döngüsünün hangi aşamasında sorun yaşandığını anlamak açısından yararlıdır. Kişinin sorunun nedeni

Tablo 4. Cinsel işlev bozukluklarına yol açan durumlar

| |
|---|
| • Yaşlanma |
| • Kronik Hastalıklar: Diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, lipid bozuklukları, böbrek yetersizliği, vasküler hastalıklar |
| • Endokrin Bozukluklar: Hipogonadizm, hiperprolaktinemi, hipotiroidi, hipertiroidi |
| • Yaşam-biçimi: Sigara, alkol kullanımı |
| • Nörojenik nedenler: Spinal kord hasarı, multipl skleroz, disk hernisi |
| • Penis yaralanmaları/hastalıkları: Peyronie hastalığı, priapizm |
| • İlaçlar |
| • Psikolojik sorunlar: Depresyon, anksiyete, sosyal stres |
| • Travma/yaralanma: Pelvis yaralanmaları/ cerrahisi, pelvik radyasyon |

Tablo 5. Cinsel isteği azaltan hastalıklar

| |
|---|
| • Pitüiter/hipotalamik: infiltratif hastalıklar, tümörler |
| • Endokrin: Testosteron eksikliği (kastasyon, adrenal hastalıklar, her iki yumurtalığın alınması), tiroid hastalıkları, endokrin salgılayan tümörler, Cushing hastalığı, adrenal yetmezlik |
| • Psikiyatrik: Depresyon, stres, madde kullanımı |
| • Nörolojik: Dejeneratif hastalıklar, travma |
| • Ürolojik/jinekolojik: Peyronie, fimos, jinekolojik ağrı sendromları |
| • Renal: Diyaliz, terminal dönem böbrek hastalığı |
| • Kronik ağrı ve yorgunluğa neden olan durumlar: Kanser, KOAH, artrit, karaciğer hastalıkları |

Tablo 6. Cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili ilaçlar

| |
|---|
| • Antihipertansifler |
| • Diüretikler: Tiyazidler, spironolakton |
| • Sempatolitikler: Metildopa, klonidin, rezerpin |
| • α Blokerler (özellikle seçici olmayanlar) |
| • β Blokerler |
| • Psikiyatrik ilaçlar: Antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler |
| • Antiandrojenik ajanlar: Digoksin, H-2 reseptör blokerleri |
| • Alkol |
| • Ketokanazol |
| • Niasin |
| • Fenobarbital |

hakkındaki düşüncesini de almak gerekir. Böylece bazen daha detaylı sorgulamaya geçmeden altta yatan neden ortaya çıkabilir.

Hekim, sorgulamadan sonra cinsel sorunun yanlış veya eksik bilgilenmeden mi kaynaklandığına yoksa cinsel işlev bozukluğu mu olduğuna karar vermelidir. Birçok durumda yanlış inanç veya bilgi eksikliği, gerçekçi olmayan beklentiler nedeni ile sorun olarak algılanan durum

bilgilendirme ile çözülebilir. Birçok cinsel sorunda gerçek bir CİB olmadan cinsel eğitim yetersizliği önemli bir etmen olabilir. Eğer hekim CİB düşünüyorsa şu ayırımı karar vermelidir:

1. *Yaşamboyu / edinsel*: Eğer kişi sorununun ilk cinsel ilişki-den beri her durumda olduğunu ifade ediyorsa bu “yaşamboyu” bozukluktur. Eğer sorun daha önce yok ise, hayatın belli bir döneminde başlamışsa “edinsel”dir.
2. *Genelleşmiş / durumsal*: Eğer kişi sorunu her ilişkisinde yaşıyorsa bu durum “genelleşmiş”tir. Eğer sadece belli koşullarda yaşıyorsa bu “durumsal”dır. Örneğin bir erkek mastürbasyon yaparken yeterli sertliğe ulaşabiliyor ama partneri ile ilişkiye girerken sertleşme olmuyorsa bu durumsaldır ve organik olma olasılığı zayıftır.

Sorun tanımlandıktan sonra altta yatan nedene yönelik daha kapsamlı bir öykü alma süreci gerekir.^[22,31,32]

- *Sosyodemografik veriler*: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile yapısı, evlilik öyküsü, çocukları, ekonomik durumu, işi, nereli olduğu, göç durumu
- Kronik hastalıkları
- Tıbbi öyküsü
- Kadın ise önceki hamilelik, düşük ve kullandığı doğum kontrol yöntemlerinin öyküsü
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü
- İlaç öyküsü
- Sigara, alkol ve yasa dışı madde kullanımı öyküsü
- Cinsel bilgilendirme kaynakları ve bilgi düzeyi
- İlk cinsel ilişki öyküsü
- Mastürbasyon öyküsü
- Eş uyumu, eşin çekiciliği
- Ešte cinsel işlev bozukluğu olup olmadığı
- Cinsel yönelim değerlendirmesi (heteroseksüellik, eşcinsellik, biseksüellik)
- Psikolojik sorunları
- Psikoseksüel sorunları (ereksiyon, ejakülasyon, cinsel isteksizlik, cinsel ilişki sırasında ağrı)
- Kültürel, dini kural ve uygulamalar
- Fantazileri ve pornografik materyel kullanımı

Tek bir görüşmede bütün bu detaylı öykünün alınması mümkün olmayabilir. Eksik kalan bilgiler daha sonraki seanslarda tamamlanabilir. Çoğu CİB tanısı öykü alma ile konulabilmekle beraber altta yatan etiyojisi açısından genel fizik muayene yapılmalıdır. Genel fizik muayene genital muayene ve nörolojik muayeneyi de içermelidir. Kronik hastalık veya hormonal nedenler düşünülüyorsa açlık kan şekeri ve kolesterol düzeylerini içeren temel biyokimyasal testler, testosteron, östrojen ve diğer hormonal tetkikler öykü ve muayene bulgularına göre yapılabilir.^[10]

CİB tanısına yönelik birçok ölçek geliştirilmiş, bir kısmının Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları da tamamlanmıştır. Kişiler bekleme odasında iken bu ölçekleri tamamlayarak muayene odasına girebilirler. Ölçekler yüze görüşme ve muayenenin yerini tutmamakla birlikte özellikle yoğun çalışan hekimlere zaman kazandırma ve daha önemlisi cinsel konuları gündeme getirmede hastayı cesaretlendirerek kolaylaştırıcı olma konusunda işlevseldirler.^[32] Ülkemizde cinsel işlevleri değerlendirmek amacıyla, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış Golumbok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği^[33-35] ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği^[36] kullanılabilir. Yaşlılar için “Yaşlılık Cinsellik Bilgi ve Tutum Ölçeği” (YCBTÖ),^[9,37] eşcinseller için “Eşcinsellik Tutum Ölçeği”^[38] kullanılabilir.

Birinci Basamakta Cinsel İşlev Bozukluklarında Temel Tedavi Yaklaşımı

Tanı ve değerlendirme sürecinde vurgulamaya çalıştığımız üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinde saptanan pek çok cinsel sorun bilgilendirme, kısa danışmanlık vererek çözülebilir.^[29]

Tedavi sürecinde altta yatan organik sebep varsa öncelik organik sebebin çözülmesidir; eş zamanlı olarak cinsel bilgilendirme ve tedavi süreci de başlamalıdır. Eğer ilaca bağlı olduğu düşünülüyorsa ilaç veya doz değişikliği ile izlenmelidir. Altta yatan sebep alkol veya madde kullanımı ise kişi direkt olarak bağımlılık tedavisine yönlendirilmelidir; bağımlılık tedavisi gerçekleşmeden yapılacak girişimlerden sonuç almak mümkün olmayacaktır. Evlilik dinamiklerindeki sorun ön planda ise evlilik terapisi ve cinsel terapi eş zamanlı yürütülmelidir. Tam tanı konamayan veya kısa girişimlerle başarılı olmayacak cinsel sorunlar zaman kaybetmeden ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir. Organik etiyojisi sekonder edinsel, genelleşmiş erektil disfonksiyonda cerrahi girişim gündeme gelebilir.^[7,10,22,27,28,32]

CİB'nun Temel Tedavi İlkeleri Bilgilendirme

Birçok danışanın sorunu bilgilendirme ile çözülebilir. Normali bilmek önemlidir. Erotik mesaj vermeyen çizim, maket gibi yardımcı eğitim materyallerin kullanılması kolaylaştırıcı rol oynar. Bilgilendirme ve eğitim sürecinde de tarafsız, yargılayıcı olmayan, önyargı, argo içermeyen, basit, anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.

Bilişsel Davranışçı Tedaviler

CİB'nun türüne özgü teknikler, danışan birey ve çiftin özelliklerine ve gereksinmelerine göre uygulanır.

İlaç Tedavisi

Antidepresanlar, fosfodiesteraz enzim inhibitörleri (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil), testosteron, hormon replasmanı, lubrikan, vajinal kremler.

Cerrahi Girişimler

Penis protezi.

Cinsellikle ilgili sorunların %80'i birinci basamak sağlık hizmetlerinde çözülebilir. Özellikle danışmanlığı her aile hekimi verebilmelidir. Cinsel danışmanlık ilkeleri şu şekilde özetlenebilir:

- Cinsel eğitim
 - Hastaya cinsel anatomi ve cinsel tepki döngüsünü anlatma
 - Var olan diğer hastalık ve tedavilerin cinselliğe etkileri hakkında bilgilendirme
 - Yaşlanmanın kadın ve erkek cinselliğine etkileri hakkında bilgilendirme
 - Mümkünse temel cinsel bilgileri içeren eğitim materyali sağlama
- Yanlış inançları değiştirme.

Aşağıda bazı örnekleri verilen yanlış bilgileri değiştirmek amaçlanır:

 - Cinsellik sağlıklıdır
 - Cinsellik mutlaka spontan olmalıdır
 - Yalnız cinsel birleşme "normal" cinselliktir
 - Kanser cinsel temasla bulaşır
 - Cinsellik kalp krizine veya inmeye neden olur
- Cinsellikle ilgili olumlu biliş kazandırma
 - Cinsellik yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır
 - Cinsellikten haz almak için mükemmel bir ereksiyona ihtiyaç yoktur
 - Cinsel olarak aktif olmak sağlığı bozmaz
- Cinsel konforu sağlamak için öneriler
 - Hastalara aşamalı olarak cinsel aktiviteye başlayabilmeleri için "duyumlara odaklanma" (sensate focus) alıştırmalarını öğretme
 - Yatak odası dışında sevgilerini göstermeleri konusunda yüreklendirme
 - Cinsel haz ve tercihlerde olan değişiklikler konusunda açıkça iletişim kurmaları için yüreklendirme
- Fiziksel engellilere öneriler
 - Diğer sağlık uzmanlarıyla (örn. fizyoterapistler) işbirliği yaparak edinilen bilgileri kullanma
 - Osteotomili, ekstremitte protezli olanların sevişirken rahat edebilecekleri pozisyonu bulmaları konusunda öneride bulunma

- Genital duyumları artırmak için vibratör önerme
- Ağrı ve halsizlik en aza indiğinde sevişmelerini önerme
- Evlilik uyumsuzluğunu azaltma
 - Eşlerin rol dağılımındaki dengesizliği gidermeye yönelik öneriler
 - Rol esnekliği ve zamanı kullanma sorunu olan çiftlere yardımcı öneriler
 - Geniş aile çatışmalarından kaynaklanan, çiftin duygusal ilişkisini olumsuz etkileyen sorunları azaltma

Cinsel Terapide Temel Uygulamalar

Cinsel terapi yöntemlerinin birçoğu birinci basamakta uygulanamayabilir. Ancak, birinci basamak hekiminin bu konularda temel bilgilere sahip olması hastasının gönderildiği uzmana gitmesi ve tedaviye uyumu açısından önemlidir.^[11,39] Bu tekniklerin uygulanması çoğu zaman partnerin katılımını gerektirir. Seanslarda birey ve çiftlere sorunlarının çözümünde kullanabilecekleri teknikler ayrıntılı olarak anlatılır ve ev ödevleri verilir. Kolaydan zora aşamalı biçimde uygulanır. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde kullanılan temel teknikleri şunlardır:

1. Eğitim-bilgilendirme
2. Hastanın kendi genitalerini incelemesi
3. Hastanın kendini cinsel olarak uyarması (self stimülasyon)
4. Solunum ve gevşeme alıştırmaları
5. Kegel alıştırmaları
6. Duyumlara odaklanma (sensate focus) alıştırmaları
7. Dur-başla (stop-start) alıştırmaları
8. Vajinal dilatasyon
9. Ağrı günlüğü
10. Bilişsel yeniden yapılandırma
11. Cinsel birleşme yasağı
12. Partnerin terapi sürecine adım adım katılmasını sağlama
13. Özgüveni artırıcı girişimler

Sonuç

CİB toplumda sık rastlanan bir sağlık sorunudur. Birçok kronik hastalık ve tedavileri ile ilişkilidir. Aile hekimi izlediği kişilerde birçok farklı durumda cinsel öykü almak ve hastasını cinsel açıdan değerlendirmek zorunda kalabilir. Hekim cinselliği genel sağlığın bir parçası olarak algılamalı, hastasının danışabilmesi için uygun zemini yaratmalıdır. CİB tedavisinde hasta eğitimi ve yanlış inançların düzeltilmesi önemlidir: Aile hekimine cinsel öykü almada, cinsel sağlık danışmanlığı vermekte, danışan kişileri doğru yönlendirmede önemli görevler düşmektedir.

Kaynaklar

1. Sipski ML, Alexander CJ. Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness: A Professional's Guide. Maryland, Aspen Publication, 1997;7-11.
2. World Health Organization. Sexual health: Working definitions. 2002. http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html sayfasından 10.09.2010 tarihinde erişilmiştir.
3. World Association for Sexual Health. Working definitions after WHO technical consultation on sexual health. 2005. http://www.worldsexual-health.org/who_def.asp sayfasından 10.09.2010 tarihinde erişilmiştir.
4. Holzapfel S. Sexual medicine in family practice. Part 1: how to help. *Can Fam Physician* 1993;39:608-10, 613-4.
5. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 2004;21:528-36.
6. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice* 2003; 20:690-5.
7. Holzapfel S. Sexual medicine in family practice. Part 2: Treating sexual dysfunction. *Can Fam Physician* 1993;39:618-20, 623-4.
8. Merrill J, Laux L, Thornby j. Why doctors have difficulty with sex histories. *Sothern Med J* 1990;83:613-7.
9. Dogan S, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1019-27.
10. Miller TA, Nusbaum MRH. Adult Sexual Dysfunction. Diagnosis and treatment in Family Medicine'de. Ed. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. New York, Lange Medical Boks/McGraw-Hill, 2004;221-30.
11. Maurice WL. Sexual Medicine in Primary Care. St Louis, Mosby, 1999; 20-21.
12. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. (1948) Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: WB. <http://www.kinseyinstitute.org/publications/ki-pubs.html#1956-1941> adresinden 03.09.2010 tarihinde erişilmiştir.
13. Kinsey, A.C, Pomeroy, W.B, Martin, C.E, & Gebhard, PH. (1953). Sexual Behavior in the Human Female Philadelphia: W.B. Saunders. (Paperback--New York: Pocket Books, 1965). <http://www.kinseyinstitute.org/publications/ki-pubs.html#1956-1941> adresinden 02.09.2010 tarihinde erişilmiştir.
14. Masters WB, Johson VE. Human Sexual Behaviour. İnsanda Cinsel Davranış. Çev. Ed Sayın Ü. İstanbul, Bilimsel Teknik Çeviri Yayınları Vakfı, 1994; 21.
15. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Çev. Köroğlu E. İkinci baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2005;225-34.
16. Kaplan HS: Disorders of sexual desire. New York, Brunner/Mazel Inc., 1979;3.
17. Kaplan HS. The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions. New York, Brunner/Mazel Inc.; 1974;412-28.
18. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L ve ark. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163:888-93.
19. Basson R. Lifelong vaginismus: A clinical study of 60 consecutive cases. *J Soc Gynecol Obstet Can* 1996;18:551-61.
20. Basson R, Leiblum S, Brotto L ve ark. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005;1:40- 8.
21. Lauman EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in United States. *JAMA* 1999;281:1052-7.
22. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004;3:3-13.
23. Öniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med* 2007;4: 1575-81.
24. Özdemir YO, Simsek F, İncesu C ve ark. Sociodemographic and clinical characteristics of 1.002 subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction center. *Eur J Sex Health* 2006;15(Supl 1):14-5.
25. Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Kognitif ve Davranış Terapileri 1. Ulusal Kongresi Kitapçığı'nda. Eds. Sungur MZ, Karabekiroğlu A, Bez Y, Kavuncu NV. 1. Kognitif ve Davranış Terapileri 1. Ulusal Kongresi. İstanbul, 2007;80.
26. Laumann EO, Gagnon JH, Micheal RH, Micheals S. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. Chicago, University of Chicago Press, 1994:351-74.
27. Sungur MZ. Erkek cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 1999;2: 60-4.
28. Boyacıoğlu GS. Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 1999;2:54-9.
29. Schover LR. Sexual problems in chronic illness. Principles and Practice of Sex Therapy'de. Ed. Sandra R. Leiblum, Raymond C. Rosen. 3. baskı. New York, Guilford Publications, 2000:398-420.
30. Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sexual history taking in primary care. *TJFMPC* 2007;1:11-14.
31. Lloyd M, Bor R. Taking Sexual History. Communication Skills for Medicine'de. Ed. Lloyd M, Bor R. 2. baskı. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2004;73-84.
32. Zakhari R. Female sexual dysfunction: A primary care perspective. *J Am Ac Nurse Pract* 2009;21:498-505.
33. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985;24:63-4.
34. Rust J, Golombok S. The GRISS- a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15:157-65.
35. Tuğrul C, Oztan N, Kabakçı E. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:83-8.
36. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patient undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004; 16:531-4.
37. Doğan S, Eker E. Yaşlı bireylerde cinsel sorunlara yaklaşım. *Geropsikiyatri Dergisi* 2009;1:58-66.
38. Doğan S, Doğan M, Beştepe E, Eker E. Eşcinsellik Tutum Ölçeği geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:84-90.
39. Leiblum SR. Principles and practice of sex therapy. 4. baskı. New York, Guilford Publications, 2007:1-11.

Geliş tarihi: 29.11.2010

Kabul tarihi: 01.04.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Hülya Akan

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD,

Kadıköy 34755 İstanbul

e-posta: hakan@yeditepe.edu.tr