

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği



Bilgilendirme Dosyası - 2

**“Erkeklerde
Cinsel Sağlık ve
Üreme Sağlığı
Açısından Sağlıklı
Yaşlanma”**

"Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk" projesi, Avrupa Birliği 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, hiçbir şekilde T.C. Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmaz.

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

Bilgilendirme Dosyası 2:

ERKEKLERDE CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN SAĞLIKLI YAŞLANMA

Editörler:

Prof. Dr. Engin EKER

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Ferruh ŞİMŞEK

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı

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 alanındaki 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 hazırlanmaktadır.

ERKEKTE CİNSEL SAğLIK ve ÜREME SAğLIğI AÇISINDAN SAğLIKLI YAŞLANMA başlıklı ikinci dosyayı sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

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

- Kadında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Sağlıklı Yaşlanma
- 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

I. BÖLÜM - YAŞLILIKTA CİNSEL YAŞAM	7
A) Kimler Yaşlıdır?	7
B) Yaşlılıkta Cinsellik ile İlgili Tutumlar	7
1) Toplumun Tutumu	7
2) Yaşlıların Tutumu	8
C) Yaşlılık Döneminde Cinsellikle İlgili Çalışmalar	8
D) Yaşlıda Cinsel Sorunları Öğrenmek için Nasıl Bir Yaklaşım Gerekir?	12
1) Genel Prensipler	12
2) Yaşlılıkta Cinsellik Araştırmalarını Etkileyen Faktörler	12
3) Yaşlı Erkeklerde Cinselliğin Değerlendirilmesi	13
E) Erkek Cinselliği Üzerinde Yaşlanmanın Etkisi	14
II. BÖLÜM - YAŞLILIKTA CİNSEL SORUNLAR	15
A) Yaşlılığa Bağlı Sertleşme Kaybı	15
B) Yaşlı Erkek Cinselliğinin Psikolojik Yönü	16
1) Cinsel İlgi ve Motivasyon	16
2) Cinsel Tutumlar ve Cinsel Bilgi	17
3) Duygulanım Durumu ve Özgüven	17
4) Yaşlıda Cinsel Performansın Bilişsel Değerlendirilmesi	18
5) İyi Hali ve Cinsel Doyum	18
6) Yaşlı Erkeklerin Cinselliğinde Evlilik Durumunun Etkisi	18
7) Yaşlıda Psikopatoloji ve Cinsellik	19
C) Yaşlı Erkek Cinselliğinin Organik Yönü	19
1) Yaşlılık Hipogonadizmi	20
2) Diyabet (şeker hastalığı)	21
3) Üriner sistem Hastalıkları	21
4) Kardiyovasküler hastalıklar ve Hipertansiyon (Kalp damar sistemi hastalıkları)	22
5) Diğer Kronik Hastalıklar ve Etkileri	22
6) Metabolik Sendrom	22
III. BÖLÜM - YAŞLILARDAKİ CİNSEL SORUNLARIN TEDAVİSİ	25
A) Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Sertleşme Kaybının Fosfodiesteraz Tip 5 İnhibitörleri ile Tedavisi: Sildenafil, Tadalafil ve Vardenafil	25
B) Sertleşme Kaybının Tedavisinde Uygun Olmayan Yaklaşımlar	26
C) Sertleşme Kaybının Tedavisinde Uygun Yaklaşım Modeli	27
D) Prostat Sağlığı	28
1) Prostat Büyümesi	28
2) Prostatit (Prostat Enfeksiyonları)	30
3) Prostat Kanseri	31
E) Mesane kanseri	34
F) Böbrek Kanseri	37
G) Testis Kanseri	38
SONUÇ - YAŞLI ERKEKLERDE CİNSEL SORUNLAR	39

I. BÖLÜM

YAŞLILIKTA CİNSEL YAŞAM

20. yüzyılın ikinci yarısında toplum dinamiklerinin değişmesi ve sosyo-ekonomik gelişmeler yaşlı üzerinde derin izler bırakmıştır. Yaşlı nüfusunun büyüme oranında belirgin bir artma, ayrı bir demografik grup olarak yaşlının farkına varılmasına yol açmıştır. Yakın zamana kadar cinselliğe karşı ilgisiz, fiziksel ve zihinsel hastalığı olması gereken, bağımlı ve pasif, ekonomik ve sosyal destek bekleyen bir birey olarak tanımlanan yaşlı, sosyal bilimcilerin, psikologların, biyologların, geriatristlerin ve geriatrik psikiyatristlerin araştırmaları ile gittikçe yeni bir konum kazanmaya başlamıştır. Fiziksel ve zihinsel azalma ve duygusal izolasyon ile karakterize yaşlılık kavramı olgunluk, yetenek, bulunduğu ortama uyum ve kişisel doyum gibi kavramlarla yer değiştirmeye başlamıştır.



A) Kimler Yaşlıdır?

18. yüzyılın sonlarında ortalama yaşam süresi 35 idi. Bu rakamlar günümüzdeki rakamlarla tamamen uyuşmaz. ABD'de günümüzde 65'in üstünde olan 30 milyon kişi vardır. 75 yaş üstü ile 85 yaş üstü en hızlı büyüyen gruptur.

65 yaş geleneksel olarak yaşlılığın başlangıcı olarak tanımlanır. Gerontologlar 65-75 yaş arasını erken yaşlılık, 75 ve üstünü ileri yaşlılık olarak tanımlar. Bazı araştırmacılar ise genç yaşlı (55-74 yaş arası), yaşlı (75-84) ve çok yaşlı (85 yaş ve üzeri) olmak üzere yaşlılık dönemini ayırırlar.

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 (World Health Organization-WHO) raporuna göre 2000 yılı itibariyle 65 yaş üstü insan nüfusu 400 milyon iken, 2025'te bu ikiye katlanacak ve 2050'de 2 milyara ulaşacaktır. 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.)

Yaşlılıkta depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar ve bunama gibi bilişsel bozukluklar çok fazla araştırıldığı halde cinsel işlev bozuklukları üzerinde çok az durulmuştur.

Yaşlı kişilerin, toplumun daha genç üyelerine oranla daha az cinsel bilgiye sahip oldukları ve daha az cinsellikten söz etme meyilinde oldukları düşünülür.

B) Yaşlılıkta Cinsellik ile İlgili Tutumlar

1) Toplumun tutumu:

Yaşlıda cinsellik konusu ile ilgili olarak toplumda dört farklı tutum vardır:

Birinci tutum konuya sır dolu sessizlikle yaklaşmaktır. Bu yaklaşıma göre bu tip konuların konuşulmaması iyi olur. Bu tutumu olumlu yönden alırsak, bu yaklaşım mahrumiyete saygı demektir. Ancak sorunlar ortaya çıktığında, çare aranmaz, saklanmaya çalışılır.

İkinci tutum yaşlıda cinselliğin çirkin, uygunsuz, zerafet ve incelikten yoksun olduğunu içeren düşüncedir. Bu tutumun uzun bir kültürel geçmişi vardır. Çapkın yaşlı erkeklerin genç kızları veya süslü, püslü yaşlı kadınların paraları ile genç erkekleri baştan çıkardığına ait medya haberleri çoğunlukla bu yaklaşıma kaynak oluşturlar. Aslında bu tutum ensest tabusundan kaynak alır.

Üçüncü reaksiyon yaşlılıkta cinselliğin pis, çirkin, iğrenç olduğunu içeren önyargı ile mücadele etmektir. Bu tutuma yaşlılıkta cinsellekle ilgili doğru bilgileri toplama ve mitlerle mücadele edici yaklaşımlar eşlik edebilir. Ancak böyle bir yaklaşım toplum tarafından takdir edilmeyebilir ve gerçekte var olan sorunların tanınmamasına neden olabilir.

Dördüncü tutum cinselliğe çok dar açıdan bakmaktır. Cinselliği sadece cinsel organlar açısından algılamak ve cinsel yaklaşımı sadece heteroseksüel ilişki olarak görmektir. Oysa yaşlıda cinsellik gençlerde olduğu gibi sadece cinsel ilişkiden ibaret değildir. Cinsellik eşlerdeki tüm fiziksel yakınlıkları içerir. Değişen fiziksel görünümü rahat bir şekilde kabulü kapsar. Ayrıca takdir edici bir bakışı, yeni bir partnerle karşılaştığında cinsel uyarılmanın farkedilmesini, romantizmi ve heyecanı da içerir.



Yaşlıların aseksüel olarak tanınmalarının uzun bir geçmişi vardır. Menopoza girmiş kadının eşi ile olan ilişkisi çoğu zaman bacı-kardeş olarak tanımlanmıştır. Menopoz dönemi, kadın için düş kırıklığı, kendine olan saygısının azaldığı bir dönem olarak görülür.

Yaşlılarla ilgili bu önyargılar yaşlılıkta cinsellekle ilgili çalışmaların yapılmasını etkilemiştir. Kinsey tarafından yapılan binlerce kişilik bir çalışmada bile 60 yaş ve üstünde olanlardan oluşan grup çok küçüktür, sadece 26 erkek ve 84 kadındır.

2) Yaşlıların Tutumu:

Yaşlıların cinsellik konusundaki bilgilerine ve tutumuna gelince, yaşlıların kendilerini algılamaları kötüdür, gençlere oranla kendilerini daha az çekici bulurlar. Cinsellikten zevk alma haklarının daha az olması gerektiğini düşünürler. Cinsellik konusunda yeterli bilgileri yoktur. Cinselliği konuşmaktan, cinselliği tartışmaktan rahatsız olurlar. Hite (1976) ve Wasow ve Loeb (1979) ise yaşlıların cinselliği konuşmaktan hoşlandıklarını ve bu alanda yapılan çalışmalara katılmaya istekli olduklarını bildirmişlerdir. Bizim yaşlılarımızın cinsellik konusunda yeterli bilgileri olmadıklarını biliyoruz. Ancak iyi bir iletişim kurulduğunda konuyu konuşmaya hazır olduklarını gözlemleyiz.

C) Yaşlılık Döneminde Cinsellekle İlgili Çalışmalar

Genel Bilgiler

Sağlıklı yaşlıda psikolojik ve davranışsal süreçte belirgin bireysel farklılıklar vardır. Bazı bilişsel durumu ortaya koyan testlerde yaşla bir azalma gösterebilir, 80'li yaşlarda olanların %20-30'u gençler kadar iyi performans gösterirler. Benzer şekilde cinsel işlev ve davranışta yaşa bağlı bireysel farklılıklar ve kronik hastalık ve beceri kaybında görülen cinsel işlev bozukluklarında farklılıklar görülebilir.

Yaşlı cinselliği üzerinde yapılan araştırmalar özellikle cinselliğin biyolojik yönü üzerinde durulmuştur. Cinselliğin, psikolojik ve duygusal faktörleri bir kenara bırakılmıştır. Oysa başarılı yaşlanmada biyolojik sağlık ve akıl sağlığı, bilişsel etkinlik, sosyal yetenek ve yaşama doyum gibi boyutlar da vardır. Bu farklı boyutların da araştırılması gerekir. Bu boyutlardan ilerde söz edilecektir.

7. Yaşı 65'in üzerinde olan erkeklerin çoğu cinsel ilişkiye giremeyecek durumdadır.	1. Doğru	2. Yanlış	3. Bilmiyorum
8. Cinsel yönden daha aktif olan genç kişiler yaşlılıklarında da cinsel olarak daha aktif olma eğilimindedirler.	1. Doğru	2. Yanlış	3. Bilmiyorum
9. Yaşı 65'in üzerinde olan erkeklerde cinsel gereksinim yaşla birlikte artar.	1. Doğru	2. Yanlış	3. Bilmiyorum
10. Yaşlı erkeklerde iktidarsızlık etkin olarak tedavi edilebilir ve pek çok durumda tam olarak iyileştirilebilir.	1. Doğru	2. Yanlış	3. Bilmiyorum
11. Ciddi bir fiziksel rahatsızlık olmadığı sürece kadın ve erkekler cinsel ilgi ve eylemlerini 80-90 yaşları boyunca iyi bir şekilde sürdürebilirler.	1. Doğru	2. Yanlış	3. Bilmiyorum
12. Yaşlı kadın ve erkeklerde masturbasyonun cinsel tepkinin sürdürülmesi üzerine yararlı etkileri vardır.	1. Doğru	2. Yanlış	3. Bilmiyorum

Tüm ölçekte 61 soru vardır. Bu ölçek yakın gelecekte kurumlarda yaşayan yaşlılara verilecektir.

İnsan cinsel davranışının araştırılmasıyla ilgili ilk çalışmalar 1940'lı yıllarda ABD'de Kinsey ve arkadaşları tarafından başlamıştır. Erkek cinsel davranışlarının araştırılma çalışmasında sadece 106 kişi 60 yaş ve üzerinde idi. 70 yaşa doğru erkeklerin yaklaşık % 30'unun cinsellik açısından aktif olmadığı saptandı. 26-30 yaş arasında olanlarda haftalık toplam cinsel boşalmanın (cinsel birleşme, masturbasyon, gece uykuda boşalmalar) ortalaması 3 iken, 61-65 yaş arası 1, 71-75 yaş arası 0.3 olarak bulunmuştur. 76-80 yaş arasında bulunan erkeklerin bazıları masturbasyon ve gece boşalmaları bildirmişlerdir. 60 yaşına kadar sertleşme sorunu erkeklerde % 18'e kadar çıkıyordu. 70 yaşına doğru bu oran %25, 75 yaşına doğru ise %55 ve 80 yaşında %75'e kadar yükseliyordu. Kinsey ve arkadaşları çalışılan toplam tüm grup içinde yaşlı kişilerin azlığını kabul etmişler, cinsel davranışta bireysel değişkenliğin ve yaşa bağlı değişikliklerin olacağını, bu değişikliklerin biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerle ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir. Öte yandan Kinsey ve arkadaşları çalışmada genel sağlık durumunun, hormon düzeyinin, beslenmenin, örneğin işten kaynaklanan stresin, cinsel davranış üzerinde etkileri olacağından söz etmişler, ancak bu faktörleri araştırmadıklarını bildirmişlerdir.

Amerika'da bulunan Duke Üniversitesi'nde yapılmış iki büyük çok disiplinli, uzunlamasına çalışmada grubu oluşturanlar 10 yıl boyunca her iki senede bir değerlendirilmiştir. Bu kişiler toplumun üst kısmını oluşturuyorlardı. Birinci çalışmadaki örnek grup 60-94 yaş arasında değişen 123 erkekten, ikinci çalışmadaki grup ise 45-69 arasında değişen 261 erkekten oluşuyordu.

Her iki çalışma da değişmeyen, birbirini tamamlayan sonuçlar ortaya koydu:

- Cinsel birleşme sayısında yaşa bağlı bir azalma vardı.
- Cinsel ilgi yaşın artmasıyla azalıyordu. Ancak bu azalma cinsel aktiviteye oranla daha az yoğunlukta idi.
- Tüm yaştaki erkeklerde, aynı yaş grubunda bulunan kadınlara oranla cinsel ilgi ve cinsel aktivite düzeyi daha yüksekti.
- Cinsel ilişki oranı yaşın ilerlemesi ile azalıyordu. 60-71 yaşındaki erkeklerin %40-65'i cinsel ilişkide bulunurken, bu oran 78 yaş üstünde olanlarda %10-20 idi.



Baltimore yaşlılık çalışmasına 1967'de başlandı. Yaşlı erkeklerde cinsel işlevlerini belirleyen faktörler araştırıldı. Çalışmaya alınanlar genellikle beyaz ırka ait, evli, orta-üst sınıftan, iyi eğitim görmüş kişilerdi. Yaş dağılımı 20-95 arasında değişiyordu. Bu kişilerin sağlıkları iyi idi.

Çalışmaya alınan 628 kişi, 12-24 ay aralıklarla fizyolojik ve psikolojik testlerden geçirildi. Evlilik ve cinsel aktivite ile ilgili görüşmeler yapıldı. Çalışma sonunda yaşa bağlı olarak Kinsey'in çalışmasında olduğu gibi toplam cinsel aktivitede ve cinsel birleşme sayısında azalma olduğu saptandı. Duke çalışmasında olduğu gibi yaş gruplarında belirgin bireysel değişkenlik olduğu görüldü. Yaşamın daha erken dönemlerinde cinsel davranışın hatırlanan frekansı şimdiki cinsel frekansının anlamlı bir belirleyicisi olduğu saptandı. Yeterli sertleşme işlevi gösteren erkeklerin oranı 20-39 yaş grubunda % 93 iken, bu oran 70-79 yaşları arasında olanlarda %43'e inmişti.

Daha sonra yapılan çalışmalarda (Martin, 1977) fiziksel iyilik durumunun yaşlıda cinsel aktivitenin sürdürülmesinde önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır.

Baltimore araştırmasında yaşları 60-79 arasında değişen erkeklerden elde edilen bulguların analizinde cinsel aktivite sıklığı evlilik durumuna, algılanan cinsel çekiciliğe ve cinsel tutumlara bağlı değildi.

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda (Weizman ve Hart, 1987) yaşlıda kronik hastalık ve ilaçların cinsel işlev üzerinde olası etkileri olduğu bulunmuştur. Bu etkilerden ileride ayrıntılı şekilde söz edilecektir.

Yaşlanmayla beraber artan kronik hastalıklar sadece tek başlarına değil bunu yanında reçete edilen ilaçların sayısının artması nedeniyle de sertleşme sorununa neden olurlar. Yaşla beraber kullanımı artan aşağıdaki ilaç gruplarının sertleşme kaybı üzerine anlamlı negatif etkileri mevcuttur. Bu ilaçlar arasında;

- Yüksek Tansiyon İlaçları
- Kalp İlaçları
- Nitrogliserin Tabletleri
- Kan Akışını Hızlandıran İlaçlar (Aspirin, Komadin, Heparin)
- Şeker Hastalığı İlaçları veya İnsülin
- Kolesterol Düşürücü İlaçlar
- Prostat İlaçları
- Hormon İlaçları veya Enjeksiyonlar
- Solunum Sistemi İlaçları veya İnhalasyon Preparatları
- Ülser Tedavi Edici İlaçlar bulunmaktadır.

Cinselliğin ortaya konulmasının yaşa bağlı olarak değiştiği, görüldüğü ve cinsel ilginin yaşla anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir. Bu azalma cinsel birleşme sayısına oranla daha azdır. Hiçbir yaşlı erkek cinsel aktiviteden tamamen uzaklaşmış olduğunu bildirmemiştir.

Partneri olan erkeklerde cinsel birleşme frekansı 30-39 yaş arasında olanlarda haftada bir kez iken, 90-99 yaşları arasında olan erkeklerde sadece senede bir kez idi. Sertleşme durumu yaşla belirgin olarak azalıyordu. Cinselliğin gösterilmesinin alternatif şekilleri olan okşama, oral seks ve mastürbasyon, cinsel birleşmeye benzer şekilde yaşla azalmaktadır.

Cinsellikle ilgili çalışmalarda, aynı olguları uzun yıllar izlemekle elde edilen sonuçlar daha önemlidir. Duke çalışmasında bulunan 20 erkek 10 yıl boyunca cinsel aktivite açısından 4 kez değerlendirildi. Bu kişilerin çalışma başında yaş ortalamaları 68 idi. Bu 10 yıl boyunca cinselliğe sürekli ilgi gösteren erkeklerin oranı oldukça istikrarlıydı.

Araştırma boyunca bu erkeklerin %75'ten fazlasında bu istikrar görüldü. 10 yıl boyunca cinsel birleşme gösterenlerin oranı çalışma başında %70 iken, 10 yıl sonunda bu oran %25'e düşmüştü.

D) Yaşlıda Cinsel Sorunları Öğrenmek için Nasıl Bir Yaklaşım Gerekir?

Herşeyden önce yaşlıların cinsel sorunlarına başlangıçta ciddi bir cevap aldıklarında ayrıntıya girmeye hazır olduklarını biliyoruz. Çeşitli alanlardaki birçok hekim hastaları ile cinsel sorunları konuşmada yeteri kadar deneyim sahibi olmadıklarını itiraf etmişlerdir. Bu açıdan hekimlerin psikoseksüel alanda yeterli eğitim almaları, bu sorunları olan hastalarla karşılaştıkları zaman, sorunlara çare bulma şanslarını arttırır.

Hasta başvurduğunda ilk seansta yapılan görüşme sırasında cinsel öykünün alınmasının prensipleri, hastanın yaşına bağlı olarak değişmez:



1) Genel Prensipler

1. Hem görüşme yapmanı ve hem de görüşülene rahatlatan bir dil oluşturma. Ancak bu şekilde bilgi alışverişi olabilir,
2. Tartışılacak alanı ortaya koyucu açık sorularla konuya yaklaşmak ve gerektiğinde tam, ayrıntılı bir bilgi elde etmek için kapalı sorular sormak,
3. Sorunun belirli bir olayla bağlantısı olup olmadığını açıklığa kavuşturmak,
4. Yaşamın bütün dönemlerini kapsayacak bir öykü alma,
5. Eşlerle hem ayrı ayrı ve hem de birlikte görüşüp evliliğin diğer alanlarını (duygu, düşünce alışverişi çocukların yetiştirilmesi, ekonomik sorunlar) araştırmak,
6. Tıbbi ve psikiyatrik öykü alma,
7. Cinsel sorunu hazırlayan, başlatan ve sürmesine neden olan faktörleri hastaya ve eşine formüle etmek ve hastanın bunu anladığından emin olmak.

2) Yaşlılıkta Cinsellik Araştırmalarını Etkileyen Faktörler

Yaşlı cinselliği ile ilgili daha önce belirttiğimiz tutumlar ve önyargılar yaşlı cinselliğinin araştırılmasını etkilemiştir.

Dikey kesit araştırmalar kohort etkisiyle engellenir ve bize yaşlandıkları zaman daha genç kuşakların cinselliğindeki değişiklikler konusunda çok az bilgi verir. Daha genç kuşakların, bugünkü yaşlılara oranla yaşlandıklarında belirgin şekilde daha aktif olacaklarını biliyoruz. Bu bakımdan yaşlılardaki cinsellikle ilgili çalışmalarda kohort etkilerini unutmamak gerekir.

Öte yandan grup oluşturma sorunları da dikkate alınmalıdır. Çok az çalışma toplumun herhangi bir bölgesinden alınan örnekleme grubuna dayanmıştır.

Maliyet zorlukları, çalışmaya yaşlıların istekli bir şekilde katılmak isteyip istememeleri ile ailelerinin, kaldıkları kurumların yöneticileri tarafından izin verilip verilmemesi çalışmaya katılanların sayısını etkiler.

Yaşlılar çalışmaya katılsalar da bazı konular üzerinde konuşmaya istekli olmadıkları görülür. Örneğin mastürbasyon konusunda, eşcinsellik konusunda gibi. Öte yandan genç araştırmacılar yaşlılara cinsellikten söz etmekte zorluk çekerler.

Ayrıca cinsel davranış ile ilgili ve tutumlar üzerinde kültürel farklılıklar çeşitli ülkelerdeki yaşlılar arasında yapılan çalışma sonuçlarına belirgin şekilde etki ederler.



3) Yaşlı Erkeklerde Cinselliğin Değerlendirilmesi:

En başta yaşlıda cinsel şikayetin ne olduğu, cinsel sorunu ve bu sorunun başlamasında ve devam etmesinde hangi faktörlerin rol oynadığını ortaya koymak gerekir. Bir yaşlı çifti cinsel yardım aramaya iten, cinsel yaşamlarından memnun olmamalarına yol açan neden bir cinsel işlev bozukluğu olmayabilir. Bu çift yanlış cinsel beklentiler içinde olabilir veya cinsel işlevde yaşa bağlı doğal azalma olacağına farkında değildirler.

Yaşlı erkeklerde sertleşme sorunları en sık yardım arama nedenidir. Sertleşme sorununun ne zaman başladığı ve süresi, sertleşme kaybının derecesi, yaşam olayları ile veya sağlık sorunları ile ilişkisi ve başka cinsel sorunların olup olmadığı ortaya konulmalıdır. Davranışsal, bilişsel ve psikososyal değerlendirmeler yapılmalıdır. Yaşlı yaşa bağlı cinsel değişiklikleri nasıl değerlendiriyor, kişinin anksiyetesi, depresyonu, suçluluk duyguları var mı? Bu duygusal durumların cinsel ilgi, cinsel uyarılma ve cinsellikten zevk alma durumunu nasıl etkilediğini biliyoruz.

Evlilik sorunları, emeklilik, sevilen bir varlığın kaybı, sağlıkla ilgili endişeler ve mesleki başarısızlıklar gibi psikososyal streslerin olup olmadığı araştırılmalıdır. Gerekirse daha ayrıntılı psikiyatrik ve psikometrik değerlendirmeler yapılmalıdır.

Yaşlının tıbbi hastalıklar açısından değerlendirilmesi yapılır. Birçok tıbbi hastalık yaşlının cinsel yaşamını etkiler. Bu organik nedenlerden daha sonraki bir bölümde söz edilecektir.

Yaşlı erkeklerde fiziksel muayene, hormonal değerlendirmeler yapılır. Sertleşme sorunlarında yapılan organik değerlendirmeler çeşitlidir. Bu değerlendirmelerden de daha sonraki bir bölümde söz edilecektir. Yaşlıda cinsel görüşme yaparken özellikle öğrenilmesi gereken bilgileri bir tablo halinde verebiliriz:

Yaşlıda Cinsel Görüşme Yaparken Özellikle Öğrenilmesi Gereken Bilgiler

- Doyurucu bir cinsel yaşamı nasıl tanımlarsınız?
- Cinsel yaşamınız konusunda bilgi verebilir misiniz?
- En son ne zaman bir cinsel aktivitede bulundunuz?
- Halen bir cinsel partneriniz var mı?
- Dini görüşünüz sizin cinsel hayatınızı etkiliyor mu?
- Cinsellik kişiden kişiye göre değişir. Bazıları için cinsellik cinsel ilişki, bazıları için el ele tutuşmadır. Sizin için cinsel aktivite nasıl?
- Mastürbasyon yapar mısınız? Bedeninize dokunmaktan hoşlanırsınız mı?
- Kişi yaşlandıkça cinsel ilişki sırasında ağrı veya rahatsızlık duyar. Sizin böyle bir sorunuz var mı?
- Bedeniniz konusunda hissettikleriniz nelerdir? Partneriniz sizin bedeniniz konusunda ne hissediyor?
- Cinsel performansınız konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Partnerinizle cinsel davranışınızla ilgili olarak rahatça konuşur musunuz?
- Cinsel aktivite konusunda sormak istedikleriniz var mı?

E) Erkek Cinselliği Üzerinde Yaşlanmanın Etkisi

Yaşlı erkekte tam bir sertleşme oluşması için daha fazla uyarı ve zaman gerekir.

Sertleşme sırasında penisin hacmindeki değişiklik daha az belirgindir ve penisin sertliği yaşamın daha erken dönemlerine oranla daha azdır.

Boşalma olması için daha fazla uyarılma gerekebilir ve boşalma daha az güçlüdür ve meni miktarı azalmıştır.

Ancak orgazm esnasında alınan zevkin şiddetinde belirgin bir azalma olmaz. Orgazm olmadan zevk alınabilen cinsel birleşmeler sıktır.

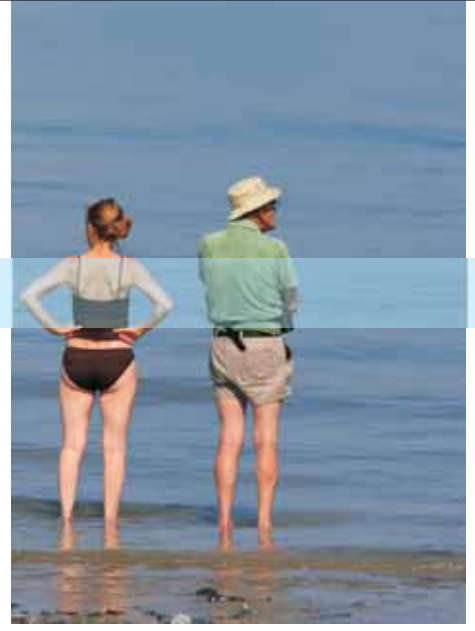
Yaşın artması ile boşalma ihtiyacı azalır.

Boşalmayı takiben çözülme dönemi daha çabuk olur. Refraktör dönem (tekrar sertleşme olana kadar geçen süre) uzamaya başlar. Bazen saatlerce, bazen de günlerce sürer. Yaşlı erkeklerdeki bu değişikliklere rağmen cinsel aktivite bir çok erkekte gayet iyi bir şekilde devam edebilir.

Normal yaşlanma ile ilgili bu değişikliklere çiftlerin uyum göstermeleri cinsel ilişkilerinin sürmesi açısından önemlidir. Değişikliklerin yavaş olması çiftlerin duruma uyum göstermelerini sağlar. Bu çiftlerin gözünde seks daha az üstün körü yapılan birşey olmaktan çıkar ve çiftler sertleşme kaybını daha az hissederler. Cinsellik, iki kişi arasında daha eşit olarak bölüşülür. Ön sevişmelerde kadınlar daha aktif rol alırlar. Erkekler aşk konusunda daha romantik olmaktan hoşlanır olurlar.

II. BÖLÜM

YAŞLILIKTA CİNSEL SORUNLAR



Yaşlılarda karşılaşılan sorunlar yaşlıya bakanlara ve yaşlıların kaldıkları yerlere göre farklılık gösterirler. Örneğin pratisyen hekimler yaşlı erkeklerde en çok sertleşme kaybı, yaşlı kadınlarda ise daha az sıklıkla vajinal kuruluk saptarlar. Huzur evlerinde çalışanlar ise ortama uygun olmayan cinsel davranış bozuklukları görürler. Yaşlıda normal cinsellik konusunda oldukça fazla araştırma varsa da, cinsel sorunlar üzerinde çok az çalışma yapılmıştır. Mevcut çalışmalar da daha çok hastalıkların ve ameliyatların cinsel işlev üzerindeki etkileri üzerinedir. Gregoire ve Pryor (1993), Bretschneider ve McCoy (1988) muntazam cinsel partneri olan yaşlıların en sık yaşadıkları sorunları araştırmışlardır. Erkeklerde kötü performans korkusu, sertleşmenin oluşmaması veya yeteri kadar sürmemesi, kadınlarda vajinal kuruluk ve ağrı ve bir cinsel partnerle karşılaşma fırsatının olmamasının en sık rastlanan sorunlar olduğu öğrenilmiştir.

A) Yaşlılığa Bağlı Sertleşme Kaybı

Yaşlanma birçok çalışmada da gösterildiği üzere sertleşme kaybı için anahtar bir risk faktördür. Yaşla beraber artan sertleşme kaybı prevelansı bunun en önemli göstergesidir. Sertleşme kaybı görülme sıklığı 20 yaşında % 0,1'den 80 yaşında % 75'e çıkmaktadır. Massachusetts Erkek Yaşlanma Çalışmasında da bu oran 40'lı yaşlarda %39'dan 70'li yaşlarda % 67'ye çıkmıştır. Tarafımızdan yapılan bir çalışmada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cinsel Sorunlar Merkezi'ne başvuran orta yaş (40-50) ve yaşlı (60 yaş ve üstü) 91 erkek olgunun %49,2'sinde sertleşme sorunu saptanmıştır.

Yaş tüm cinsel işlev tipleri için önemli bir risk faktörüdür. 65 yaş üstü nüfus artacağı için ileride de cinsel işlev bozukluğu olan insan sayısı artacaktır.

Yaşa bağlı sertleşme kaybından sorumlu çok sayıda etmen vardır. Bunların başında yaşla beraber artan organik hastalıklardır.

Bunların başlıcaları aşağıda sıralanmıştır,

- Koroner Arter Hastalıkları,
- Kalp Krizi,
- Hipertansiyon,
- Hiperlipidemi,
- Diabet,
- Genel Damar Hastalıkları,

Yaşa bağlı hormon işlevlerinde azalma, sertleşme kaybı için önemli bir faktördür. Özellikle testosterondaki azalma bunun başlıca nedenidir. Sertleşmede zayıflama ve kısa sürmesi, orgazm hissinde azalma, meni yoğunluğunda düşüklük ve cinsel istek azalması yaşlanma ile ortaya çıkan erkeklik hormonu düşüklüğünün cinsel sistemdeki belirtilerini oluşturur. Ayrıca, uykuda ve erken sabah sertleşmelerinin sayısı ve sertleşmenin kalitesi zayıflar.

Diğer önemli bir faktör de yaşlanmayla beraber eşe veya eşin erkeğe ilgisinin azalmasıdır. Ne yazık ki yaşlanmayla beraber oluşan sertleşme kaybında eş faktörünü araştıran pek fazla çalışma yoktur.

Yaşlılık döneminde çoğunlukla fiziksel ve psikolojik faktörler karşılıklı etkileşim içine girerler. Sertleşme kaybı ile anksiyete ve çatışmalar tekrar ortaya çıkabilir. Cinsel işlev konusunda yaşamın daha erken dönemlerinde kendine güvenemeyen, pesimist olan bir erkekte daha önce de olduğu gibi boşalma sorunları ortaya çıkarsa, kişinin kendine olan güveninin kaybolmasına neden olabilecek performans anksiyetesi ortaya çıkabilir ve psikolojik sertleşme sorunu görülebilir. Kişi cinsel birleşimde başarısız olacağı düşüncesine inanmaya başlayınca sevişmekten kaçınacak ve fiziksel sevgisini gösteremeyecektir. Eşi ile korkuları konusunda daha az konuşur olacaktır. Cinsel ilişkiden kaçınma, cinsel sorunun veya cinsel işlev bozukluğunun gelişim sürecinin kötüleşmesine neden olur. Benzer şekilde, şayet hastalık cinsel uyarılma yeteneğini azaltıyorsa ve durum eşler tarafından tartışılmazsa, çift olayı düzeltmeye yanaşmayacaktır. İlişki sırasındaki sevişmede erkek hep başrolü oynamışsa, kadın yaşamın bu döneminde ve hastalık durumunda eşini hazırlamaktan, örneğin penisi okşamaktan kaçınacaktır. Gerçekte, kocasının bu okşanmaya ihtiyacı olduğu halde ona yardım etmeyebilir.

Eşlerden birinin fiziksel beceri kaybına neden olabilecek bir hastalığı varsa, cinsel ilişki karşılıklı olarak tehdit altındadır. Hasta eş kendine olan güvenini kaybedebileceğinden ilişkiden kaçınabilir. Ona bakan eş ise bu hastalık durumunda cinsel ilişkiye girmenin saygısızlık, kabalık olabileceğini düşünebilir. Hatta eşler, hasta eşin geceleri daha rahat uyuması için yataklarını ayırabilir.

Bir hastalık ve fiziksel beceri kaybı durumunda eşlerin özel hayatları çiftin daha önce cinsel ilişkilerini nasıl algıladıklarına bağlıdır. Şayet eşlerden biri olayı bencil şekilde devam ettirmişse, diğeri de onu kırmayarak görev yaparcasına olaya yaklaşmışsa, bu zor, bu ters koşullar altında, cinselliğin devam etmesinin kolay olamayacağını düşünebiliriz. Şayet, yaşamın daha önceki dönemlerinde, eşlerden biri cinsellikten çekilerek evliliğin genel ilişkilerini protesto ediyorsa yaşlılıkta, hastalık durumunda, cinsellikten çekilme cezalandırıcı bir eylem olarak kabul edilebilir. Aksine çiftler baştan itibaren cinselliği, aralarındaki bağın önemli bir elementi olarak görmüşlerse, eşlerden birinin hastalığında sağlıklı eş, onun iyileşmesi için gayret gösterecektir. Bu durumda yeti yitiminin yarattığı cinsel sorunlarla başetmek kolay olur.



Karşılıklı ilişkinin bozulduğu bunamada cinsel yaşam etkilenir. Ancak bunamada cinsel ilişkiler her zaman kötü değildir. Birçok çift için fiziksel ilişki bunama durumunda bir süre bir uyum içinde kalabilir. Bunama hastası da cinselliğe ilgi duyar. Fakat eşler arasında ilişkinin kalitesi değişir. Bunama hastası çocuk gibi olur veya kabalaşır. Karşısındakini düşünmeksizin hep talep edebilir. Eş şayet geçmişin uğruna acıma ve sevgi karışımı duygularla mücadele ediyorsa bu duruma cevap vermesi zor olabilir. Evlilik ilişkilerinde temel becerilerini kaybetmiş bir partnere karşı cinsel ilgi duyulmayabilir. Şayet hastalıktan önce genel ilişkiler iyi değilse, hastalık durumunda bakan kişi artık yeterli toleransı gösteremeyebilir.

Bunama hastalarının bakıcıları uygunsuz konuşma, uygunsuz davranış ve teşhircilik durumları ile karşı karşıya kalabilirler. Ancak vakaların çoğunda problem geçicidir. Çok azında sorun aylar, hatta yıllarca sürebilir.

B) Yaşlı Erkek Cinselliğinin Psikolojik Yönü

Yaşlı cinselliği üzerinde motivasyonun, bilişin ve duygulanım durumunun etkisi üzerine çok az çalışma vardır.

1) Cinsel İlgi ve Motivasyon

Bazı erkeklerin yaşlandığı zaman veya erotik uyarılara karşı neden cinsel dürtüleri azalır? Bazı yaşlılar ise aynı yaş ve aynı fiziksel sağlık durumunda oldukları halde, cinselliğe karşı ilgi ve aktiviteleri neden devam eder? Bazı araştırmacılar bunu orta yaştan yaşlılığa geçiş döneminde cinsel işlevdeki sürekliliği motivasyondaki farklılıkla açıklar. Hiç şüphe yok ki biyoloji ve kişilik cinsel motivasyon üzerine etki eder.

Bazı erkeklerde, cinsel partnerleri olmadığında veya partnerleri menopoz döneminde olup cinsel istekleri olmadığında belirgin şekilde cinsel ilgide azalma gözlenir. Yaşlılık cinselliğinde biyolojik faktörlerin önemli rolü vardır. Ancak yaşlanmanın psikolojik yönünün de cinsellik üzerinde etkisi olabileceğini unutmamak gerekir.

2) Cinsel Tutumlar ve Cinsel Bilgi

Cinsel tutumların ve bilginin cinsel ilgi ile çok yakın bağlantısı vardır. Öte yandan sosyokültürel faktörleri de unutmamak gerekir. Yaşlıların cinsellik üzerinde eksik ve yanlış bilgiye sahip olduklarını biliyoruz.

Başlangıçta da belirttiğimiz gibi yaşlılar kendi cinsellikleri konusunda olumsuz düşünürler ve ayrıca kültüre özgü yaşlı cinselliği ile ilgili değişmeyen düşünceleri vardır. Bu da yaşlının cinsellik konusunda daha tutucu olmasına neden olur. Cinselliği ortaya koymadaki özgürlükçü tutum cinsiyete, sosyoekonomik duruma, evlilik durumuna, eğitime ve dini görüşe bağlı olarak değişebilir. Daha önceki cinsel yaşam şimdiki cinsel aktivitenin kuvvetli bir belirleyicisidir. Yaşlı erkek, cinsel işlevde yaşa bağlı normal işlevdeki değişiklikleri bir kenara bırakıp performans konusunda yanlış beklentilere girebilir. Bu bakımdan cinsel eğitim sadece çocuk ve gençlere değil, yaşlılara da verilmelidir.



3) Duygulanım Durumu ve Özgüven

Cinsellik üzerine yaşla ilgili değişikliklerin etkisi, altta yatan yaşlanma korkusuna ve zihinsel ve fiziksel yeteneklerin azalacağına ait endişelere de dayanabilir. Yaşlanmanın sonuçları ve yaşlanma ile seksten beklentiler konusunda yanlış bilgiye sahip olanlar başarısızlık korkusu, anksiyetesi ve performans konusunda aşırı endişeler yaşayanlarda da sertleşme kapasitesinde azalma riski daha fazladır. Bu duygusal tepkiler sıklıkla reddedilme korkularına ve cinsel yanıtlarını kişinin sürekli izlemesine, çok az performansta bir azalmanın aşırı büyütülmesine yol açabilir.

Fiziksel olarak sağlıklı cinsel işlevi olanlar erotik uyarılmaya etkin bir şekilde dikkatlerini verdikleri halde cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin performansları ile aşırı ilgilenerek dikkatlerini erotik olmayan uyarılara yoğunlaştırdığı gözlenmiştir.

Niye bazı erkekler cinsel işlevdeki doğal azalmalara belirgin duygusal huzursuzluk göstermeden uyum gösterdikleri halde, diğerleri anksiyete, utanma ile yanıt verirler? Burada kişilik özellikleri ve aynı zamanda cinselliğin kişi için ne anlama geldiğinin önemi vardır. Burada Byrne ve Schulte (1990)'nin erotofobi ve erotofili sözcüklerinden bahsetmemiz uygun olur. Erotofobikler cinselliğe olumsuz duygusal yanıt verirler (suçluluk ve anksiyete gibi). Bu kişiler cinsel uyarılara olumsuz yanıt verirler veya cinsel uyarılardan kaçarlar ve çok az cinsel fantazileri vardır. Erotofililer cinselliğe daha fazla ilgi gösterirler, geçmiş cinsel deneyimleri daha sık ve daha çeşitlidir ve daha fazla cinsel doyum yaşayan kişilerdir. Bu durum aynı yaş grubu içinde aynı sağlık düzeyine sahip yaşlılar arasında cinsel performansının neden farklı olduğunu açıklayabilir.

Kişi için cinselliğin anlamı ve önemi cinsel değişikliklere göstereceği tepkinin önemli bir belirleyicisidir.

Kişi 70 yaş civarındadır, ancak kendisini hala orta yaşta görmekte, öyle davranmakta ve orta yaşın cinsel performansını gösterme çabası içinde olabilir. Organizmadaki doğal değişikliği dikkate almadan uygun olmayan beklentiler içine girmek cinsel doyumsuzluğa, kendine olan saygının azalmasına yol açar.

Gençlerde cinsel aktivitenin sayısı cinsel güveni ve kendine olan saygısını arttırırken, yaşlı erkekler için cinsel performansın kalitesi özgüvenini attırır.

4) Yaşlıda Cinsel Performansın Bilişsel Değerlendirilmesi

Bilişsel değerlendirme kişinin bir olayı değerlendirmesi ve bu olayın kişinin iyi olma durumu üzerine etkisidir. Yaşlı bir erkek cinsel işlevdeki bir değişikliği nasıl değerlendiriyor, olayı zararsız mı yoksa tehdit edici olarak mı görüyor veya olaya meydan okuyarak mı yaklaşıyor? Bu çeşitli yaklaşımlar kişinin doğal yanıtını tayin edecek, aynı zamanda göstereceği duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilerini saptayacaktır. Sertleşme yeteneğindeki bir azalmanın değerlendirilmesi ya doğal ya da tehdit edici bir olay olarak değerlendirilecektir. Bu değişikliklerle kişi nasıl baş edecek ve bu değişikliklere nasıl uyum gösterecektir? Bu birçok faktöre bağlıdır: Yaşamboyu cinselliğin ortaya konulmasını nasıl değerlendirmiştir? Kişilik özellikleri nasıldır? Kişisel inançları ve beklentileri nelerdir? Cinsel durumunu nasıl değiştireceğini veya düzeltebileceğini biliyor mudur? Bütün bu soruların yanıtlanması gerekir.



5) İyilik Hali ve Cinsel Doyum

Yaşlanma kişisel, kişilerarası ve sosyal değişikliklerle birliktedir. Bütün bu değişiklikler kişinin uyum kapasitesini zorlar. Çeşitli araştırmalar yaşamdan doyum almanın yaşla değiştiğini gösterir. Yaşlılık dönemine en iyi şekilde uyum gösterenlerin ortak özellikleri nelerdir? Bunu bir tablo şeklinde verebiliriz.

Yaşlılık Dönemine En İyi Biçimde Uyum Gösterenlerin Özellikleri

- Mutlu bir evlilik hayatı olanlar ve cinsel yaşamlarından memnun olanlar,
- Güven verici bir gelir düzeyine sahip olanlar,
- Çevrelerinde olup bitenle ilgilenenler,
- Çevre ile iyi bir iletişim kuranlar,
- Sağlıklı olanlar, sağlıklarına dikkat edenler,
- Sosyal ve kültürel değişikliklere uyum gösterenler,
- Çevreye karşı hoşgörülü olanlar,
- Sürekli işleri ile meşgul olanlar ve hobilere sahip olanlar.

Yakın zamanda yapılan çalışmalar cinsel işlevde ve davranışta yaşla azalma olduğu halde, cinsel doyumun yaşla azalmadığını göstermektedirler. Gerçekten de bizim tecrübelerimize ve bilgilerimize göre de cinsel aktivitede ve sertleşme durumunda belirgin azalma göstermelerine rağmen sağlıklı yaşlı erkeklerin kendi cinselliğinden, partneri ile olan cinsel ilişkilerden ve kendilerine göre partnerlerinin cinsellikten zevk alma durumundan memnun olduklarını göstermiştir. İyi bir sağlık durumu cinsel doyumla birliktedir. Oysa bir depresyon durumu belirgin şekilde cinsel sorunlarla birliktedir. Cinsel doyumla ilgili çalışmalarını dikkate alırsak, sağlıklı yaşlı kişilerde cinsellikten hoşlanma ve cinsel doyuma anlamlı olarak etki eden faktörler arasında cinsel bilgi, duygulanım durumu ve evlilik uyumu ve tabii ki sertleşme sorunlarını kişinin nasıl algıladığı vardır.

6) Yaşlı Erkeklerin Cinselliğine Evlilik Durumunun Etkisi

Çoğu erkek yaşamları boyunca evli kalırlar veya boşandıktan sonra tekrar evlenirler. Cinsel deneyimlerin niteliği ve niceliği ile evlilik uyumu arasında bir bağlantı olduğunu biliyoruz. Ancak bu ilişkinin yapısı konusunda bilgimiz azdır. Cinsellikten doyum alma oranı evliliğin iyi olması ile artar veya tersine iyi bir cinsel yaşam doyurucu evliliğe yol açabilir.

Konu ile ilgili kaynakları ve bizim çalışmalarımızı gözden geçirdiğimizde, evlilik ve cinsel doyum arasındaki ilişki evliliğin ilk yıllarında yüksek düzeydeyken, erken-orta yaşta mesleksi ve aile baskıları ve ekonomik sorunlar nedeniyle azalabilir, geç-orta yaş döneminde tekrar artar. Cinsellik evliliğin erken döneminde evlilik uyumunun temel bir ögesi olurken, yıllar geçtikçe daha az sıklıkta ve daha az coşkunlukla yaşanır. Fakat yaşlılık döneminde cinselliğin daha az önemi olduğunu ve evlilik doyumuna daha az katkıda bulunduğunu söyleyemeyiz. Yaşlı erkek ve menopoz ve postmenopoz dönemdeki kadındaki cinsel ilgi ve cinsel işlev kapasitesindeki değişiklikler yaşlı çiftin cinsel dengesini bozabilir.

7) Yaşlıda Psikopatoloji ve Cinsellik

Yaşlılarda sıklıkla rastlanan depresyon, anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik tablolar ve daha az sıklıkla rastlanan kişilik bozuklukları, şizofreni ve iki uçlu duygudurum bozuklukları yaşlılarda da cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir. Duygudurumunun depresif yönde olması ve bu duygu bozukluğu işe birlikte olan düşünce bozuklukları yaşlının kendisini cinselliğe vermesini engeller, depresif yaşlı erkeklerin gerçekten cinselliğe karşı ilgileri azalır ve cinsel birleşme için enerjileri yoktur. Öte yandan depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla olan cinsel işlev bozuklukları da yaşlılarda daha belirgindir.

Depresyon ve anksiyete kişiden kişiye göre değişse de, sertleşme sorununu başlatabilir. Sertleşme sorunu depresyona yol açabilir.

Yaşlılık döneminde oluşan kronik ve akut stres olayları sertleşme işlevini bozabilir. Kronik stres oluşturan



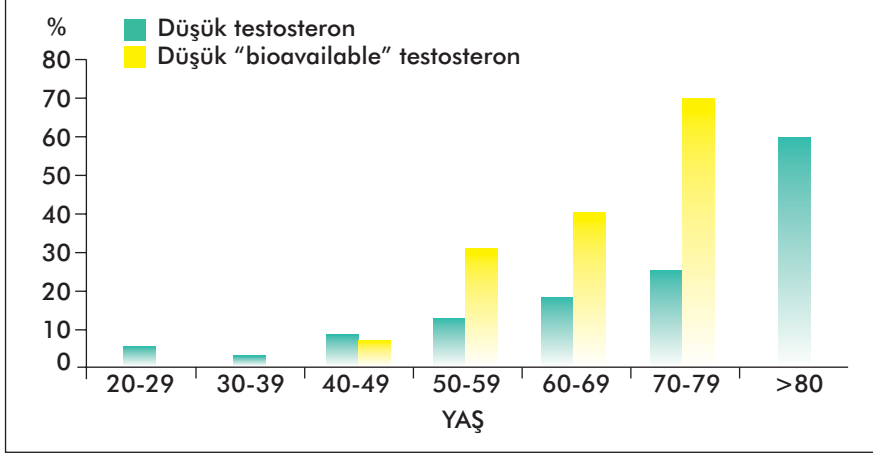
nedenler arasında yaşlının fiziksel sağlığında olan değişiklikler, evlilik sorunları, ekonomik sorunlar, çocukları ve yakınları ile sorunlar vardır. Akut stres yapıcı nedenler arasında eşin ölümü, yer değiştirmeler, akut başlayan bir hastalık olabilir. Burada eş kaybı (dulluk sendromu) üzerinde de durmamız gerekir. Eşin kaybının yarattığı yasın dışında, bir süre sonra dul erkek bir bayanla cinsel denemeye girdiğinde ölmüş eşine sadakatsizlik olacağını düşünebilir ve yeni bir partnerle seks konusunda başarılı olup olmayacağı konusunda yoğun endişeler yaşayabilir.

C) Yaşlı Erkek Cinselliğinin Organik Yönü

Yaşlı erkek cinsel işlev bozukluğunun organik nedenlerinden ayrıntılı şekilde söz etmeden önce, yaşlıda fiziksel hastalıklar hangi mekanizmalarla cinselliği etkiler, bundan söz etmek istiyoruz. Böyle bir durumda birçok farklı mekanizmalar rol oynayabilir. Fiziksel hastalık cinsel aktivitenin azalacağı konusunda aslı olmayan bir anksiyetenin çıkmasına neden olabilir, kalp hastalığında veya inmede olduğu gibi. Fiziksel hastalık cinsel birleşmenin zor, yorucu veya ağrılı olmasına neden olabilir, solunum sisteminin tıkaçıcı hastalıklarında veya artrit durumunda olduğu gibi. Diyabet gibi bir hastalık periferik damarları ve sinirleri etkileyerek cinsel cevabın oluşmasını engeller. Fiziksel hastalık kişinin kendine olan güvenini azaltabilir, mastektomi ve kolestomi'de olduğu gibi. Fiziksel hastalık, Parkinson ve Alzheimer hastalığında olduğu gibi, doğrudan doğruya cinsel arzuda azalmaya yol açabilir. Depresyonda cinsel istek belirgin şekilde azalır. Depresyonun cinsellik üzerindeki etkisinden biraz önce söz ettik. Şimdi yaşlı erkeklerin cinsel yaşamları üzerinde etkileri olan organik nedenlerden daha ayrıntılı bir şekilde söz edebiliriz. Önce hormonal nedenler anlatılacaktır.

1) Yaşlılık Hipogonadizmi

Erkeklerde temel üreme organı olan testislerin işlevi normal yaşlılık sürecinin parçası olarak yavaş ilerleyen bir süreçte etkilenir. Yaşlanmayla beraber esas erkeklik hormonu olan ve testislerden salgılanan testosteron düzeyi gittikçe azalmakta 60 yaş sonrası en düşük değerlerine inmektedir. (Şekil I).



Steroidal bir hormon olan testosteron vücudun en önemli androjeni yani erkeklik hormonudur. Testosteronun %95'i testisten, %5'lik bölümü ise böbrek üstü bezlerinden, bezinden ve diğer bazı yerel hücrelerden salgılanır. Testosteronun salgılanması gün içinde ve mevsimlere göre farklılık göstermekte ve günde 67 mg kadar üretilmektedir.

Normal değerlerde olan testosteron birçok organ ve hücrelerin işlevini yerine getirebilmesi için önemlidir. Kan dolaşım sistemi, kasların kütesinin korunması ve çalışması, kemiklerin yapısının korunması, karaciğerde protein yapımına katkı, ruhsal yapının korunması ve depresyonun önlenmesi, cinsel isteğin devam etmesi gibi birçok etkiye sahiptir.

50 yaşından sonra serum testosteron düzeyi her yıl % 1 azalırken 60 yaşından sonra her 5 erkeğin birinde, genç erkeklerde olması gereken düzeyin altına inmektedir.

Erkekte geç başlayan ve testosteronun azalması ile karakterize olan değişikliklerin tümü hipogonadizm denilen ve bu tür yetersizliği tanımlayan bir terimle adlandırılır. Daha önce testosteron eksikliği ile oluşan bulguların tümü andropoz olarak tanımlanmış ancak kabul görmemiştir. Kadınlardaki menopoza karşılığı olduğu düşünülerek andropoz denmiş ancak kadınlarda aniden oluşan ve üreme yeteneğinin kesin olarak yok olduğu menopoza benzeri bir olayın erkeklerde oluşmaması nedeniyle bu terim taraftar bulmamıştır.

Örneğin andropoz terimi klinik tanımlamada uygun değildir. Kadınlarda üreme devreleri yumurtalıkların (overlerin) yetmezliğinin başlaması ile sonlanırken erkeklerde bu süreç kadınlarınkinden farklılık göstermektedir. Erkekte üreme özelliği bittiğinde bu kadınlardaki gibi belirtiler vermez ve bu da önceden kullanılmış olan andropoz kelimesinin en önemli eksikliklerinden biridir.

Geç başlayan hipogonadizm aşağıdaki bulgularla karakterizedir.

- Cinsel isteksizliğin başı çektiği sertleşme kalite ve sıklığında azalma, uyku sırasındaki sertleşmelerde azalma,
- Karın çevresi yağlanmasında artış,
- Vücut kitle endeksinde kas kitle hacminin azalmasıyla ortaya çıkan gerileme ve güçsüzlük,



- Kemik mineral yoğunluğunda azalma buna bağlı olarak ortaya çıkan kemik ağrıları, kemik erimesi ve kemik kırıklarında artma,
- Ruhsal durumda ortaya çıkan değişiklikler, gittikçe azalan entelektüel kapasite kavrama yeteneği ve dengesizliklerle beraber yorgunlukta artış, depresyon hali ve huysuzluk,
- Vücut kıllanmasında ve ciltte meydana gelen değişiklikler, uyku bozuklukları.

Yaşlanmadan sorumlu tutulan birçok faktörler vardır. Günümüze kadar bunlardan sorumlu tutulanlar genetik nedenler, hücre kayıpları, vücutta atık maddelerin birikimi, serbest radikallerde artış miktarı ve tamir mekanizmalarındaki yavaşlamalar tutulmuştur.

Yaşlanmanın hızlı olması hormonlarda azalma ve yetersizlik yanında genetik, sosyo-ekonomik, jeopolitik ve yaşam tarzıyla da ilgilidir.

2) Diyabet (şeker hastalığı)



Diyabet tüm dünyada yaygın olarak karşılaşılan, kronik ve görülme sıklığı %0,5-2 arasında değişen bir hastalıktır. Sertleşme kaybının görülme sıklığı diyabetli hastalarda 3 kat daha fazladır. Sertleşme kaybının diyabetli hastaların yaklaşık %50'sinde görüldüğü ve diyabetik olmayanlara göre daha erken yaşlarda görüldüğü ortaya çıkmıştır. İleri yaşların diyabet türü olan Tip II diyabette düşük testosteron düzeyine daha sık rastlanır. Şeker hastalarının %21'inde düşük testosteron düzeyleri saptanırken şeker hastaları dışında bu oran %13'tür. Sertleşme kaybı yanında cinsel istekte azalma da bilinen bir bulgudur.

Sertleşme kaybı diyabet ilişkisi yapılan çalışmalarda aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

1. Sertleşme kaybı genellikle diyabet tanısı konulduktan sonra 10 yıl içinde meydana gelir.
2. Genellikle insüline bağımlı diyabette sertleşme kaybı daha genç yaş gruplarında ortaya çıkar.
3. Sertleşme kaybı erkeklerin yaklaşık % 12 gibi yüksek bir oranında diyabetin ilk işareti olabilir.
4. Sertleşme kaybı olan tüm diyabetli hastalarda diyabete bağlı sinir problemleri vardır.
5. Diyabetteki damar komplikasyonları hastanın yaşı ile ilişkilidir.
6. Diyabetin küçük damarlar ve kılcal damarlarda yaptığı hasar şekerin normal düzeylerin üzerinde kaldığı süre ile ilgilidir.
7. Diyabet kontrol altına alındığında buna bağlı sertleşme kaybında düzelmeler görülmektedir.

Bütün bu veriler eşliğinde yaşlanmayla beraber ortaya çıkan hipogonadizme bir de eş zamanlı diyabet eklendiği zaman sertleşme kaybı olasılığı daha fazla artmakta ve diyabet kontrol altına alınamadığı takdirde tedaviye direnç oluşmaktadır.

3) Üriner Sistem Hastalıkları

Üriner sistem hastalıklarının en korkuncu kronik böbrek yetmezliği sertleşme kaybı için önemli bir risk faktörüdür. Üriner sistem yakınmaları olan olguların diğer olgulara oranla 3,1 kat daha fazla sertleşme kaybı olasılığı mevcuttur. Azalan testosteronun ve üriner sistem hastalıklarının moleküler düzeyde yaptığı etkiler dolayısıyla yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olan birçok değişiklikler olmaktadır. Bunların başında da penis sertleşmesinde sorumlu olan moleküler düzeydeki yollardaki bozulmalar gelir.

Testosteron azlığı sertleşmede iki çeşit görev üstlenir; bunlardan birincisi sertleşme için gerekli olan cinsel isteği sağlamak (libido) ve ikincisi de moleküler yollar üzerinden etki yaparak sertleşmeyi sağlamaktır.

Testosteronun sertleşme üzerine olan bu etkisi tedavide de kullanılmaktadır. Yaşlanmayla azalan testosteronun yerine konulması veya son zamanlarda serum testosteron düzeyi düşük olgularda PDE5 inhibitörlerinin (hapların) yanına eklenerek sertleşme bozuklukları çözümlenebilmektedir.

Çalışmalar yaşlanmayla beraber işeme ile ilgili yakınmalar arttıkça, cinsel ilişki sıklığı ve sertleşme bozukluklarının da arttığını göstermektedir.

4) Kardiyovasküler Hastalıklar ve Hipertansiyon (Kalp damar sistemi hastalıkları)

Serebrovasküler hastalıklar, myokardial enfarktüs, hipertansiyon, kan yağlarının artışı, damar hastalıklarının sertleşme kaybı ile ortak olan kaderleri damarların iç çeperlerinde hasar yapmalarıdır. Bu durum, günümüz gelişmiş ülkelerinin en önemli sağlık sorunu halini alırken bu hastalıklara sahip olan hastaların oranı gelişmekte olan ülkelerde de gün geçtikçe artmaktadır. Yapılan toplumsal çalışmalarda testosteron seviyesinin metabolik sendrom, kalp damar hastalıkları ve tip II diyabetli hastalarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Hem düşük testosteron seviyesi ve yanında damar hasarı sertleşme kaybı için önemli etkenlerdir. Kalp damar hastalıklarının başında gelen myokardial enfarktüsü geçiren hastaların yapılan çalışmalarda %60'ından fazlasında sertleşme kaybı olduğu saptanmıştır. Gene çarpıcı başka bir çalışmada myokardial enfarktüs sonrasında sertleşme kaybı %45 olan hasta grubunun olay öncesi sadece %18'inde sertleşme kaybı olduğunu rapor edilmiştir. Bu hasta grubunda aslında sertleşme kaybının daha da dramatik gözlemlendiği ve orgazm problemlerinin %21'e kadar çıktığı saptanmıştır. Yaşlanmış Erkeklerde Yapılan Uluslararası Çalışmada (Multinational Survey of the Ageing Male) tedavi edilen kalp hastalığı, tedavi edilen yüksek tansiyon ve düşük HDL'ye sahip olguların sertleşme kaybı ile anlamlı ilişkisi olduğu rapor edilmiştir. Burada özellikle gene DM gibi yüksek tansiyon nedeniyle ortaya çıkan sertleşme kaybı da yaştan çok yüksek tansiyonun süresi ve şiddeti arasındaki ilişki daha anlamlıdır.

5) Diğer Kronik Hastalıklar ve Etkileri

DM'nin bir komplikasyonu olduğu gibi tek başına da gözükebilen sinir harabiyetleri yaşlandıkça artmakta ve bu hastalarda sertleşme kaybı ve boşalma bozuklukları diyabetik olmayan polinöropatililerde %10'lara kadar yükselmektedir.

Sertleşme kaybına neden olabilecek diğer kronik hastalıklardan biri de Parkinson hastalığıdır. Bu olgularda sertleşme kaybı ve libido kaybının nedeni tam olarak anlaşılamasa da dopaminerjik ilaçlarla tedavi sonrasında düzelmeler gözlemlenmiştir.

Multiple skleroz ve felç geçiren yaşlı olgularda da normal kişilere oranla daha fazla sertleşme kaybı görülmektedir.

6) Metabolik Sendrom

Metabolik sendrom Dünyada giderek daha fazla sayıda insanı etkileyen önemli bir hastalıktır. Hareketsiz yaşam tarzının benimsenmesi ve beslenme alışkanlığında değişimler gibi çevresel etkenler yanında, kalıtımla gelen bazı özellikler de rol oynamaktadır. İnsülin direnci sendromu olarak da bilinen metabolik sendrom, damar sertliğine yol açan hastalıklar ve tip II DM'un en önemli ve en sık görülen nedenleri arasında yer alır.



Metabolik sendrom 1988'de Reaven tarafından tanımlanmıştır, Reaven önemli risk faktörlerinin bir arada bulunduğu üzerinde durmuş ve sendrom X (X bilinmeyen anlamında kullanılmıştır) olarak adlandırdığı bu hastalığın kardiyovasküler hastalıkların gelişme riskini arttırdığını rapor etmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü metabolik sendromu, diyabet, bozulmuş açlık kan şekeri, bozulmuş şeker toleransı veya insülin direnci ile birlikte, hipertansiyon (> 160/90 mmHg), kanyağlarında artış, bel ve göbük çevresinde yoğunlaşan şişmanlık ve idrarda albumin denilen proteinin düzeyinin artışı kriterlerinden en az ikisinin bir arada olması olarak tanımlanmıştır.

Tablo 1. ATP III metabolik sendrom tanı kriterleri*

Risk faktörü	Tanım
Karın obezite (bel çevresi)	
Erkek	> 102 cm
Kadın	> 88 cm
Trigliserid	> 150 mg/dL
HDL	
Erkek	< 40 mg/dL
Kadın	< 50 mg/dL
Kan basıncı	≥ 130/85 mmHg
Açlık kan şekeri	110-125 mg/dL

Tabloda tanımlanan 5 kriterden en az üçü mevcut olmalıdır.

Ülkemizde de gerek beslenme alışkanlıklarımız gerekse yaşam standartlarımız göz önüne alındığında nüfusumuzda metabolik sendromlu hasta sayısının artması kaçınılmaz olacaktır ve yapılan çalışmalar da ne yazık ki bunu desteklemektedir. Ülkemizde, 2004 yılında yapılan METSAR (Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması) sonuçlarına göre 20 yaş ve üzerindeki erişkinlerde metabolik sendrom sıklığı % 35 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada kadınlarımızda metabolik sendrom sıklığı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (kadınlarda %41,1 erkeklerde %28,8). Geniş kapsamlı diğer bir çalışma olan TEKHARF (Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı) çalışmasında ise metabolik sendrom sıklığı 30 yaş ve üstü erkeklerde %28, kadınlarda %45 olarak tespit edilmiştir. TEKHARF ve Türk Kalp Çalışması'nda metabolik sendrom bileşenlerinden biri olan HDL kolesterol düzeylerinin Türk halkında düşük olduğuna dair veriler elde edildiği bildirilmiştir. METSAR'da ise erişkin toplumumuzda HDL kolesterol ortalaması 49 mg/dl bulunmuştur. TURDEP (Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi) çalışmasında erişkinlerimizin %7,2 sinde diyabet, %6,8inde glukoz tolerans bozukluğu %22 sinde obezite saptanmıştır. TEKHARF çalışmasında obezite sıklığı erkeklerde %21,1 kadınlarda %43 oranında bulunmuş, insülin direnci göstergesi olarak açlık insülin konsantrasyonlarının ≥ 10 mIU/l olma sıklığı her beş kişiden ikisinde saptanmıştır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından yapılan Hipertansiyon Prevalansı Çalışması'nda, ülkemizde 18 yaş ve üzerinde hipertansiyon görülme sıklığının %31,8 olduğu saptanmış, bu oran erkeklerde % 27,5 kadınlarda % 36,1 olarak bulunmuştur.

Amerikan ve Avrupa kılavuzlarında metabolik sendrom tanımlamasında obezite değil abdominal obezite kriter olarak alınmış ve abdominal obeziteyi gösteren bel çevresi genişliği ATP III'de kadınlarda >88 cm, erkeklerde >102 cm, EGIR'de kadınlarda >80 cm, erkeklerde >94 cm olarak tanımlanmıştır. WHO tarafından belirlenen metabolik sendrom kriterlerinde ise beden kütle indeksinin (BKİ)>30 kg/m² ve/ veya bel-kalça oranının erkeklerde >0,9, kadınlarda >0,85 olması gerekmektedir. AACE kriterlerinde ise BKİ ≥ 25 kg/m² kullanılmaktadır.

III. BÖLÜM

YAŞLILARDAKİ CİNSEL SORUNLARIN TEDAVİSİ



Yaşlılar, gençlerde görülen benzer cinsel sorunlar ve işlev bozuklukları ile karşı karşıya kalırlar ve gençlerdeki sorunların tedavi olanaklarına sahiptirler. Ancak yaşlılardaki cinsel sorunlar tedavi edilirken bazı noktalara dikkat edilmesi gerekir. Bunlar arasında cinsel davranış üzerine etki eden yaşlanma ile birlikte olan biyolojik değişiklikler, yaşlı cinselliği ile ilgili tutum ve inançlar ve bu yaş grubunun cinsel davranışı üzerine yaşam olaylarının etkisi vardır.

Biyolojik değişiklikleri dikkate alırsak tedavi edilebilir bir organik sorun olup olmadığı araştırılmalıdır. Örneğin hipogonadizm sonucu oluşan sertleşme kaybı veya cinsel istek sorunu gibi. Öte yandan cinsel soruna neden olan ve sorunun sürmesine yol açan biyolojik faktörleri ortaya koymak gerekir. 50 yaşını aşmış tüm erkeklerde cinsel sorun oluştuğunda psikolojik yönelimli cinsel terapiye başlamadan önce organik açıdan ayrıntılı araştırmalar yapılmalıdır. Tıbbi değerlendirme yapılırken serum testosteron ve prolaktin tayini yapılabilir. NPT dikkate alınmalıdır. Bazen bir dereceye kadar cinsel işlev yapabilen yaşlı erkeklerin gece sertleşmeleri göstermeyeceğini ve yanlışlıkla organik kökenli sertleşme kaybı olarak sınıflandırabileceklerini unutmamak gerekir. Sertleşme sorununun damarlara bağlı nedenlerini ortaya koymak için penis - kan basıncı tayini gerekir. Bu testin uygulanmasında papaverin ve fentolamin karışımından oluşan bir ilaç penise uygulanarak damarlar ve kan akımındaki değişiklikler kaydedilir. Aynı amaç için prostaglandin E-1 adlı ilaç da kullanılabilir. Ancak pratik olarak bir yaşlı hasta haftada iki kez sabah uyandığında sertleşmelerden söz ediyorsa ve bu sertleşmelerin idrarın sonuna kadar sürdüğünü bildiriyorsa sorunun kökeninde psikolojik etkenlerin olduğunu büyük bir olasılıkla söylenebilir.

Yaşlı erkeklerin çoğu, eninde sonunda cinsel birleşme isteğinin azalacağını, cinsel birleşme esnasında boşalma miktarında azalma olacağını bilirler. Birçok ülkede yaşlı cinselliği konusunda yeterli eğitim almış olan rehabilitasyon hemşireleri yaşlılara yaşamın bu dönemi ile ilgili cinsel bilgiler vererek, uyumun daha kolay olmasını sağlamaktadır.

Eşlere cinsel birleşme yerine karşılıklı mastürbasyondan da zevk alabilecekleri öğretilir. Gerçekte özellikle postmenopozal dönemdeki kadınlar için dar anlamda (sadece cinsel birleşme durumu) almamak gerekir. Bu dönemdeki kadınların sevgiye, okşanmaya fiziksel yakınlığa gereksinimleri vardır.

Yaşlılara bakanların ve sağlık personelinin de yaşlıların cinselliği konusunda eğitilmesi gerekir.

A) Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Sertleşme Kaybının Fosfodiesteraz Tip 5 İnhibitörleri ile Tedavisi: Sildenafil, Tadalafil ve Vardenafil

Yaş, tüm cinsel işlev bozuklukları için önemli bir risk faktörüdür. Sertleşme kaybının göz ardı edilmemesi ve tedavi edilmesi sonucunda bu olguların hayat kaliteleri anlamlı biçimde artmaktadır. Durum böyle olunca gelişen tıp bilimi buna da çare bulmakta gecikmemiş, en kolay ve zararlı etkisi en düşük ve kolay tedavi seçeneği olarak PDE-5 (Fosfodiesteraz tip 5) enzimini bloke eden ilaçları sertleşme kaybı olan erkeklerin hizmetine sunmuştur. Bu ilaçların keşfi 1992 yıllarına rastlamaktadır ve ilk olarak sildenafil 1990'ların ikinci yarısında piyasaya sürülmüştür. 2006 yılında ise durum tamamen farklıdır ve şu an piyasada 3 farklı molekül satışa sunulmuş durumdadır. Bunlar sırasıyla sildenafil, tadalafil ve vardenafildir. Bu ilaçlarla yapılan çalışmalarda %75'lere varan sertleşme oranları rapor edilmiştir.

Sildenafil sitrat için 1996'larda başlayan çalışmalar günümüz itibariyle ilacın 20 milyondan fazla hasta üzerinde kullanılmasıyla amacına ulaşmış gibi gözükmektedir. Diğer moleküllerin de yaklaşık 5 milyon olguda kullanıldığı tahmin edilmektedir.

Sildenafil; 25, 50, 100 mg, tadalafil ve vardenafil ise; 10, 20 mg dozlarda alınabilir. Bu ilaçların başarıları yanında yan etkileri de bulunmaktadır ve en sık görülen istenmeyen etkiler baş ağrısı ve yüzde sıcak basmasıdır. En az bildirilen istenmeyen etkiler hazımsızlık, baş dönmesi, burun tıkanıklığı ve görmeyle ilgili geçici etkilerdir (renkleri karıştırma, göz kamaşması veya bulanık görme). Yeni moleküllerden tadalafilde diğerlerinden farklı olarak sırt ve bel ağrısı da %15 oranında rapor edilmiştir.

İlaçlardan optimal düzeyde faydalanmak için cinsel ilişkiden belli bir zaman önce alınmalı ve ağır yemeklerle alınmamalıdır. Yeni moleküller tadalafil ve vardenafilde de alınma süresi hala önemliyken yemeklerle alınması özellikle tadalafilde sildenafildeki kadar önem arz etmez. Tadalafilin diğerlerine göre avantajı yanılma süresinin fazla olmasından dolayı daha uzun etki göstermesidir.

Ancak unutulmaması gereken nokta, cinsel olarak uyarılma olmadığında bu moleküller ilaçlar sertleşmeye yol açmayacaktır. İlaçların etki göstermesi için gereken zaman kişiden kişiye değişmekle birlikte, bu süre normalde yarım saat ile bir saat arasındadır. Tedavinin optimal düzeyde olması için birkaç farklı doz denemesi gerekebilir ve yaşlılıkla birlikte testosteron hormonunun azaldığı hastalarda ek olarak testosteronun ilaç olarak verilmesi ile bu ilaçların etkileri artabilir.

Bu ilaçların yan etkileri ve tehlikeleri çok azdır. Doktor önerisi ve kontrolü ile kullanıldıklarında başka sistemlerde harabiyet veya tehlike yaratmazlar. Kalp hastalığına yol açtığı yönündeki söylentiler tamamen gerçek dışıdır.

Diğer önemli bir konu bu moleküllerle etkileşen başka ilaçlar da olduğunda dikkat edilmesi gerekliliğidir. Örneğin, kalp yetmezliğinde kullanılan ve nitrat içeren ilaçlarla ile alınması tamamen yasaklanmalıdır, tansiyon ilaçlarının bir kısmıyla da birlikte kullanılırken dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu üç ilacı karşılaştıran kontrollü bir çalışma rapor edilmediğinden hangisinin daha güçlü olduğunu saptamaya çalışmak faydasız olacaktır. Bilinen gerçek hepsinin etkilerinin ve başarı oranlarının benzer olduğudur. Esas dikkat edilmesi gereken etmen, bu ilaçların amaç dışı ve doktora danışmadan kullanılmaması gereğidir. Mutlaka doktor önerisi ve reçetesi ile alınmalı, gereksiz yere cinsel gücü arttırmak için istismar edilmemelidir.

Sertleşme kaybında etkili olan bu ilaçların erken boşalma sorunu yaşayan erkeklerde de kullanıldığına dair örnekler gözlemlenmektedir. Bu tamamen yanlış bir uygulamadır. Çünkü bu ilaçların erken boşalma sorununu ortadan kaldırmaya yönelik hiçbir etkisi yoktur.

B) Sertleşme Kaybının Tedavisinde Uygun Olmayan Yaklaşımlar

1. Cinsel sorunun nedenini anlamaksızın tedaviye başlamak. Sertleşme zorluğu olan her hastaya gereksiz yere ilaç vermek,
2. Çiftin ilişki sorunundan kaynaklanan veya kadında istek bozukluğu ya da eşe yönelik olumsuz duygular var iken çiftin duygusal sorunlarını çözmeyip sadece erkeğe ilaç vererek tıbbi sertleşme temin etmek,
3. Cinsel terapi ile kısa sürede düzelebilecek bir sertleşme zorluğunu ilaca bağımlı hale getirmek,
4. Sıkıntı giderici (anksiyolitik) ilaç ile tedavi girişimi,
5. Depresyona bağlı olmayan sertleşme zorluğunda antidepresan ilaç kullanımı,
6. Kişide herhangi bir hormon bozukluğu ya da testosteron düşüklüğü olmadığı halde hormon kullanımı,
7. Bir gıda ya da vitamin eksikliği olmadığı halde kişiye vitaminler, gıdalar, macunlar vererek hastayı oyalamak ya da gereksiz bir umut yaratmak.

C) Sertleşme Kaybının Tedavisinde Uygun Yaklaşım Modeli

1. Sertleşme kaybının nedeni araştırılmalı ve tedavi edilebilir bir bedensel ya da kronik hastalığa bağlı ise önce bu hastalıklar tedavi edilmelidir.
2. Sorun depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bir hastalıktan kaynaklanıyorsa önce bu psikiyatrik hastalıklar tedavi edilmelidir.
3. Psikolojik bir nedene bağlı ya da eşle ilgili iletişim ve ilişki sorunlarına bağlı ise psikoterapi uygulanmalıdır.
4. Sertleşme kaybının tedavisinde ilaç kullanımı, eğer sertleşme kaybı bedensel bir hastalıktan ya da organik nedenlerden kaynaklanıyorsa, kişinin düzenli bir partneri yoksa psikoterapiden yararlanamayacak durumdaysa ya da psikoterapiyi kabul etmiyorsa uygun bir tedavi seçeneği olabilir. (zeka geriliği gibi). Durumları olan kişilerde veya psikoterapi için bir eşi bulunmayan kişilerde geçici olarak yapılabilir.
5. Unutulmaması gereken nokta, sertleşme kaybının nedeni organik de olsa bu sorunu yaşayan kişilerin mutlaka bir süre sonra çeşitli düzeylerde psikolojik sorunlarının da ortaya çıkmasıdır. Bu nedenle sertleşme kaybının nedeni organik de olsa mümkün olduğunca tedavide ilaç kullanımıyla birlikte psikolojik destek de verilmelidir.

Cinsel Terapi

1-4 ay süren, haftada-2 haftada bir yapılacak seanslardan oluşur. Düzenli bir ilişkisi ya da eşi olan bireylerde daha iyi uygulanabilir. Özellikle başarısızlık korkusu, performans anksiyetesi ya da çeşitli streslere bağlı olarak gelişen sertleşme zorluğunda başarı oranı yüksektir.

Dinamik Yaklaşımlı Cinsel Terapi

Özellikle bilinçdışı çatışmalara bağlı gelişen sertleşme zorluklarında tercih edilmelidir. Tedavi daha uzun sürebilir.

Bireysel Terapi

Ciddi kişilik sorunları olan ya da derin dinamik sorunlara bağlı gelişmiş ereksiyon zorluklarında tercih edilmelidir.

D) Prostat Sağlığı

Prostat yaklaşık ceviz büyüklüğünde erkekte semenin bir kısmını oluşturan ve koyu kıvamda salgı yapan bir bezdir. Mesanenin (idrar torbasının) altında, rektumun (kalın bağırsağın son bölümü) önündedir. İdrar torbasından idrarın boşalmasını sağlayan kanalın (üretra) etrafını tamamen sarar. Yaşlanmayla beraber vücutta oluşan değişimler prostatta da olur. Vücudumuzdan salgılanan büyüme faktörleri ve hormonal dinamiklerdeki değişimler bunun başlıca nedenidir.

Prostatı ilgilendiren 3 önemli sağlık sorunu bulunur, bunlar sırasıyla selim prostat büyümesi (BPH), prostatit (prostat enfeksiyonları) ve prostat kanseridir.



1) Prostat Büyümesi:

Yaşlanmayla hızlanan bu klinik durum kendisini idrar yaparken zorlanma, sık idrara çıkma ve idrar sonrası mesanede rezidüel idrar kalması şeklinde göstermektedir. BPH oldukça sıktır. Yaşları 51-60 arası erkeklerde %50; 80 yaşın üzerindeki erkeklerde %90 oranında rastlanır. Alt üriner sistemde yaşlanmayla beraber ortaya çıkan bu klinik durumun tedavisi izlem, ilaç tedavileri ve cerrahi tedaviler (TUR, Lazer, Açık Operasyonlar v.b) arasındaki bir spektrumda değişir ve hastanın yaşı, semptomları ve prostatın büyüklüğü alınan kararda rol oynar.

Prostat büyümesi niçin meydana gelir?

Selim prostat büyümesinin tam olarak niçin meydana geldiği bilinmemektedir. Bu durumun gelişmesine yol açan risk faktörleri kesin olarak tanımlanmamıştır.

Erkeklerin vücutlarında yaşamları boyunca erkeklik hormonu olan testosteron ve az miktarda da olsa kadınlık hormonu olan östrojen üretilmektedir. Erkeklerin yaşlanması ile birlikte vücutlarındaki aktif testosteron oranı azalırken, östrojen miktarında da bir miktar artış olmaktadır. Hayvanlarda yapılan çalışmalar, artmış östrojen düzeyinin prostat içerisinde hücre büyümesine yol açan maddeleri aktive ettiğini göstermiştir. Bir başka teoriye göre ise, yaşlı erkeklerde kandaki testosteron miktarı düşse bile prostat içerisinde testosteronun meydana gelen dihidro-testosteron üretilmeye devam etmekte ve bu madde de prostat bezindeki hücrelerin büyümesine yol açmaktadır.

Sebebi ne olursa olsun, prostat bezi büyümekte ve bezi çevreleyen kapsül daha fazla genişlemesine engel olduğu için büyüyen dokular üretraya baskı yapmaktadır. Sonuç olarak idrar kesesi duvarı kalınlaşmaya başlar ve daha duyarlı hale gelir. İdrar kesesinde biriken az miktardaki idrar varlığında bile idrara gitme hissi meydana gelir. Olay ilerledikçe; mesane güçsüzleşmekte, kendi kendini boşaltma yetisini kaybetmekte ve sonuç olarak idrar kesesi içerisinde bir miktar idrar kalmaktadır.

Prostat büyümesinin belirtileri nelerdir?

Üretranın daralması ve idrar kesesinin kısmen boşalması prostat büyümesine bağlı birçok yakınmaya neden olmaktadır:

- Zorlanarak idrara başlama, zayıf ve kesik kesik idrar akışı,
- İdrara sıkışma hissi ve az miktarda idrar kaçırmama,
- Sık idrara çıkma (özellikle geceleri),
- İdrar yaptıktan sonra idrar kesesini tam boşaltamama hissi.

Prostatın büyüklüğü ile hastaların şikayetleri arasında her zaman bir paralellik mevcut değildir. Bazı erkeklerde prostat bezi çok büyük olsa da fazla bir yakınmaya yol açmazken, diğerlerinde daha küçük boyuttaki prostat bezi idrar tıkanmasına ve şiddetli yakınmalara neden olmaktadır. Hastaların bu yakınmalar varlığında uzman bir ürolog tarafından değerlendirilmesi önemlidir, çünkü bu yakınmalar prostat kanseri gibi daha önemli bir hastalık varlığında da görülebileceği gibi başvurunun ertelenmesi durumunda böbrek yetmezliğine kadar varabilecek bozukluklara yol açabilir.

Prostat büyümesinin tanısı nasıl konur?

- **Parmakla prostat muayenesi:** Bu muayene sırasında hekim parmağı ile anüsten girerek prostat bezini hissetmeye çalışır. Bu muayene ile hekim prostat bezinin büyüklüğü, kıvamı ve durumu hakkında bilgi sahibi olmaya çalışır.
- **Kan testi ile prostat spesifik antijen (PSA) düzeyinin belirlenmesi:** PSA normal ve kanserli prostat hücreleri tarafından salgılanan bir maddedir. Yapılan çalışmalar sonucunda belirlenen değerlere göre test sonucu değerlendirilir. Sonuçlardaki yükseklik durumunda ise daha ileri incelemelere gerek duyulabilir.
- **İdrar akım ölçümü:** Bu incelemede bir makinenin haznesine idrar yapılması istenir ve bu sırada bilgisayar tarafından yapılan ölçüm sonucunda idrar akımının şiddetine karar verilir. İdrar akım şiddetinde azalma prostat büyümesinin yarattığı tıkanıklık açısından anlam taşımaktadır.

Prostat büyümesindeki tedavi seçenekleri nelerdir?

Prostat bezindeki büyümenin ve bu büyümenin hastada yarattığı şikayetlerin şiddetine göre hastalara tedavi seçenekleri önerilmektedir. Prostat büyümesinde çeşitli ilaç tedavileri ve cerrahi müdahale yöntemleri mevcuttur.

İlaç tedavileri

Seneler boyunca araştırmacılar prostatı küçültecek ve büyümesini geriletecek ilaçlar üretmeye çalışmışlardır. Tüm bu çalışmalar sonucunda şu anda büyümüş prostat tanısı konmuş hastalar için önerilebilecek 6 adet ilaç bulunmaktadır.

Finasterid 1992 yılında ve dutasterid 2001 yılında FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayı almış olan ve dihidro-testosteron yapımını engelleyerek prostat büyümesini önleyen ilaçlardır. Bu ilaçlar prostat büyümesinin ilerlemesini engellerler ve bazı erkeklerde de prostat bezinin küçülmesine neden olurlar.

Terazosin 1993 yılında, doxazosin 1995 yılında, tamsulosin 1997 yılında ve son olarak da alfuzosin 2003 yılında prostat büyümesinde kullanılmak üzere FDA onayı alan ilaçlardır. Bu dört ilaç prostattaki ve idrar kesesi boynundaki düz kasları gevşeterek idrar akışını arttırmakta ve idrar kesesi çıkışındaki tıkanmayı azaltmaktadırlar.

Minimal girişimsel tedaviler

İlaç tedavisinin yetersiz kaldığı hastalarda son yıllarda geliştirilen ve bilinen cerrahi tedavilerden daha az girişimsel olan bir takım tedavi seçenekleri geliştirilmiştir.

- **Transüretral mikrodalga girişimi**

Prostat bezindeki fazla dokuları mikrodalga kullanarak ısıtarak yok etmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Bu işlem penis ucundan idrar yoluna yerleştirilen bir kateter yardımıyla uygulanır. Yaklaşık olarak 1 saat süren bu işlem sırasında genel anesteziye gerek duyulmamaktadır. Bu tedavi prostat büyümesi sürecini durdurmasa da, bu işlemin uygulandığı hastalarda şikayetlerde gerileme izlenmektedir. Bu işlemin uzun dönem sonuçları hakkında çalışmalar devam etmektedir.

- Transüretal iğne ablasyonu

Bu işlem ile düşük düzeyde radyo dalgaları kullanılarak büyümüş prostatın belirlenen bölgeleri yakılmaktadır. Bu işlem sonrasında da hastaların şikayetlerinde azalma saptanmaktadır ve uzun dönem sonuçları hakkında çalışmalar devam etmektedir.

Cerrahi

Birçok hekim prostat büyümesi olan hastalara cerrahi girişim ile prostatın büyümüş olan kısmının çıkartılmasını önermektedirler. Prostat büyümesi olan hastalarda yapılan cerrahi müdahale ile sadece büyümüş olan ve üretraya bası yapan kısım çıkartılmaktadır. Prostatın geride kalan dokusu ve kapsülü vücut içerisinde bırakılmaktadır. Cerrahi müdahale ile genellikle hastaların şikayetleri ve tıkanmaya yol açan neden ortadan kaldırılmaktadır.

Prostat büyümesinde kullanılan cerrahi seçenekleri:

- Transüretal cerrahi

Genel anestezi altında yapılan bu işlemlerde ürolog tarafından üretradan ilerletilen bir alet yardımıyla prostat bezine ulaşılmaktadır. Ardından prostat bezinin durumu saptanarak yapılacak işleme karar verilmektedir. TURP diye adlandırılan işlemde rezektoskop isimli cihaz kullanılarak elektrik enerjisi yardımıyla prostat dokusu tıraşlanmaktadır. Tıraşlanan parçalar patolojik incelemeye gönderilerek olası bir prostat kanseri ihtimali açısından incelenmektedir. TUIP diye adlandırılan işlem sırasında ise prostat dokusunun tıraşlanması yerine idrar kesesi boynunda ve prostat üzerinde kesiler yapılarak hastanın idrar yolunda genişleme ve böylece daha rahat idrar yapması sağlanmaya çalışılmaktadır. Her iki işlem sonrasında da meninin geriye idrar kesesine kaçması şeklinde bir yan etki ihtimali mevcuttur.

- Açık cerrahi

Transüretal cerrahinin uygun olmadığı büyük prostatı olan hastalarda göbek altından yapılan bir kesi yardımıyla prostatın büyümüş kısımlarının çıkartılması işlemi uygulanmaktadır.

- Lazer cerrahisi

Bu işlem sırasında da yine üretradan ilerletilen lazer cihazı yardımıyla prostat dokusunun ortadan kaldırılması ve idrar yolunun açıklığının genişletilmesi amaçlanmaktadır. Kullanılan lazer enerjisinin dalga boyuna ve sonuçta ortaya çıkan ışığın rengine (Green light, Red light) göre adlandırılan bu yöntem ile diğer yöntemlere oranla daha kısa sürede normal yaşama dönmek mümkün olmaktadır. Bu yöntemin uzun dönem sonuçları halen araştırma konusudur.

2) Prostatit (Prostat Enfeksiyonları):

Prostatit bir bakteri ile meydana gelebileceği gibi, bazen mikroplar sorumlu olmayabilir (abakteriyal prostatit). Eğer bakteri sorumlu ise akut olarak üşüme, titreme, ateş, perineal, rektal, sırt ağrıları, sık idrara çıkma, idrar yaparken sızlama ve ani idrar hissi gelmesi belirtileri verir. Prostatit sık tekrarlırsa, kronik (müzmin) bir hal alabilir. Bunlarda bazen bakteri üremez. Prostatitte prostat kanseri belirleyicisi olan PSA yükselebileceğinden bazen kanserden ayırımının yapılması gerekmektedir. Makattan rektal yolla prostatın muayenesi veya ek tetkik ve tedaviler buna yardımcı olabilir. Tedavisi bazen uzun sürebilir. Çünkü antibiyotiklerin prostat içerisine girmesi zordur. Gerekirse prostatın ameliyatla çıkarılması bile düşünülebilir. Bazı erkeklerde yukarıda yazılan prostatit belirtileri görülmesine rağmen, ne idrarda ne de akıntının incelenmesinde iltihap hücreleri (lökosit) veya mikroorganizma bulunamayabilir. Bunlara kronik pelvik ağrı sendromu ya da noninflamatuar prostatit adı verilir. Tanı konması oldukça karışık olması nedeniyle, detaylı bir araştırmayı ve tedaviyi gerektirirler. Ancak, kronik prostatit tanısı çok sık konulmakta olup, tedavisi de her zaman tatmin edici olmayabilir. Ciddi bir sorun yaratmıyorsa, psikolojik yönden rahatlatıcı tedbirler önerilmesi yeterli olabilir.

3) Prostat Kanseri

Prostat kanseri, prostat bezinin hücrelerinden gelişen kötü huylu bir kanserdir. Erkeklerde en sık rastlanan kanser türüdür ve genelde 60 yaşın üzerindeki erkeklerde saptanır.

Prostat kanseri cilt kanserinden sonra en sık rastlanılan kanser tipidir. Her yıl ABD'de 190.000 kişi prostat kanserine yakalanmakta ve bunların 32.000'i ölmektedir. En çok 55 yaş üstü erkeklerde olur ve ortalama tanı yaşı 72'dir.

Belli başlı risk faktörleri şunlardır:

- Diyet: Yüksek yağ içerikli diyet,
- Ailede prostat kanseri,
- İleri yaş,



Erken dönemlerde hiç bir yakınmaya neden olmazken ilerlemiş hastalıkta idrar yapma zorlukları, idrarda kan görülmesi gibi prostatın büyümesine bağlı yakınmalar ile karın alt kısımlarında, bacaklarda, belde ağrılar ve kilo kaybı gibi tümörün yayılımına ait yakınmalara neden olur. Parmakla rektal muayene ve kanda PSA isimli maddenin düzeyinin ölçülmesi en önemli tanı araçlarıdır. Genellikle 50 yaş üzerindeki sağlıklı erkeklerin PSA ve parmakla rektal muayene ile yılda bir kontrolü önerilir. Ancak ailesinde prostat kanseri olanların 40 yaşından itibaren bu kontrollere başlaması önerilir. Parmakla rektal muayene, ancak belirli bir boyuta ulaşmış kitleyi saptayabilir. Bu

nedenle PSA düzeyinin ölçümü erken tanı açısından önemlidir.

PSA yüksekliğinde *prostat biyopsisi (prostattan parça alma)*, rektumdan transrektal ultrason ile girilerek yapılır ve kanser teşhisinde son sözü söyler.

Prostat kanserinden korunma?

Bu sorunun cevabını bulmak için bilim adamları uzun süredir uğraşmaktadır. Yapılan son çalışmalarda 5- α redüktaz inhibitörlerinin bu korunma protokolünde yeri olduğunu savunan çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bununla beraber bir takım doğal bitkilerin de faydalı olabileceği söylenmekle beraber bu söylemler şu an için bilimsel verilere dayanmamaktadır.

Prostat kanserinin tedavisi hastanın yaşına, eşlik eden hastalıklara ve kanserin evresine göre belirlenir ve yapılacak tedavi şekli sadece izlem, hormonal tedavi, ışın tedavileri ve cerrahi arasında değişen bir spektrumdan seçilir.

Prostat kanserinin nedenleri nelerdir?

Kesin neden bilinmemekle beraber, prostat kanseri gelişimi şansını arttıran risk faktörleri şunlardır:

- **Yaşlanma:** Çoğu vakaya yaşlı erkeklerde tanı konur.
- **Aile hikayesi ve genetik faktörler:** Babanızda yada ağabeyinizde genç yaşta (60 yaşın altında) prostat kanseri tespit edilmişse, sizin için artmış risk mevcuttur. Bazı erkeklerde olasılıkla genetik faktörlerden kaynaklanan artmış risk söz konusudur.
- **Diyet:** Olası bir risk faktörüdür. Diğer kanserlerde olduğu gibi, yüksek yağ içeren ve düşük sebze ve meyve içeren beslenme alışkanlıkları riski arttırmaktadır.
- Metal kadmiyum maruziyeti risk olarak belirtilmektedir.

Prostat kanserinin belirtileri nelerdir?

Prostat kanseri sıklıkla yavaş bir büyüme gösterir. Bu nedenle başlangıçta seneler boyu hiçbir şikayete yol açmayabilir. Tümör büyürken, üretraya baskı yapabilir, üretrayı rahatsız edebilir ya da kısmi olarak idrar akımını engelleyebilir. Sonuçta meydana gelen yakınmalar şöyle sıralanabilir:

- **Zayıf idrar akışı:** İdrar akışı zayıflayabilir ve idrar kesesini boşaltmak daha uzun zaman alabilir.
- **İdrara başlamada zorluk:** Tuvalette idrara başlamak için beklemek gerekebilir.
- **Damlama:** Tuvaleti bitirdikten sonra, iç çamaşırı ıslatmaya yol açacak şekilde bir miktar idrar kaçırılabilir.
- **Sık idrara gitmek:** Normalden daha fazla sayıda tuvalete gidilmesi gerekebilir.
- **Sıkışma:** Ani idrar hissi ile acil tuvalete yetişme hissi duyulabilir.
- **Yetersiz boşaltma:** İdrar kesesinin yeterince boşaltılmadığı hissedilebilir.



Dikkat!

Bu sayılan belirtilere yaşlı erkeklerde sıklıkla rastlanmaktadır. Bu şikayetlere sahip erkeklerin çoğunda prostat kanseri yoktur ancak prostatın selim büyümesi mevcuttur. Ancak bu şikayetlerin varlığında uzman doktor kontrolüne gitmek gerekmektedir.

Eğer kanser vücudun başka yerlerine sıçramışsa, başka şikayetler meydana gelebilir. Kanserin en sık sıçradığı yerler; leğen, bel ve bacak kemikleridir. Etkilenen kemiklerde ağrı ve hassasiyet olabilir. Bazen hekime ilk başvuru şikayeti kemiklerden kaynaklanır.

Prostat kanseri tanısı nasıl konulur?

Başlangıç değerlendirmesi

- **Parmakla prostat muayenesi:** Bu muayene sırasında hekim parmağı ile anüsten girerek prostat bezini hissetmeye çalışır. Büyümüş ve özellikle de yüzeyi düzensiz ve sert hissedilen prostat bezi kanser açısından anlamlıdır.
- **Kan testi ile prostat spesifik antijen (PSA) düzeyinin belirlenmesi:** PSA normal ve kanserli prostat hücreleri tarafından salgılanan bir maddedir. Yapılan çalışmalar sonucunda belirlenen değerlere göre test sonucunuz değerlendirilir. Eğer prostat kanseri tanısı aldıysanız, belli aralıklarla tekrarlanan PSA ölçümleri ile tedavinizin takibi yapılır. Tedavi başarılıysa ve kanser hücreleri ortadan kalkıyorsa, PSA değeri düşecektir.

Tanıda sadece PSA bakılarak bir sonuca varmak doğru değildir. Parmakla muayene ile birlikte yapılması tanı kesinliğini arttıracaktır.

Prostat biyopsisi

Prostat kanseri tanısını koymak için ince bir iğne kullanılarak prostat bezinden küçük bir biyopsi alınması gereklidir. Bu işlem ultrasonografi cihazı eşliğinde gerçekleştirilir. İşlemden önce kullanılan aletin uzunluğu ve kalınlığı parmak büyüklüğündedir. Alet anüsten içeriye doğru ilerletilir ve prostat bezinin belirlenmesinin ardından aletin içerisinden geçirilen ince bir iğne ile prostat bezinin farklı yerlerinden patolojik inceleme için küçük parçalar alınır.

İşlem sırasında hastanın duyabileceği rahatsızlık ve ağrı hissini azaltmak için lokal yada genel anestezi yöntemleri kullanılmaktadır.

Prostat kanserindeki tedavi seçenekleri nelerdir?

Tedavi seçenekleri arasında: Takip altında beklemek, cerrahi, radyoterapi, hormon tedavisi ve daha az sıklıkla kemoterapi sayılabilir. Sıklıkla bu yöntemlerin kombinasyonları kullanılmaktadır. Seçilecek tedavi yöntemi şunlara bağlıdır:

- Kanserın büyüklüğüne ve evresine, derecesine ve PSA düzeyine
- Hastanın yaşına, genel durumuna ve kişisel tercihlerine

Örneğin; bazı prostat kanserleri prostat bezine sınırlıdır, yavaş ilerlerler ve hayat beklentisini etkilemezler. Bazı kanser tipleri ise daha saldırgan eğilimlidir, yayılmaya daha eğilimlidir ve tedavi edilmediği durumlarda ciddi hastalığa ve ölüme neden olabilirler. Tedavinin riskleri ve yan etkileri de göz önünde bulundurulması gereken başka bir konudur.

Durumu bilen uzman doktor ile yapılacak görüşmede kansere ait tüm riskler ve kişiye göre mümkün ve uygun olan tedavi yöntemleri etraflıca görüşülmelidir.

İzlem altında tedavisiz izlem

Bazı durumlarda aktif bir tedavi yerine kanserin nasıl ilerlediğinin izlenmesi daha uygun olabilir. Kanserın evresi, hastanın yaşı, genel durumu, tedavinin etkinliği ve olası yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. İzlem altında tedavisiz izlem yaklaşımı; Yakınması olmayan, yavaş ilerleme eğiliminde kanseri olan ve özellikle de ileri yaştaki hastalarda uygun olabilir. Bu şekilde takip edilemeye karar veren hastalar düzenli aralıklarla tedavinin devamının şekli açısından değerlendirilir.

Cerrahi

Kanserın prostat içerisinde olup yayılmadığı durumlarda prostat bezinin çıkartılması tedavi edici olabilir. Büyük bir işlemdir ve genellikle genç, genel sağlık durumu iyi ve kanser derecesinin gelecekte yayılmayı işaret ettiği hastalarda uygulanır. İşlem sonrasında sertleşme ve idrar kaçırma problemleri ortaya çıkabilir.

Kanserın ileri evrede olduğu ve cerrahi ile hastalıktan kurtulmanın mümkün olmadığı durumlarda ise şikayetleri hafifletmek için daha küçük cerrahi girişimler uygulanabilir. Örnek olarak idrar yapmada zorluk şikayetini hafifletmek için küçük bir kapalı işlem uygulanabilir.

Radyoterapi

Cerrahiye seçenek olarak ya da cerrahiye ek olarak radyoterapi uygulanabilir. Prostat kanseri tedavisinde iki çeşit radyoterapi yöntemi uygulanmaktadır: dışarıdan ve içeriden. Tedavi seçeneği hastanın mevcut kanserinin durumuna göre belirlenmektedir, bazı hastalarda her iki yöntem de kullanılabilir.

- **Dışarıdan radyoterapi:** Birçok başka kanser tedavisinde de kullanılan bu yöntem ile radyoterapi cihazından yönlendirilen ışınlarla prostat kanseri tedavi edilmeye çalışılır.
- **İçeriden radyoterapi (Brakiterapi):** Bu yöntem ile küçük radyoaktif parçalar prostat bezinin içerisine kanser dokuna yerleştirilir. Bu parçalar zamanla radyoaktif özelliklerini kaybederler. Bazen kısa süre için daha büyük radyoaktif parçalar yerleştirilir ve bir süre sonra tekrar vücut dışına alınırlar.

Kanserın ileri evrede olduğu ve hastalıktan tamamen kurtulmanın mümkün olmadığı durumlarda dahi, radyoterapi şikayetleri hafifletmek amacıyla kullanılabilir. Örnek olarak, radyoterapi ile kemiklere yayılmış ve ağrı şikayeti oluşturan tümörün küçültülmesi sağlanabilir.

Hormon tedavisi

Prostat kanseri hücreleri büyümek ve çoğalmak için testosteron isimli erkeklik hormonuna ihtiyaç duyarlar. Testosteron testislerden kaynaklanır. Hormon tedavisi ile amaçlanan vücudun testosteron yapmasını durdurmak ya da testosteronun prostat kanseri hücreleri üzerinde etkisini engellemektir. Hormon tedavisi prostat kanserini ortadan kaldırmaz ancak kanserin gelişimini seneler boyunca yavaşlatabilir.

Testosteron düzeyi cerrahi yöntemlerle ya da ilaçlarla azaltılabilir

- **Cerrahi:** Testislerin tamamen çıkarılması ya da testisin kapsülünün içerisindeki dokuların çıkartılması şeklinde uygulanabilir.
- **İlaçlar. İki grup ilaç mevcuttur:**
 - Hipofiz bezine etki eden ilaçlar: Hipofiz bezi testisin testosteron yapmasını uyaran bir hormon salgılamaktadır.
 - Testosteronun etkisini engelleyen ilaçlar

Hormon tedavisi sertleşme problemleri gibi yan etkilere neden olmaktadır. Hormon tedavisi cerrahi ya da radyoterapiye ek olarak kullanılabilir. Bazı durumlarda tek başına da kullanımı vardır.

Kemoterapi

Prostat kanserinde kemoterapi ileri vakalarda ve diğer tedavi yöntemlerine rağmen hastalığında ilerleme saptanan hastalarda tercih edilmektedir.

Hastalığın seyri nasıldır?

Prostat kanserinin ilerleyişi çok değişkendir. Bazı kanserler yavaş ilerleyip hiçbir şikayete yol açmazken, bazı kanserler ise hızlı yayılım ile kısa sürede ölüme neden olmaktadır. Kanserin tedaviye olan cevabı da değişkenlik göstermektedir. Hastalığa tanı koyan uzman hekim, kansere en uygun tedavi yaklaşımına ve bu tedavi yaklaşımı ile hastanın hayat beklentisi hakkında ayrıntılı bilgi verebilecektir.

E) Mesane kanseri

Mesane (İdrar kesesi) nedir?

Mesane; leğen kemiklerinin içerisinde yer alan, böbreklerden gelen idrarı toplayan ve yeterince dolmasının ardından üretra yoluyla idrarı boşaltan organdır.

Mesane kanseri nedir ve nedenleri nelerdir?

Mesane kanseri, mesaneyi kaplayan dokudan gelişen kötü huylu bir kanserdir. Kadınlara göre erkeklerde daha sık rastlanır. Sebebi kesin olarak bilinmemekle beraber, sigara ve tütün içiciliği ve bazı kimyasal maddelere maruz kalma durumunda risk oldukça artmaktadır.

Mesane kanserinin belirtileri nelerdir?

En sık rastlanan şikayet idrarda kan görülmesidir. Genellikle başka bir sebep olmadan ortaya çıkar ve ağrı eşlik etmez. İdrarın rengi içerdiği kan miktarına göre açık kırmızıdan koyu vişne rengine dek değişebilmektedir. Bazı günler olabilir ve haftalar ve aylar sonra tekrarlayabilir. Kanserin durumuna göre kanamanın miktarı değişmektedir. Bazen kan pıhtıları oluşabilir ve idrar yapmayı engelleyerek ağrıya neden olabilir.

Bilinmesi gereken bir nokta da, idrarda kan görülmesine yol açan idrar yolu enfeksiyonu ya da idrar yolu taşı gibi başka nedenlerin de varlığıdır. Ancak idrarda kan görülmesi durumunda zaman kaybetmeden bir hekime başvurulması ve gerekli tetkiklerin yapılması gereklidir.

Mesane kanserinin tanısı nasıl konur?

İdrarda kan şikayeti ile başvuran hastalarda yapılacak fizik muayene sonrasında idrar örneği laboratuvara gönderilerek kan ve enfeksiyon varlığı açısından değerlendirilir. Muayene ve idrar testi sonuçlarına göre uzman doktora yönlendirilmenin ardından ileri tetkiklere başvurulur:

- **Kan testleri:** Kan kaybı ve böbrek işlevleri hakkında bilgi verir.
- **Böbrek ve mesane ultrasonografisi:** Ses dalgaları aracılığıyla bu organların görüntüleri elde edilir. Ultrasonografi için idrara sıkışık olmak gerekmektedir, böylece daha net görüntüler elde edilebilir. Yapılacak işlem 10-15 dakika kadar sürmektedir ve ağrısızdır.
- **İntravenöz piyelogram (IVP):** Damardan verilecek bir ilaç sayesinde röntgen ışınları yardımıyla tüm idrar yollarının görüntülenmesine olanak veren bir yöntemdir. Yaklaşık olarak 1 saat süresince birkaç kez film çekilmesi ile gerçekleştirilir. Damardan verilen ilaç başlangıçta yanma ve rahatsızlık hissi yaratabilir. Kullanılan ilaca karşı aşırı duyarlılık mevcut ise işlem öncesi hekimin bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- **Sistoskopi:** Genel anestezi altında ve ameliyathane şartlarında yapılan bu işlem ile ürolog mesane içerisini görüntüler eşliğinde inceler. Şüpheli durumlarda işlem sırasında patolojik inceleme için parça alınır ya da kanser dokusu tamamen kazınarak patolojik incelemeye gönderilir.

Mesane kanserinin tipleri ve tedavi seçenekleri

1. Yüzeysel mesane tümörleri

Çoğu mesane kanseri yüzeysel yerleşimlidir. Tek ya da birden fazla olabilirler. Bu tümörler mesane kasına henüz ilerlememiş tümörlerdir ve tekrarlama eğilimi gösterirler.

• Yüzeysel mesane tümörlerinin tedavisi

Bu tümörler genellikle sistoskopi sırasında kolayca temizlenirler. Ancak tekrarlama eğilimindedirler. Bu nedenle uzman ürologun tavsiye ettiği aralıklarla kontrol sistoskopilerinin yapılması gerekmektedir.

• Mesane içerisine kemoterapi uygulaması

Tümörün sistoskopi ile temizlenmesi sonrası gelen patoloji sonucuna göre belli aralıklarla hastaneye gelip mesane içerisine ince bir sonda takılması sonrasında kemoterapi ilaçlarının uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla kullanılan birkaç ilaç mevcuttur ve tedaviler 6-8 hafta arasında haftada bir uygulama şeklinde yapılmaktadır.

2. İnvaziv (derinleşmiş) mesane tümörleri

Mesane kanseri mesanenin kas dokusuna ya da mesane dışına doğru ilerlemiş ise hastalık invaziv mesane tümörü olarak adlandırılmaktadır. Hastaların küçük bir oranında görülen bu durumda hastalık vücudun başka bölgelerine de yayılmış olabilir, bu nedenle bilgisayarlı tomografi ya da MR ile batin organlarının incelenmesi ve akciğer röntgeni ile hastalığın yayılımı değerlendirilmelidir.

İnvaziv mesane tümörlerinin tedavisi

Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi tek başına ya da kombinasyon tedavisi ile uygulanabilir. Tedaviye karar verirken; hastanın yaşı, genel durumu ve hastalığının durumu göz önünde bulundurulmalıdır.

- **Cerrahi Radikal Sistektomi**

Oldukça büyük bir ameliyat olan bu işlemde mesane tamamen çıkartılır. Erkek hastalarda mesanenin yanı sıra; prostat bezi, üreterlerin alt uçları ve bazı durumlarda üretra çıkartılmaktadır. Kadın hastalarda ise mesanenin yanı sıra; üretra, üreterlerin alt uçları, vajinanın ön duvarı, rahim ve yumurtalıklar çıkartılmaktadır. Genç kadınlarda yumurtalıklar korunabilmektedir ancak işlem sonrasında daha kısa ve daha dar bir vagina meydana gelmektedir. İşlem sırasında sinir dokularının korunması mümkün olmamakta ve bu durum erkeklerde sertleşme problemlerine ve hem erkek hem de kadın hastalarda cinsellikle ilgili problemlere yol açmaktadır.

- **Mesanenin yerine konması**

Mesanenin çıkartılmasının ardından idrarın toplanacağı yeni bir kese oluşturulması gerekmektedir. Bu amaçla ince bağırsağın bir kısmı kullanılmaktadır. Hastalığın yayılımına göre bağırsaktan yapılan yeni idrar kesesi ya karın duvarından cilde ağızlaştırılmakta yada mesanenin çıkartıldığı alana konularak korunmuş olan idrar yolları ile devamlılık sağlanmaktadır.

Tüm bu ameliyatlar oldukça büyük cerrahi girişimlerdir ve bu konuda uzman ürologlar tarafından uzman merkezlerde gerçekleştirilmelidirler. Ameliyat sonrasında çeşitli metabolik bozukluklar meydana gelebilmekte ve yeni mesanenin kullanılması ile ilgili problemler yaşanabilmektedir. Uzman merkezlerde bu konularda gerekli bilgilendirme ve eğitimler verilmektedir.

- **Radyoterapi**

Radyoterapi; ameliyat öncesinde, ameliyat sonrasında ya da ameliyata uygun olmayan/ameliyat istemeyen hastalarda kullanılmaktadır. Genellikle haftanın 5 günü, gününbirlik hastane ziyareti şeklinde gerçekleştirilmektedir ve tedavinin süresi günlük 5-10 dakikadan uzun sürmemektedir. Tedavinin dozu ve süresi radyasyon onkolojisi uzmanı tarafından belirlenecektir. Bu tedavi sırasında yorgunluk, ishal ve işeme problemleri meydana gelmektedir. Bu yan etkiler tedavinin bitiminden birkaç hafta sonra gerilemektedirler. Tedavi sizi radyoaktif yapmamaktadır bu nedenle çevrenizdekilere yönelik herhangi bir tehlikeye neden olmamaktadır.

Radyoterapi sonrasında düzenli sistoskopik incelemelere devam etmek gerekmektedir. Hastalığın seyrine göre ek işlem ve tedavilere gerek duyulabilmektedir.

- **Kemoterapi**

Kemoterapi cerrahi yada radyoterapiye ek tedavi olarak uygulanmaktadır. Tedavinin şekline göre hastaneye yatmak yada ayaktan tedavi görmek mümkündür. Tedavi sırasında saç dökülmesi, yorgunluk, ağızda aft gelişmesi ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi yan etkiler oluşmaktadır. Tüm bu yan etkiler tedavinin bitiminden sonra gerilemektedir. Kemoterapi sonrasında düzenli sistoskopik incelemelere devam etmek gerekmektedir. Hastalığın seyrine göre ek işlem ve tedavilere gerek duyulabilmektedir.

Hastalığın seyri nasıldır?

Mesane kanserinin ilerleyişi yüzeysel ya da invaziv olmasına göre değişkenlik göstermektedir. Hastalığa tanı koyan uzman hekim, kansere en uygun tedavi yaklaşımına ve bu tedavi yaklaşımı ile hayat beklentisi hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verebilecektir. Hastaların kontrollerine düzenli gelmeleri ve özellikle de sigara ve diğer tütün mamullerinin kullanımı sonlandırmaları, hastaların hastalığın ilerleyişi üzerine yapılabilecekleri en etkin uygulamalardır.

F) Böbrek Kanseri

Böbrek nedir?

Vücutta dolaşan kanı süzerek idrar oluşumunu sağlayan ve oluşan idrarı üreter adı verilen ince bir tüp vasıtası ile idrar kesesine ileten organlardır.

Böbrek kanseri nedir ve nedenleri nelerdir?

Böbrek kanseri böbreği oluşturan çeşitli hücrelerden kaynaklanan bir kanserdir. Böbrek kanserinin bir çok tipi mevcuttur ancak en sık rastlanan tipi böbrek hücreli kanser'dir.

Birçok kişide böbrek kanseri oluşumunun sebebi bilinmemektedir. Ancak bazı durumlar böbrek kanseri gelişim riskini arttırmaktadırlar:

- **Yaş:** Çoğu kansere 60 yaşın üzerinde rastlanmaktadır.
- **Sigara ve tütün iççiliği:** Tütünden kaynaklanan birtakım kimyasal maddeler idrara salgılanırlar ve böbrek hücrelerine zarar vererek kanser oluşumuna yol açarlar.
- **Diğer kimyasal karsinojenler:** Asbestos, kadmium ve birtakım organik çözücüler.
- **Şişmanlık:** Şişmanlarda meydana gelen hormonal bozuklukların sebep olabileceği düşünülmektedir.
- **Diyaliz:** Uzun süreli diyaliz tedavisi gören hastalar risk altındadırlar. Bunun sebebinin diyalizden ziyade altta yatan böbrek hastalığına bağlı olduğu düşünülmektedir.
- **Cinsiyet:** Böbrek kanserine kadınlarda iki kat daha sık rastlanmaktadır.
- **Genetik faktörler:** Bazı kanser tiplerinde genetik sebepler görülmektedir.

Böbrek kanserinin belirtileri nelerdir?

- **İdrarda kan saptanması:** Çoğu hastada ilk şikayet genellikle ağrının eşlik etmediği idrarda kan görülmesi durumudur.
- **Tümörün büyümesi ile başka şikayetler meydana gelebilir:** Sırt ağrısı, ateş ve terleme, kansızlık ve yorgunluk.
- **Bazı böbrek kanserleri çeşitli hormonlar salgılayarak problemlere yol açarlar:** Yüksek kan kalsiyum düzeyleri sonucunda susama, bitkinlik ve kabızlık meydana gelebilir, bazı hastalarda yüksek tansiyon oluşabilmektedir.

Böbrek kanserinin tanısı nasıl konur?

Böbrek kanserini saptamak için en sık yararlanılan görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Böbrek ultrasonografisi ağrısız ve güvenli bir yöntemdir ve kısa zamanda tanı konmasına yardımcı olur.

Böbrek kanseri tanısı konulduktan sonra hastalığın yayılımını saptamak için tüm batın bilgisayarlı tomografisi ya da MR görüntülemesi, akciğer röntgeni ve kan testleri yapılmalıdır. Bu sayede hastalığın durumu belirlenir ve en uygun tedavi seçeneği saptanır.

Böbrek kanserinde tedavi seçenekleri nelerdir?

Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, radyoterapi, arteriyel embolizasyon ve immunoterapi seçenekleri mevcuttur. Diğer kanserlerin aksine böbrek kanserlerinde kemoterapi etkin değildir ve tercih edilen bir tedavi seçeneği değildir.

- **Cerrahi**

En sık tedavi seçeneği tümör saptanan böbreğin vücut dışına çıkartılmasıdır. Kanser erken evrede ise ve yayılmamışsa cerrahi tedavi ile kür şansı mevcuttur. Hastalık vücudun başka bölgelerine yayılmışsa, etkilenen böbreğin çıkartılması yine önerilmekte ve ek tedavilerle desteklenmektedir.

- **Radyoterapi**

Hastanın genel durumu düşükün ise ve radikal cerrahi girişimi kaldıramayacağı düşünülüyorsa, tümör saptanan böbreğin radyoterapisi önerilmektedir. Radyoterapi bunun yanı sıra böbrek tümörünün vücudun başka yerlerine özellikle de beyin ve kemiklere yayıldığı durumlarda da kullanılmaktadır.

- **Arteriyel embolizasyon**

Cerrahi için uygun olmayan hastalarda kullanılabilen bir tedavi seçeneğidir. Bu yöntem ile tümör olan böbreğin kanlanması enjekte edilen bir madde yardımı ile engellenir ve böylece kanser dokusunun kansız kalması ve ölmesi sağlanır.

- **İmmunoterapi**

Bu tedavi ile vücudun bağışıklık sistemi tetiklenerek kanser hücrelerine saldırması sağlanır. Bu amaçla interferon ve interlökin isimli iki adet ilaç kullanılmaktadır.

Hastalığın seyri nasıldır?

Hastalığın seyrinin en iyi olduğu durum erken evrede, kanser henüz böbrek dokusunun içerisindeyken saptanan genel durumu iyi olan hastalardadır. Bu hastalarda cerrahi müdahale ile kür mümkündür. Ancak çoğu hastada tanı hastalık yayıldığı zaman saptanmaktadır. Bu durumda kür şansı azdır ancak tedavi ile hastalığın seyrini yavaşlatmak mümkündür. İmmunoterapi gibi ek tedavilerle hastanın yaşam süresini uzatmak mümkündür.

G) Testis Kanseri

Testis kanseri nedir?

Testis kanseri testisteki anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi sonucunda meydana gelmektedir. Tümör hücreleri vücudun çeşitli yerlerine yayılarak başka organlarda da hastalığa yol açabilmektedirler.

Testis kanseri sıklıkla 35 yaşın altındaki erkeklerde saptanmaktadır ancak yaşlı erkeklerde de rastlanan alt tipleri mevcuttur.

Testis kanserinin belirtileri nelerdir?

Testisteki tümörün belirtileri:

- Testiste ağrısız ancak rahatsızlık hissi veren bir kitlenin bulunması
- Ergenlik sonrasında bir testiste diğerine göre büyüme gelişmesi
- Memelerde büyüme (bazı testis kanseri tiplerinde rastlanmaktadır)

Kanser başka organlara yayılmışsa;

- Sırt ağrısı ve rahatsızlıkları
- İdrar yapmada güçlük
- Öksürük ve balgam
- Solunum problemleri ortaya çıkmaktadır.

Testis kanserinde tanı nasıl konulur?

Hastalığın tanısı testisin muayenesi ile kitlenin saptanması ve bu bulgunun yapılacak ultrasonografi ile onaylanması ile konulmaktadır. Yapılacak kan testleri ile hastalığa ait belirteçler saptanmaktadır. Akciğer röntgeni, batin bilgisayarlı tomografisi ya da MR görüntülemesi ile hastalığın yaygınlığı saptanmaktadır.

Testis kanserinde tedavi seçenekleri nelerdir?

Testiste kitle saptanmasının ardından yapılması gereken ilk müdahale cerrahi olarak testisin ya da testisin tümör içeren kısmının çıkartılması şeklinde olmaktadır. Çıkartılan doku parçasının patolojik incelemesi ve hastalığın evrenmesi için yapılan tetkikler sonucunda ek tedaviye gerek olup olmadığına karar verilecektir.

Ek tedavi gerektiği durumlarda hastalığın tipine göre kemoterapi ya da radyoterapi uygulanması gerekmektedir. Tüm bu tedavilerin sonrasında yapılacak kontrollerle hastalar hastalığın durumu hakkında bilgilendirilmelidirler.

Hastalığın seyri nasıldır?

Hastalığın seyri kanserin erken yakalanması, tümörün alt tipi, hastalığın yaygınlığı ve hastanın genel sağlık durumuna göre değişkenlik göstermektedir. Genel olarak erken cerrahi tedavi ve ardından uygulanacak ek tedavilerle hastalığın ortadan kalkması söz konusudur.

Yapılan tedavilerden sonra düzenli kontrole gelmek ve evde hastanın diğer testisini kendi kendine düzenli aralıklarla kontrol etmesi bu hastalarda uzun süreli takip açısından oldukça önemlidir. Unutulmaması gereken bir nokta da hastalığın tekrarlamasının en sık ilk 2 yıl içerisinde gerçekleştiği ve bu dönemde hastanın uzman ürolog tarafından önerilen takibe uyum göstermesidir.

SONUÇ - YAŞLI ERKEKLERDE CİNSEL SORUNLAR

Yaşlılık, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorun haline gelmiştir. Ortalama ömrün uzaması ve doğum oranlarında artış toplumun demografik yapısında değişiklikler oluşturmuştur. Yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisi üzerinde yoğunlukla durulurken cinsellik üzerinde de araştırmalar yoğunlaşmıştır. Bu araştırmalar epidemiyolojik araştırmalardan fizyolojik araştırmalara ve son zamanlarda biyomedikal ve klinik araştırmalara dönüşmüştür. Bu çalışmalarda yaşlı cinselliğinin psikososyal yönü üzerinde de durulmaya başlanmıştır.

Elde edilen sonuçlar çeşitli yöntem sorunlarını işaret eder. Çalışmaların çoğunda kesitsel yöntem kullanılmıştır. Bu yöntemde farklı yaş kohortlarını karakterize eden tutumlar, değerler ve davranışlarla yaşlılığın etkileri ortaya konulamaz. Uzunlamasına çalışmalar zaman içinde cinsel performansın, cinsel tutum ve davranışların nasıl değişebileceğini göstermesi bakımından daha önemlidir. Ancak bu çalışmalara katılanlar az sayıda, orta sınıfa mensup ve iyi eğitimi olan gönüllülerdir.

Yaşlı erkeklerin cinselliği ile ilgili çalışmalar cinsel birleşme sıklığına yoğunlaşmışlardır. Cinselliğin; motivasyonel, bilişsel ve duygulanım yönünü ihmal etmişlerdir. Oysa bu alanların, yaşlılıktaki cinsel deneyimlerde önemi büyüktür.

Cinsel davranış günümüzde yaşlıların yaşamlarında önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel davranış sayısı ve daha az derecede olmak üzere cinsel arzu yaşla azalır. Yaş ilerledikçe sertleşme sorunu başta olmak üzere cinsel işlev bozukluklarının sayısında artış olmaktadır. Erotik uyarılarla sertleşme yanıtı ve gece uykusunun rüya döneminde sertleşme yaşla belirgin şekilde azalır.

Yaş grupları arasında cinsel davranışta belirgin bireysel farklılıklar olabileceği unutulmamalıdır. 70'li yaşlarda bulunan bazı erkeklerde cinsel işlev düzeyleri daha gençlerde görülen oranda olabilir.

Erkek cinsel davranışında yaşa bağlı azalmalar patoloji olmadan da görülebilir. Ancak yaşa bağlı bu cinsel azalmaları sosyal, psikolojik ve yaşam stili etkilerinin sonucu olarak oluşan değişikliklerden ayırmak lazımdır.

Yaşlı erkeklerin cinsel yaşamlarını değerlendiren çalışmalarda cinsel birleşme sayısına önem verildiğinden söz etmiştik. Oysa yaşlıda cinsel yaşam sadece cinsel birleşme değildir. Yaşlı erkekler öpüşmekten, okşamaktan, okşanılmaktan, oral seksten de zevk alırlar. Cinsel doyuma ulaşırlar.

Yaşla birlikte kandaki toplam ve biyolojik olarak aktif testosteronda bir azalma olduğu bilinmektedir. Testis işlevinde yaşla birlikte yavaş yavaş azalma olur. Testosteron sadece cinsel dürtünün oluşmasında rol oynamaz, kişinin kendini iyi hissetmesinde de rolü vardır.

Yaşlıda dopamin, serotonin ve noradrenalin ve nöropeptidler de cinsel davranışın oluşmasında rol oynarlar.

Yaşla ilgili olarak penisin elle veya aletle uyarılmasında da azalma olur.

Öte yandan yaşlanma ile birlikte penisin damar, kas sisteminde ve içine kan dolarak sertleşmeyi oluşturan kavernöz cismin yapısında değişiklikler olarak sertleşmenin yoğunluğunda azalmalar olur.

Yaşlı erkeklerin duygusal yanıtlarında da bireysel farklılıklar vardır.

Bazı yaşlı erkekler, yaşla birlikte oluşacak cinsel performanstaki azalmaları olumlu başetme stratejileri ile kabul ederler. Bazıları ise cinsel sorunlara belirgin anksiyete ve benlik saygısında azalma ile yanıt verirler. Cinsel tutumlar, cinsel bilgi ve motivasyon yaşlı cinselliğinin ortaya konulmasında önemli rol oynarlar.

Yaşlı erkeklerde sertleşme sorunlarını değerlendirirken yaşlının fiziksel hastalıkları, kullandığı ilaçlar ayrıntılı bir şekilde gözden geçirilmelidir.

Yaşlıda cinsellik konusu işlenirken cinselliğin yaşlıda:

- Duygusal yakınlığı koruma,
- Fiziksel zevki yaşama ve ondan hoşlanma,
- Devam eden biyolojik gereksinimleri doyurma,
- Yaşlının kendini genç hissetmesini sağlama,
- Toplumun mitlerine ve stereotiplerine meydan okuma,
- Yeni bir cinsel kimlik oluşturabilme,
- Bedenini fark edebilme,
- Beden değişikliklerine uyum sağlayabilme,

yeteneklerine yol açabileceğini de unutmamak gerekir.



