

İki Uçlu Bozukluğu Olan Kadınların Sosyal ve Üreme Yaşamları: Türkiye'den Tanımlayıcı Bir Çalışma

Bilge Burçak Annagür¹, Selma Bozkurt Zincir², Yasin Bez³, İkbâl İnanlı⁴, Mine Şahingöz⁵, Nazlı Ateş², Gökay Alpak⁶

ÖZET:

İki uçlu bozukluğu olan kadınların sosyal ve üreme yaşamları: Türkiye'den tanımlayıcı bir çalışma

Amaç: İki uçlu bozukluk (İUB) cinsiyetler arasında bazı farklılıklar göstermektedir. Kadın hastaların tedavileri hamilelik, doğum ve emzirme gibi nedenlerle sıklıkla aksamaktadır. Ülkemizde İUB tanısı olan kadınların durumu henüz yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, İUB tanısı olan kadınların evlilik yaşamı, fertilitite durumu ve sosyal yaşamı ile ilgili özelliklerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışma Türkiye'nin üç bölgesinden beş farklı merkezde Ocak-Haziran 2011 ayları arasında gerçekleştirildi. İUB tanısı olan toplam 231 kadın çalışmaya dâhil edildi. İUB tanısı DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ile doğrulandı. Sosyodemografik ve klinik özellikler önceden yazarlarca hazırlanmış yarı yapılandırılmış bir form kullanılarak kaydedildi.

Bulgular: Yaşları 18-73 arasında olan hastaların yaş ortalaması 39.19±11.2 yıldır. Hastalık başlangıç yaşı ortalama 24.22±7.5 yıl idi. Hastaların 220'si İUB Tip-I (%95.2), 11'i ise İUB Tip-II (%4.8) olarak saptandı. Depresyon atak sayısı ortalama 3.36±3.4, manik atak sayısı ortalama 3.75±3.6, hipomanik atak sayısı ortalama 1.68±2.0 olarak saptandı. Hastaneye yatış sayısı ortalama 3.43±3.8 idi ve hastaların %92.3'ü (n=213) en az bir kez hastaneye yatmıştı. Hastaların %32.5'i (n=75) en az bir kez özkiym girişiminde bulunmuştu. Hastaların %18.2'si (n=42) gebelik döneminde en az bir kez atak geçirmişti, %20.7'sinde (n=48) ise geçirilmiş puerperal atak öyküsü mevcuttu. Hastaların neredeyse beşte biri (%18.6) hastalığı nedeniyle eğitimine ara vermek zorunda kalmışken, %12.1'si eğitimini hiç sürdürmediği tespit edildi. Hastaların %19.5'i düzenli bir işte çalışmayı halen sürdürüyordu. Tüm hastaların %23.8'i bekar, %51.1'i evli, %2.2'si nikahsız olarak birlikte yaşıyor, %20.3'ü boşanmış ve %2.6'sı ise dul idi. Kadınların %11.3'ü hastalık etiketi nedeni ile evlenemediklerini, %16'sı hastalık nedeniyle boşandıklarını belirttiler. Ortalama gebelik sayısının 3.02±2.0 olduğu, sahip olunan çocuk sayısının ortalama 2.18±1.4 olduğu saptandı. Hastaların %51.5'i ilaca bağlı menstrüel düzensizlikleri olduğunu belirtti. Hastalık sürecinin bir döneminde kullandıkları ilaca bağlı amenorenin %13.9, galaktorenin ise %22.5 oranında olduğu saptandı. Hastaların yalnızca %28.6'sı doktoru tarafından kontrasepsiyon hakkında bilgilendirildiğini belirtti.

Sonuçlar: Sosyal yaşama etkileri ve üreme yaşamı ile ilişkisi göz önüne alındığında İUB kadın hastalar açısından incelenmesi ve akıld tutulması gereken birçok özel durumu içerisinde barındırmaktadır. Bu çalışma, Türkiye'de yaşayan ve İUB tanısı olan kadınların sosyal ve üreme yaşam özelliklerini kesitsel olarak ortaya koymuştur. Bu konuda ülkemizde yapılmış ilk geniş ölçekli çalışma olması açısından bulguları itibarıyla önemlidir.

Anahtar sözcükler: iki uçlu bozukluk, fertilitite, gebelik, kadın, postpartum dönem

Journal of Mood Disorders 2013;3(1):11-6

ABSTRACT:

Social and reproductive lives of women with bipolar disorder: a descriptive study from Turkey

Aims: Bipolar disorder (BD) shows some differences across genders. Pregnancy, delivery, and lactation periods of women with BD may sometimes interfere with their treatment. In terms of social and reproductive lives, the characteristics of women with bipolar disorder living in our country have not been thoroughly studied yet. The aims of this study were to investigate the characteristics of marital life, fertility, and social life of the women with BD.

Methods: The study was conducted in 5 different centers from 3 parts of the Turkey between January-June 2011. A total of 231 women with the diagnosis of BD have been included in the study. The diagnosis was confirmed by using Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I). Sociodemographical and clinical features of the patients were recorded by using a semi-structured form prepared by the authors.

Results: The mean age of the patients was 39.19±11.2 years ranging from 18 to 73. Mean age at onset of BD was 24.22±7.5 years of age. The type of diagnosis was BD Type-I in 220 (95.2%) patients, whereas, BD Type-II in 11 (4.8%) patients. Mean numbers of depressive, manic, and hypomanic episodes were 3.36±3.4, 3.75±3.6, and 1.68±2.0, respectively. Mean number of hospitalizations was 3.43±3.8 where 92.3% (n=213) of the participants were hospitalized at least once. History of at least one suicide attempt was proclaimed by 32.5% (n=75) of the patients. Fourty-two (18.2%) patients reported at least one mood episode during their pregnancy. Additionally, a puerperal episode was defined by 20.77% (n=48) of the patients. Almost one fifth of the patients (18.6%) had to suspend their education due to their disorder, whereas 12.1% were not able to pursue it anymore. Frequency of the patients who worked in a regular job was 19.1%. Marital status of the patients were as follows; unmarried 23.3%, married 51.1%, living with a partner 2.2%, divorced 20.3%, and widowed 2.6%. Among the participants 11.3% reported that they could not marry due to stigma of their disorder, whereas, 16% reported a divorce history due to BD. Mean numbers of pregnancy and children were 3.02±2.0 and 2.18±1.4, respectively. Menstrual abnormalities were reported by 51.5% of the patients. Amenorrhea and galactorrhea secondary to the medications were identified in 13.9% and 22.5% of the patients at sometime during their disease course, respectively. Only 28.6% of the participants acknowledged that their psychiatrists have provided information about contraception.

Conclusions: When its effects on social life and reproductive life were taken into account, BD harbors many specific conditions for female patients that should be investigated further and kept in mind. This study cross-sectionally investigated characteristics of social and reproductive lives of the patients with BD who were living in Turkey. Its results are important given the fact that it is the first large-scale study conducted in our country on this topic.

Key words: bipolar disorder, fertility, pregnancy, postpartum period, women

Journal of Mood Disorders 2013;3(1):11-6

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Konya-Türkiye
²Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul-Türkiye
³Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır-Türkiye
⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya-Türkiye
⁵Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Konya-Türkiye
⁶Midyat Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Midyat, Mardin-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Bilge Burçak Annagür, Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Selçuklu, Konya-Türkiye

Telefon / Phone: +90-332-244-4019

Elektronik posta adresi / E-mail address: bilgeannagur@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 1 Ekim 2012 / October 1, 2012

Bağıntı beyanı:

B.B.A., S.B.Z., Y.B., İ.İ., M.Ş., N.A., G.A.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Declaration of interest:

B.B.A., S.B.Z., Y.B., İ.İ., M.Ş., N.A., G.A.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

İki uçlu bozukluk (İUB) yaşam boyu yaygınlığı %1'in üzerinde olan, genç erişkin yaşlarda başlayan ve ataklarla seyreden, ek hastalıkların sıklıkla eşlik ettiği önemli bir ruhsal bozukluktur (1,2). İki uçlu bozuklukta özkıyım girişimlerinin yüksek oranda görülmesi, medikal sorunların sıklıkla eşlik etmesi nedeniyle erken ölümler de yüksek oranda görülmektedir (3).

İki uçlu bozuklukta sıklık oranları açısından cinsiyetler arasında belirgin bir farklılık olmamasına karşın hastalık seyrinin kadınlarda daha problemlerli olduğu söylenebilir (2,4). İki uçlu bozukluk yaşamın erken dönemlerinde başlaması ve yineleyici doğası nedeniyle yaşam boyu koruyucu ilaç kullanımını gerektirmektedir. Ancak uzun süreli ilaç kullanımı özellikle kadın hastalar için yüksek riski de beraberinde getirmektedir (4). İki uçlu bozukluk tanısı olan kadınlar üreme dönemleri boyunca hormonlarında değişimlerin de gözlemlendiği bir takım psikiyatrik bozukluklara daha yatkın olabilmektedirler. Ayrıca hamilelik ve doğum sonrası dönemde koruyucu ilaç kullanımı sıklıkla kesintiye uğramakta ve bu durum hastalığın nüks etmesi için risk oluşturmaktadır (5). İUB tanısı olan kadınlar kullandıkları koruyucu tedavi nedeniyle gebe kalmaktan kaçınmakta, gebeliklerini erteleyebilmekte veya gebelikleri sırasında kullanılan ilaçların teratojenik etkisi nedeniyle gebelikleri sonlanabilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar İUB olan kadınların fertilitelerinin hastalık ve ilaç kullanımına bağlı azaldığını göstermektedir (6,7). Ayrıca sıklıkla ilaca bağlı eşlik eden menstruel düzensizlikler de fertilitiyi etkilemektedir. Fertilitiyi etkileyen en önemli faktörlerden biri de evlilik yaşı ve evlilik yılıdır. İUB'si olan kadınlar hastalığa bağlı damgalanma nedeniyle de evliliğe adım atma ve evliliği sürdürmede sorun yaşamaktadırlar. Hastalığın getirdiği bu sosyal durum İUB olan kadınların fertilitite oranlarını azaltmaktadır (7-9).

Ülkemizde İUB olan kadın hastalarla ilgili evlilik ve sosyal yaşamları ve fertilitite durumları konularında ulaşabildiğimiz kadarıyla herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, İUB tanısı olan kadınların evlilik yaşamı, fertilitite durumu, çocuk sahibi olma ve iş yaşamı hakkındaki bilgileri ortaya koymaktır.

YÖNTEM

Çalışma Deseni Ve Örneklem

Çalışmaya Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Konya Numune Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Midyat Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği olmak üzere Türkiye'nin üç bölgesinden beş farklı merkez katıldı. Çalışma 2011 yılı Ocak ve Haziran ayları arasında gerçekleştirildi. Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden 110, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Konya Numune Hastanesi'lerinden 77, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Midyat Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinden 44 olmak üzere toplam 231 İUB tanısı olan kadın hasta çalışmaya alındı. Hastalık etkisini araştırmaya yönelik bir çalışma olduğu için çalışmaya en az 5 yıllık hastalık öyküsü bulunan kadın hastalar dâhil edildi. Görüşmenin sağlıklı olması için remisyondaki hastalar ile çalışma yürütüldü. İki Uçlu bozukluk tanısı en az 2 yıllık deneyimi olan psikiyatri uzmanları tarafından yapılan DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu ile doğrulandı. Ciddi organik ve nörolojik hastalığı olan ve demans bulguları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alındı.

Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik Veri Formu

Birinci bölümde; Hastalık başlangıcı, atak öyküsü, hastaneye yatış öyküsü, özkıyım girişimi gibi hastalık seyri ile ilgili sorular yer aldı. İkinci bölümde; eğitim süreci, çalışma durumu, meslek, iş kaybı gibi kişinin mesleki ve işlevsellik durumu ile ilgili olan sorular bulunmaktaydı. Üçüncü bölümde; medeni durum, evlilik yaşı, boşanma öyküsü gibi evlilik süreci ile ilgili sorular soruldu. Dördüncü bölümde; gebelik, kürtaj ve abortus öyküleri, bebek ve çocuk kaybı, emzirme ve bebek bakımı ile ilgili sorular ile cinsel yaşama yönelik sorular yer aldı.

DSM-IV Klinik Görüşme Formu

DSM-IV ölçütlerine göre yapılandırılmış SCID I (Struc-

tured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders Research Version-DSM-IV, Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme araştırma formu) duygudurum bozuklukları modülü uygulandı. SCID I First ve ark. tarafından geliştirilmiş (10), Özkürkçügil ve ark. (11) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.

İstatistiksel İşlemler

Veriler SPSS 16.0 programı ile kayıt edildi. Daha sonra sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde tanımlayıcı istatistikler yapıldı.

BULGULAR

Çalışmamıza İÜB tanısı alan toplam 231 kadın hasta dâhil edildi. Yaşları 18-73 arasında olan hastaların yaş ortalaması 39.19±11.2 yıldır. Hastalık başlangıç yaşı 13-49 arasında değişmekle birlikte ortalama 24.22±7.5 yıl saptandı. Hastaların 220'si İÜB-I (%95.2), 11'i ise İÜB-II (%4.8) tanısı aldı. Depresyon atak sayısı en çok 25 olmakla birlikte ortalama 3.36±3.4 olduğu saptandı. Manik atak sayısı en çok 20 olmakla birlikte ortalama 3.75±3.6 olduğu saptandı. Hipomanik atak sayısı en çok 10 olmakla birlikte ortalama 1.68±2.0 saptandı. Hastaneye yatış sayısı 0-20 arasında olup ortalama 3.43±3.8 olarak tespit edildi. Hastaların %92.3'ü (n= 213) en az bir kez hastaneye yatış öyküsü bulunuyordu. Özkıyım girişimi sayısı 0-4 arasında olup ortalama 0.51±0.8 idi. Hastaların %32.5'i (n= 75) en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edildi. Hastaların %20.7'sinde (n=48) en az bir kez geçirilmiş puerperal atak öyküsü mevcuttu. Hastaların %18.2'si (n=42) gebelik döneminde en az bir kez atak geçirmişti.

Tablo 1: İki uçlu bozukluk tanısı konan kadın hastaların klinik özellikleri (N=231)

	Frekans	(%)
İki uçlu bozukluk-I	220	(95.2)
İki uçlu bozukluk-II	11	(4.8)
Hastaneye yatış öyküsü	213	(92.3)
Özkıyım girişimi	75	(32.5)
Gebelik atağı öyküsü	42	(18.2)
Puerperal atak öyküsü	48	(20.7)
	Ort.±SS	Min-max
Manik atak sayısı	3.75±3.6	0-20
Depresif atak sayısı	3.36±3.4	0-25
Hipomanik atak sayısı	1.68±2.0	0-10
Özkıyım girişimi sayısı	0.51±0.8	0-4

Hastaların klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların aldıkları eğitime baktığımızda; %55.5 (n=126) ilköğretim, %28.2 si lise ve %16.3 de yüksekokul mezunu idi. Kırk üç hasta (%18.6) hastalık nedeni ile eğitimlerine ara vermek zorunda olduklarını belirtti. Yirmi sekiz kişi ise (%12.1) hastalık nedeni ile eğitimlerini sonlandırmak zorunda kaldıklarını belirttiler. Hastaların %19.5'i (n=45) herhangi bir işte çalışmayı halen sürdürüyordu. Ekonomik düzeylerine baktığımızda; %40.4'ünün aylık geliri < 1000 lira, %57'sinin aylık geliri 1000-3000 arasında, %2.6'sının ise >3000 lira idi. Hastaların %23.4'ü hastalık nedeni ile iş kaybına uğradıklarını; %55'i de günlük işlerinde performans kaybına uğradıklarını; %16.9'u ise hastalık nedeni ile daha düşük statüde bir işe geçmek zorunda olduklarını; %38.5'i ise hastalık nedeni ile çalışmaz durumda olduğunu belirtti.

Evlilik yaşamlarını incelediğimizde; hastaların %23.8'i (n=55) bekâr, %51.1'i (n=118) evli, %2.2'si (n=5) nikahsız olarak birlikte yaşıyor, %20.3'ü (n=47) boşanmış ve %2.6'sı ise dul olarak saptandı. Hiç evlilik yapmayan toplam 55 kişinin 26'sı (%11.3) hastalık etiketi nedeni ile evlenemediklerini, boşanmış olan 47 kişinin 37'si (%16) hastalık nedeniyle boşandıklarını belirttiler. Tüm kadınların %24.2'si eşleri tarafından aldatıldıklarını; %5.6'sı istemedikleri evlilik yaptıklarını; %0.9'u çocuk sahibi olamama ya bağlı boşandıklarını belirttiler.

Evlilik deneyimi olan veya halen evli olan kadınlar arasında fertilité durumlarına bakıldığında; gebelik sayısının en çok 10 olduğu ve ortalama gebelik sayısının 3.02±2.0 olduğu, sahip olunan çocuk sayısının en çok 7 olduğu ve ortalama 2.18±1.4 olduğu saptandı. İsteğe bağlı kürtaj sayısının en çok 5 ve ortalamasını 0.75 olduğu, abortus oranının %2.1 olduğu gözlemlendi. Hastaların %10'u hastalık nedeni ile yeterli prenatal bakım alamadıklarını, %21.6'sı ise atak geçirdikleri veya ilaç kullandıkları için bebeklerini emziremediklerinin belirttiler. Kadınların %25.1'i hastalık nedeni ile yeni doğan bebeklerine bakamadıklarını ve %2.2'si atak sırasında yeni doğan bebeklerine zarar verme eylemi gösterdiklerini belirtti. Hastaların %49.4'si hastalıklarının manik/hipomanik döneminde cinsel istekte artış olduğunu, %66.2'si ise özellikle depresif dönemlerinde cinsel istekte azalma yaşadıklarını belirttiler.

Hastaların %51.5'i ilaca bağlı menstrüel düzensizlikleri olduğunu belirtti. Hastalık sürecinin bir döneminde kullandıkları ilaca bağlı amenorenin %13.9, galaktorenin ise %22.5 oranında olduğu saptandı. Hastaların %28.6'sı

doktoru tarafından kontresepsiyon hakkında bilgilendirildiğini, %34.6'sı ise gebelikten korunduğunu belirtti. En çok kullandıkları kontrasepsiyon metodu %13.4 oranı ile prezervatif idi. Diğer yöntemler sırasıyla; %9.1 rahim içi araç, %6.9 koitus interruptus, %2.6 oral kontraseptif kullanma ve %1.3 olarak da cerrahi yöntemlerdi.

TARTIŞMA

Bu çalışma İUB tanısı almış ve tedaviye devam eden kadın hastaların, hastalık seyirleri, eğitim ve çalışma durumları, evlilik yaşamları ve fertilitate özellikleri hakkında kapsamlı bilgi sahibi olmamızı sağlamıştır. Çalışmamıza, Marmara, İç Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden hastalar dâhil edildiği için Türkiye'nin büyük bir coğrafyasına yönelik de bir fikir verdiği söylenebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre İUB tüm hastalıklar arasında 6. sırada maluliyet nedenidir (12). Hastalıktan etkilenme sadece ataklar sırasında değil remisyon boyunca da sürebilmektedir (13). Hastaların psikososyal, evlilik, mesleki, kişiler arası ve reproduktif yaşamlarındaki işlevsellikte bozulmalar görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle depresif belirtilerin ve hastaneye yatış sayılarının işlevselliği olumsuz yönde etkilediğine yönelik bulgular mevcuttur (14). Wingo ve arkadaşları eğitim düzeylerinin yüksek oluşu, hastalık süresinin kısa oluşu ve evli olmak gibi faktörlerin ötimik veya hafif depresyon belirtileri olan İUB tanılı hastalarda fonksiyonel iyileşmeye katkısı olduğunu göstermiştir (15). Diğer bir çalışmada ise hastalığın kronik hale gelmesi, hızlı döngülü olma, özkiyim girişimlerinin fazlalığı, diğer psikiyatrik ve tıbbi eştanıların olmasının fonksiyonel iyileşmeyi azalttığı belirtilmiştir (16). Çalışmamızda depresyon atak sayısı manik atak sayısından nispeten fazla olmakla birlikte ortalama değerleri birbirine çok yakındı. Hastaların %90'dan fazlasında en az 1 kez hastaneye yatış öyküsü bulunuyordu ve hastaneye yatış ortalaması 3-4 idi. Bu orana bakarak İUB tanısı alan hastalarda psikiyatri kliniğine yatış gerekliliğinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca hastaların üçte birinin özkiyim girişiminde bulunması da hastalığın ciddiyeti açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Tüm bu oranların yüksek olması kişilerin işlevselliğini etkilemesi kaçınılmazdır. Ancak bizim çalışmamızda işlevsellik ile ilgili bir ölçek kullanılmamış olup kişilerin bildirimlerine dayanan veriler kulla-

nılmıştır. Ayrıca çalışmamızda diğer psikiyatrik eştanılar ve hastalığın kronik özellikte olup olmaması gibi işlevselliği olumsuz etkileyen unsurlar değerlendirilmemiştir.

İUB erken yaşlarda başlayan ve ataklarla seyreden bir hastalık olması sebebiyle hastaların eğitim süreçlerini de etkileyebilmektedir. Çalışmamıza katılan kadınların 1/3'ü hastalık nedeniyle eğitimlerine ara vermek ya da sonlandırmak zorunda kaldıklarını belirttiler. Özellikle erken yaşlarda başlayan hastalık öyküsü olanlarda, atak dönemleri ve hastalık nedeni ile zaman kayıplarının hastaların eğitim süreçlerini etkilediği ve bunun uzun dönem dolaylı etkilerin sürebileceğini göstermektedir. Çalışmaya katılan hastaların 1/5'i bir işte çalışmayı sürdürebilmekteydi. Öte yandan hastaların 1/5'i hastalık nedeni ile iş kaybına uğradıklarını ve %16.9'u ise daha düşük statüde bir iş geçmek zorunda kaldıklarını belirttiler. Ülkemizde kadınların çalışma oranlarının düşük olduğu göz önüne alındığında bu oranların nispeten iyi olduğu düşünülebilir. Ancak hastalığın atak dönemleri, kalıntı belirtiler ya da tedaviye uyumsuzluk iş yaşamındaki fonksiyonelliği bozmaktadır (17). İUB tanılı hastalarda koruyucu tedaviye hastaları remisyonunda tutmak iş yaşamlarını da belli ölçüde korumaktadır.

Sağlıklı bir evlilik yaşamının İUB tanısı olan hastalara önemli bir sosyal destek sağladığı bilinmektedir. Bununla birlikte epidemiyolojik çalışmalar İUB tanılı kişilerin sağlıklı kişilere kıyasla daha az evlendiğini göstermektedir (18). Başka bir bakışla bu kişiler evlilik uyumlarında daha fazla sorun yaşamakta, evlilik dışı ilişkileri daha fazla olmakta ve boşanma oranları daha fazla olmaktadır (19). İki uçlu bozukluk tanılı hastalarda yapılan araştırmalarda kadın hastaların erkek hastalara kıyasla evlilik oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda hastalık başlangıç yaşının ya da hastalık alt tipinin evliliği etkilemediği gösterilmiştir (20). Ancak evliliğin koruyucu etkisinin kadın cinsiyetinden çok erkek cinsiyeti için belirgin olduğu gösterilmiştir (21). Bizim çalışmamızda da hastalarımızın yarısı evliydi, yaklaşık 1/4'i bekâr, diğer 1/5'i ise eşinden ayrılmıştı. Hiç evlilik yapmayan hastaların yarısı hastalık damgası nedeni ile evlenemediklerini belirttiler (%11.3). Boşanmış olan kadınların büyük bir çoğunluğu boşanma nedeni olarak hastalığa bağlı belirtiler, uyum sorunları, ilaç kullanımının getirdiği yan etkiler ve hastalık nedeni ile damgalanma gibi nedenler bildirdiler. Bu verilere bakarak akıl hastalıklarında damgalanmanın evliliği sürdürme gibi hayatın birçok alanını etkilediği söyle-

nebilir (22).

Literatürde İUB tanısı olan kadınların fertilité oranlarının azaldığı bildirilse de çalışmaya aldığımız hastaların ortalama gebelik sayısı ve ortalama çocuk sayıları düşük değildi. Çalışmaya katılan hastaların ilaç kullandıkları herhangi bir dönemde, yarısı ilaca bağılı menstrüel düzensizlik yaşadıklarını, %13.9'u amenore, 1/4'ü galaktore belirtisi yaşadıklarını belirttiler. İlaç kullanımının getirdi yan etkilerin sıklıkla karşımıza çıkması hastaların tedaviye uyumunu da olumsuz etkilemektedir. Çocuk sahibi olmak isteyen İUB tanılı kadınlar yan etkileri nedeni ile ilacı bırakmak zorunda kalabilmektedirler (5,6). Bununla birlikte biz çalışmamızda hastaların kullandıkları ilaçların özelliklerini, dozlarını ve hastaların tedaviye devamlılıklarını göz önünde bulundurduk. Bu nedenle bu çalışma verilerine bakarak, hastalığın veya ilaçların fertilité oranları üzerindeki etkilerini net olarak saptayamayız.

Kontrasepsiyon ile ilgili verilere baktığımızda hastaların yalnızca 1/3'ü doktorundan bu konuda bilgi aldıklarını ve gebelikten korunduklarını belirtmişlerdir. Geri kalan kısmı kontrasepsiyon hakkında bilgi almadıklarını ve gebelikten korunmadıklarını beyan ettiler. Sürekli ilaç kullanımı gerektiren ve ilaçların fetüs üzerine ciddi yan etkileri düşünüldüğünde günlük pratikte hekimlerin kontrasepsiyon konusunu biraz ihmal ettikleri izlenimi oluşmaktadır. Özellikle remisyondaki hastalara bu konuda bilgi verilmesi onların istenmeyen gebeliklerin ve ilaç yan etkisine bağılı oluşabilecek olumsuzlukların önlenmesi açısından oldukça önem taşımaktadır.

Çalışmadan elde ettiğimiz diğér bir bilgi kadınların 1/10'unun prenatal bakım alamadıkları, 1/5'inin hastalık ve veya ilaç kullanımı nedeni ile bebeklerini emzire-

medikleri ve 1/4'ünün yenidoğan bebeklerine bakım verememiş olmalarıdır. Çalışmaya katılan hastaların çok küçük bir bölümü (%2.2) ise yeni doğan döneminde bebeklerine zarar verme eylemi gösterdiklerini belirtmişlerdir. Perinatal dönem duygudurum bozukluklarının artış gösterdiği, bebek ve anne yaşamı için ciddi sonuçlar oluşabilecek dönemlerdir. Kadın hastalar erkek hastalara kıyasla bu dönemin dezavantajını yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda hamilelik ve doğum sonrası dönemde hastalığın yineleme oranlarının %30-50 olduğu gösterilmiştir (23). Bizim çalışmamızda gebelik döneminde ve postpartum dönemde atak geçirme oranları birbirine yakın sonuçlar olup yaklaşık %20 civarında saptadık. Bu dönemlerde ilaç kesimine bağılı veya bağımsız olarak hastalık belirtilerinin artması İUB tanılı kadınlar ve onların bebekleri açısından oldukça risk taşımaktadır (24).

Bu çalışma, İUB tanılı kadınların yaşamları boyunca karşılaştıkları sosyal ve tıbbi zorlukları ortaya koyması ve klinik uygulamada bu zorluklara dikkat çekmesi açısından bulguları itibariyle önemlidir. İUB ataklar, ataklar arasındaki dönemler ve hastalığın getirdiği kişisel ve sosyal etki açısından kadın cinsiyeti açısından önemini korumaktadır. Çalışmamızın kesitsel olması ve uzun dönem takip çalışması olmaması kısıtlılıkları arasındadır. Ayrıca hastaların kullandıkları ilaçlar ve etkileri nesnel olarak değerlendirilememiştir. Kısıtlılıklarına rağmen sonuçları itibariyle bu çalışma, kadın IUB tanılı hastaların sosyal ve reproduktif yaşamlarını da göz önüne alan klinik yaklaşımların yaygınlaşmasına katkıda bulunabilir. Gelecekte IUB'un tiplerine göre sosyal işlevselliğın inceleneceği ve özellikle hastalığın ve ilaçların fertilité üzerine etkilerinin inceleneceği çok boyutlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

1. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150:720-7.
2. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1322-30.
3. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*. 2003;17:491-511.
4. Akdeniz F. Valproatın Kadın Üreme Endokrinolojisi Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12:301-7.
5. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, Zurick A, Cohen LS. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1817-24.
6. Viguera AC, Cohen LS, Bouffard S, Whitfield TH, Baldessarini RJ. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry*. 2002;159:2102-4.
7. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update*. 2007;13:607-16.

8. Calzeroni A, Conte G, Pennati A, Vita A, Sacchetti E. Celibacy and fertility rates in patients with major affective disorders: the relevance of delusional symptoms and suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;82:309-10.
9. Jönsson SA. Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1991;241:119-25.
10. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
11. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 1999;12:233-6.
12. Murray C, Lopez A. The global burden of disease. A comprehensive assessment of morbidity and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1996.
13. Fagiolini A, Kupfer D, Masalehdan A, Scott J, Houck P, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7:281-5.
14. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Salamero M, Kapczinski F, Vieta E. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord.* 2009;11:401-9.
15. Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disord.* 2010;12:19-26.
16. Hajek T, Slaney C, Garnham J, Ruzickova M, Passmore M, Alda M. Clinical correlates of current level of functioning in primary care-treated bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2005;7:286-91.
17. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2010;2:206236.
18. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med.* 1997;27:1079-89.
19. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, McElroy SL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Bickel M, Post RM. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord.* 2001;67:45-59.
20. Lieberman DZ, Massey SH, Goodwin FK. The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2010;51:380-5.
21. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. *Psychol Bull.* 2001;127:472-503.
22. Cerit C, Filizer A, Tural U, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53:484-9.
23. Santvana S, Shamsah S, Firuza P, Rajesh P. Psychiatric disorders associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol India.* 2005;55:218-27.
24. Vega P, Barbeito S, de Azúa SR, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Ortega I, Saenz M, González-Pinto A. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Womens Health.* 2011;7:663-74.