

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği



Bilgilendirme Dosyası - 3

"Kadında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Sağlıklı Yaşlanma"

"Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk" projesi, Avrupa Birlięi tarafından finanse edilen T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında desteklenmektedir.

Bu yayının içeriği sadece Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Proje Ekibi sorumluluğu altında olup, hiğbir şekilde T.C. Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birlięi'nin görüşlerini yansıtmaz.

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI ALANINDA ULUSAL VE YEREL MEDYA YOLUYLA SAVUNUCULUK PROJESİ

Bilgilendirme Dosyası 3:

KADINDA CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN SAĞLIKLI YAŞLANMA

Editörler:

Prof. Dr. Engin EKER

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Erdoğan ERTÜNGEALP

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Arşaluys KAYIR

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Proje Yürütücüsü:

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

Proje Destekleyenleri:

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı

Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği

Proje Ekibi:

Proje Koordinatörü : Azime Acar

Proje Asistanı : Tracy Kazmirci

Proje Sekreteri : Pınar Bingöl

Yerel Temsilciler : Şadan Kolaylı (Bursa), Veysel İpek (Diyarbakır), Filiz Özkan (İzmir)

Merhaba,

CETAD olarak, Haziran 2006 tarihinden itibaren “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk” konulu bir projeyi başlattık. Projemiz AB Komisyonu tarafından finanse edilen Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı tarafından desteklenmektedir.

Projemiz, ulusal ve yerel medya üyelerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ki haberdarlık ve duyarlılıklarını arttırmayı ve bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşlarıyla karşılıklı işbirliğini geliştirmeyi, kamuoyuna bu alandaki doğru mesajları daha etkin ve daha yaygın biçimde ulaştırmayı hedeflemektedir.

Çünkü, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki savunuculuğun toplumun tüm kesimleri açısından hizmet talebinin ve hizmet sunumunun yaygınlaştırılmasında çok önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz.

Bu amaçla, proje kapsamında kendi alanlarında uzman akademisyenlerden oluşan editörler ve bu editörlere yardımcı olan bir araştırmacı yazar kadrosu tarafından sekiz ayrı başlıkta dosyalar hazırlanacaktır.

KADINDA CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN SAĞLIKLI YAŞLANMA başlıklı üçüncü dosyayı sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

Projemizi tamamlayacağımız Haziran 2007 tarihine kadar medya aracılığıyla kamuoyunun dikkatine sunulacak olan diğer beş dosyanın başlıklarını da sizlerle paylaşmak istiyoruz.

- Güvenli Cinsellik
- Kadın Cinselliği
- Erkek Cinselliği
- Gençlik ve Cinsellik
- Seks Ticareti

Umarız ki, CETAD'ın üstlendiği bu çalışma kamuoyunda cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilincine katkıda bulunacaktır.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Cem İNCESU

CETAD Yönetim Kurulu Üyesi ve Proje Direktörü

İÇİNDEKİLER

A) YAŞLILIK DÖNEMİ.....	7
B) KADINLARDA YAŞLILIK DÖNEMİ VE CİNSELLİK.....	9
C) MENOPOZ DÖNEMİ VE CİNSEL YAŞAM.....	11
D) MENOPOZ DÖNEMİ SORUNLARIYLA BAŞETME	16
I) Hormon Kaybı ile İlgili Cinsel Sorunlar	16
II) Hormon Replasman Tedavisi'nin (HRT) Cinsellik Üzerindeki Yararları	18
III) Kadınlarda Testosteron Replasman Tedavisi	18
E) YAŞINI ALAN KADINDA CİNSELLİK VE PSİKoseksüEL TERAPİLERDE YAKLAŞIM	19
I) Değişime Karşı Yeni Anlamlar Yaratmak	21
F) KADINDA MENOPOZUN HORMONAL TEMELLERİ.....	22
I) Hormonal Değişimler	23
II) Menopoz Belirtileri	23
III) Psikoseksüel Değişimler.....	23
IV) Kalp-Damar Sistemine Ait Değişimler.....	24
V) Kemik Dokuya Ait Değişimler	25
G) YAŞLANAN KADINA JİNEKOLOJİK AÇIDAN YAKLAŞIM	26
I) Menopozda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi	27
II) Menopozda Hormon Replasman Tedavisi	28
1. Östrojenler	28
2. Progesteron ve Progestagenler	29
III) Hormon Tedavisi Protokolleri	30
IV) Hormon Tedavisi ile İlgili Güncel Tartışmalar	30

I. BÖLÜM

YAŞLILIK DÖNEMİ



A) YAŞLILIK DÖNEMİ

Yaşamın bir dönemi olan yaşlılık (bireye göre değişen biyolojik yaşlılık), tüm insanlarda aynı olan bireyin doğum tarihine göre belirlenen kronolojik yaşlılıktır. Ayrıca psikolojik yaşlılık olarak adlandırılan kavram ise kişinin hissettiği yaşı belirtir. Yaşlılık organların çalışmasındaki yavaşlama ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin azalmasıdır.

Yaşlanma kronolojik olarak üçe ayrılır (Dünya Sağlık Örgütü-WHO):

- Orta yaşlılık dönemi (45-59 yaş arası)
- Yaşlılık dönemi (60-74 yaş arası)
- İleri yaşlılık dönemi (75 yaş ve üstü)

Bütün dünyada ortalama yaşam süresi artmaktadır. Ortalama yaşam süresi 49 olan 1900'lü yılların başlarında kadınlar menopoza dönemine girmeden ölüyorlardı. Günümüzde ise menopoza sonrası dönem 40 yıla uzamıştır.

Yaşlanan Nüfus

	65 yaş nüfusu	yüzde olarak
1900	10 – 17 milyon	%1.0
1992	342 milyon	%6.2
2050	2.5 milyar	%20

Ülkemiz yaşlanan ülkeler arasında bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre dünya nüfusu gün geçtikçe yaşlanmakta, gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisi her yıl 3 ay artmaktadır. 2000 yılı itibariyle Avrupa ülkelerinde 60 yaş üstü insan nüfusu normal nüfusun %20'sini oluştururken, 2025'te bu oranın %30'a çıkacağı tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) raporuna göre 2000 yılı itibariyle 65 yaş üstü insan nüfusu 400 milyon iken, 2025'te bu sayının ikiye katlanması ve 2050'de 2 milyara ulaşması tahmin edilmektedir. Ülkemizde de dünyadakine benzer şekilde yaşam beklentisi uzamış ve erkeklerde ortalama 68 yaşa ulaşmıştır.



Buna bağlı olarak Türkiye'de yaşlı nüfus artmış ve 60 yaş üzeri nüfus 2003 yılı verilerine göre 3.248.197'a ulaşmıştır. (T.C. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü: Nüfus kütüklerine kayıtlı nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı istatistiği, 2003) Kadınların ortalama yaşam süresinin erkeklerinkine göre beş yıl daha fazla olduğunu da unutmamak gerekir.

Yaşlılıkla birlikte kişilikte ve ruhsal yapıda değişiklikler oluşur. Kişilikte değişmezlik, yeniliklerden korkma (neofobi), yeni fikirleri kabul etmede zorluk gözlenir. Çevreyle ilgilenme azalabilir. Kişinin sosyal ilişkileri daha derin ve daha seçici olur. Eskiye özlem, beden sağlığı ile ilgilenme ve kişide depresyona yatkınlık artar. Bu yatkınlığın nedeni yaşlının yaşadığı eş, arkadaş kaybı, fiziksel sağlığın kaybı, çeşitli organların işlevlerini yerine getirememesi, sosyal çevre kaybı, ekonomik kayıplar, zihinsel işlevlerdeki kayıplar gibi çeşitli kayıplarla ilgilidir.

Yaşlılıkta zihinsel değişikliklerin başında yeni bilgileri öğrenmede zorluk, dikkati verme ve yoğunlaştırmada sorun, bellekteki bilginin hatırlanmasında problem, sorunlarla baş etme, sorunları çözmede zorluk, konuşulanları kavramada zorluk gelir.

Buna karşın yaşlıda ilerleyen yıllar boyunca biriken bilgide ve sözel becerilerde artış görülür. Yaşla yaşama bağlı deneyim artar. Yaşlıda iyi bir muhakeme, iyi bir karar verme yetisi oluşur.

Yaşlılıkta oluşabilecek kişilik, psikolojik ve beyin işlevlerindeki değişikliklerle ilgili yoğun çalışmalar olduğu halde yaşlılık cinselliği konusu ancak son 15-20 yıldır yoğun bir şekilde araştırılmaktadır.



B) KADINLARDA YAŞLILIK DÖNEMİ VE CİNSELLİK

Cinsellik, yaşamımızda herhangi bir şekilde yer alan bir olgudur. Cinsel duygular, arzular ve aktiviteler yaşam boyunca vardır. Cinsellik yaşamın doğal ve sağlıklı bir bölümüdür. Şüphe yok ki cinsellik, zevk verici, ödüllendirici bir deneyim olduğu kadar karmaşık da bir olaydır.

Cinsellik, kişinin cinsel davranışı veya ilgileri olarak tanımlanmaz. Daha ziyade cinsellik, kişinin cinsel bilgilerini, inançlarını, tutumlarını, değerlerini kapsar. Aynı zamanda cinsellik kişinin kadınlığı ve erkekliğini oluşturan özelliklerin algılanmasını verir. Bizler bu sunumuzda kadınlarda menopoza ve postmenopoz döneminde cinsellik açısından ne gibi değişiklikler oluşabileceğini ve bu değişikliklerin nedenleri üzerinde duracağız. Ancak önce yaşlı cinselliği ile ilgili mitlerden söz etmek istiyoruz:

Cinsellik beyinde başlar. Beyin en önemli cinsel organdır. Doyurucu bir cinsellik için önce ona inanmak gerekir. Cinsellik için çok yaşlı olduğumuzu düşünmemek gerekir.

Orta yaş ve yaşlılık döneminde cinsellik ile ilgili mitler:

- Hem erkekler hem kadınlar için yaşlandıklarında cinselliğin kalitesi azalır:** Cinsel yanıtlar 50'sinden sonra farklıdır, kötüleşmez. Erkekler 20'li yaşlarda olduğu kadar sert ereksiyonlar olmayabilir. Ancak sertleşmeyi daha uzun sürdürebilirler. Yarı sertleşme partnerini uyarabilir. Daha önemlisi cinsel gerilimin daha yavaş oluşmasından hoşlanabilir ve ayrıca cinsel birleşimde eşini orgazma ulaştırmak için zamanı kullanabilir. Orta yaşı geçmiş erkekler, penis başına uygulanan friksiyon ötesinde, geniş bir alanda bedenine dokunulmaktan ve bedenin uyarılmasından zevk alabilir. Kadınlar çoğu kez 30'lu yaşları biraz geçinceye dek cinselliği başlatmaktan hoşlanmazlar. Yaşlandıklarında kadınların cinsellik açısından kendilerine güvenleri artar. Cinsel birleşmeden daha fazla zevk alırlar. 30'lu yaşların sonlarından veya 40'lı yaşların başlarından başlayarak bir kadının hormonal dengesinde bir sapma, vajinanın ıslanmasında artma olur ve orgazm yeteneği artar. Erkekler ve kadınlar 50'lerine geldiklerinde cinsellik açısından kendilerine güvendikleri gibi emosyonel açıdan da olgunlaşırlar. Bu olgunluk kadın ve erkeğin en üst düzeyde birbirleriyle daha yakın ilişkide bulunmalarına yol açar. Yıllar geçtikçe cinselliğin kalitesi kesinlikle artar ve ulaştığı yüksek düzeyde kalır.
- Şayet bir kadında vajinada yeteri kadar ıslanma olmamışsa veya bir erkekte hemen sertleşme oluşmamışsa kadın veya erkekte cinsel isteksizlik vardır:** Bu tamamen yanlıştır. Yetersiz ıslanma hormonal değişikliğin bir sonucudur, cinsel istek eksikliği değildir. Bu durum jellerle veya hormon içeren kremlerle veya HRT ile düzeltilebilir. Yaşlı erkeklerde cinsel arzu her zaman hemen bir ereksiyona dönüşmez. Bazı erkekler bütün beden boyunca cinsel arzuyu hissederler. Cinsel arzuları sadece penislerde lokalize değildir.
- Sertleşme sorunları kaçınılmazdır ve tıbbi müdahale olmadıkça düzelmez:** Çoğu kez erkekler doğal fizyolojik değişikliklerle sertleşme sorununu karıştırabilirler. Yeteri kadar penisleri sertleşmez, çünkü 20 yaşında değillerdir. Bir sertleşme oluşmadığında veya sertleşmeyi sürdüremediğinde aşırı tepki gösterirler. 40 yaş civarına kadar hemen hemen her erkek bir sertleşme sorunu yaşayabilir ve bir çokları gereksiz korkuya kapılır. Bu gereksiz korkular daha fazla sertleşme sorunlarına neden olur, sağlıklı, fiziksel ve cinsel açıdan aktif erkekler sertleşmelerini tıbbi müdahale olmadan tüm yaşlılık döneminde sürdürebilir. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü 65 yaş üzerinde erkeklerin sadece %15-25'inde ileri derecede sertleşme sorunu olduğunu bildirmiştir. Bunların çoğunun da nedeni kullandıkları ilaçlar, tıbbi hastalıklardır.

4. **Kadında cinsel istek menopoza takiben dramatik şekilde azalır:** Bazı kadınlarda menopoza takiben cinsel arzuda belirgin azalma görülür. 50 yaş üzeri kadınlarda yapılan bir araştırmada kadınların yüzde 72'den fazlası cinsel arzu azalması dahil, cinsel yaşamlarıyla ilgili herhangi bir şikayet bildirmemişlerdir. Kadınlar menopoza takiben sevişme ile daha az ilgileniyorlarsa, nedenleri hormonal dengesizlik veya negatif düşüncelerdir. Her ikisi de kolaylıkla halledilir. Ayrıca herhangi bir yaştaki cinsel istek başka bir çok faktörle etkilenir: sağlık, ilişki sorunları ve ilişkiler dışında bir çok stres faktörleri.
5. **Bir erkek bir kez karısı tarafından uyarılmamışsa, eşiyle büyük sevişme sorunları olacaktır:** Yaşlı bir erkekte psikojenik uyarılma olasılığı daha azalır. 40 yaştan itibaren erkekte bir sertleşme oluşturmak için penisi doğrudan doğruya uyarmak gerekir. Orta yaşta bir sevişme sorunu varsa, neden yaşanan vücut görünümünden çok ilişkilerdeki çatışmalardan kaynaklanabilir. Erkekler, kadınlarla psikolojik olarak daha fazla uyum içinde olurlarsa duygularını, cinsel anlatım yollarını ortaya koyarlar. Gençliklerinde yaşamadıkları derecede cinselliği yaşarlar, duygularını içlerinde saklamaktan ziyade onları ifade ettiklerinde daha tutkulu ve ihtiraslı olurlar.
6. **Erkekler cinsellik açısından 15-20 yaşlarında en yüksek noktaya ulaşırlar:** Bu sertleşmeler yaşlılık dönemlerine oranla daha serttir. Şayet cinsel performans sadece hızlı ve sert sertleşmelerle karar verilirse en yüksek nokta gerçekten gençlikte olur. Ancak cinselliği daha geniş sözcüklerle anlatırsak bir erkek iyi bir aşık olma, boşalma kontrolü ve farklı yollarla partnerini memnun etme yeteneğini yaş ilerledikçe kazanır.
7. **Kadınlar cinsellik açısından en yüksek noktaya otuzlarında ulaşırlar:** Bir çok kadın için, cinsellik otuzlarında en iyi durumdadır. Fakat kadınların cinselliğe yanıtları bir çok kişinin yanlış şekilde inandıkları gibi 30'lu yaşlardan sonra bir plato oluşturup daha sonra azalmaz. Kadınların vücutları ile artmış uyumları ve sevişmede kendine olan güvenleri 30'lu yaşlardan sonra artmaya devam eder. Bir kadının orgazm kapasitesi bir çok kez orgazm olabilme yeteneği dahil yaşla azalmaz.
8. **Gençlik dönemlerinde orgazmlar çok daha yoğun olur:** Bir çoğumuz cinselliğin sadece gençliğe özgü olduğuna, o dönemde daha güzel olduğuna inanırız. Bu inanın doğal sonucu olarak cinsellik gençler tarafından daha yoğun şekilde yaşanır. Bu doğru değildir. Kadınlar çoğu kez orgazmı 40 yaşından sonra daha yoğun yaşadıklarını ifade ederler. Erkekler boşalma güçlerinin orta yaşta gençlik dönemlerinde olduğu gibi kuvvetli olmadığını fark ederlerken, tüm cinsel organlar dahil beden diğer bölümlerinde de daha yaygın orgazm hissederler. Sadece penis başı orgazmı yaşamazlar.



9. **Kalp ve diğer fiziksel sorunları olan erkekler ve kadınların cinsel aktiviteden kaçınmaları gerekir:** Boston New England Deaconess Hastanesi'nde 1600 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, cinsel ilişki sırasında bir kalp krizi geçirme riskinin kabaca sabahleyin yataktan

kalkma sırasında olabilecek bir kalp krizi riskine eşit olduğu saptanmıştır. Dr. Robert Butler, National Institute of Aging'in direktörünün açıklamasına göre, cinsel birleşme sırasında kalp krizi tüm kronik ölümlerin yüzde birinden daha azdır. Bunların yüzde 70'i de evlilik dışı ilişkilerde ve bu ilişkide stresin yüksek olduğu durumlarda görülür. Cinsel aktivite herkes için gerçekten çok iyi bir şeydir. Sevişmenin stresi azaltmaktan, depresyonu önlemeye kadar bir çok fiziksel ve psikolojik yararları vardır.

10. **Cinsel ilişkinin orgazm ile sonlanması gerekir:** Hem erkekler, hem de kadınlar orgazm ile sonuçlanmayan sevişmeyi doyurucu bulurlar. Bazen çiftler yorgun olabilir veya sevişmeye gerekli vakti

ayıramayabilirler. Öpüşmek, okşamak, sarılmak da isterler. Orgazm her zaman ulaşılması gereken bir hedef değildir. Gerçekten yaşlı aşıklar, orgazm olmaksızın ayrıntılı şekilde sevişirler.

11. **Oral seks çok gençler içindir:** Janus Report of Sexual Behavior ve Kinsey Institute New Report on Sex'e göre çiftler 40 yaşlarında 20'li yaşlara oranla daha fazla oral seks yaparlar.
12. **Cinsel birleşme hedeflenmesi gereken tek davranış çeşididir:** Batı kültüründe cinsel ilişki eşittir cinsel birleşmedir. Hint kitabı Kama Sutra'da bir çok sevişme şekilleri önerilmiştir. Erkek ve kadının birbirine cinsel zevk vermek için yaptıkları her türlü ön sevişme, cinsel birleşme kadar zevk verir. Orta yaşı geçmiş erkekler, kadınların istedikleri gibi, sertleşme için dokunma, öpüşme, okşamayı isterler. Hatta bazen oral yolla veya elle cinsel organı uyarmak daha fazla zevk verir.
13. **Hem erkekler hem kadınlar için yaşlandıklarında cinselliğin kalitesi azalır:** Cinsel yanıtlar 50'sinden sonra farklıdır, kötüleşmez. Erkeklerde 20'li yaşlarda olduğu kadar sert ereksiyonlar olmayabilir. Ancak sertleşmeyi daha uzun sürdürebilirler. Yarı sertleşme partnerini uyarabilir. Daha önemlisi cinsel gerilimin daha yavaş oluşmasından hoşlanabilir ve ayrıca cinsel birleşmede eşini orgazma ulaştırmak için zamanı kullanabilir. Orta yaşı geçmiş erkekler, penis başına uygulanan friksiyon ötesinde, geniş bir alanda bedenine dokunulmaktan ve bedenin uyarılmasından zevk alabilir. Kadınlar çoğu kez 30'lu yaşları biraz geçinceye dek cinselliği başlatmaktan hoşlanmazlar. Yaşlandıklarında kadınların cinsellik açısından kendilerine güvenleri artar. Cinsel birleşmeden daha fazla zevk alırlar. 30'lu yaşların sonlarından veya 40'lı yaşların başlarından başlayarak bir kadının hormonal dengesinde bir sapma, vajinanın ıslanmasında artma olur ve orgazm yeteneği artar. Erkekler ve kadınlar 50'lerine geldiklerinde cinsellik açısından kendilerine güvendikleri gibi duygusal açıdan da olgunlaşırlar. Bu olgunluk kadın ve erkeğin en üst düzeyde birbirleriyle daha yakın ilişkide bulunmalarına yol açar. Yıllar geçtikçe cinselliğin kalitesi kesinlikle artar ve ulaştığı yüksek düzeyde kalır.

C) MENOPOZ DÖNEMİ VE CİNSEL YAŞAM

Şimdi menopozdaki psikolojik ve cinsel değişikliklerden söz edebiliriz. Yakın zamana kadar, kadınlara



menopozun yavaş yavaş oluşacağı ve belirgin belirtiler göstermeksizin gelişeceği öğretilirdi. Belirgin menopoz belirtileri gösteren kadınların menopozdan önceki dönemlerde de bir dereceye kadar ruhsal açıdan dengesiz olduğu düşünülürdü. Menopoz belirtileri kadının hayal ürünü olarak kabul edilirdi. Oysa bugün menopozun kadının bedenini ve beynini dramatik şekilde etkilediğini, kadında fiziksel ve duygusal dengenin bozulmasına yol açtığını bilmekteyiz.

Menopozun psikososyal ve cinsel yönü ile ilgili çeşitli sorular ortaya atılabilir. Örneğin, "Menopoz belirtileri gerçekten kültürden kültüre değişir mi? Menopoz ödül mü, ceza mı?" gibi.

Sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyi yüksek olan toplumlarda gençliğe, genç kalmaya, cinselliğe aşırı önem verilir. Bu toplumlarda kadın menopoza yaklaşırken, bu durumu üreticiliğinin, kadınlığının, cinsel çekiciliğinin sonu olarak görebilir. Özellikle herhangi bir nedenle çocuk sahibi olmamış kadınlarda bu düşünceler daha yoğun olabilir. Kadın çöküntü içine girebilir. Karı-koca arasındaki iletişim bozulabilir. Erkek de bu dönemde "orta yaş krizi"ne girebilir



ve menopoza döneminde bulunan eşine yeteri kadar destek veremeyebilir. Daha önceki yaşamında düşünceye önem veren ve bu alışkanlıkta olan kadınlarda, menopoza döneminde düşünme eğilimi daha da artar. Bir yandan yaşamlarının akıp gitmekte olduğunu üzüntü ve şaşkınlıkla gözlerlerken öte yandan konu ile yüzleşmekten kaçınmazlar. Zaman zaman kendilerine "hayatım boyunca bugüne değin ne yaptım?", "bugüne kadar üretici, yararlı bir hayat sürdürdüm mü?", "bundan sonra ne yapacağım?" gibi sorular sorarlar. Bu açıdan örneğin Amerikan toplumunda menopoza karşı olumsuz beklentiler vardır. Gençliğe aşırı önem veren toplumlarda menopoza kadın için bir ceza olarak algılanır. Oysa Hint, Arap toplumunda ve ülkemizde kırsal alanlarda yaşayan kadınlar menopoza birlikte statü farklılaşması, hamile kalma tehlikesinin ortadan kalkması gibi nedenlerle menopoza bir ödül olarak algılayabilirler.

Menopozun yaşanmasında gerçekten bireysel ve kültürel düzeyde önemli farklılıklar vardır. Menopozla ilgili araştırmalarda yaş, eğitim düzeyi, medeni hal gibi sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra, yaşam olayları, sosyal destek, evlilik durumu, yaşama bakış açısı gibi değişkenlerin de incelenmesi gerektiği bilinmektedir. Öte yandan belirttiğimiz gibi kentlerde ve kırsal kesimlerde yapılan paralel çalışmalardan elde edilen sonuçlar, sosyo-kültürel ve ekonomik farklılıkların menopoza üzerindeki etkisini göstermektedir.

"Menopoza özgü bir depresyon var mı?" sorusuna gelince, menopoza döneminde bir majör depresyon tablosunun görülmediğini biliyoruz. Ancak menopoza döneminde kadınlar çoğunlukla mutsuzdur ve yorgun, tükenmiş bir halde olurlar. Çabuk sinirlenmeler gözlenebilir. Ağlama nöbetleri olabilir. Uykusuzluktan yakınrlar. Bellek sorunları, dikkati bir noktaya yoğunlaştıramama şikayetleri sıktır. Bu belirtilerle şekillenen "minör depresif tablo"nun kişinin psiko-sosyal durumu ile ve kişilik yapısıyla ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Depresif belirtiler ve östrojen arasındaki ilişkiye gelince, çeşitli araştırmacılar östrojen azalmasının depresyona yol açtığını bildirmişlerdir. Östrojen verilmesiyle depresif belirtilerin kaybolduğunu savunan araştırmacılar oldukça fazladır. Fakat bu görüşün aksini gösteren sonuçlar da bildirilmiştir. Biz ikinci grubu destekliyoruz. Depresif belirtiler gösteren menopoza dönemindeki kadınlara tek başına östrojen verilmesiyle depresyon düzelmez. Uygun antidepressanların verilmesi ve psikoterapi uygulanması gerekir.

Öte yandan östrojenin kadınlardaki kognitif fonksiyon (bilişsel işlev) üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle sözel bellek üzerinde östrojenin etkisi gösterilmiştir. Progesteron da görsel-alansal yeteneklerde artmaya yol açar. Östrojenin Alzheimer hastalığında etkinliği son yıllarda tartışılmaktadır.

Perimenopozal ve postmenopozal kadınlardaki cinsel sorunlara gelince, menopoza döneminde cinsel ilgi kaybı, orgazma ulaşmada zorluk, klitoral uyarılmada azalma sıkça görülür. Cinsel ilişki sayısında azalma saptanır. Menopozda ağırlı cinsel ilişki görülme sıklığı artar. Tabii ki bunda östrojen eksikliği, vajinal değişiklikler, Bartholin bezlerindeki atrofi önemli rol oynar. Ancak menopozda orgazm cevabı belirgin olarak azalmamıştır ve erotik materyalle subjektif uyarılma sağlanabilir. 60 yaş ve üstü kadınlarda ise cinsel değişiklikler daha sık görülür.

Cerrahpaşa Menopoz Polikliniği'ne başvuran, yaş ortalaması 47,6 olan 94 menopoza döneminde olan kadında yapılan çalışmada, en sık bildirilen menopoza belirtileri sinirlilik, terleme nöbetleri, isteksizlik, ağırlı cinsel ilişkidir.

Menopoz ve postmenopozal dönemde cinsel sorunların sık görülme nedenleri çeşitlidir: Kadınlar çoğunlukla kendilerini bu dönemde çekici bulmazlar. Kendilerine dokunulmasından hoşlanmayabilirler. Dokunulsa da zevk alma duygusu azalmıştır. Derinin kuruması ve kalınlaşması nedeni ile beden bu en geniş cinselliğe duyarlı yapısında dokunulmanın yaratacağı zevk azalmıştır. Bazı araştırmacılar sinir iletimindeki

yavaşlamanın deri boyunca bir duyarsızlık yaratabileceğini ileri sürerler. Bu sinir iletimindeki azalma ve dolayısıyla duyarlılığın azalması erotojen bölgelerde bile belirgin hale gelir. Östrojen eksikliği dokunuşun bedende yarattığı güzel, hoş duyguların azalmasına yol açabilir. Derideki kuruluk, pürüzlü hal dokunuşlardan kaçmaya neden olur.

Cinsel yaşamın bozulmasında vajinal kuruluşun, senil vajinitisin de büyük rolü vardır. Senil vajinitis durumunda vajinanın kuruması, vajinanın penisi kavrama yeteneği azalır. Vajina elastikiyetini kaybeder. Öte yandan idrar yolları ve mesanede enfeksiyon olma olasılığı, idrar kaçırma korkusu ve gerçekten kaçırma, kadınların cinsellikten uzaklaşmasına neden olur. Bilindiği gibi, üretra ve mesanenin tabanındaki bir üçgende yüksek oranda östrojen reseptörleri vardır. Bu reseptörler de östrojen azalmasından etkilenirler.

Öte yandan, kalp hastalığı, inme gibi durumlarda fiziksel hastalık kadında ve/veya partnerinde kaygıyı aşırı artırarak cinsel aktiviteyi olumsuz yönde etkiler. Artrit'te olduğu gibi fiziksel hastalık cinsel birleşmenin zor, yorucu veya ağrılı olmasına neden olabilir. Fiziksel hastalık (Alzheimer hastalığında olduğu gibi) doğrudan doğruya cinsel istekte azalmaya yol açabilir. Fiziksel hastalık (örneğin mastektomi) kişinin kendine olan güvenini azaltarak cinsel yaşamı etkiler.

Cinsel isteğin azalması ve çeşitli cinsel sorunların oluşmasında bu yaşlardaki kadınlarda ortaya çıkabilecek hastalıkların ve kullanılan ilaçların da etkisi vardır. Örneğin menopoz ve postmenopoz döneminde olan diyabetiklerde cinsel uyarılmalar azalmıştır ve orgazm sorunu vardır. Öte yandan diyabetik kadında kronik bir hastalığa yakalanma ve orgazm sorunları depresyona yol açar. Bu depresyon cinsel ilişkileri daha da bozar. Ayrıca, antidepresanlar vajinal lubrikasyonu (ıslanmayı) bloke eder. Sonuçta, diyabetle oluşan psikolojik sorunlar menopoz içinde olan kadınların cinsel hayatlarında daha da önemli rol oynarlar.

Hipertansiyonun ve kullanılan antihipertansiflerin postmenopozal dönemde olan kadınların cinsel açıdan aktif olan ve olmayanlar üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Postmenopoz döneminde olan 142 hipertansif kadın cinsel istek ve yaşam kalitesini ölçen ölçeklerle değerlendirilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların 87'si cinsel açıdan aktif, 55'i inaktiftir. Aktif kadınların yüksek oranda cinsel istek gösterdikleri, eşlerinde de cinsel isteğin yüksek olduğu gözlenmiştir. Cinsel açıdan aktif olmayanların partnerlerinde ise cinsel isteğin az olması ve sağlık sorunlarının daha fazla olması dikkat çekicidir. Öte yandan antihipertansif alan kadınlarda cinsel ilgi ve performansta bozukluk yoktur.



Özetlersek, östrojen azalmasına bağlı olarak oluşabilecek baş dönmeleri, çarpıntıları olan, çabuk sinirlenen, sıkıntılı, neşesiz, mutsuz ve uyku sorunları olan bir kadının ayrıca vajinal lubrikasyonu azsa, vajinitisi bulunuyorsa ağrılı cinsel birleşme ve idrar sorunu varsa tabii ki cinsel hayattan tamamen uzaklaşacaktır. Ancak olayın psikososyal yönünü de unutmamak gerekir. Menopoz döneminde oluşabilecek fiziksel, ruhsal ve cinsel olaylara karşı bazı kadınların olumsuz beklentileri vardır. Doğu kültüründe yetişmiş kadınlar ise daha önce de vurguladığımız gibi, statü farklılaşması, özgürlük, hamile kalma riskinin azalması gibi nedenlerle kadınların menopoz dönemini kolay atlatabileceklerini umduklarını bildirmişlerdir. Öte yandan toplumumuzda bazı kadınların menopozu bir özür olarak kullanıp cinsellikten çekildikleri görülür. Şayet menopozdan önceki cinsel aktivite derecesi yüksek ise menopozdan sonraki dönemde de cinsel yaşam iyi bir şekilde devam eder.

Cinsellik ve yaşlanma ile ilgili mitler, yani cinselliğin, cazibenin, fiziksel çekiciliğin gençliğe özgü olduğuna ait ön yargılar, yaşlanan kadının cinsel davranışı üzerine tesir eder. Cinsel cevabın oluşması konusunda bilgilendirilmemiş kadınlarda, yaşamın ileri dönemle-

rinde cinsel sorunların daha sıklıkla çıkabileceği bilinmektedir. Postmenopozal dönemdeki kadınların normal fizyolojik değişiklikleri yaşaması, herşeyin bittiği anlamına gelmez. Bu normal değişikliklerin postmenopozal dönemdeki kadınlara anlatılması gerekir. Kadının bu dönemde yaşayacağı fizyolojik değişikliklere karşı oluşabilecek yoğun kaygı, psikoseksüel sorunların daha da artmasına neden olur. Bu kaygı ile başedilmesi gerekir.

Postmenopozal dönemdeki kadınların yaşayacağı yaşam olayları da sorunu daha karmaşık hale getirir. Yaşam olayları arasında dul kalma, eşlerin kendilerine ait bir evleri olmamaları, yaşının yakınlarının ileri yaşlardaki cinselliğe karşı olumsuz ön yargılara sahip olmaları vardır. Öte yandan partner yokluğu, partnerin cinsel işlevi, yaşlanan kadında cinsel sorunların artmasına neden olmaktadır.

Postmenopozal dönemde cinselliği dar anlamda (sadece cinsel birleşme durumu) almamak gerekir. Bu dönemdeki kadınların sevgiye, okşanmaya, yakınlığa gereksinimleri vardır.

Menopoz ve postmenopoz döneminde ortaya çıkabilecek cinsel sorunlarla başetmek için, bu dönemlerde olan kadınların normal cinsellik fizyolojisinde ne gibi değişikliklerin olabileceği konusunda eğitilmeleri gerekir. Bu dönemin cinselliği ile ilgili ön yargıların değiştirilmesi gerekir (kitaplar, broşürler, T.V. yayınları). Örneğin postmenopoz döneminde olan kadının eşi daha önce kalp krizi geçirmiş ise, kadının cinsel yaklaşım sırasında eşine birşey olmayacağı konusunda aydınlatılması gerekir. Sağlık personelinin de eğitilmesi önemlidir. Konuyu bilen kişilerin yapacağı hormon replasman tedavisinin cinsel işlev üzerinde yararlı etkisi olduğu bilinmektedir.

Orta yaştan yaşlılığa geçen kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının başında ağırlı cinsel birleşme, istek kaybı, orgazm sorunu gelir.

Ağırlı cinsel ilişkinin nedenleri:

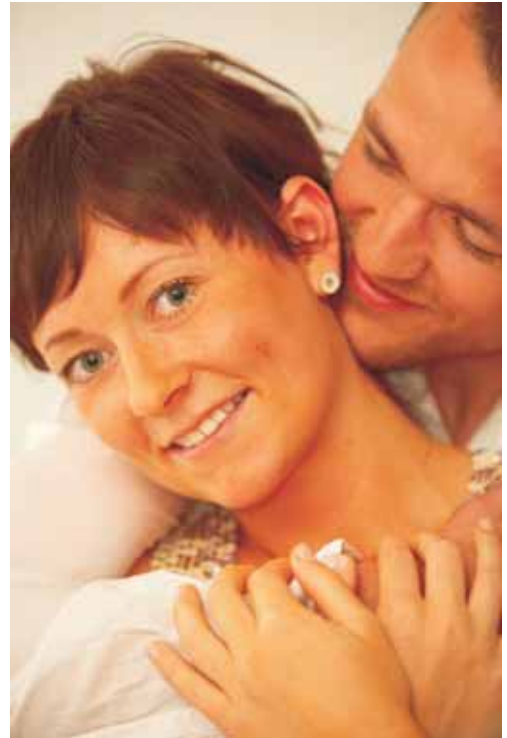
Bu nedenler arasında östrojen azalmasına bağlı vajinanın atrofiye uğraması, pelvik gevşeme, vajinada ıslaklığın azalması, vajina ve idrar yolları iltihapları, artrit ve ortopedik problemler, hemoroid ve pelvik tümörler, suçluluk, depresyon, korkular ve cinsel tacize uğrama gibi faktörler vardır.

Yaşlanmakta olan kadında cinsel istek bozukluğunun nedenleri arasında menopoz ile ilgili mitler, kronik hastalıklar, kullanılan reçeteli, reçetesiz ilaçlar, cinsel travma olması, depresyon ve eşteki cinsel işlev bozukluğu gelmektedir.

Yaşlı kadındaki orgazm sorunlarında eşteki cinsel işlev bozukluğu, eşin veya partnerin kendisini yeteri kadar uyarmaması, kişinin yaşa bağlı değişiklikler konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, dini inançlar, cinselliğe bakış açısı, anksiyete, depresyon ve daha önceki cinsel yaşamın kalitesi önemli yer tutar.

Yaşlı kadınlarda cinsellik:

Menopoz ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda orgazm sorunlarının nedenleri çeşitlidir. Bunların başlıcaları, eşte cinsel işlev bozuklukları olması, cinsel sevişmenin kısa sürmesi, uyarılmanın yetersiz olması, cinsellik konusunda yaşa bağlı olabilecek değişiklikler konusunda yeterli bilgi olmaması, kültürel baskılar, dini inançlar, anksiyete, depresyon, eşin ölümünden sonra yeni bir partnerle ilişkide bulunmaktan dolayı yaşanan suçluluk, yaşamın erken dönemlerinden itibaren cinsellikten zevk alamama, fiziksel hastalıklar (kalp hastalıkları, diyabet, artrit, inme) ve geçirilmiş ameliyatlar. Tüm bu nedenlerin sağlıklı biçimde değerlendirilebilmesi için kişiden ve partnerinden iyi cinsel bilgi almak gerekir.



Yaşlı kadınlarda cinsel aktivitede azalma nedenleri:

- Eş kaybı
- Eşin hastalığı
- Kadının kendisinin hastalanması
- Eşin ölümünden sonra kadınların aktif partner bulma şanslarının daha az olması
- Yaşlı bir kadının biraz daha genç birisi ile evlenmesi konusunda toplumun baskısı

Evlilik-Kadının Cinselliği:

Yaşlıların büyük bir kısmının (yaklaşık %70'i) fiziksel yakınlıktan, duygusallıktan hoşlandıklarını, cinsel fantezilerinin oldukça fazla olduğunu ve karşı cinsle ilgilendiklerini biliyoruz. Cinsel birleşme olmadan dokunma, okşama ve okşanmaktan hoşlanan kadınların oranı ise %64'tür (erkeklerde bu oran %82). Ayrıca cinsel yönden aktif olan yaşlı kadınların daha az vajinal atrofi yaşadıkları, cinsel istek düzeylerinin daha yüksek olduğu, cinsel doyuma daha fazla ulaştıkları, cinsel tercihlerini daha rahatlıkla belirttikleri görülmüştür.

Yaşlılarda cinsel iletişimdeki en önemli faktörler ilişkinin kalitesi ve her iki eşin fiziksel durumudur. Yaşlı kadınların cinsel aktivitelerinin tek başına en önemli belirleyicisi boşanma veya kadınların erkeklerden 5-6 yıl daha uzun yaşadığı gerçeğine bağlı olarak eş bulamamalarıdır. Eş bulunduğu vakit yaşlı kadının cinsel yaşamının daha önceki yıllarda olduğu gibi ya yüksek ya da düşük oranda devam edeceğini biliyoruz. Yaşamın daha erken dönemlerinde cinsel olarak aktif olanlar ileri yaşlarda da cinsel olarak aktif olmaya devam etmektedir.

Yaşlı kadınların geçirdikleri ameliyatların cinselliği etkilediğini biliyoruz. Vulvektomi, koroner bypass ameliyatı ve memeye yapılan cerrahi girişimler gerçekten de cinselliği etkilemektedir. Özellikle fiziksel görünümü bozan ameliyatlar (memeye yapılan girişimler) yaşlanan kadının cinsellikten uzaklaşmasına neden olabilir.

Psikoloji Cinsel Dürtüyü Etkiler:

Yaşlanan bir kişide psikolojik sorunlar da cinsel dürtünün azalmasında rol oynarlar. Psikolojik nedenler arasında dini inançlar, dul kalan yaşlı kadının bir erkekle cinselliği deneme konusunda suçluluk duyguları hissetmesi yer alır. Ölmüş eşine hıyanet etmiş gibi hisseder. Bazıları da belli bir yaştan sonra cinsel dürtünün devam etmesini doğal karşılamaz. Toplum da yaşlılıkta cinselliğin devam etmesini hoş karşılamaz ve yaşlı kadınların uygun bir partner bulmaları zorlaşır.

Cinsel dürtünün azalmasında depresyon da önemli bir rol oynar. Özellikle yaşlı kadınlar depresyona daha meyillidir. Depresyonu tedavi etmek için verilen ilaçların çoğu da cinsel işlev bozukluklarına neden olurlar.

Yaşlanan bir kadında (veya erkekte) cinselliğin devam etmesi bedene bağlı olduğu kadar kişinin aklına da bağlıdır. Yaşlandığında kişi cinsel gereksinimlerinden utanıyorsa, yaşanan anksiyete kişinin cinsel uyarılışına etkiler.

Cinsel performansı üzerine çok fazla meşgul olmanın yarattığı stres nasıl yaşlanan erkeklerde sertleşme sorununu tetiklerse kadınlarda da cinsel uyarılma eksikliğine yol açar. Bu durumda partnerin güven verici yaklaşımı, kaygı ve endişeyi azaltır.

D) MENOPOZ DÖNEMİ SORUNLARIYLA BAŞETME

I) Hormon kaybı ile ilgili cinsel sorunlar:

- a) Vajinal kuruluk
- b) Vajinal atrofi
- c) Uyarılma (dokunma ile) kaybı
- d) Cinsel istek kaybı

a) Vajinal kuruluk ve başedilmesi

- Bazı kadınlar yavaş yavaş, doğru şekilde uyarıldıklarında vajinal ıslaklıklarını hemen hemen hiç kaybetmezler
- Vajinal kuruluk kadının ve eşinin kolaylıkla yanlış yorumlamalarına yol açabilecek bir belirtidir. Neden?

Çünkü eşler tüm cinsel yaşamları boyunca vajinal ıslaklığın derecesine bakarak kadının uyarılma derecesini saptamaya alışmışlardır. Onlar için kuruluk eşittir cinsel istek yoksunluğudur. Böyle bir yanlış bilgi her iki tarafın da cinselliği başlatmasını engelleyebilir.

Vajinal kurulukla nasıl başedilir?

- Jeller veya suda çözölen kayganlaştırıcılar kullanılır.
- Menopoz dönemindeki kadınlarda bile daha sık cinsel aktivite, östrojen düzeyini ayarlamaya yardım eder ve östrojen yapımını artırır.
- Beslenmeye soya ürünleri ilave etme
- Vücuttaki ince derileri kurutan maddelerden (örneğin antihistamikler, idrar söktürücüler, alkol ve kafeinli içeceklerden) mümkün olduğu kadar uzak durmak gerekir. Bu maddeler vajina çevresini de kuruturlar. Günde 7-8 bardak su içilmelidir.
- Östrojen içeren kremler kullanılmalıdır. Doğal, bitkisel kökenli östrojen kremleri vardır.
- Hormon Replasman Tedavisi (HRT) sorunu çözebilir.



b) Vajinal Atrofi ve Başedilmesi

Vajina duvarlarının kalınlaşması, vajinanın büzölmesi, elastikiyetinin ve sertliğinin kaybı. Dolayısıyla vajinanın ağzı bir dereceye kadar daralır ve vajinal kanal kısalmır.

Vajinal Atrofiyle Nasıl Başedilir?

- Daha sık cinsel aktivitede yapılmalıdır. Gerçekten vajinal atrofiyi önlemenin tek yolu aktif bir cinsel yaşamdır.



- Mastürbasyon: Bir partner olmadığında veya bulunmadığında veya partnerle muntazam cinsel birleşme olmuyorsa, vibratör kullanılabilir.
- HRT'yi postmenopoz dönemindeki diğer belirtilerin tedavisinde de düşünmek gerekir.
- Kegel egzersizleri yapılabilir. Bu egzersizler vajina kaslarının gücünü ve tonunu arttırlar. Özellikle bu egzersizlerin doğumdan sonra yapılmasını öneriyoruz.
- E vitamini kapsülleri, krem veya ağızdan alınacak yardımcı ilaçlar vajinanın kayganlığını arttırabilir.
- Daha fazla soya ürünleri yenilebilir. Fito östrojen içeren soya fasüyesinin yenmesi ve kapsüllerinin alınmasının vajina duvarının düzleşmesine yardım ettiğine dair yayınlar vardır.

c) Hissin Kaybolması ve Başedilmesi

Bazı kadınlar düşük östrojen nedeni ile cinsel organlara dokunulmasına yanıt vermezler. Düşük östrojen, cinsel organ alanına gelen kan akımında azalmaya neden olur. Oysa, çoğunlukla dokunma duygusunda daha az bir azalma olur. Bu durumda kadın partnerinden daha uzun bir süre dokunmasını isteyerek uyarılmayı arttırabilir.

His Kaybolmasıyla Nasıl Başedilir?

- Bu durum düşük östrojen düzeyi ile oluşmuş tek cinsel sorun ise, daha aktif ön sevişmeler, sevişme stillerini değiştirmek yararlı olabilir.
- Daha önce verdiğimiz öneriler burada da yararlıdır.

d) Cinsel İstek Kaybı ve Başedilmesi

Cinsel istek kaybının bir çok nedeni vardır. Düşük östrojen bu nedenlerden biridir. Şayet bir kadın, birden daha az cinsellikle ilgilenmeye başladı ise veya tamamen cinsellikten uzaklaşıyorsa, östrojen düzeyini ölçtürmeden önce, evlilik ilişkilerinden kaynaklanan bir neden araştırılmalıdır.

Cinsel İstek Kaybıyla Nasıl Başedilir?

- Östrojen düzeyi düşükse, vajinal kuruluk, vajinal atrofi, his kaybı başlığı altında önerdiğimiz yaklaşımlar yararlıdır.
- Şayet östrojen düzeyi bu durumu açıklayamıyorsa, yaşlılık konusunda tutumlar ve eş veya partnerle olan ilişkiler dikkatle araştırılmalıdır. Bu nedenlerle nasıl başedileceği ilerde anlatılacaktır.



II) Hormon Replasman Tedavisi'nin (HRT) Cinsellik Üzerindeki Yararları

HRT ile tartışma meme kanserine karşı kalp hastalığından korunma gibi çok dar bir alanda tartışılmaktadır. Ancak bu tedavinin cinsellik açısından gerçek ve önemli yararları vardır. Örneğin bazı kadınlar için sıcak baskmaları ve gece terlemeleri cinsellikten kaçınmalarına neden olabilir. Çünkü bu durumlarda kadın kendini rahat hissetmeyebilir ve çekici bulmayabilir. Öte yandan HRT ile vajina daha elastik olur, vajinanın doğal ıslanması tekrar başlar, cinsel birleşme daha rahat olur.

HRT ile cinsel organlara kan akımı cinsel uyarılma esnasında artar, sevişme sırasında dokunmalara karşı duyarlılık artar. Cinsel organların olduğu alanda sinir uçları daha duyarlı hale gelerek daha önce kadının bildiği dokunma duyusunun verdiği zevk tekrar yaşanmaya başlanır.

Hormon Replasman Tedavisi'nin Önerilen Bitkisel Alternatifleri

- Black Cohosh/KaraYılan Otu (Remifemin): FDA'nın Almanya'daki karşılığı olan "Germany's Commission E"

tarafından menopoza belirtilerin tedavisinde onaylanmıştır. Günde 40 mg önerilmektedir. Etkisi başlangıç dozundan 3-4 hafta sonra görülür. Yan etkileri arasında bulantı bulunmaktadır.

- Ginseng: Menopoz sırasında enerji ve bedende iyilik duygusu yaratarak cinsel isteği artırır. Bazı kişilerde huzursuzluk ve uyku bozukluğu yapabilir.
- Licorice Root (Meyan Kökü): Yüksek oranda fito östrojenler içerir. Zayıf östrojen gibi etki eder. Ancak kan basıncını yükseltir. Potasyumu düşürebilir. Hekime danışmadan kullanılmaması gerekir.

Birçok kadın sağlıklı gıda satan dükkanlardan alışveriş yaparak doğal yoldan menopoz yakınmalarından kurtulacaklarını düşünürler. **Ancak doğal tedavi her zaman daha güvenli ve daha iyi değildir.**

III) Kadınlarda Testosteron Replasman Tedavisi

İngiliz araştırmacılar östrojen replasman tedavisine düşük doz testosteron ilave edildiğinde, tek başına östrojen replasman tedavisinden daha yararlı olduğunu göstermişlerdir. Böyle bir tedavi özellikle total histerektomi (rahmin alınması) geçirmiş kadınlarda daha etkilidir. Testosteron psikolojik, duygusal veya ilişkiler nedeni ile cinselliğe karşı ilgisini kaybetmiş kadınlarda cinsel isteği artırarak menopoz ve menopoz sonrası dönemde cinselliğin düzelmesine yardım eder.

Testosteron Replasman Tedavisi'ne başlamadan önce kolesterol düzeyleri kontrol edilmeli ve bu kontrole tedavi süresince devam edilmelidir. Testosteron HDL (iyi) kolesterol düzeyini düşürebilir. Bu tedavide:

- Patch (bant) kullananlarda daha az yan etki görülebilir.
- İstenmeyen yan etkiler görülebilir. Ciltte yağlanma, akne, istenmeyen yüz kılları, nadiren seste kalınlaşma gibi.
- Klitoral duyarlılıkta artma görülebilir.

E) YAŞINI ALAN KADINDA CİNSELLİK VE PSİKOSEKSÜEL TERAPİLERDE YAKLAŞIM

İnsan yaşamında cinsellik insanın aklına haz, arzu, ihtiyaç, üreme, sevişme, aşk, sevgi, yakınlaşma, ilişki gibi kelimeleri getirir. Toplumlar ve dinler duruma göre bu sıcak kelimeleri daha soğuk, acı veren çağrışımlara dönüştürebilmektedir.

Cinsellik yaşam kalitesi ve cinsel partner ilişkileri açısından, insan yaşamındaki önemini korumaya devam etmektedir. Cinsel heyecan hem ruhsal hem de bedensel olarak bireyi/çifti özgürleştiren hoş bir yaşantıdır.

Yaşlıda cinsellik konusu ile ilgili olarak toplumda birkaç farklı tutum olabilir:

- Konuya sır dolu bir sessizlikle yaklaşma
- Yaşlıda cinselliğin zerafetten yoksun olduğu düşüncesi
- Cinselliğe çok dar açıdan bakma.
- Cinselliği sadece organlar açısından algılamak ve cinsel yaklaşımı sadece heteroseksüel ilişki olarak görmek.



Yaşlanan insanın hekim bağlantıları daha fazla olur ve birey cinsel yaşamıyla ilgili aydınlanmak ister ama daha önce bahsedilmiş olan nedenler toplumun bir parçası olan hekim için de geçerlidir. Fiziksel hastalıklar olduğunda da cinsel dürtü varlığını sürdürür. Bellek bu bilgileri, tatları barındırır. O zaman yaşlanan veya sağlık sorunu olan bireyin cinselliğinin sürmesinde; kendisinin, eşinin ve cinselliğini konuşabildiği sağlık ekibinin işbirliğine ihtiyaç duyulur. Örneğin; psikiyatrik ilaçların, antihipertansiflerin, antihistaminiklerin

cinselliğe yan etkisi sorulmadan da anlatılıyor mu? Yetişen gençliğe prezervatifsiz sevişmeyin dediğimizde onların yaşam kalitesi ile ilgileniyor, yaşam boyu sürecek cinsel hazları bozulmasını istiyoruz. Benzer şekilde yaşlanan insana menopoza sonrası kadına cinselliğin ve sevişmenin tadını arttıran, bozmayan önerilerde bulunabiliriz. Mastürbasyon bir genç için nasıl başvurduğu bir haz yaşama ise, yaşlı için de durum aynıdır. Sıklık ve haz alma yoğunluğu açısından aradaki farklılık kabul edilebilir şeylerdir. Tek değişim cinsellikte olmadığına göre yine de sevinmeliyiz ki varlığını bizimle beraber sürdüren bir tat cinsellik. Bu tattan söz edilmedikçe, tat unutulur, ertelenebilir. Bir aşk devreye girdiğinde yalnız yaşlı değil, orta yaşlı da cinsel arzusunun artışı karşısında şaşırır. Aşk kadınlarda daha belirgin afrodizyak etki gösterir.

Kadınlar gençlik yıllarında da cinsel güçlerini kendi lehine kullanmaz, daha çok erkek partnerlerine yakıştırırlar. Bilinçlenen kadın bunun böyle olmadığını fark eder.

Klinik gözlemlerde görece kısa tedavilerden sonra, deneyimi, bilgisi, iletişimi artan kadın gerçek cinsel arzusunu keşfeder. Doğru bilgiler ve açık iletişimle hiç de erkekten eksik olmadığını keyfine varır. Bu hastalarımız kadar bizleri de yüreklendirir, çünkü olmayan bir şeyde ilerleme sağlanamaz. Gözden kaçırılmaması gereken bir nokta da toplumumuzdaki evlilik ilişkilerinde erkeklerin kadınlara oranla en az birkaç yaş büyük olmalarıdır. Yaşlanan erkekte cinsel birleşme kadında olduğundan daha fazla sorun yaratır.

Buna ağrı veya isteksizlik nedeniyle kadının birleşmeden kaçınması eklendiğinde cinselliğin bozulmasının sorumluluğu kadında kalır. Burada yine erkek cinsel mitlerinden birisi devreye girer: “Erkek her zaman cinsellik ister ve sevişmeye hazırdır.”

Yine cinsel tedavilerde eşler arasında olabilecek tek sorun cinsel işlev bozuklukları değildir. Gözden kaçan başlıklar her dönemde şunlardır:

- a) Cinsel aktivitenin sıklığı
- b) Cinsel aktivite tarzı
- c) Cinselliği başlatma veya geri çevirme
- d) Cinsellik konusunda tartışma ve sevişmenin sabote edilmesi
- e) Başkalarını çekici bulma veya gönül ilişkileri

Yaşlılarda cinsel işlev bozuklukları terapisindeki en önemli bileşen bireyin sağlığını bir bütün olarak ele alıp gerekirse yaşam tarzı değişikliklerini sağlayabilmektir.

Psikoseksüel terapiler altta yatan psikolojik konuları aydınlatmaya ve yaşlanmanın getirdiği fizyolojik değişiklikler de göz önünde bulundurularak gerçekçi hedefler koymaya yarayabilir. Davranışçı yöntemler özellikle kronik hastalığı olan bireylerde işe yarayabilir. Örneğin yemek sonrası veya yorgun olunan zamanlar yerine sabah saatlerinde sevişmek cinsel ilişkinin kalitesini arttırabilir.

Cinsel fantezilerin gündeme getirilmesi, beş duyunun uyarıcı etkilerinin araştırılması, bedenin ve cinsel organların duyarlılıklarının tanınmasına, hastanın kendisinin farkına varmasına, bedenini ve cinsel organlarını tanımasına ve sonrasında hassas ve erojen bölgelerini belirlemesine yönlendirme cinsel terapinin amaçları arasındadır. Bu erojen bölgelerin uyarılması zaman içinde orgazma ulaşmasını kolaylaştıracaktır. Orgazm sorunu olan hastalar genellikle davranışçı tekniklerden fayda görürler. Oral seks, karşılıklı mastürbasyon, içten dokunuşlar, okşamalar önerilebilir. Yaşlanan bireyin psikik ve fiziksel uyarılmaya daha fazla gereksinimi vardır. Tabii bütün bunlar kadının ve erkeğin sosyokültürel özellikleri ve fiziksel sağlığı dikkate alınarak ayrı ayrı ele alınmalıdır.

Bilelim ki;

- Cinselliğin yaşla doğrudan ilişkisi yoktur.
- Yaşlı hastalardan öykü alırken cinselliği ihmal etmemek gerekir.
- Tedavide multidisipliner yaklaşım ve aile işbirliği önemlidir.
- Etiyoloji araştırmaları titizlikle yapılmalı ve tedavi buna göre şekillendirilmelidir.
- Nedenler ister psikolojik ister organik olsun, cinsel bir yetersizlik yaşayan insanın psikolojik desteğe gereksinimi vardır.
- Toplumsal sağlık, bozukluklar olmadan önlemlerin alınmasıdır. Cinsellik için; doğru bilgilendirme, yanlış bilgileri düzeltme, kaygıları azaltma, yeni deneyimlere girmeyi cesaretlendirme, eşlerin kendi gerçeklerini tanımlarını sağlama tahminimizden çok daha fazla doyumlu bir cinsel yaşamın yolunu açar.

I) Değişime Karşı Yeni Anlamlar Yaratmak

Doğumdan ölüme bir yaşam dürtüsü olarak süren insan cinsel davranışı tek bir biçime uymaz. İnsanlar cinsel dürtü, güç ve tercih ettikleri cinsel anlatım ve doyum açısından farklıdır. Bireyin toplumdaki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür ortamı, cinselliğe yüklenen değerler, kadın veya erkek oluşu, yaşı, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler.

İnsanları kadınlar ve erkekler, gençler ve yaşlılar, sadece biyolojik veya sadece psikolojik varlıklar olarak genellersek onları yargılamış oluruz. İnsanoğlu cinsel organları da dahil bir bütündür. Hangi yönüyle olursa olsun insanı ele alırken en şaşmaz formülümüz biyopsikososyokültürel bakış açısidir ve insanlara da bu öğretilmelidir.

Daha önce sevişmek için sarılan kollar bir toruna, bir kaleme, bir fırçaya sarılabilir. Yakın ilişkiler sadece cinsel ilişki değil insanın düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutu ile bir diğer insanla bağını, sevgisin sürdürme süreçleridir.

Gençlik yıllarında güç mücadelesi ile ilişkilerde cinselliğin sabote edilmesine sıkça rastlanılmaktadır.

Sevmek, sevilme, beğenilmek, saygı görmek, güven duymak, paylaşmak, merak etmek, kızmak, üzülmek cinsel partnerle yaşanan duygulardır ve tensel dokunmalar da bunun bir parçasıdır. Hissetmenin, duygulanmanın yaşı yoktur. İnsanın her yaşta cinsel olarak uyanması, cinsel içerikli hayaller kurması çok mümkündür. Hatta deneyimler varsa gençlikten daha iyi hayaller kurulabilir ve bunlara izin verilir.

Belki gençlikten farkı şudur; cinsel etkilenmede, atak olmada hız düşer. Cinsel dürtü daha az olur. Yani bir yavaşlama, sukunet ve yaşamın çeşitli heyecan verici olayları daha çok alanına girer.

Psikolojik açıdan bakıldığında kadın-erkek farkı çok belirgin değildir. Ancak çoğu kültürlerde olduğu gibi bizim kültürümüzde de kadının cinsel duygulanımlarını dışarı vurumu erkeğe göre daha kısıtlanmıştır.

Ancak heteroseksüel ilişki düşünüldüğünde erkeğin cinsel olarak faal olduğu zamanda beraber olduğu da kadındır.

Toplumumuz için konuşursak, kadınların cinsel yavaşlaması, erkekleri geri çevirmesi, keşke yalnız 50-60 yaşından sonra başlasa. Kadın cinselliği ertelemeye, degecek zamana, degecek kişiye çok fazla odaklanmış durumda vajinanın etkinliğinin iyi olduğu dönemlerde yıllarca birleşmeden kaçınan vajinismus olan kadınları düşünelim. Onlar hayatlarından memnun. Kullanmamaya alışmışlar. Eşleri de memnun. Oysa erkek cinsel miti, erkek birleşmek ister der. Hala bekaretin geçer akçe olduğu toplumlarda cinsel mutluluk için cinsel birleşme her iki taraf için de koşul olmayabilir.



Cinsel sessizlik hatta korkutucu karanlık içinde büyüyen kadınlar ve erkekler, kendi el yordamlarıyla yollarını bulmaya çalışıyor ve aydınlığa çıktıklarını zannettikleri evliliklerde “duvar”larla karşılaşılıyorlar. Biz cinsel tedavilerde psikolojik yakınlaşmayı engelleyen “duvar”lara, pencereler, kapılar açılmasını sağlıyoruz ve eş ilişkisinde samimiyeti artırıyor, ürkmeleri azaltıyoruz.

İşte ilerleyen yaşın avantajı; birbirini seven eşler daha yakın, daha sıcak, daha açık, daha dost, cinsel olarak da kendilerini daha iyi ifade etme şansı buluyorlar.

Kadın erkek farkı azalırken, insan olarak bu dünyada yaşamı birlikte geçirmeyi değerlendirmek ön plana geçebiliyor. Cinsel his geldiğinde de o çiftin daha önce bildiklerini yapmasının yolu

açılır. Sevişmenin nereden başlayıp nereye kadar, hangi biçimde olduğu da yine her bireyin kendi etkilenmesinin gücü ile olur.

Sağlığı ve insanı bir bütün olarak gördüğümüzde “keyif” duymanın, haz almanın, ne yaşı ne sınırı vardır.

Gençlik yıllarında güzel anıların birikmesi, güzel cinsel anılarla yaşlanmanın mihenk noktasını oluşturur. Çiftler yeter ki daha yaşlanmadan ilişkinin şehvet dozunu azaltıp şefkat dozunu o kadar da yükseltmesinler. Okuma zevki gelişmemiş birisine “yaşlılıkta daha çok kitap okuma şansın olacak” diyemeyiz. “İşleyen demir paslanmaz” cinsellik için daha geçerli.

Medyanın en önemli katkısı, cinselliğin ürkütücü, sınırlayıcı, vazgeçilmez şehvet mesajları ile verilmemesini sağlamak olabilir.

Onun yerine “cinsellik doğaldır” demek yetmez. Doğal olduğunu doğal bir biçimde yansıtmalıdır. Ne yerin dibine geçirmek, ne de gökyüzüne çıkarmak.

Medya evlere sağlık çalışanlarından daha kolay ulaşıyor. Bu açıdan evlerde başlayan cinsel eğitimi vermede medyanın rolüne inanıyoruz.

F) KADINDA MENOPOZUN HORMONAL TEMELLERİ

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerdiği tanıma göre 'kadınlarda yumurtalık aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması'dır. Menopoz sözcüğü Yunanca men (ay) ve pausis (sonlanma) sözcüklerinden köken almaktadır. Menopoz, aslında geriye dönük olarak tanımlanan bir kavramı vurgular. Eğer bu dönemdeki kadın 1 yıl süreyle adet görmemişse, gördüğü son adete menopoz denilir ve kadın için “menopoza girmiş” söylemi kullanılır. Bu andan sonraki döneme postmenopozik devre, önceki döneme premenopozik devre adı verilir.

Menopoz, yumurtalıktaki foliküllerin (yumurta hücrelerinin içerisinde olduğu kesecikler) tükenmesi sonucu kendiliğinden adet görme işlevinin durması olarak veya son adet diye tanımlanabilir. Foliküller (yumurta hücresini çevreleyen yassı bir katmanı oluşturan hücrelerdir) tükendiğinde, günlük östrojen üretimine yumurtalıkların belirgin bir katkısı kalmaz. Üreme endokrinolojisi açısından yaşlanmaya ilişkin nedenler halen tartışmalıdır.

Yumurtalıklarda yetmezlik başladıktan sonra menopoza kadar olan süreye premenopoz denir. Bu süre endokrin olarak yaklaşık 8 yıl kadardır. Klinik semptomların başlamasından 3 yıl öncesinden, son adet bir yıl sonrasına kadar olan süreye perimenopoz denir. Bu andan seniliyum (yaşlılık) sınırı olarak kabul edilen 64 yaşa kadar geçen dönem ise “postmenopoz” olarak isimlendirilir. Bu üç sürecin toplamı ise “klimakteriyum”u oluşturur. Daha sonra seniliyum başlar ve ölünceye kadar devam eder.

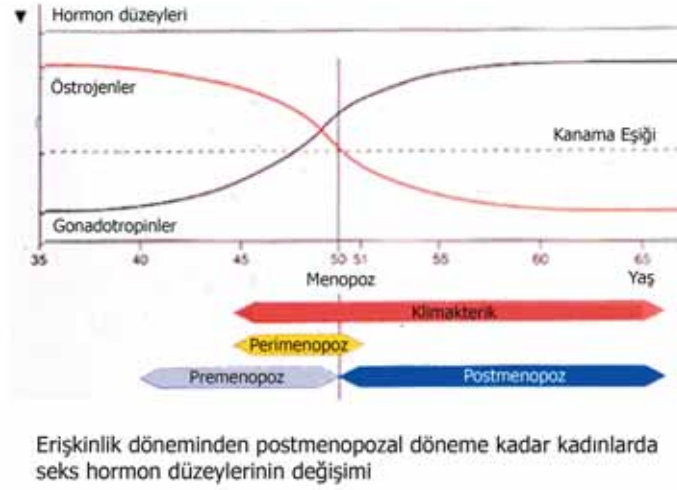
Klimakteriyumun başlama yaşı 40 ve üzeri kabul edilmektedir. Kadın hayatında 3 türlü menopoz vardır. 40 yaşından önce menopoza girme “Erken Menopoz” ya da “Prematür Menopoz” olarak adlandırılır ve bu grup, tüm menopozların yaklaşık % 4 kadarını oluşturur. Adet kanamaları devam etmekte olan bir kadında herhangi bir nedenle yumurtalık işlevleri durdurulursa, bu duruma “İyatrojenik Menopoz” denir. Bu olay ya cerrahi olarak yumurtalıkların çıkartılması (cerrahi menopoz) ya da radyasyon veya kemoterapi sonucunda oluşabilir.

Dünya genelinde menopoz için kesin bir yaş belirlemek olası değildir. Ancak çeşitli kesitsel çalışmalarda 45-54 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. Fakat bu rakam çeşitli ülkelere göre küçük değişimler gösterebilmektedir. Ülkemiz için menopoz yaşı çeşitli yayınlarda 46-48 olarak bildirilmiştir. Nitekim Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2000 yılında ülkemiz genelindeki merkezlerden elde edilen verilere bakıldığında, Türkiye'deki menopoz yaşının 47 olduğu anlaşılmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 6. Beşyillik Kalkınma Planı nüfus öngörülerine göre, 2000 yılında toplam kadın nüfusumuz 34.576.300, ve 45 yaş üzeri kadın nüfusumuz 6.851.100'dür ve ortalama yaşam süresi kadınlar için 72,24'tür. Bu verilere göre kadın nüfusumuzun yaklaşık 1/5'i menopoz sonrası dönemdedir ve yaşamlarının yaklaşık 25 yılını menopoz döneminde geçireceklerdir.

I) Hormonal Değişimler

Menopoz, yumurtalıktaki follikül rezervinin tükenişinin kaçınılmaz bir sonucudur ve yumurtalık yetmezliğinin fizyolojik bir formu olarak değerlendirilebilir. Yumurtalıklarda artık östrojen yapılamaması, hormonun etkili olduğu sistemlerde yıkıcı etkilere yol açar ve bir “eksiklik sendromu” ortaya çıkar.

Yumurtalıktaki direncin ilerlemesi ile folikülogenez (follikülün olgunlaşma sürecine verilen isim, ilk baştaki küçük bir takım folliküllerin menstrüasyona giren büyük bir yumurtlama öncesi follikülü oluşturmalarını anlatır) tamamen yavaşlar ve östradiol (östrojen hormonunun aktive olmasını sağlayan bir fraksiyonudur) sentezi, yumurtlamayı sağlayan LH (yumurta hücresini barındıran folikülün çatlamasını ve yumurta hücresinin serbest bırakılmasını sağlar) yumurtanın çıkışına izin vermeyecek seviyelere iner. Böylece anovuluar sikluslar (yumurtlama olmayan sikluslar/adet dönemleri) ortaya çıkar. Bu dönemde FSH'nin (FSH hormonu etkisiyle yumurtalıklardan birinde yeni bir yumurta hücresi folikülün içinde olgunlaşmaya başlar) yanı sıra LH seviyelerinde de artış başlar ve bu artış 40 IU/L'ye ulaştığında ise folikül gelişiminin tamamen durduğu gözlenir. İşte menopoz dediğimiz son adet kanaması bu dönemde görülür. Cerrahi menopozlarda ise, serum FSH ve LH değerleri (**kanda bulunan FSH ve LH değerleri**) postmenopozal düzeylere yaklaşık 1 ay sonra ulaşır.



Serum FSH ve LH değerleri, menopozdan 1-3 yıl sonra en yüksek seviyelerine ulaşır ve daha sonra yavaş yavaş azalarak en alt düzeylere inerler.

II) Menopoz belirtileri

Bu yaştaki kadınların en büyük şikayeti vazomotor şikayetler olup görülme sıklığı %60-85 arasında değişmektedir. Vücudun üst yarısı, kollar ve yüzde ani başlayan ateş basması hissi ve ardından terleme ile karakterizedir. 2-4 dakika süren nöbetler halinde gelir ve sıklığı ortalama 5-20/gündür. Olguların % 75'inde, 1-5 yıl sürmekle birlikte % 20'sinde, 5-10 yıl, % 10 kadarında ise 10 yıldan uzun süre devam edebilir. Nöbetler esnasında periferik vazodilatasyon (damar genişlemesi) meydana gelir ve bu olay deride renk kızarıklığı ve ateş basması hissi şeklinde yansır. Bu esnada periferik vücut ısı 0,3-0,9 derece artış gösterir. Bununla birlikte nöbeti takiben merkezi ısıda hafif bir düşme ortaya çıkar ve kadın bunu ürperme, üşüme şeklinde algılar. Ayrıca nöbet sırasında ortalama kalp atım sayısı dakikada yaklaşık 15-20 vuru artar.

III) Psikoseksüel Değişimler

Klimakteriyumda meydana gelen hormonal ve biyolojik değişimler, cinsel işlevi yakından etkilemektedir. Yapılan poliklinik çalışmalarına göre 50 yaş ve üzeri kadınlardaki cinsel yakınmaların, daha genç yaş gruplarına göre anlamlı şekilde fazla olduğu bilinmektedir.

Östrojen ve androjen azalmasına bağlı olarak biyolojik merkezi güçlükler yaşanabildiği gibi, bu tablonun daha ağır olanı, depresyon, anksiyete, kronik stres ve uykusuzluk şeklinde ilerler. Erotik rüyaların, fantezilerin, ani zihinsel düşüncelerin sayısında ve dokunma duyusu ile gelişen cinsel uyarılarda azalma ortaya çıkar. Postmenopozal kadınların % 35 kadarında bu duyunun azaldığı, özellikle 2 hassas nokta olarak kabul edilen meme başı ve klitoris uyarılma eşiğinin yükseldiği bilinmektedir. Cinsel duyudaki uyanmanın güçleşmesi, orgazm güçlükleri, cinsel ilişki sonrası hayal kırıklığına uğrama hissi doğurmaktadır.

Menopoz - Semptomlar		
Erken	Orta	Geç
Sıcak basması Gece terlemeleri Baş ağrıları Uykusuzluk Huzursuzluk	Ağrılı cinsel birleşme Cinsel istekte azalma İdrarını tutamama Üretal sendrom Vajinal atrofi	Kemik erimesi Alzheimer
Hafıza kaybı Konsantrasyon bozukluğu Duygu-durum değişiklikleri	Kardiyo-vasküler hastalık	

Bunun yanında vajina mukoza atrofi (kadında genital organlar ve idrar yollarının genital organlarla komşu olan kısımları -mesane ve uretra- yapısal ve işlevsel olarak östrojen hormonuna bağımlıdır, östrojen hormonu desteği ortadan kalktığında bu organlarda başlayan gerileme atrofi bu dokuların incelmeye ve "zayıflamasına" neden olur) ve sonuç olarak vajinal kuruluk oluşmaktadır.

IV) Kalp-Damar Sistemine Ait Değişimler

Kalp-damar hastalıkları, ilk bakıldığında kadınlardan çok erkekleri ilgilendiren bir hastalık grubu olarak düşünülmektedir. Ancak olayı bir hastalık değil de ölüm nedeni olarak kabul edersek, her iki cins için de ölüm sebepleri arasında önemli bir yer tutmakta olduğunu görebiliriz.

Kadınlarda her ne kadar koroner kalp hastalıkları görülme oranı göreceli olarak düşük olsa da yaşla birlikte belirgin bir artış gözlenmektedir. Örneğin 55-59 yaş grubundaki kadınlarda koroner kalp hastalığı görülme oranı, 30-34 yaşa oranla 50 kat daha fazladır.

Temel olarak kabul edilen genetik farklılıkların haricinde kalp-damar hastalıklarına sebep olabilecek risk faktörlerinin başlıcalarını şu şekilde açıklamak mümkündür:

- Obezite
- Hipertansiyon
- Diabetes mellitus (Şeker hastalığı)
- Sigara kullanımı
- Aile hikayesi
- Kanda pıhtılaşma ve homosistein (homosistein insan vücudunun ürettiği bir aminoasit olup vücudumuzda sentez edilerek oluşturulan birçok maddenin yapıtaşı olarak kullanılmaktadır, yüksek düzeyde homosistein konsantrasyonu koroner kalp hastalıklarının oluşumundaki etkenlerden biri olarak belirlenmiştir)
- Hareketsiz yaşam şekli
- Postmenopozal östrojen eksikliği

İlerleyen yaş, kalp-damar hastalıkları için önemli olsa da, menopoza sonrası dönemde östrojen eksikliğinde kalp hacmi düşer. Damarlarda vazo konstrüksiyon meydana gelir. Pıhtılaşma faktörleri değiştiğinden damar içinde plaklar oluşmaya başlar.

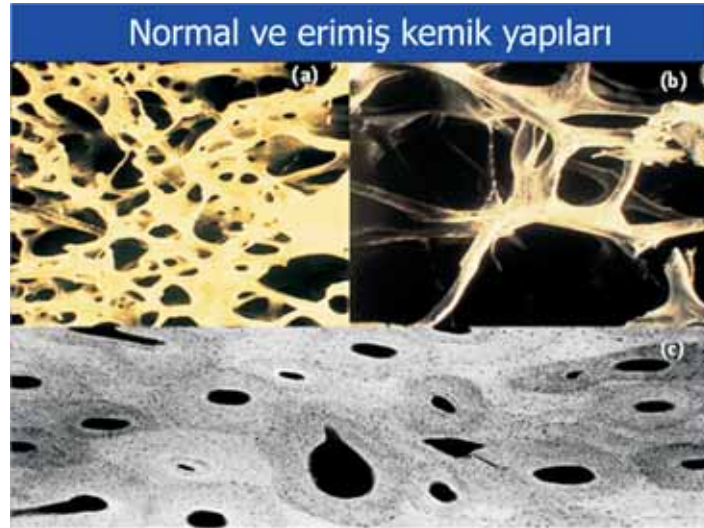
V) Kemik Dokuya Ait Değişimler

İnsanlarda yaklaşık 30-35 yaşlarında tamamlanan doruk kemik kütlesi, bu yaşlardan sonra ırksal ve coğrafi özellikler, kötü beslenme, hareketsizlik, endokrin ve metabolik hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı gibi bir çok genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişen hızlarda azalmaya başlar. Belirli bir eşik düzeyine indiğinde ise kemik erimesi ve kırılma riskine girer. Östrojen düzeylerindeki azalma, kadınların erkeklere oranla daha erken yaşlarda bu sınıra gelmelerine neden olmaktadır. Diğer taraftan, günümüz koşullarında beklenen yaşam süresinin uzaması ve dolayısıyla yaşlı nüfustaki artış, kırık görülme oranını önceki yıllara oranla belirgin olarak yükseltmiştir.

İnsanda kortikal (uzun kemikler) ve trabeküler (yassı kemikler) adı verilen iki temel kemik doku yapısı bulunmaktadır. Bu iki yapının özellikleri birbirinden farklıdır. Tip-1 kemik erimesi, menopoza sonrası dönemde ani östrojen azalmasına bağlı olarak ortaya çıkar, hızlı gelişir ve özellikle östrojen düzeylerindeki değişimlere hassas olan trabeküler kemik yapısında görülür. Tip-2 kemik erimesi ise, genellikle 65 yaşın üzerindeki erkek ve kadınlarda, doğrudan yaşlılığa bağlı olarak yavaş ve ilerleyici kütle kaybı sonucu trabeküler ve kortikal kemiklerde beraberce meydana gelen kemik erimesi şeklindedir ve “senil kemik erimesi” olarak adlandırılır.

Kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının % 75'i menopoza sonrası dönemde meydana gelir ve postmenopozal 15-20 yıl içerisinde total vücut kemik kütlesi yaklaşık % 30 oranında azalır. Normal olarak kadın ve erkekte 35 yaş sonrası kemiklerde binde beşlik kayıp vardır. Menopoza sonrası dönemde kadında bu oran % 2.5-5 arasındadır.

Östrojen eksikliğinden en fazla etkilenen kemik türü trabeküler kemikler olduğu için ilk kayıp büyük oranda trabeküler yapı içeren omurlarda ortaya çıkar. Omurlarda gözlenen bu kırıklar, boyda kısalma ve vücut duruşunda değişimlere neden olur. Kırık sayısı arttıkça, göğüs kafesinde ve sinir köklerine yapılan baskı nedeni ile solunum ve mesane işlevlerinde bozulma başlar.



Yapılan araştırmalarda 65 yaşına gelmiş kadınların yaklaşık yarısında en az bir çökme kırığı bulunduğu saptanmıştır. Bir sonraki aşamada ön kol kırıklarında artış görülmeye başlar. Düşmeler ve hafif travmalar sonucu oluşan bu kırıklar, 60 yaşındaki bir kadında 35 yaşa göre yaklaşık 10 kat daha fazladır. Daha ileri yaşlarda ise kalça kırıkları ön plana çıkar. Hastaların % 20'si, ilk 3 ay içinde ameliyat sonucu ortaya çıkabilen riskler ile hayatlarını kaybederler % 25 iyileşebilir, % 50-55 ise tekerlekli iskemle veya bastona bağımlı yaşamak zorundadır. Düşmeye bağlı bu kırıkların artışıdaki nedenler arasında östrojen azalmasının direk kemik doku

üzerindeki olumsuz etkisi kadar önemli olan bir diğer noktanın da, menopozdan sonra görülen ve yine östrojenin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan denge, görme sorunlarının olduğu akıldan çıkarılmalıdır.

G) YAŞLANAN KADINA JİNEKOLOJİK AÇIDAN YAKLAŞIM

Buradaki temel amaç, hormon tedavisi verilsin ya da verilmesin, önemli risk artışlarının başladığı bu dönemdeki kadının düzenli aralıklarla kontrol altında tutulmasıdır.

İlk muayenede, öncelikle detaylı bir öykü alınarak kadının tüm risk faktörleri belirlenmeli, halen mevcut hastalıkları ve kullandığı ilaçlar hakkında bilgi edinilmelidir. Daha sonra muayenesi ve ultasonografisi yapılmalıdır. Vajinadan smear alınmalı, ayrıca mamografi ve meme ultasonografisi istenmelidir.

Menopozal geçiş döneminde hastanın yaşı uygun ve belirtiler tanı için yeterli ise hormonal tanıya gitmenin rutin pratikte bir değeri yoktur. Ancak bazı kadınlarda kanama düzensizlikleri başlamasına karşın vazomotor yakınmalar bulunmaz. Bu amaçla hormon değerlerine bakılabilir. Bunun için yumurtalıktaki direncin ilk belirleyicisi olan FSH düzeylerine bakmak yeterli olacaktır. FSH değerinin herhangi bir zamanda 25 IU/L'nin üzerinde olan, yaşı ve belirtileri uygun bir kadın klimakteriyumda kabul edilebilir. Kesin postmenopozal sınır ise 40 IU/L'dir. Serum östradial seviyesi ise postmenopozal sınır olan 20 pg/ml'nin altına iner.

Klimakteriyumdaki kadında değerlendirilmesi gereken en önemli yapılardan birisi rahim içini döşeyen tabakadır (endometrium). Bu amaçla rutin olarak kullanılan yöntem, ultasonografidir.

Klimakteriyumdaki kadının değerlendirilmesinde önemli hedef organlardan birisi de memedir. Çünkü meme kanseri genellikle ileri yaşlarda görülür ve 40 yaşından itibaren süratli bir artış gösterir. Meme kanseri olgularının 2/3 kadarı 50 yaşının üzerindedir. Bu nedenle klimakteriyumdaki kadını değerlendirirken, yaşının kritik bir dönemde olduğu göz önüne alınmalıdır. Değerlendirmeye risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlanır. Daha sonra meme muayenesi yapılır.

Muayene inceleme ile başlar, önce her iki memedeki simetriye dikkat edilir. Takiben memenin ve koltukaltı bezelerinin elle muayenesine geçilir ve tüm meme bölgeleri dikkatlice muayene edilir. Meme başı iki parmak ucunda hafifçe sıkılarak akıntı varlığı araştırılır. Şüpheli, özellikle kanlı akıntılarda mutlaka örnek alınarak incelenmek üzere patolojiye gönderilir. Akıntının kanlı olması kanser lehine önemli bulgular arasında kabul edilmekle birlikte, tüm kanlı meme başı akıntılarının sadece % 1-3 kadarı meme kanseri ile ilgili olduğu bilinmelidir. **40 yaşındaki kadınların birer ay aralar ile kendi kendine meme muayenesi yapması gerekir ve bunun nasıl yapılacağı anlatılmalıdır.**

Meme görüntülenmesinde temel tanı yöntemi mamografidir. Kanserlerin klinik öncesi aşamada yakalanmasında önemli rolü vardır. Elle muayene ve mamografi birlikte değerlendirildiğinde meme kanserinin yakalanma şansı % 95'lere ulaşır.

Mamografi herhangi bir risk faktörü taşımayan asemptomatik (belirtilerin görülmediği) kadınlarda yapılır. İlk olarak 40 yaşında başlanır ve her yıl tekrarlanır. Birinci derece akrabasında 40 yaş altı kanser varsa, taramaya o yaştan 3 yıl öncesinden başlanmalıdır.

Görüntülenme yöntemleri arasında ultasonografinin de önemli yeri vardır. Fakat genellikle mamografiye yardımcı bir yöntemdir. Memede kitle tespit edilmiş ise işaretlenme yöntemleri kullanılarak biyopsi yapılır.



Kemik dokunun değerlendirilmesi de, diğer sistemlerde olduğu gibi risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlar. Daha sonra kemik mineral yoğunluğunun belirlenmesi ve kemik döngüsünün saptanması için görüntüleme yöntemleri ve biyokimyasal belirleyiciler kullanılabilir.

Görüntüleme yöntemleri arasında günümüzde altın standart olarak kabul edilen yöntem, Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DEXA) dir. Kullanımına ilk kez 1987 yılında başlanan ve 1993 yılında Dünya Osteoporoz Kongresi'nde oybirliği ile karara bağlanarak Dünya Sağlık Örgütü'nün de onayladığı ideal ölçüm metodudur.

Bunların haricinde rutin yapılması gereken bir diğer tetkik, kan biyokimyasıdır. Kan sayımı, tam idrar analizinin yanısıra, üre, açlık şekeri, kreatinin, transaminazlar ve toplam kolesterol, trigliserid, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol içeren lipid profili kontrol edilir. Menopoz sonrası dönemde ortaya çıkabilen tiroid hastalıkları açısından tiroid hormonlarının da incelenmesi gerekir.

I) Menopozda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Menopozla birlikte yumurtalıklarda östrojen hormon yapımının azalmasına bağlı olarak sadece cinsel organlarda değil aynı zamanda tüm vücudu ilgilendiren önemli değişiklikler olmaktadır. Her ne kadar, pek çok kadın menopozla birlikte adet kanamalarından ve gebe kalma tehlikesinden kurtulmasını bir avantaj olarak düşünse de, aynı zamanda ateş basması, terlemeler, baş ağrıları, uyku ve ruh durum bozuklukları ile “Sağlıklı Yaşam Kalitesi” (SYK) ciddi şekilde bozulmaktadır. “Sağlık Yaşam Kalitesi” bireyin hem fiziksel hem psikoseksüel işlevleri açısından tam bir iyilik halinde olması anlamına gelmektedir. Aynı zamanda kişinin hayattan beklenti ve umutlarının ne oranda gerçekleştiğiyle de yakından ilgili olabilmektedir. O halde fiziksel sağlığın tam anlamıyla iyi durumda olması da o bireyin yaşam kalitesinin çok iyi olduğu anlamına gelmeyeabilmektedir.

Menopoz fizyolojik yeni doğal bir olay olmasına karşın, kadın hayatının çok önemli bir geçiş dönemidir. Ancak bu dönemde ortaya çıkan pek çok belirti, kadını çok ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Ateş basmaları ve terleme gibi vazomotor belirtiler, uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon, konsantrasyon bozuklukları, kendini yorgun hissetme, vajinal kuruluk ve cinsel istekte azalma gibi seksüel sorunlar, idrar problemleri , istem dışı idrar kaçırmak, ağız, diş, saç, tırnak, deri, göz gibi çok değişik organda ortaya çıkan sorunlar bunların başlıcalarıdır.

Günümüz kadınının artık, dünyada 80'li, ülkemizde 75 gibi ortalama bir yaşam süresinin olduğunu ve bunun önemli bir kısmını ise menopoz sonrası dönemde geçireceğini düşünürsek, menopozda SYK'nin ne derece önem taşıdığı açıktır. Bu denli önemli olan bu kavram çoğu kez subjektif kriterlere dayanmaktadır. “Ne kadar ateş basmaktadır, ne kadar depresiftir, ne kadar kendini yorgun hissetmektedir?” Bunlar hep subjektif unsurlar olduğundan, menopozda yaşam kalitesini değerlendirmek ve standardize etmek amacıyla çeşitli ölçütler oluşturulmuştur. Tüm bu ölçeklerde ana gruplara ek olarak alt gruplar da bulunmaktadır.



Şu ana kadar yapılmış pek çok çalışmada, menopozun, kadınlarda yaşam kalitesini ciddi şekilde azalttığını ve bunun da özellikle yazının başında belirtilen çeşitli belirtilerin ortaya çıkışıyla olduğu gösterilmiştir. Sayılan bu belirtileri olmayan bir kadının, menopozda olsa bile, yaşam kalitesinin anlamlı oranda bozulmadığı ileri sürülmüştür. Ama söz konusu kişinin sayılan şikayetleri varsa, yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği de açıkça gösterilmiştir. Yakın zamanda yapılan pek çok bilimsel çalışmada, menopozda hormon tedavisi ile, sayılan bu belirtilerin pek çoğunun giderilebileceği ve dolayısıyla kadının yaşam kalitesinin belirgin bir şekilde arttırılabileceği gösterilmiştir.

II) Menopozda Hormon Replasman Tedavisi

Menopoz sonrası rahmi olan kadınlarda östrojen ve progesteron beraber kullanılmalıdır. Rahmi olmayanlarda ise sadece östrojen uygulanmalıdır.

I. Östrojenler

1) Doğal ve doğala yakın östrojenler

- 17 beta östradiol
- Mikroniza östradiol
- Östradiol valerat
- Östriol
- Konjuge östrojenler
- Konjuge equine östrojenler

2) Sentetik östrojenler

- Etinil östradiol

Östrojenler etki ve metabolizma farklılıkları olduğundan, veriliş yollarına göre de sınıflandırılırlar:

1) Ağızdan alınan östrojenler

- *Ağız yoluyla tedavinin avantajları*
 - Kullanım kolaylığı
 - Ucuz olması
 - Geniş seçeneğe sahip olması
 - İyi kolesterol düzeylerini arttırması
- *Ağız yoluyla tedavinin dezavantajları*
 - Hergün ilaç kullanımı ve emilin farklarının bulunması
 - Mide, bağırsak bozukluklarında emilimin azalabilmesi
 - Karaciğer protein sentezini değiştirmesi
 - Renin substrat düzeylerini artırması
 - Faktör VII düzeyleri artırması
 - Kan yağlarının düzeylerini artırması
 - Tabletlerin laktoz içermesi
 - Safra taşı oluşumunda artışa neden olması

2) Diğer yolla kullanılan östrojenler

- Cilde sürülen jeller
- Cilde yapıştırılan patchler
- Vajinal östrojenler
- İntranazal spreyler ve dil altı östrojenler
- **Cilde sürülen jeller**

Genellikle alt karın bölgesi, kol iç yüzü ya da omuzlara sürülen ve 100 gramında 60 mg östradiol içeren preparatlar şeklinde bulunurlar. Ancak emilimi sürülme yüzeyi ile ilgili olduğundan serum değerlerinde kişilere göre farklılıklar sık görülür. Ayrıca her ne kadar süratli emilimi olsa da (2-5 dakika) kısmen giyilen elbiseler tarafından miktar azaltılabilir. Önemli dezavantajları arasında günlük kullanımı gelmektedir ve her gün jel sürmek zorunda bulunan kadınlar, bir müddet sonra uyumlarını kaybetmektedirler.

Jellerin Avantajları

- Düşük doz doğal östrojen içerirler
- Bağırsak ve karaciğer metabolizmasına gereksinimi yoktur
- Fizyolojik östradiol / östron oranına sahiptir
- Trigliserid düzeylerini etkilemez ve / veya azaltır
- Deri reaksiyonları çok azdır
- Doz ayarlaması yapılabilir

Jellerin Dezavantajları

- Günlük doz uygulanma zorunluluğu vardır
- Derinin özelliğine göre emilim farklılıkları olabilir
- Progesteron ile karıştırılmadığı için, bu steroidin ayrı bir ilaç şeklinde ilave edilmesi gerekir
- HDL ve HDL2 kolesterol düzeylerine oral yol kadar etkili değildir

➤ **Transdermal Deri Patch'leri (cilde yapıştırılarak kullanılan bantlar)**

En yüksek serum östradiol konsantrasyonu genellikle uygulamadan sonraki 6 saat ile 12 saat içinde oluşur. Serum östradiol düzeyleri en yüksek seviyeye ulaştıktan kısa bir süre sonra düşmeye başlar. Fakat düşme olsa da tedavi edici serum östradiol düzeyleri, 7 gün süre ile sabit kalır. Gastrointestinal metabolizması söz konusu değildir. Bu nedenle yüksek serum östradiol düzeyleri sağlamak için çok yüksek dozlara çıkmak zorunluluğu yoktur. Trigliserid düzeylerinde yükselme yapmazlar, hatta belirli oranlarda azalma gerçekleştirirler.

İnsülin direncini azalttığı için karbonhidrat metabolizmasında olumlu etki gösterir ve bu nedenle diabetik hastalarda, oral kullanım yoluna göre tercih edilme sebebidir.

Son yıllarda oral ve transdermal yolla düşük doz östrojen kullanımı üzerinde durulmaktadır. Amaçlanan en düşük tedavi dozunda östrojen replasmanı yapılarak olası yan etkilerin en aza indirilmesidir.

➤ **Vajinal Östrojenler**

Vajinal yolla alınan hormonda karaciğerden ilk geçiş etkileri olmaz. Özellikle kadınlık ve idrar yolları bozukluklarında vajinal vajinal yol kullanılarak süratli etki elde edilir. Östrojenler atrofik vajina mukozasından süratle emilirler ve hatta çok düşük doz hormon içerikli preparatlar bile vajina mukozasında süratli proliferasyona (çoğalmaya) neden olurlar. Genel olarak sistemik etki yapmazlar.

➤ **Subdermal İmplantlar (Deri Altına Sokulan Maddeler)**

Postmenopozal dönemde parenteral östrojen replasman tedavisinde kullanılan yöntemlerden birisi, subdermal implantlardır. 17 beta östradiol içeren kristalin implant adı verilen küçük ve biyolojik olarak yıkılabilen materyallerdir. Genellikle karın ya da bacak cildine yerleştirilirler. En önemli avantajları, hasta uyumunun yüksek olması ve uzun süre sabit serum hormon düzeylerinin elde edilebilmesidir. Bu nedenle özellikle cerrahi menopoz olgularında ideal replasman yöntemleri arasında kabul edilmektedir. Dezavantajları ise, uygulanımı

esnasında cerrahi işlem gerektirmesi ve suprafizyolojik serum östradiol seviyelerinin ortaya çıkabilmesidir.

**II. Progesteron ve Progestagenler**

Progesteronlar, hücrelerdeki östrojen reseptör sayısını azaltırlar, güçlü olan bu etkileri nedeniyle anti östrojenik etki sağlarlar. Östrojenin neden olacağı endometrium hiperplazını engellemek amacı ile kullanılır.

Sonuç olarak rahmi bulunan her kadında östrojen replasmanına 12 gün progesteronun ilave edilmesi gerekmektedir. Ancak rahmi alınan kadınlarda sadece östrojen tedavisi gereklidir. Progesteron kullanılmamalıdır.

III. Hormon Tedavisi Protokolleri

Hormon tedavisinin temel öğeleri olan östrojen ve progesteron, başlıca iki şekilde uygulanır:

- Kesintili (siklik ardışık sequential) tedavi protokolü
- Kesintisiz (devamlı continuous) tedavi protokolü

Aslında başlangıçta şunu unutmamak gerekir ki, her iki yöntem arasında replasman tedavisinin temel amaçlarına yönelik önemli farklılık yoktur. Hasta uyumunu bozmamak temel hedefine göre kişiye en uygun tedavi protokolünü düzenlemek çok önemlidir.

Kesintili tedavide östrojen kullanımı çeşitli olabilir. Ya devamlı, hiç ara vermeden ya da ayda 5-7 gün ara verilerek kullanılır. Bu protokolün özelliğini belirleyen progesteronun kullanım şeklidir ve belirli bir dönem içinde belirli süre verilir. Bu da genelde uygulanan şekli ile ayda 12 gündür. Bu sürenin endometriumdaki östrojen etkisini nötralize etmesi açısından önemi vardır. Çünkü progesteronun bu etkisi bir aylık tedavi süresince optimum 12 gündür. Bu süreden az kullanımlar, endometriumda yeterli etki sağlayamazlar. Bu şekilde uygulanan tedavilerde progesterondan hemen sonra kadınların %80-90 kadarında periodik çekilme kanamaları görülür. Bu durum, perimenopozal veya erken post-menopozal dönemdeki kadınlara göre istenen ve psikolojik açıdan rahatlama sağlayan bir özellik olarak kabul edilmektedir. Keza erken yumurtalık yetmezliklerinde de, normal menstrüel kanama psikolojisi yarattığından dolayı, kesintili tedavi protokolleri tercih sebebidir.

IV) Hormon Tedavisi ile İlgili Güncel Tartışmalar

Hormon tedavisi için bazı araştırmalar, yanlış yorumlar ve fısıltı gazetesi, tersine düşüncelerin oluşmasına neden olmaktadır.

Hormon tedavisi ile ilgili asıl güncel tartışmalara neden olan, ABD'de "Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)" tarafından yaptırılan "Women's Health Initiative (WHI) (Kadın Sağlığı Çalışması)"dır. Bu çalışmada temel amaç hormon tedavisinin sağlıklı postmenopozal kadınlarda primer kardiyovasküler korumadaki etkinliğini saptamak, ayrıca meme kanseri riskini belirlemektir. 1993-1998 yılları arasında ABD'de 40 merkezde yaklaşık 27.000 kadın çalışmaya alındı. Hastalar iki ana gruba ayrıldı. Birinci grup sağlıklı menopoz sonrası 16.608 kadından oluşmaktaydı ve olguların yarısına östrojen ve progesteron devamlı olarak verildi. Diğer grup ise 10.739 rahimi alınmış kadından oluşmaktaydı. Olguların yarısına sadece ağızdan östrojen verildi (15). Östrojen ve progesteron kullanan olguların ortalama yaşı 63.3 (50-79 yaş arası) olup, 5.2 yıl takip edildiler. WHI çalışmasında katılımcılarının % 66'sı 60 yaşın üzerinde, % 34'ü obez, % 36'sı hipertansif ve yarısı da ya geçmişte sigara kullanmıştı ya da halen kullanmaktaydı. 9.7.2002 tarihinde, Amerika'da Veri ve Güvenlik Kontrol Komitesi tarafından sağlıklı menopoz sonrası kadınlarda hormon tedavisinin etkilerini araştıran WHI çalışmasının östrojen ve progesteronlarla süregiden kısmının durdurulduğu açıklandı. Öngörülen süreden yaklaşık 3 yıl önce, ortalama izlem süresi 5.2 yılda gerçekleşen **durdurmanın nedeninin, östrojen ve progesteronlarla kombine olarak yapılan hormon tedavisinin risklerinin, yararlarının önüne geçtiğinin belirlenmesi olduğu bildirildi.**Sonuçları bütün dünya ve Türkiye, gazetelerden öğrendi.

Çalışmanın yalnızca östrojen kolu ortalama 6.8 yıllık kullanımı takiben Şubat 2004'te durduruldu. WHI çalışmasında ağızdan östrojen verilen katılımcıların % 70'i 60 yaşın üzerinde, % 45'i obez, % 48'i hipertansifti.östrojen tedavisinin meme kanseri ve kalp krizi riskini arttırmadığı, buna karşılık venöz tromboemboli ve inme riskinde artış olduğu belirlendi. Kolorektal kanser riski değişmezken, östrojen-progesteron verilenlerde kalça kırığı riskinin azaldığı gösterildi.

Çalışma akademik çevreler ve medyada büyük yankılar uyandırmış, öte yandan bazı eleştirileri de gündeme getirmiştir:

- Çalışmada olguların yaş ortalaması yaklaşık 63'tür. Bu hem ABD (ortalama menopoza yaşı 51) hem de Türkiye (ortalama menopoza yaşı 48) için menopoza yaşıdan oldukçaileri bir yaştır. Çalışma bir primer koruma çalışması olarak tasarlanmış olmasına rağmen olguların yaşları bu tanımlama için oldukça ileridir. Genel olarak dünyada ve ülkemizde menopoza kliniklerine başvuran olguların yaş dağılımına bakıldığında sadece çok küçük bir oranının (yaklaşık % 5'ten az) çalışmada seçilen olguların yaş grubuna uyduğu gözlenmektedir.
- Ek olarak olguların 1/3'ü aşırı şişman, yani vücut kütle indeksi (BMI) 30'un üzerinde hastalardır. Ayrıca tüm gruplarda BMI ortalaması 28'dir. Bu da çalışmadaki kadınların genelde "şişman" olduğunu gösterir. Olguların toplam % 45'inde halen sigara kullanımı veya kullanım öyküsü vardır. Olguların % 35'i hipertansiyon tedavisi almaktadır. Bu koşullar rastlantısal örneklemeyle ilgili olarak her iki grup için de geçerli olmakla birlikte, hastalanma ve ölüm analizlerinde ayrıntılandırma ve bireyselleştirme yapılması gerekmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalığı olan hastalar içerisinde aşırı şişman, sigara kullanıcısı, hipertansif ve diyabetiklerin ayırt edilmesi gerekmektedir.
- Aslında kalp-damar hastalıkları ve meme kanserinde belirtilen artışların, gerçekte çok düşük düzeylerde olduğu ve hormon tedavisi uygulamasını engelleyecek boyutlarda olmadığı görülmektedir. Örnek vermek gerekirse, meme kanserinde %26 olarak söz edilen artış, 10.000 kadında 30'dan 38'e çıktığını (ek sadece 8 kişi), kalp-damar hastalıkları için ise % 29 olarak belirtilen artış, 10.000 kadında 30'dan 37'ye (ek sadece 7 kişi) çıktığını göstermektedir. Diğer taraftan aynı çalışma, kemik kırıkları ve kalın bağırsak kanserinde belirgin azalmaların olduğunu göstermektedir. Kadınlarda en sık görülen üçüncü kanser olan kolon kanseri sıklığının, gözleme dayalı çalışmaların meta-analizi sonucu, hormon tedavisi kullanımıyla belirgin şekilde azaldığı (% 20-34) görülmekte, WHI çalışması da bunu destekleyen (% 37 azalma) ilk rastlantısal örnekleme kontrollü çalışma olması bakımından değer taşımaktadır.
- Ölüm oranlarına dikkat edildiğinde ise ilaç kullananlarla kullanmayanlar arasında fark yoktur. Bunların dışında menopozun uzun dönemde görülen iki önemli patolojisinde hormon tedavisinin rolüne bakarsak, bilindiği gibi günümüzde postmenopozal kemik erimesinin önlenmesi için hormon tedavisi özellikle erken postmenopozal dönemde ilk tedavi olarak önerilmektedir. Yapılan bir çok geriye dönük gözlemsel çalışmada hormon tedavisinin omurga ve omurga dışı kırık sıklığını azalttığı gösterilmiş olup, WHI çalışmasında da benzer olarak hormon tedavisinin kalça kırığı sıklığını kontrol grubuna göre % 34 oranında azalttığı ortaya konmuştur. Demans (Alzheimer Hastalığı) ile ilgili yapılan gerek hayvan gerekse insan çalışmalarında hormon tedavisinin hastalığın önlenmesinde, gecikmesinde veya belirtilerin ağırlığının azalmasında koruyucu rol oynadığı gösterilmiş olup, sekonder önleme çalışmalarında ise bu koruyucu etkinin olmadığı gözlenmiştir.
- Vazomotor bozukluklar genitoüriner, deri değişiklikleri kadının yaşam kalitesini bozan hatta mediko-sosyal etkisi olan önemli rahatsızlıklardır. Ortalama yaşam süresi göz önüne alınca insan hayatının neredeyse yarısını oluşturan menopoza sırasında yaşanan vajinal atrofi ve psikoseksüel bozukluklar ön planda tutulmalıdır.
- WHI çalışmasındaki yaş grubu jinekologların hormon replasman tedavisi yaptığı yaş grubundan çok uzaktır. 50-79 yaş arası grupta 50-59 yaş arasında olanlar grubun tamamının %33.4'ü olmasına karşın, 60-69 yaş arası olanlar grubun %45.3'ü



ve 70-79 arasında olanlar grubun %21.3'üdür. Çalışmadaki kadınların büyük kısmı sağlıklı değildir. Grubun %12.5'inde hiperkolesteromi, %35'inde hipertansiyon, %35'inde obezite, %7.7'sinde kalp damar hastalığı başlangıcı saptanmıştır.

- WHI çalışmasını meme kanseri yönünden irdelediğimizde ise; 5 yılda hormon tedavisi alan grupta meme kanseri risk artışı %26 olarak yansımıştır. Bu mutlak risk değil, göreceli risk artışıdır. Basına yansıtılış şekli yanlıştır. 100 kadından 26'sında meme kanseri oluşuyor olarak değerlendirilmiştir. Oysa, çalışma yakından incelendiğinde açıklanamayan biçimde placebo (yalancı ilaç) grubunda göğüs kanseri oranında düşüş vardır. 1. yıl %0,21 (17), 5. yılda %0,22 (12) oranında düşüş görülmüştür. Sonuç olarak tedaviyi bırakmadaki yüksek oran hem placebo, hem de tedavi gören gruptaki yanlış sonuçların oluşmasına neden olmuştur. Yine çalışmaya tedaviyi bırakıp sonradan tekrar başlayanların ilave edilmesi analizlerin istatistiksel doğruluğunu etkilemiştir.
- Jinekologların hormon tedavisi verdikleri süre postmenopozal 10-15 yıldır. WHI çalışmasının ancak %10 kadarı bu yaş grubudur. 2006 yılında gerçek menopoz yaşında kullanılan 50-59 yaş grubu sonuçları WHI çalışmasını yapanlar tarafından açıklanmıştır. Buna göre meme kanseri ve kalp krizi riskinde bir artış olmamıştır.
- Yaşam kalitesinin jinekolog gözüyle artmasında; cilt değişikliklerinde yapının korunmasında, kemik erimesine bağlı kırıkların önlenmesinde, kadınlarda ikinci ölüm nedeni olan mide, bağırsak kanserlerinin önlenmesinde, Alzheimer ve diş ve göz kayıplarının önlenmesinde yeri iyi değerlendirilmelidir.



- Hormon tedavisi gören ve görmeyenlerin 3 beyaz (tuz, şeker, un) dan kaçınmaları gereklidir. İnsülin resistansının artması ve kilo almanın durdurulması gereklidir. Bu nedenle ön kol ve dizin alt kısmının haftada 3 defa 20 dakika güneşe tutulması yeterlidir. Kalsiyum metabolizması için sütü gıdaların çocukluk yaşından itibaren alınmasına dikkat etmek gerekir. Ayrıca haftada 3 gün mutlaka 20 dakika yapılacak egzersiz hareketlerinin yaşam kalitesini ne kadar arttıracığı ve doktora gitme alışkanlığı az olan ülkemizde 40 yaşından sonra mutlaka doktora gitmek gerektiği unutulmamalıdır.

