



Menopoz ve Cinsel Yaşam

Özlem Demirel Bozkurt¹, Ümran Sevil¹

Yayınlanma: 21.12. 2016

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir, Türkiye.

* Sorumlu yazar: Özlem Demirel Bozkurt, E-mail: ozlem.bozkurt@ege.edu.tr

Özet

Menopoz overlerin aktivite kaybı sonucu adet kanamasının kalıcı olarak sona ermesi durumudur. Doğal ya da overlerin alınması ile cerrahi olarak ortaya çıkan menopoz, kadın cinselliği üzerine sıklıkla negatif etkilerin görüldüğü anatomik, fizyolojik ve psikolojik bir süreçtir. Menopoz döneminde cinsellik, bireysel özelliklerden (libido kaybı, dispareni vb.), östrojen ve androjen salınımının ciddi oranda azalmasından, içsel ve kişiler arası etkenlere kadar birçok unsurdan etkilenir. Östrojen üretimindeki azalma vajinal kuruluğa yol açarak cinsel fonksiyonu doğrudan etkilerken, ateş basması ve gece terlemeleri de kadınlarda enerji kaybına, dolayısıyla libidoda azalmaya neden olmaktadır. Menopozda yaşam kalitesi, vazomotor semptomların varlığından daha çok cinsel disfonksiyon durumundan etkilenmektedir. Cinsellik, hangi yaşta olursa olsun kadınların sağlık durumlarının temel bileşenlerindedir. Sağlık çalışanlarının menopozda cinsel yaşamı etkileyen faktörleri bilmesi, menopozda cinselliğe ilişkin kadınların inanış, tutum ve değer yargılarının farkında olması ve bu doğrultuda bireye özgü danışmanlık yapabilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu derlemede, menopozda cinsel yaşamı etkileyen faktörler ve sağlık çalışanlarının rolü ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Cinsel Yaşam, Cinsellik

Abstract

Menopause is the condition of permanent stop of menstrual bleeding as a result of losing ovaries due to activity decrease. Occurring naturally or by ovarian ablation menopause is an anatomic, physiologic and psychological process in which frequently negative influences on woman sexuality are observed. Sexuality during menopause is influenced by many elements such as individual characteristics, (loss in libido, dyspareunia etc.) dramatic decrease of oestrogen and androgenous oscillation, inner, and interpersonal factors. While decrease of oestrogen production effects sexual function directly by causing vaginal dryness, hot flash and night sweating causes loss of energy in women and therefore leads to a decrease in libido. Life quality during menopause is influenced more by the condition of sexual disfunction than vasomotor symptoms' existence. No matter at what age but sexuality is one of the main component of health condition of women. It is highly critical for healthcare professionals to know about the factors affecting sexual life, and be aware of the belief, manner and value judgement of women towards sexuality during menopause and accordingly to be able to do individual consultation. In this compilation factors effecting sexual life during menopause and role of the healthcare professionals have been discussed.

Keywords: Menopause, Sexual Life, Sexuality

GİRİŞ

Menopoz orta yaş döneminde kadın beyninin ve bedeninin, endokrin bezlerinde meydana gelen değişikliklere olan hassasiyetine bağlı olarak gelişen bireysel bir yaşantıdır. Kadınların yaşam süresi uzadıkça, yaşamlarının menopozda geçen bölümü de uzamaya başlamıştır. Yaşlanmaya bağlı olarak overlerden sıklıkla hormon salgılanmasının azalması nedeniyle oluşan doğal menopoz, ülkeden ülkeye, toplumdan topluma farklı olmakla birlikte genellikle 45-55 yaşlarında ortaya çıkar. Menopozdan 2-6 yıl öncesi premenopozal dönem 6-8 yıl sonrası postmenopozal dönem olarak tanımlanmaktadır. Doğal ya da overlerin alınması ile cerrahi olarak ortaya çıkan menopoz, kadın cinselliği üzerine sıklıkla negatif etkilerin görüldüğü anatomik, fizyolojik ve psikolojik bir süreçtir (1-4).

Cinsel hormonlar, tüm üretken yaşam döngüsü boyunca kadınların cinsel işlevliliğinin baş etmenleridir ve menopoz, östrojen ile androjen eksikliğinden kaynaklı etkilerin cinsel işleve bağlı dokuları da kapsayan çoklu sistem belirtileri ile kendini dışa vuran bir dönüm noktasıdır (5).

Menopoz döneminde cinsellik, bireysel özelliklerden (libido kaybı, dispareni vb.), östrojen ve androjen

salınımının ciddi oranda azalmasından, içsel ve kişiler arası etkenlere kadar birçok unsurdan etkilenir (6,7).

Cinsellik için partnerin varlığı, partnerin yaşı, sağlığı ve davranış şekilleri, ilişkinin uzunluğu, en önemlisi de partnere karşı hissedilenler ve toplumsal değerler orta yaş dönemindeki kadınların cinsel işlevliliği üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir (8,9). Cinsel doyumsuzluk ve ruh sağlığının genel olarak iyi olma durumu birbiriyle sıkı sıkıya ilişkili olduğu için cinsellik, hangi yaşta olursa olsun kadınların sağlık durumlarının temel bileşenlerindedir (10).

CİNSEL YAŞAMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Perimenopoz dönemindeki kadınların dörtte üçü ve postmenopozal kadınların yarısı bir ya da daha fazla cinsel sorun yaşamaktadır (9). Perimenopozal kadınların yaklaşık %10-15'inde cinsel arzu yokluğu, %5'inden azında ise orgazm olamama görüldüğü (11,12), pre-, peri- ve postmenopozal dönemlerde cinsel istek kaybının sırasıyla %35, %55 ve %60 olarak gittikçe arttığı, postmenopozal dönemde orgazm yokluğu ve seksten zevk almamanın %60'ların üstüne çıktığı (2,7) rapor edilmiştir. Menopozla ilişkilendirilen farkedilebilir ilk değişim uyarılma esnasında oluşan vajinal ıslanmanın azalmasıdır (9,13). Östrojen üretimindeki azalma vajinal kuruluğa yol

açarak cinsel fonksiyonu doğrudan etkilerken, ateş basması ve gece terlemeleri de kadınlarda enerji kaybına, dolayısıyla libidoda azalmaya neden olmaktadır (14). Klitoris, azalmış östrojen seviyeleri, vasküler ve sinir sistemindeki değişimlerden kaynaklı olarak ilk zamanlara nazaran artık daha az hassastır (9).

Özellikle penetratif cinsel ilişki yokluğunda vajinada daralma ve kısılma görülmektedir. Vajinal kan akışı azalmakta, yağ bezlerinin salgısı belirgin oranda azaldığından, cinsel uyarılma sırasında lubrikasyon azalmakta ve gecikmektedir. Bu dönemde inflamasyon bulgusu eklenmesi ile en yaygın görülen atrofik vajinitir (15).

Atrofik değişikliklerin etkileri genellikle üreme sistemi, üriner sistem ve deride olmaktadır. Başlıca nedeni östrojen eksikliğidir. Düşük östrojenin neden olduğu vulva/vajinal atrofi (VVA) ve kuruluk uyarılmanın uzun zaman almasına veya zorlaşmasına, klitoris ve labiyal yapılardaki atrofik değişiklikler de cinsel ilişki sırasında ağrı (disparöni) yaşanmasına neden olmaktadır. Ağrının tekrar yaşanacağına ilişkin kaygı, cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olmakta, vajinal ıslanmayı azaltmakta ya da vajinismusa yol açabilmektedir (13,16,17).

Semptomatik VVA, doğal menopoza dışında hipöstrojenik durumlarda da meydana gelebilmektedir. Örneğin; bilateral oofektomi, myom uteri ve endometrioziste GnRH agonisti kullanımı, aşırı egzersiz, yeme bozukluğu ya da doğum sonrası görülen hipotalamik amenore, kanser olgularında pelvik radyasyon tedavisi, kemoterapi veya endokrin tedavi VVA'ye, dolayısıyla CİB'na neden olmaktadır (15).

Bu dönemde yaşanan değişimlere uyum cinsel doyumu etkilemektedir. Vazomotor semptomlar, vajinal değişiklikler, inkontinans, cinsel fonksiyon bozuklukları ve uyku problemleri bu dönemde görülen ve kadın hayatını etkileyen semptomlardan bazılarıdır (4). Kadınlardaki cinsel isteğin azalmasını etkileyen pek çok faktör vardır:

Sıcak basmaları ve gece terlemeleri: Sıcak basması özellikle menopoza takiben ilk iki yıl içinde ve cerrahi menopozlu kadınlarda daha sık görülmektedir (17). Genelde uyku sırasında ortaya çıkmaktadır. Partnerlerine yakın uyumaktan hoşlanan kadınlar, ateş basmaları nedeni ile daha uzak yatmayı ya da yatakları ayırmayı tercih etmektedir. Geceleri uyuyamama sonrasında yorgunluk, yakınlık kurulamadığı için cinsel istekte azalma ve çiftler arası uyum sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda evlilikteki uyum düzeyi, menopoza dönemindeki kadınların şikâyetleri ile baş etmede oldukça önemli bir rol oynamaktadır (14).

Üriner İnkontinans (idrara kaçırma): ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar (17). Üriner İnkontinans (Üİ) kadınların sosyal, psikolojik ve cinsel yaşamını etkiler. Cinsel ilişki sırasında kontrolsüz idrara kaçırma, kadının eşine karşı utanma, yetersizlik duygusu ve suçlu hissetmesine neden olur. Kadınlar bu nedenle cinsel ilişkiden kaçınmaktadır.

Çalışmalar Üİ'yi olan kadınların daha az sıklıkta cinsel aktiviteye sahip bulunduğunu bildirmiştir. Üİ ayrıca eşler arasındaki yakınlığın ve paylaşım azalmasına neden olarak evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (18). Türkiye'de yapılan bazı araştırmalar, kadınların cinsel ve sosyal hayatları olumsuz etkilenmesine rağmen kültürel faktörler nedeniyle kendi durumları hakkında bir sağlık kuruluşundan danışmanlık almadıklarını göstermektedir (18,19).

Üİ, perimenopoz ve ilerleyen dönemlerde yaygın olmasına rağmen yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu değildir. Kegel egzersizleri, ilaç (vajinal veya oral östrojen) ve cerrahi tedaviler, cinsel ilişkiden hemen önce idrarın yapılması yakınmaları azaltabilir veya düzeltebilir (14).

Gebelikten korunma: İleri yaş gebelikler, oran olarak çok fazla olmasa da var olan gebelikler riskli gebelikler sınıfında yer alıp, hem anne hem de fetus açısından ciddi riskler taşımaktadır. Kesin menopoza tanısı konana kadar gebelik riski devam etmektedir (20,21). Yaş ilerledikçe doğurganlık azalmakta ancak doğum kontrolü ihtiyacı sınırlanmamaktadır (22).

İleri yaş gebelik ve doğumlar, ciddi psikolojik, fiziksel, sosyolojik ve ekonomik sorunlar yaratmaktadır (23). Bu dönemde yaşanacak istenmeyen bir gebeliğin ve gebelik sonlandırımının yaratacağı fiziksel ve ruhsal travma göz ardı edilmeden çiftlerin modern yöntemleri kullanmaları desteklenmelidir (22). Uygun kontraseptif kullanımı, partnerler arasında cinsellik açısından iyileşmeler sağlayarak kadının yaşam kalitesini arttıracaktır. Menopoz dönemi için tek bir ideal yöntem var olmayıp, her bir yöntemin çeşitli avantaj ve dezavantajları vardır (20). Düşük doz oral kontraseptif haplar, perimenopozal dönemde kemik yapım ve yıkım hızlanmasını önlemeye yardımcı olabilmekte ve menopozal dönem boyunca azalan kemik yoğunluğu ve sonucunda ortaya çıkan osteoporoz önemli ölçüde azalmaktadır. Kırk yaş üstü kadınlar düşük fertiliteye sahiptir. Bu nedenle düşük doz kombine oral kontraseptif (KOK) bu grupta en iyi seçeneklerden biri olmaktadır. KOK'ler kadınların %65 ila %100'ünde vazomotor semptomları belirgin olarak azaltır, çoğu kez, depresyon ve uyku bozukluklarında da iyileşme sağlar (22, 23).

Perimenopozal dönemde seyrek cinsel aktivitesi bulunan kadınlar bu yöntemleri (diyafram, kondom, spermisid, kadın kondomu) uygun bulabilirler. Lubrikanlı kondomlar ve bariyer yöntemleriyle birlikte kullanılan spermisidler, vajinal kuruluşunun giderilmesinde yardımcı olur. Danışmanlık verirken; ileri yaşlardaki kadınlarda vajen kaslarındaki gevşekliğin diyafram kullanımını güçleştirebileceği unutulmamalıdır. Eşin kondom kullanma isteği ve ileri yaş erkeklerde rastlanabilecek erektil disfonksiyon varlığı da sorgulanmalıdır (20,22).

Pınar'ın (2011) yaptığı çalışmada, perimenopozal dönemdeki kadınların kontraseptif yöntem kullanım oranı %51.4'dür. En sık seçilen etkili kontraseptif yöntemlerin rahim içi araç (%39.1) ve prezervatif (kondom) (%29.2)

olduğu belirtilmiştir. Geri çekme yöntemi kullanım oranı %17.7 iken, tüpligasyon %8.8, oral kontraseptif %8.0, enjeksiyon %4.4'tür (21).

Son yıllarda biriken veriler KOK'ya bağlı risklerden ziyade KOK'nın sağladığı sağlık yararlarını işaret etmektedir. Kontraseptif vajinal halka ve transdermal kontraseptif sistem gelecek için umut vericidir. Bu yöntemler KOK'lara benzer siklus kontrolü ve yan etki profiline sahiptir. Ancak perimenopozal kullanımla ilgili ileri geniş çalışmalara gereksinim vardır (20).

Cerrahi menopoz: Gençliğin sembolü olarak görülen overlerin çıkarılması (oofektomi) androjen üretiminin aniden azalmasına yol açarak cinsel istek, uyarılma, cinsel ilişki sıklığı, cinsel doyum ve orgazmın azalmasına neden olabilmektedir. (6,24). Özellikle yaşça daha genç olan kadınlarda, herhangi bir hormon tedavisi uygun olmadığında erken menopozun sonuçları daha ağır olmaktadır (25).

Fiziksel ve ruhsal sağlık algısını zorlayan sistemik hastalıklar ve diğer ameliyatlara kadar, kötü huylu tümörler için yapılan abdominal-pelvik ameliyatların da kadınların cinsel fonksiyonu üzerinde güçlü bir etkisi vardır (26). Meme kanserinin ve jinekolojik kanserlerin cinsel sonuçları sadece hastalığın türü, hangi evrede olduğu ve seyri ile ilgili değildir. Kanser tedavilerinden özellikle cerrahi ve radyasyon tedavisi, vajinal epitele ve vajinal kanal anatomisine zarar verebilmekte, vajinal enfeksiyon riskinde artma görülmektedir. Tedavi gören kadınlar, vajinada daralma veya kısılma yaşayabilmektedir. Bu değişiklikler, pelvik muayenede ve cinsel ilişkide ağrıya (disparöni) neden olmaktadır (15,26).

Kızgınlık ve öfke: Cinsel fonksiyon bireyin psikolojik durumuna göre etkilenir (18). Kızgınlık ve öfke, hem erkek hem de kadın için uyarılmayı ve orgazmı olumsuz etkilemektedir. Kadınlar için duygusal yakınlık daha önemli olduğu için kırgınlıklar olduğunda cinsel işlevler olumsuz olarak etkilenir (14).

Yetersiz iletişim ve Bıkkınlık: Evlilikteki uyum düzeyi ile menopoza ilişkin belirtiler arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalarda, menopoz dönemindeki kadınların bu döneme ilişkin şikayetleri ile baş etmede, evliliklerinin ve eşleriyle olan ilişkilerinin oldukça önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (27). Eş ile birlikte uyumama ve hipertansiyonun tatminsizlik riskini, vazomotor semptomların varlığı ve evlilik yılının artmasının iletişimsizlik riskini arttırdığı belirtilmiştir (28).

Geleneksel cinsel aktivite zamanla azaldığından, diğer fiziksel şefkat biçimlerini ve azalmaya başlayan yakınlaşmayı geri getirmeye çalışmak önemlidir (14). İletişim özellikle orta yaşlarda çok önemlidir. Çünkü iyi bir iletişim çiftlerin gerçek problemi bulup tanımlamalarına olanak sağlayacaktır. Örneğin iyi bir iletişim yoksa kadının vajinal kuruluşundan kaynaklı zorluklar kadının cinselliğe ilgisini yitirdiği şeklinde yanlış yorumlanabilir ve partnerinin reddedilmişlik duygusuna kapılmasına neden olabilir (14).

İlişkiyi kurumsallaştırmak, cinsel rolleri ortadan kaldırmak ve aşırı yakınlık, aslında cinsel isteği azaltan risk faktörleridir ve partnerler, uzun ömürlü bir ilişkinin cinsellik üzerindeki etkisini kavrayarak birlikteliklerine yeniden canlılık kazandırabilirler. Erkek partnerin cinsel performansının CİB ile kliniksel ilişkisini ve tam tersi bir durumu etkileyebileceğini göz önünde tutmak da önemlidir. Bundan dolayı, partnerin yaşam kalitesini, cinsel doyumunu ve ereksiyon bozukluğunu tedavi eden ilaçların olası kullanımını dikkate almadan kadınların cinsel sağlığı ile ilgili monoküler bir görüş yanlıcı olur (9).

Depresyon: Cinsel problemlerin sebebi de sonucu da olabilir. Örneğin kadının dürtü yitimi depresyonuna katkıda bulunabilir aynı zamanda bu dürtü yitimini depresyonun bir etkisi olarak da görebilir. Kadınlarda depresyon varlığında orgazma ulaşmak daha da güçleşecektir. Antidepresan ilaçlar da, depresyon ve kaygıyı iyileştirmede etkili olmasına rağmen birçok kadın ve erkek için libidoda azalma, uyarılmayı başlatma ve sürdürmede, orgazma ulaşmada zorluk gibi yan etkilere neden olmaktadır (8,14).

Uyku problemleri: Çocuklar ile beraber uyumanın, evlilik süresinin artmasının ve eş ile birlikte uyumamanın cinsel disfonksiyon riskini arttırdığı belirtilmiştir (28). Perimenopoz dönemindeki kadınların uyku kalitelerinde yaşanan belirgin ve hissedilebilir düşüş, kendilerini yorgun hissetmelerine dolayısıyla libido ve motivasyon kaybına neden olmaktadır (14).

Stres-Yorgunluk: Özellikle orta yaşlarında birçok rol ve sorumluluk yüklenen kadınlar için yoğun ve yorucu bir günün sonunda cinsel ilişki için zaman ayırmak hiçbir şekilde öncelik teşkil etmez. Orta yaşlardaki kadın için stres kaynağı olan ergen çocuklarla uğraşma, çocukların evden ayrılması sonucu yaşanan boşluk, yetişkin çocuğun eve umulmadık dönüşü, istenmeyen gebeliklerle başa çıkmaya çalışmak, boşanma, dulluk veya evlilik zorlukları, yaşlı anne baba veya torunların bakımı ile ilgili sorumluluklar, kariyerin zirve yıllarına girmesi, çocukların finansal baskıları ve emekliliğin geciktirilmesi, kendisi/partnerinin yaşla alakalı sağlık sorunları beraberinde yorgunluk getirmektedir. Yorgunluk tek beşına etkili değilse de gün boyu yaşanan stresin psikolojik yükü cinsel ilişkide engel oluşturmaktadır (12,14).

Ayrıca orta yaşlarda yaşlanmanın etkileri ve hormonal değişiklikler kadının kilo almasına neden olmakta, ek olarak memelerde sarkma, ciltte kırışıklık ve saçlarda incelleme beden algısını etkilemektedir. Bu değişimler partner ile olan ilişkide kadının kendisini daha az çekici hissetmesine neden olmaktadır. Sadece kadın değil partneri de yaşlanmaktadır. Erkelerde andropoz ile saçlarda dökülme, kilo alma görülmekte kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçların etkisiyle cinsel yaşam olumsuz etkilenebilmektedir (12).

Kadınların cinselliğe yönelik inanış, tutum ve değer yargıları, motivasyonu ve psikolojik durumu da cinsel fonksiyonu olumlu ya da olumsuz yönde

etkileyebilmektedir (8). Kadın ve eşi veya partneri açısından cinsel ilişkinin rahatsız edici olup olmadığı önemlidir. Örneğin, eşlerin ikisi de aktif bir cinsel yaşamları olmayışından şikâyetçi değilse bu noktada vajinal kuruluk ya da sertleşme güçlüğü gibi durumlar tam anlamıyla bir cinsel bozukluk olarak düşünülemez (12). Menopozal dönemde yaşanan değişimlerin büyük çoğunluğu yalnızca menopozdan değil, menopoz ve yaşlanmanın bir araya gelmesinden kaynaklanırken bazıları da yalnızca yaşlılıktan kaynaklanmaktadır (14). Yaşlanma ile beraber artan birçok kronik hastalık, kişinin benlik saygısını ve ilişkilerini değiştirip tükenmişlik, ağrı, çirkinleşme ve bağımlılığa sebep olarak cinsel işlevliliği dolaylı bir şekilde engellemektedir (29). Yaşlanma ile beraber sıklığı artan metabolik, nöronal, vasküler ve malign hastalıklar gibi birçok kronik patoloji veya bunların tedavilerinde kullanılan ilaçlar, hem kadın üzerinde doğrudan etki ile hem de sağlıklı ve seksüel olarak istekli bir partnerin yokluğuna yol açması ile seksüel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir (2).

Orta veya ağır derecedeki vajinal atrofide lokal hormon tedavisinin uygulanması disparöni şikâyetini düzeltebilir (9). Menopozda görülen VVA, acı ile ilgili cinsel bozuklukların ortaya çıkmasında temel bir rol oynadığında ve/veya menopozun tek sonucu olduğunda, bölgesel östrojen tedavisi, ürojinekoloji ve cinsel sağlığın korunması için başlangıç tedavisi olur (9).

BİREYE ÖZGÜ TEDAVİ

Menopozun olumsuz etkilerini en aza indirmenin en önemli koşulu erken tanı ve tedavidir. Çünkü menopozdaki kayıplar daha çok ilk yıllarda ortaya çıkar. Menopoz döneminde CİB'nun tedavi yönetimi çok yönlüdür ve cinsel tepkileri harekete geçiren biyolojik uyarıları çoğaltabilmek için farmakolojik tedavi düzeni, kişisel ve ilişkisel zorlukların üstesinden gelmek için de kişiye özel psikososyal tedaviler içermelidir. Günümüzde, özellikle de CİB'ü tedavi etmek için farmakolojik bir müdahale yetersizliği yaşanmaktadır (30).

Uluslararası Menopoz Topluluğunun 2011 yılındaki ilk ana ilkesi, menopoz ya da menopoz sonrası dönemde olan kadınların sağlığını korumak için gerekli olan tedavisel herhangi bir müdahalenin; beslenme, egzersiz, sigarayı bırakma ve alkol tüketiminde güvenli seviye gibi konuları içeren yaşam tarzıyla ilgili tavsiyeleri de kapsayan tüm stratejilerin bir parçası olması gerektiğidir. Aslında fiziksel sağlık ve ruh sağlığı, cinsel sağlığın temel bileşenleridir (31).

Hormon Replasman Tedavisi kişiselleştirilmelidir. Düzenli kontroller yapılmalıdır. Her kadına ihtiyacı olan şekilde yaklaşılmalıdır. Tedavinin uygun olmaması durumunda kadınların ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak ayarlanmış hormon tedavisi, en son güncellenen uluslararası talimatlara uygun olarak tavsiye edilmelidir (30).

Özellikle menopoz sonrası dönemde kadınların yaşadığı CİB ile ilgili üzerinde çalışılan hormonal tedaviler arasında tibolon, çeşitli ülkelerde postmenopozal dönemdeki kadınlara tavsiye edilmesi uygun olan, östrojenik aktivite düzenleyicisi olarak sınıflandırılmış, sentetik bir steroiddir (14). Östrojen, androjen ve progesteronun çoklu doku ve organlarda farklı etkiler

gösterdiği ayrıca ruh halini ve cinsel isteği iyileştirmede ve genital dolaşımı arttırmada etkili oldukları görülmüştür. Menopozda reçeteli-reçetesiz, lubrikanlar (kayganlaştırıcılar) ve nemlendiriciler, lokal östrojen tedavisi gibi birçok topikal vajinal tedavi mevcuttur (14). Yaşam kalitesi, menopozun tipi ve vazomotor semptomların ötesinde, cinsel disfonksiyonun varlığından daha çok etkilenmektedir (28). VVA ve hipoaktif CİB'nda erken tanı kadınların ve partnerlerinin cinsel sağlığı açısından oldukça önemlidir ve etkili tedavi yaşam kalitelerini arttırabilir (32). Her kadın, VVA'yi azaltması konusunda, farklı özellikteki ticari vajinal nemlendiriciler ve kayganlaştırıcılar gibi hormonal olmayan tedaviler tavsiye edilerek desteklenebilir (31). CİB'ğünü azaltacak diğer olası hormonal olmayan tedaviler ise olumlu cinsel etkileri sayesinde sinir ileteçleri dengesini etkileyen, sinir dokusunu uyaran bileşimler içermektedir. Bitki kökenli olan ilaçlar, tıbbi tedaviler için çok popüler olan bir seçenektir ancak CİB'i iyileştirmede gerçek etkisi henüz kanıtlanmış değildir (9). Psiko-egitimsel programlar ve bilişsel yeniden yapılanmaların jinekolojik kanserler ve meme kanserinden sonra menopozda oldukça etkili olduğu kanıtlanmıştır ve bu tür teknikler hem bireysel olarak kadınlar için hem de çiftler için uygundur (9).

Olası terapiler veya öneriler: Düzenli cinsel ilişki veya uyarılma (vajinal sağlığı ve kan akışını düzenler), vajinal lubrikanlar (cinsel ilişkiden önce ve sonra geçici bir rahatlama sağlar), vajinal nemlendiriciler (kuruluktan uzun vadede kurtulma sağlar), düşük dozajlı vajinal östrojen krem, halka terapisi veya vajinal tablet (atrofi ve kuruluğu tersine döndürür), kegel egzersizleri, yoga (Vücutta rahatlama ve konsantrasyon sağlar. Birçok yoga duruşunun pelvis kaslarını güçlendirici etkisi vardır.) (14).

MENOPOZ VE CİNSEL YAŞAM İLE İLGİLİ ÇALIŞMA ÖRNEKLERİ

Ülkemizde hemşirelik dergilerinde yayınlanan cinsellikle ilgili çalışmaların genellikle tanımlayıcı çalışmalar olduğu, metodolojik açıdan daha nitelikli, deneysel ya da odak grup/bireysel derinlemesine görüşme vb. kalitatif çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (33). Varma ve ark. (2005) çalışmasında, Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) kullanılmış, hem doğal hem de cerrahi menopozlu kadınlarda hafif şiddette depresyon ve anksiyete ile cinsel doyum sorunları ortaya çıktığı, cerrahi menopoz grubunda cinsel doyumun, psikolojik değişkenlerden daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (24).

Aslan ve ark. (2008) çalışmasında, Female Sexual Function Index (FSFI) ölçeği kullanılmış ve FSFI skorları düşük bulunmuştur. Kadınların %6'sı postmenopozal dönemde cinsel ilişkiyi ayıp-uygunsuz ya da gereksiz olarak değerlendirirken, %17'si kadınlık görevi olarak cinsel hayatın devam etmesi gerektiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Kadınların %33'ü hayattaki en önemli görevlerinin annelik olduğunu belirtmişlerdir (35).

Çoban ve ark. (2008) çalışmasında kadınların %27.4'ü menopozal yakınmalarının eşiyle olan ilişkisini olumsuz

etkilediğini belirtmiştir. Uyumlu evlilik ilişkisi ve olumlu menopoza ilişkin tutum içinde olan kadınlarda menopozal yakınmaların daha az görüldüğü belirtilmiştir (27).

Özerdoğan ve ark. (2009) çalışmasında, 40-65 yaş arasında bulunan kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu (CFB)'nin yaygın olduğu (görülme sıklığı %68,8), üriner inkontinans varlığının CFB için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Yaş, eğitim durumu, eş yaşı, eşin eğitim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumu ile CFB görülmesi arasında ileri derece anlamlı ilişki bulunmaktadır. Çalışma sonucuna göre, kadınların eğitim düzeyi arttıkça, CFB görülme sıklığının azalmakta olduğu belirtilmiştir (8).

Kömürcü ve İşbilen'in (2011) çalışmasında, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) kullanılmıştır. Çalışmada cinselliğinin olumsuz yönde etkilendiğini düşünenlerin oranı %71.1'dir. Yaş, menopoz süresi ve eşteki endişenin artması kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmada kadınların %20'sinin menopozu beden bütünlüğünün bozulması ve kadınlığın/cinselliğin kaybı olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Özellikle postmenopozal kadının annelik ya da büyükanne rolleri ile cinselliğini dile getirmesi olumsuz yargılanacağı endişesine neden olabilmektedir (7).

Çalışkan ve ark. (2010) çalışmasında, cerrahi menopozun anorgazmi riskini artırdığı, hormon tedavisi ve eğitim süresindeki her bir yıllık artışın ise anorgazmi riskini azalttığı, vazomotor semptomların varlığı ile evlilik yılındaki artışların eşler arasında iletişimsizliğe, spontan, cerrahi ve prematür menopozun ise ilişki sıklığında azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir (28).

Avrupa ülkelerinde 1805 postmenopozal dönemde olan kadınla yapılan çalışmada, kadınların %34'ünde cinsel isteğin, %54'ünde cinsel ilginin azaldığı ve %71'i ise aktif cinsel yaşamın sürdürülmesinin çok önemli olduğunu söyledikleri belirtilmiştir (12,36). Nijerya'da yapılan başka bir çalışmada da, kadınların %22.2'si klimakterik semptomların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (37).

Çok merkezli CLOSER araştırması, menopozda görülen vaginal atrofi ve kuruluğun, kadın ve eşi üzerindeki etkisini değerlendiren prospektif bir çalışmadır. Sonuçta, kadında vajinal kuruluk ile birlikte erkekte de sertleşme sorunu var ise ilişkinin cinsellik bağlamında oldukça olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır (38).

Uluslararası çapta yapılan 'menapozdaki kadınların sesi' (VIVA) adlı ankette, görüşülen kişilerin %77'si vajinal rahatsızlıklarla ilgili konuşurken, kadınların kendilerini rahat hissetmediklerini düşünmektedir (39). Uluslararası ankette (VIVA) yine kadınların neredeyse yarısı vajinal sorunların tabulaşmış doğasından dolayı herhangi bir tıbbi destek almadan üç yıl ya da daha uzun süre vajinal belirtiler yaşadıklarını dile getirmektedir (16).

Obermeyer ve arkadaşlarının çalışmasına göre, cinsel istek (%41) ve vajinal kuruluk (%35) ile ilgili ortaya çıkan

değişiklikler yaygın olmasına rağmen, kadınların sadece %7'si ve %20'si söz konusu belirtiler için sağlık çalışanlarına danışmaktadır (40).

Seksin orta yaş ya da ileri yaş döneminde ki kadınlar için bir öncelik olmadığına dair kanı yaratan yetersiz eğitim, zamanın kısıtlılığı, kişisel tutumlar ve inançlar sağlık çalışanlarının ileriye yönelik etkili olamamasının başlıca sebeplerindedir (41).

İngiltere'de menopoz için açılmış bir websitesi üzerinden daha önce yapılmış olan çevrimiçi bir anket, vajinal belirtiler gösteren birçok kadının bu konu hakkında sağlık çalışanları ile konuşmadığına ve bundan dolayı da tedavi edilmediğine dikkat çekmiştir (42).

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda iyi olmayı tanımlayan bir terimdir (3). Sağlık çalışanları cinsel sağlığı tartışmak adına olumlu bir tutum sergilemediğinde, yaşam kalitesi üzerinde cinsel belirtilerin etkisini azımsamak ve olası tedavi stratejilerini görmezden gelmek gibi bir eğilim baş gösterir (9).

MENOPOZDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ

Sağlık çalışanlarının cinsel sorunlar hakkında konuşmak, bilgilendirmek için uygun ortam sağlaması ve ileriye yönelik danışmanlık yapmaları büyük bir önem taşımaktadır (43). Kadınlara verilecek halk eğitimlerinin, cinsel tepki esnasında kadın bedeninin fizyolojisi ve anatomisi; ayrıca yaş, menopoz ve yaşam koşullarına bağlı olası değişiklikler hakkında kadınları bilgilendirerek onları güçlendirmek gibi bir amacı olmalıdır. Bu eğitimler, menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlara, kendi ihtiyaçlarını fark edebilmeleri ve çiftin kendi içerisinde iletişim kurabilmesi konusunda destek olması bakımından önemlidir. Kadın ve erkeklerin cinsellikle ilgili tutum ve davranışlarıyla ilgili tabularının eğitimlerle yok edilmesi, sağlık çalışanlarının cinsellikle ilgili tutum ve davranışları etkileyen faktörlere karşı önleyici taktikler geliştirmeleri gerekmektedir (43,44,45).

SONUÇ

Sonuç olarak menopoz döneminde cinsel sağlığın devamı, orta yaş dönemindeki kadınların sağlık bakımlarının temel parçasıdır. Sağlık çalışanları, menopoz ile ilgili cinsel değişikliklere dair değerlendirmeler ve rutin danışmanlık ile kadınların olası cinsel sorunlarının üstesinden gelmeleri için onları destekleyecek uygun stratejilere sahip olmalıdırlar. Sağlıklı yaşlanma ile birlikte bu dönemde çiftlerin beklentilerini karşılayacak cinsel yaşamın devamı için uygun tedavinin kişinin geçmiş deneyim ve özellikleri değerlendirilerek bireysel olarak planlanması gerekmektedir.

Sağlık çalışanı olarak hemşirelerin; Bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde bireye özgü cinselliği tanımlayabilmesi, İyi bir dinleyici olabilmesi, yargılayıcı bir tutum içinde olmaması, Cinsellik konusunda kendinin ve kadınların inanç, değer ve tutumlarının farkında olması, Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olması, Danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olması gerekmektedir. Profesyonel sağlık çalışanları, yaşamın değerli olduğunu

ve bu dönemin de en güzel biçimde yaşanması gerektiğini kadınlara ifade etmede özen göstermelidir.

Kaynaklar

1. Görgel EB, Çakıroğlu FP. Menopoz Döneminde Kadın, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2007. <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/007.pdf> [Erişim Tarihi:25.07.2016]
2. Kapdağlı D. Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana. 2009.
3. Koyuncu T, Ünsal A, Arslantaş D. Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Eskişehir-Mahmudiye'de, 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde bir çalışma. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14(6): 448-452.
4. Altıntug K, Ege E, Akin R, Kocak V, Benli S. Sexual quality of life in women during the climacteric period. International Journal of Caring Sciences. 2016; 9(1): 296-307.
5. Al-Azzawi F, Palacios S. Hormonal changes during menopause. Maturitas. 2009; 63(2): 135-137.
6. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life, Maturitas. 2009; 63: 138-141.
7. Kömürcü N, İşbilen A. Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşama uyumu, Turkish Journal of Urology. 2011; 37(4): 326-330.
8. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2009; 2(2): 46-59.
9. Nappi RE, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S. et al. Maintaining sexuality in menopause. Post Reproductive Health. 2014; 20(1): 22-29.
10. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between Self-Reported sexual satisfaction and general Well-Being in women. The Journal of Sexual Medicine. 2009; 6(10): 2690-2697.
11. Avis NE, Brockwell S, Randolph Jr JF, Shen S, Cain VS, Ory M, Greendale GA. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause (New York, NY). 2009; 16(3): 442-452.
12. Özcan H, Kızılkaya Beji N. Menopoz döneminde cinsellik. Kadın Cinsel Sağlığı, 2014; 209-211. http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_58_209_211.pdf [Erişim Tarihi: 13.06.2016]
13. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. Climacteric. 2014; 17(5): 557-563.
14. The North American Menopause Society (NAMS). 2014. Sexual Health & Menopause. <http://www.menopause.org/for-women/sexual-health-menopause-online> [Erişim tarihi: 08.08.2015].
15. The North American Menopause Society (NAMS). Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2013; 20: 888-902.
16. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA)—results from an international survey. Climacteric. 2012; 15(1): 36-44.
17. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 50-56.
18. Akyuz A, Kok G, Kilic A, Guvenç G. In her own words: Living with Urinary Incontinence in Sexual Life. Sexuality and Disability. 2014; 32(1): 23-33.
19. Kök G, Şenel N, Akyüz A. Nurses' roles in identifying urinary incontinence and its effects on social life. International Journal of Urological Nursing. 2008; 2(3): 119-124.
20. Amanak K, Sevil Ü. Perimenopozal dönemde kontrasepsiyon. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1): 203-210.
21. Pınar G. Contraceptive Use and Unmet Need for Contraception in Perimenopausal Women. Medical Sciences. 2011; 6(1): 1-8.
22. Gönenç I, Tuzcular Vural Z. Perimenopozal dönemde kontrasepsiyon. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2010; 14(4): 180-182.
23. Öztürk R, Kavlak O. Perimenopozal dönemde hormonal kontrasepsiyon. STED. 2012; 21(3): 110-120.
24. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005; 8: 109-115.
25. Graziottin A. Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. Annals of the New York Academy of Sciences. 2010; 1205(1): 254-261.
26. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, Incrocci L. Cancer and sexual problems. The Journal of Sexual Medicine. 2010; 7(1pt2): 349-373.
27. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 22(6): 343-349.
28. Çalışkan E, Çorakçı A, Doğer E, Coşkun E, Özeren S, Çorapçıoğlu A. Türk kadınlarının menopoz geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. Türkiye

- Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2010; 30(5): 1517-1523.
29. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet*. 2007; 369(9559): 409-424.
30. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-e-Silva ACJ, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 (Issue 6), Art. No.: CD009672. DOI:10.1002/14651858.CD009672.pub2.
31. Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010; 13(6): 509-522.
32. Davis SR. Androgen therapy in women, beyond libido. *Climacteric*. 2013 (sup.1); 16: 18–24.
33. Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Gün Ç. Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: Bir literatür incelemesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014; 11(1): 9-17.
34. Sturdee DW, Pines A. International Menopause Society Writing Group. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. 2011; 14: 302–320.
35. Aslan E, Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. The influence of hormonal status and socio-cultural determinants on postmenopausal sexual dysfunction. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD Derg)*. 2008; 5: 263-268.
36. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertility and Sterility*. 2005; 84(1): 174-180.
37. Ikeme ACC, Okeke TC, Akogu SPO, Chinwuba N. Knowledge and perception of menopause and climacteric symptoms among a population of women in Enugu, South East, Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2011; 1(1), 31-36.
38. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013; 10(9): 2232-2241.
39. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. 2010; 67(3): 233-238.
40. Obermeyer CM, Reher D, Alcalá LC, Price K. The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At MENopause) study. *Maturitas*. 2005; 52(3): 190-198.
41. Hinchliff S, Gott M. Seeking medical help for sexual concerns in mid-and later life: A review of the literature. *Journal of Sex Research*. 2011; 48(2-3): 106-117.
42. Cumming GP, Herald J, Moncur R, Currie H, Lee AJ. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *British Menopause Society Journal*. 2007; 13(2): 79-83.
43. Bitzer J, Brandenburg U. Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas*. 2009; 63(2): 160-163.
44. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient–physician interaction. *Maturitas*. 2009; 63(2): 124-127.
45. De Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. 2013; 16(3): 316-337.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-Gayriticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

