

GOMEL'İN

JİNEKOLOJİSİ

Editörler

Prof. Dr. Erkut ATTAR

Dr. Barış ATA



NOBEL TIP KİTAPTEVLERİ

GOMEL'İN JİNEKOLOJİSİ

Editörler

Prof. Dr. Erkut Attar

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı*

Dr. Barış Ata

*Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
V.K.V. Amerikan Hastanesi Kadın Sağlığı Ünitesi
Tüp Bebek Merkezi*



NOBEL TIP KİTABEVLERİ • 2007

İSTANBUL-ÇAPA MERKEZ • ŞUBE CERRAHPAŞA • ŞUBE KADIKÖY
ANKARA • İZMİR • BURSA • ADANA • SAMSUN

© 2007 NOBEL TIP KİTABEVLERİ

GOMEL'İN JİNEKOLOJİSİ

Editörler: Prof. Dr. Erkut Attar, Dr. Banş Ata

ISBN: 978-975-420-573-2

NOBEL TIP KİTABEVLERİ LTD. ŞTİ.

Merkez:

Millet Cad. No:111 Çapa-İstanbul Tel: (0212) 632 83 33 Fax: (0212) 587 02 17

Şube:

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Karşısı Cerrahpaşa-İstanbul Tel: (0212) 586 17 58

Şube:

Kadıköy Rıhtım Cad. Derya İş Merkezi No: 7 Kadıköy-İstanbul Tel: (0216) 336 60 08 Fax: (0216) 345 58 25

Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi

Halk Sok. No: 5 Sıhhiye-Ankara

Tel: (0312) 431 16 33

Fax: (0312) 432 21 85

İzmir: Güven & Nobel Tıp Kitabevi

168. Sok. No: 10/1 Bornova-İzmir

Tel: (0232) 339 16 96

Fax: (0232) 339 17 54

İzmir: Güven & Nobel Tıp Kitabevi

SSK İş Hanı P/36 Konak-İzmir

Tel: (0232) 425 27 58

Fax: (0232) 483 57 02

Bursa: Güneş & Nobel Tıp Kitabevi

Altıparmak Cad. Burç Pasajı, Bursa

Tel/Fax: (0224) 224 60 21

Adana: Nobel Tıp Kitabevi

Adnan Kahveci Bulvarı 31/C Adana

Tel: (0322) 233 00 29

Fax: (0322) 234 99 56

Samsun: Nobel Tıp Kitabevi

Ulugazi Mah. 19 Mayıs Bulvarı 16/6 Samsun

Tel: (0362) 435 08 03

Fax: (0362) 435 04 90

www.nobeltip.com

Bu kitabın, 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince yazarın yazılı izni olmadan kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz,; fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz; resim, şekil, şema, grafik, vb. ler kopya edilemez. Her hakkı Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti'ne aittir.

Düzenleme : Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.

Hakkı ÇAKIR

Baskı / Cilt : Nobel Matbaacılık

YAZARLAR

DR. RAHİME AKARIN

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Zübeyde Hanım Doğumevi
Babür Caddesi, Altındağ
Ankara

DR. BARIŞ ATA

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
SORANUS Tüp Bebek Merkezi
Zübeyde Hanım Cad. 5/16 Çekirge Bursa
V.K.V. Amerikan Hastanesi, Kadın Sağlığı Ünitesi
Güzelbahçe Sokak No:20 Nişantaşı
İstanbul

DR. UĞUR ATEŞ

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Adnan Menderes Bulvarı, Fatih
İstanbul

PROF. DR. ERKUT ATTAR

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Reproduktif Endokrinoloji ve Infertilite Bilim Dalı
Millet Caddesi, Çapa
İstanbul

PROF. DR. ALİ AYHAN

Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı
Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü, Sıhhiye
Ankara

DR. AHMET BAŞARAN

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü, Sıhhiye
Ankara

DR. MURAT BERKKANOĞLU

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Antalya Tüp Bebek Merkezi,
Halide Edip Caddesi No: 7
Antalya

DOÇ. DR. S. CANSUN DEMİR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Perinataloji Bilim Dalı
Çukurova Üniversitesi Hastanesi, Balcalı
Adana

PROF. DR. FUAT DEMİRCİ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Düzce

DR. AYGÜL DEMİROL

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı,
Gürkan Clinic Kadın Sağlığı İnfertilite ve
Tüp Bebek Merkezi,
Çankaya Caddesi No:20/3, Çankaya
Ankara

DR. EZGİ DEMİRTAŞ

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü, Sıhhiye
Ankara

DR. KORAY ELTER

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Tophanelioğlu Caddesi No:13/15, Altunizade
İstanbul

PROF. DR. MİTHAT ERENUS

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı
Tophanelioğlu Caddesi No:13/15, Altunizade
İstanbul

DR. İBRAHİM ESİNLER

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü, Sıhhiye
Ankara

BÖLÜM 8

- PREMENSTRUAL SENDROM**337
AYGÜL DEMİROL – TİMUR GÜRGAN

BÖLÜM 9

- A. İNFERTİLİTE**341
BARIŞ ATA - ERKUT ATTAR
- B. YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ**379
KAYHAN YAKIN-BÜLENT URMAN

BÖLÜM 10

- SEKSÜEL İŞLEV BOZUKLUĞU**397
MİTHAT ERENUS – KORAY ELTER

BÖLÜM 11

- KLİMAKTERİUM VE MENOPOZ.**405
MİTHAT ERENUS – KORAY ELTER

BÖLÜM 12

- ERKEN GEBELİK KOMPLİKASYONLARI** ...411
ALPER MUMCU – BÜLENT URMAN

BÖLÜM 13

- EKTOPIK GEBELİK**417
BARIŞ ATA – ERKUT ATTAR

BÖLÜM 14

- A. ÜROJİNEKOLOJİ**425
FUAT DEMİRCİ
- B. RETROPUBİK ÜRETROPEKSİ
 OPERASYONLARI**443
FUAT DEMİRCİ
- C. TENSİON-FREE SLİNG
 OPERASYONLARI**469
FUAT DEMİRCİ
- D. UTERUS PROLAPSUSUNDA ORGAN
 KORUYUCU CERRAHİ**483
FUAT DEMİRCİ
- E. VAJİNAL KAF PROLAPSUSU**493
FUAT DEMİRCİ

BÖLÜM 15

- JİNEKOLOJİ HASTASININ KLİNİK OLARAK
 DEĞERLENDİRİLMESİ**505
AYGÜL DEMİROL – TİMUR GÜRGAN

BÖLÜM 16

- ANORMAL GENİTAL KANAMA**517
AYGÜL DEMİROL – TİMUR GÜRGAN

BÖLÜM 17

- HİRSUTİZM**523
MİTHAT ERENUS – KORAY ELTER

BÖLÜM 18

- PELVİK AĞRI**527
UĞUR ATEŞ – BARIŞ ATA

BÖLÜM 19

- PELVİK KİTLE**537
RECAİ PABUÇCU

BÖLÜM 20

- SİTOLOJİK TARAMA**547
ALİ AYHAN – AHMET BAŞARAN

BÖLÜM 21

- VULVANIN BENİGN HASTALIKLARI**559
ALİ AYHAN – AHMET BAŞARAN

BÖLÜM 22

- FERTİLİTE KONTROLÜ**573
RAMAZAN MERCAN – BÜLENT URMAN

BÖLÜM 23

- ADOLESAN JİNEKOLOJİSİ**591
*OKTAY KADAYIFCI – İBRAHİM F. ÜRÜNSAK –
 S. CANSUN DEMİR*

BÖLÜM 24

- MEME LEZYONLARI**605
İBRAHİM ESİNLER - HAKAN YARALI
- İNDEKS**611

SEKSÜEL İŞLEV BOZUKLUĞU

Dr. Mithat Erenus

Dr. Koray Elter

GİRİŞ

Kadındaki seksüel zorluklar, seksüel ilgi (istek), uyarılma ve orgazm gibi özelliklerin herhangi birini etkileyebilir. Evli çiftlerde seksüel işlev bozukluğunun herhangi bir çeşidi %50'ye ulaşan oranlarda bulunmasına rağmen bu çiftlerin çok azı bilgi almak veya tedavi için başvuruda bulunurlar. Hem toplumun hem de ilgili mesleğin duyarsızlığı insan seksüel yaşantısının fizyolojik ve patolojik yönlerine karşı artan ilgiye giderek yenilmektedir. Bu doğrultuda insanın kendini yeniden tanıması, hem kadınların hem de erkeklerin bir takım cinsel yakınmalarının üstesinden başarıyla gelmesini sağlamak-tadır.

Cinsel işlev bozukluklarının tam anlamıyla, başarılı bir şekilde ele alınması için hekimin dört ayrı durum hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Bunlardan ilki, hekimin seksüel yanıtın anatomik, fizyolojik ve psikolojik belirleyicileri hakkında bir görüş sahibi olmasıdır. İkinci, hekimin seksüel konularda açık olarak konuşabilme rahatlığını göstermesidir. Üçüncüsü konuya kişisel görüşlerini bir kenara bırakarak yaklaşması gerekliliğidir; ve sonuncusu hekimin toplumun değer yargılarını göz önüne alarak nereye kadar gidebileceğini hissedebilmesidir.

Gerekli deneyim, zaman ayırma, ilgi ve yetenek yönünden olumlu hekimler dahi seksüel sorunların tedavisinde etkili bir rol alamayabilirler. Herşeye rağmen seksüel işlev bozukluğunun nasıl ele alınması gerektiği hakkında bilgi sahibi olunması hem genel pratisyenler için hem de bir uzmanlığa sahip olanlar için oldukça gereklidir.

KADIN SEKSÜEL YANITI

Kadın seksüel fizyolojisi, patolojileri ve tedavi sonuçlarına ait bilgilerin birikmesiyle gelişme gösteren nispeten yeni bir konudur. 1950'li yıllarda, Masters ve Johnson'un çalışmalarının yanı sıra Kinsey'e ait çalışmalar da kadın seksüel yanıtının fizyolojisi konusundaki bilgilerin çoğuna temel teşkil etmektedir. Ancak, kadın orgazmının nörofizyolojisi gibi konular hakkındaki birçok bilgi erkeklere ait çalışmalardan elde edilmiş olup, geçerliliği tartışmalıdır.

Kadında cinsel yanıtın bazı yönleri ile ilgili yeni bilgiler ve görüş ayrılıkları eğitimcileri ve terapistleri ortak bir sonuca ulaşmakta zorlayan bazı sınıflamalar ve açıklamalar oluşmasına yol açmıştır. Bu bölümde kadın seksüel yanıt siklusunun fizyolojisi iki kısma ayrılmıştır; uyarılma fazı ve orgazm. Bunların öncesinde bir seksüel arzu, uyarılma fazının başlaması için gereklidir, ancak bu dönemdeki istek, fizyolojik seksüel yanıtın bir parçası olarak kabul edilmez. Ortak kullanılan bazı terimlerin açıklanması ve anlamların belirlenmesi zordur; biz bunları kullanmayacağız. Örneğin önceleri bir çok anlatımlarda değişik anlamlarda kullanılan libido terimini kullanmayacağız. Bunun yerine kadının seksüel işleme karşı olan ilgi derecesini seksüel arzu ve seksüel istek olarak belirteceğiz. Ek olarak seksüel heyecan, seksüel yanıtın, istek ve uyarılma fazı gibi birimlerinin ikisini birden kapsadığı için kullanılmayacaktır.

FİZYOLOJİ

Uyarılma olmadığı zaman vagina nispeten kurudur ve potansiyel boşluk çok katlı yassı epitel katlantılarıyla

ayrılmıştır. Kadının normal seksüel yanıtı sırasında bu boşluk açık ve iyice kayganlaşmış bir organ haline gelir. Vazokonjesyon ve lubrikasyonun olduğu kadın seksüel yanıtının bu ilk dönemi uyarılma fazı olarak adlandırılır. Bir dizi refleks ve uterusu bulanan ve introitusu çevreleyen kasların ritmik kontraksiyonları ile karakterize ikinci dönem ise orgazmdır.

UYARILMA FAZİ

Uyarılma fazının başlaması ile birlikte vaginal boşluğu çevreleyen arteriollerde vazodilatasyon olur. Bunu takiben kan akımındaki hızlı artış erkekteki penil ereksiyon dönemine karşılık gelen yerel vazokonjesyona neden olur. Kadınlardaki bu vazokonjesyon vagina epiteli yüzeyinde koitus sırasında penisin girişini kolaylaştıran kaygan bir transüda oluşmasına yol açar. Vaginanın kayganlaşması aynı zamanda Bartholin bezlerinin salgısına ve hem subepitelyal kan akımına hem de siklus ortasında servikal mukus hacmini arttıran östrojene bağlıdır. Uyarılma fazı şiddetlendikçe vazokonjesyon klitoris, bulbokavernöz kasların, labiumun ve hatta uzayan ve genişleyen vagina tarafından (gerilme) pelvisin üzerine çıkartılan uterusun dolgunlaşması şeklinde kendini gösterir. Vaginanın üst üçte bir kısmı bir balon tarzında genişler ve kanla dolması nedeniyle kalınlaşır.

Vazokonjesyona ek olarak, genel nöromusküler gerilim de uyarılma fazının gelişmesine katkıda bulunur. Uyarılma fazının gerçekleşmesinden otonom sinir sistemi sorumludur, ancak sempatik ve parasempatik sistemin birbirine göre ne kadar katkısı olduğu bilinmemektedir.

ORGAZM

Orgazm aynı zamanda kadın seksüel yanıtının zirvesi olarak adlandırılır. Bulbokavernöz, iskiokavernöz, pubokoksigeal ve vaginanın alt üçte bir kısmını çevreleyen kasları da kapsamak üzere bir grup kasın ardısıra (her 0,8 saniyede bir) kasılması ile karakterize bir refleksdir. Ek olarak orgazm sırasında bazı postmenopozal kadınlar tarafından ağrı şeklinde algılanabilen uterus kasılmaları da olabilir. Kadınlarda ejakülasyon gibi bir fenomen olmamasına rağmen, kadın seksüel yanıtının bu kısmı erkekte orgazm sırasında görülen itilme kasılmalarına benzerlik gösterir.

Orgazm oluşabilmesi için somatik sinir sisteminin normal olarak çalışması gereklidir. Zirve anında duyulan zevkin uterusu, vagina duvarında, klitoriste ve perinede bulunan proprioseptörlerle iletildiği sanılmaktadır. Orgazmik refleks arkının bu afferent veya duyuşal yönü spinal kanala pudental sinirler yoluyla (S2, 3, 4) girer ve lateral spinotalamik traktus yoluyla spinal kord boyunca beyne ulaşır. Ritmik orgazm kontraksiyonları

na yol açan uyarıları taşıyan somatik sinirler de gene pudental sinir içersinde dağılım gösterirler, ancak ilgili efferent sempatik sinirler T11-L2 arasında dağılım göstermektedir.

Orgazm kimi zaman kadın seksüel yanıtının gizemli bir parçasıdır. Hiçbir zaman orgazm olmamış kadınlar seksüel yaşantıları bakımından mutlu olabilirler. Öte yandan, başarılı bir seksüel ilişki bakımından orgazmın şart olmadığını gösterecek şekilde, orgazm olabilen kadınların bazıları seksüel zorlukları olduğunu belirtmişlerdir.

Olguların önemli bir kısmında, orgazmik refleksin "başlatıcısı" klitoral uyarıdır. Bu manipulasyon doğru dan veya dolaylı olarak dijital, oral veya penil uyarı ile sağlanabilir. Penisin itilmesi yoluyla oluşan bu sonuncu durum, klitoris çatısında bir gerilme ve/veya klitoris iki pelvik senfiz arasında sıkışması yoluyla klitoral uyarılmaya neden olur. Bazı durumlarda orgazm sadece vaginal uyarı ile başlatılabilir, ancak burada erotik fantazi gibi psikolojik bir birimin de olaya karışması söz konusudur. Orgazm birleşme ile oluşsun ya da oluşmasın, kadının vaginanın dolu olması halinde zirveyi "değişik" olarak nitelmesi belirtilmesi gerekli önemli bir noktadır.

Zirveyi başlatabilen bu değişik olaylar bir dizi orgazmik yanıtla sonuçlanabilir. Kadınların %90'ı orgazm olurken %10'u anorgazmiktir. Ancak kadınların %30 - %40'ı vaginal birleşme yoluyla orgazma ulaşabilmektedir. Ek olarak, %40'ı eşin yaptığı klitoral uyarı ile %20'si ise sadece masturbasyon yoluyla zirveye ulaşabilmektedir. Kadının geçmişindeki orgazm öyküsünü de kapsamak üzere bir dizi faktöre bağlı olmak kaydıyla bu yanıtların hepsi normal kabul edilebilir. Erkeklerdekine eşdeğer olarak kadınlarda da noktural orgazm olduğu bildirilmektedir. Bu yanıtın sorumlu mekanizma bilinmemektedir.

Erkeklerin tersine kadınlar, orgazmlar arasında refrakter döneme gereksinim duymazlar. Bazı kadınlar orgazma ulaştıktan sonra erotik hisler duymaya devam ederler ve bir veya birkaç defa daha orgazm olabilmek için uyarılmayı arzu ederler. Kısa bir dönem zarfında tekrar tekrar orgazm olabilmek başarısını gösterebilen kadınlar multi orgazmik olarak adlandırılırlar. Ancak kadınların çoğu zirveyi takiben seksüel heyecanı kaybederler ve tek bir orgazmı tatmin olurlar.

SEKSÜEL ARZU

Seksüel istek temel olarak psikolojik bir durum olup, seksüel davranışın temel belirleyicisidir. Seksüel arzu nöroendokrin bir olayın (seksüel yönelme) ve seksüel istek ve seksüel ivme gibi psikolojik birimlerin bir bütünü olarak düşünülebilir. Seksüel ivme kişinin seks yapmaya istekli olup olmadığını yansıtmaya rağmen, seksüel istek duygusal bir olaydır. Seksüel arzunun üç ayrı birime ayrılmaya devam edilmesi tedavi yönünden

en doğru yaklaşımdır. Ancak gerçekte sürekli bir azalma ve akış içerisinde bunlar birbirleriyle örtüşmektedir.

Kadın seksüel yanıtı öncesinde yer alan ve bu yanıtın başlamasını kolaylaştıran faktörlerin erkeklerdekine göre çok daha karmaşık ve değişken olduğu sanılmaktadır. Ancak her iki cinsten de arzu biyokimyasal ve psikolojik bir bütünün ürünüdür. Seksüel ilginin devamı için androjenler gerekli olmasına rağmen kadınlarda testosteron seviyelerindeki küçük oynamaların seksüel arzu ile doğrudan bir ilişkisi olduğu söylenemez.

Seksüel ilgi derecesinden bağımsız olarak insan neslinde kadınlar menstrüel siklus, yaş ve gebelik gibi bir dizi faktörün yanı sıra bazı psikolojik ve kültürel faktörlere de duyarlıdır. Kadınların çoğunda adet döneminde seksüel ilgide bir azalma olur, ancak döngünün geri kalan döneminde seksüel aktiviteyi başlatmaya istekli oldukları belirli bir zaman yoktur. İş ve eğitim sırasında görülen stres veya yaşamdaki diğer önemli değişiklikler seksüel arzusunun değişimiyle çok daha ilgili olabilir.

Gebeliğin seksüel arzuya etkisi kişiden kişiye ve trimestre göre farklılık gösterir. Olguların çoğunda gebelik trimestri arttıkça seksüel arzu azalır. Ancak bazı kadınlar ikinci trimesterde artan pelvik vazokonjesyona ve bu dönemde kendilerini daha iyi hissetmelerine bağlanabilecek bir ilgi artışından söz etmektedir. Fizik ve psikolojik yönden önemli değişiklikler olması nedeniyle lohusalıkta seksüel istek önemli ölçüde azalır.

Klimakterium, yaşlanma sürecine ait bir dönem olup, bu dönemde seksüel ilgi seviyelerinde değişiklik olması beklenir. Bazı kadınlarda arzuda bir artış hissedilmesi, diğerlerinde ise giderek veya ani bir azalma olması şeklinde değişken bir etki söz konusudur. Menapoz sırasında meydana gelen değişikliklerin, fizik ve psikolojik değişikliklerden ayırt edilmesinin çok zor olması nedeniyle yanıtaki bu çelişkinin açıklanabilmesi kolay değildir. Örneğin artan androjen/östrojen oranı, gebe kalma korkusunun ortadan kalkması, günlük sorumluluklarda daha az yorulan bir eş gibi durumların hepsinin artan seksüel ilgide payı olabilir. Diğer taraftan yıpranma hissi, dejeneratif ve nöroendokrin değişiklikler kadının seksüel olarak uyarılma sıklığını, kolaylığını ve yeteneğini azaltabilir.

Sonuç olarak, kadın seksüel yanıtında uyarılma döneminin başlamasını kolaylaştırdığı düşünülen atmosferin yapısı erkektekinden farklıdır. Karşı tarafın genital organlarını görmek veya erotik resimlere bakmak veya filmler seyretmek bir kadını erkekte olduğundan daha az uyarabilmektedir. Diğer taraftan romantik bir ortam, güven hissi, eşten ilgi görmek gibi durumlarda kadında erotik uyarı alma olasılığı çok daha yüksektir. Birlikte yaşanan eşle olan uyum da önem taşımaktadır. Hem uyumlu bir hayatı, hem de seksüel çekicilik yönünden kendine güveni olan bir kadının seksüel uyarılma olasılığı çok daha yüksektir.

KADIN SEKSÜEL FOKSİYON BOZUKLUKLARI

Kadında seksüel disfonksiyon gelişmesinde katkıda bulunan çok sayıda faktör mevcuttur. Bazılarında cinsel tatmine ulaşma yetisini etkileyen organik bir hastalık mevcuttur. Baskılayıcı sosyal veya dinsel düşünceler, geçirilmiş seksüel travma veya ensest normal seksüel fonksiyonu etkileyebilir. Depresyon, stres, kronik hastalık, ilaçlar, infertilite, gebelik veya zayıf ilişki ilave önemli faktörlerdir. Bir problem ortaya çıktıktan sonra, performans anksiyetesi, başarısızlık korkusu ve gözlemcilik (uzaktan kendi performansını izliyor olma durumu), durumu daha da şiddetlendirebilir. Son olarak, erkek seksüel fonksiyon anormallikleri de, kadın seksüel disfonksiyonu olarak bildirilen durumlarda önemli komponentler olabilirler. Bu bölümde aşağıdaki antiteler söz konusu edilecektir; vaginismus, orgazmik konular ve istek bozuklukları.

DISPARONI

Disparoni (koital ağrı) nispeten sık karşılaşılan bir semptomdur. İlişki sırasında veya hemen sonrasında oluşan ağrı, seksüel fonksiyon üzerinde önemli etkiye sahip olabilir ve sıklıkla orgazm ve cinsel istek de dahil olmak üzere kadın seksüel cevabının diğer yönlerini de etkiler. Bazı kadınlar, disparoni varlığını spontan olarak ortaya koymada isteksiz olabilirler: bu nedenle standart bir tıbbi öykü sırasında hastayı özellikle sorgulamak gerekir. Birçok durumda disparoni, ortaya konulabilir bir

Tablo 10.1. Disparoni Nedenleri

Introital
Vaginismus
İntakt ve rigid himen
Klitoral problemler
Vulvovaginit
Vulvar distrofi
Bartholin ve skene bezleri enfeksiyonu
Yetersiz lubrikasyon
Operatif skar oluşumu
Midvaginal
Üretrit, trignonit, sistit
Kısa vagina
Operatif skar oluşumu
Yetersiz lubrikasyon
Derin
Endometriozis
Pelvik enfeksiyon
Uterin retroversiyon
Ovaryan patoloji
Gastrointestinal
Ortopedik
Ektopik gebelik
Anormal penis büyüklüğü veya şekli

patolojik sürece sekonder olarak oluşurken, diğer durumlarda organik bir neden bulmak zor veya imkansızdır. Potansiyel disparoni nedenlerinin bir listesi Tablo 10.1'de verilmiştir.

İNTROİTAL DISPARONİ

İntroital disparoni hemen her zaman, vaginanın girişindeki herhangi bir yapıyı ya da bütün yapıları etkileyen organik bir sürece bağlı olarak oluşur. Klitoral problemler en çok aşırı manipülasyon veya dar giysiler sonucu oluşan travmaya bağlı olarak ortaya çıkar. Adezyonlar, enfeksiyon veya inflamasyonu kapsayan bir bozukluklar spektrumu da klitoral sorunlara neden olabilir. Bunlardan inflamasyon, genellikle deodorant spreylere, parfümlü sabunlara veya deterjanlara sekonder olarak oluşur.

Vulvovaginit fokal veya jeneralize olabilir ve en çok kandidal veya herpetik enfeksiyonlara bağlı olduğunda disparoniye sonuçlanır. Bununla birlikte Trichomonas vaginalis, Tinea cruris, Hemophilus ducreyi (şankroid), Chlamydia (lenfogranüloma venerum), herpes simpleks ve HPV enfeksiyonları ile skene ve bartholin bezlerinin enfeksiyonları da koital ağrıya neden olabilir. Disparoninin nonenfeksiyöz, inflamatuvar, vulvar nedenleri arasında: psöriasis, intertrigo, kronik vulvar follikülit ve parfümlere, sabunlara, spreylere ve muhtemelen semene ikincil olarak gelişen kimyasal veya allerjik dermatit sayılabilir.

Östrojen eksikliği bulunan kadında vaginal atrofi, özellikle seyrek koitus söz konusuysa sıklıkla disparoniye sebep olur. Vulvar distrofi (en sık olarak liken sklerozis) introital disparoniye herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir.

İntroital disparoni yetersiz lubrikasyona ikincil olarak da oluşabilir. Bu durum sıklıkla yetersiz derecede seksüel uyarılmayı yansıtır. Fakat eşlik eden hipoöstrojenizm ve bazı farmakolojik ajanlar (antihistaminler, efedrin, antikolinerjikler, fenotiyazinler, metil dopa ve trisiklik anti-depresanlar) da katkıda bulunabilir. Cerrahi girişimler nedbe oluşumuna, stenoza ve granülom oluşumuna (epizyotomi veya çok sıkı perineorafilerde oluşan granülomlar) neden olabilirler. Genital kanal veya diğer pelvik kanserler için yapılan radyasyon tedavisi (özellikler vulvar ve introital cildi içerdiğinde) disparoniye neden olabilir. Son olarak kronik travmatik ülserler veya fissürler küçük olmalarına rağmen koitus esnasında veya sonrasında oldukça semptomatik olabilirler.

MİDVAGİNAL DISPARONİ

Aşağı üriner traktusun akut veya kronik enfeksiyon veya enflamasyonu midvaginal bölgede ağrı nedeni olabilir. Midvaginal disparoni, sıklıkla yetersiz lubrikasyona bağlanabilir. Bir diğer neden testiküler feminizasyon,

Turner sendromu gibi durumlarda rastlanan konjenital kısa vaginal kanaldır. Parsiyel transvers vaginal septumlar da koital ağrıya neden olabilirler. Disparoni, vaginal kanalın kısaldığı ya da çapının daraldığı posterior kolporafiden sonra da meydana gelebilir.

DERİN DISPARONİ

Derin vaginal temasla oluşan ağrı, derin disparoni olarak adlandırılır. Hemen hemen bütün durumlarda organik patolojik bir sürece ikincil olarak oluşur. Endometriozis, overlere, uterosakral ligamanlara, douglasa ve hatta posterior fornikse yerleşme eğiliminden dolayı sık karşılaşılan bir nedendir. Lezyonlar üzerine baskı ve/veya uterosakral ligamanların gerilmesi, koitus sırasında ve bimanuel pelvik muayene esnasında ağrı uyandırır. İlave olarak, endometriyozis veya pelvik inflamatuvar hastalığa bağlı oluşan adezyonlar, overleri douglas poşuna fiks edebilirler veya uterusun fiks retroversiyonuna neden olabilirler. Derin disparoni; vaginanın kısılması, granülasyon dokusunun mevcudiyeti veya overlerin vaginal çatının hemen üzerine yapışmasından dolayı histerektominin bir sekeli de olabilir.

Derin disparoninin jinekolojik olmayan nedenleri arasında inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn hastalığı, divertiküler apse) kalça, sırt, sakroiliyak eklemlerin artrit ve büyük veya anormal şekilli penis sayılabilir.

VAGİNİSMUS

Vaginismus perine ve/veya levator grubu kasların, refleks istemsiz kasılması ile penil girişi (intromisyon) güç veya imkansız hale getirmesidir. Primer vaginismus olan kadınlar intromisyonu hiç bir zaman yaşamamışlardır ve tipik olarak fizik muayenede hiçbir fiziksel anormallik saptanmaz. Bu gibi durumlarda sosyoseksüel patoloji, genellikle altta yatan nedendir. Sekonder vaginismus olan kadınlar geçmişte başarılı şekilde intromisyonu yaşamışlardır, fakat fiziksel (yukarıda tartışılan) veya psikolojik nedenlerle belirgin ağrı olmaksızın artık intromisyonu başaramamaktadırlar.

ORGAZM İLE İLGİLİ KONULAR

Birçok kadın orgazmik fonksiyon ile ilgili konuları gerçekçi olmayan beklentilerle sunmaktadır. Herşeye rağmen orgazmik disfonksiyonu olan (en sık olarak anorgazmik) bir grup kadın mevcuttur. Bazı durumlarda daha önce orgazm olurken artık zirveye ulaşamadığı belirtilir. Anorgazminin en sık nedenleri, yetersiz stimülasyon veya öğrenmeyle ilgili olanlardır. Fiziksel nedenler nispeten nadir ise de bir tedavi programına başlamadan

önce organik patolojik bir süreci ekarte etmek gerekir.

Medulla spinalisi etkileyen nörolojik hastalıklar arasında multiple skleroz, alkolik nöropati, amiyotrofik lateral skleroz sayılabilir. Kaza veya cerrahi sonrası oluşan medulla spinalis lezyonları organik işlevleri etkileyebilir.

Travma veya nöropati sonucu oluşan periferik sinir zedelenmeleri orgazm oluşması için gerekli olan refleks arkını bozabilir. Travma radikal pelvik operasyonlara ikincil olabilir (örneğin onkolojik operasyonlar). Nöropatiler, alkolik nöropati, multipl skleroz, diyabetik nöropati ve disk hernisine ikincil olanları kapsar.

Hipotiroidizm, Addison hastalığı, Cushing hastalığı, akromegali ve hipopituitarizmin orgazm gecikmesiyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir. İstek üzerinde potansiyel etkisi olduğu bildirilen farmakolojik ajanların hepsi özellikle yüksek dozlarda kullanıldığında orgazm üzerinde etkili olabilir.

İSTEKLE İLGİLİ SORUNLAR

Seksüel ilişki isteği çiftten çifte olduğu kadar kişiden kişiye de değişebilir. Bazıları ayda bir defalık seksüel aktiviteyle mutlu olup doyuma ulaştıkları halde, bazıları hergün buna ihtiyaç duyarlar. Seksüel iştah seviyesinin yeterli olmaması hipoaktif seksüel istek olarak adlandırılır.

Hipoaktif seksüel istekle ilgili örnekler şunlardır: 1) eşiyle karşılaştırıldığında farklı derecede seksüel istek duyan kadınlar, 2) seksüel aktiviteyi başlatabilmek için seksüel düşünce ve ilgiden yoksun kadınlar.

Herhangi bir kişide bu sorunlar ya öteden beri vardır (primer) ya da önceleri seksüel istek normalken sonradan gelişmiştir (sekonder). Ek olarak hipoaktif seksüel istek sadece bazı durumlarda var olabilir (durumsal) veya her zaman sözkonusudur (global). İstekle ilgili sorunlar aynı zamanda seksüel dönüşümlere ve fobilere kadar uzanabilir.

HİPOAKTİF SEKSÜEL İSTEĞİN ETYOLOJİSİ

Daha önce bu bölümde seksüel istekleri etkileyen faktörler tartışıldı. Gerçekten de hipoaktif seksüel isteğin ikincil ve belirli durumlara ait nedenleri genellikle kişinin kendine özgü olup, sabit bir ilişkisi olan çiftler için nadiren önem taşırlar. Klinik hipoaktif seksüel istekte sıklıkla ilişkide bir eşitsizlik ve/veya paylaşılan seksüel işleminden bir haz alamamak ya da karşılıklı katkıda bulunamamak söz konusudur.

Bir kadın (veya erkek) için ilişkide başarısızlık söz konusu olduğunda sıklıkla seksüel ilgi giderek kaybolur; kin, kızgınlık, korku ve hayal kırıklığı gibi duyguların hepsi seksüel isteği etkileyebilir. Hipoaktif seksüel isteğin en sık nedenlerinden birisi seksüel aktivitede bulunan kadının

“haz” elde edememesidir. Örneğin istediği halde orgazm olamayan bir kadın seksin doyurucu olmadığını düşünebilir ve bu işleminden kendini tamamen uzaklaştırır.

Psikolojik, farmakolojik ve organik faktörler de hipoaktif seksüel isteğe neden olabilir. Seksüel travma ve ensest gibi daha önceki olumsuz deneyimler, istek üzerine yaygın bir olumsuz etki gösterebilir. Mental depresyon hipoaktif seksüel isteğin bir nedeni veya sonucu olabilir. Antikolinerjikler, antiandrojenler, alfa ve beta blokerler, narkotikler, sedatifler, antidepresanlar ve antihistaminikler seksüel istekte azlığa yol açan ilaçlardır.

Nörolojik sorunlar, endokrinopatiler, kronik hastalıklar veya algılama sorunu gibi organik faktörler seksüel istek üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilirler. Multipl skleroz, spinal kord yaralanması ve diyabetik nöropati gibi nörolojik bozukluklar hem organik hem de psikolojik düzeyde seksüel yanıtı etkileyerek hipoaktif seksüel istekle sonuçlanabilirler. Hipoadrenalizm veya panhipopituitarizm gibi androjen seviyelerinde azalmaya yol açan endokrinopatiler, seksüel ilgide azalma şeklinde ortaya çıkabilirler. Prematüre veya fizyolojik olan over yetmezliği, hem psikolojik hem de organik anlamda seksüel isteği inhibe edebilir. Ayrıca hipoaktif seksüel istekle premenstrual sendrom arasında bağlantı olduğu gösteren bulgular da giderek artış görülmektedir. Malignite, renal veya hepatik olmak üzere herhangi bir kronik hastalık, kişinin dikkatini seksüel ilginin dışında yoğunlaştırmasına neden olur. Cerrahi (örneğin mastektomi veya baş boyun maligniteleri) yanıklar veya kaza travması sonrası şekil bozuklukları, kişinin kendine olan güvenini önemli ölçüde sarsabilir ve seksüel ilgisi üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Genel olarak daha görünür lezyonlar daha belirgin etkiler gösterir.

TANI VE TEDAVİ

GENEL DÜŞÜNCELER

Hasta ve hekim ilişkisi içerisinde kadın seksüel işlevi ile ilgili bir sorun her an ortaya çıkabilir. Kadın, seksüel sorunları hakkında yardım sağlayabilmek için kendiliğinden bir randevu ile doktora geldiğinde vizit anında pelvik muayene yapılırken bir soru yöneltebilir. Seksüel işlevlerin araştırılması rutin genel tıbbi öykünün bir parçası haline geldiğinde seksüel sorunlar daha iyi ortaya konulabilir.

Bazı konulara kolay, çabuk çözüm bulunabilmesine rağmen, bazı durumlarda uygun zaman ayırabilmek bakımından bir başka güne randevu verilmesi gerekli olabilir. Bu erteleme hem duyarlılık göstererek hem de desteklemek yoluyla yapılmalıdır, böylece hasta geri çevrilmiş duygusuna kapılmamış olur.

Seksüel işlev ile ilgili karmaşık sorunlar kesintisiz bir şekilde sessiz ve rahat bir ortamda ele alınmalıdır. Kalabalık bir klinikte veya acil bölümünde küçük bir odada

yapılan muayene uygun olmayan ve potansiyel olarak üretken kabul edilemeyecek yer için örnek teşkil eder.

Öykü alınırken klasik tıbbi yöntem izlenir. Öncelikle bazı alakalı sorular sorularak seksüel ilgi açığa çıkarılır. Örneğin hasta "iyi bir seks yaşıyorum yok" diyebilir. Daha sonra muayene eden kişi "iyi seks" kavramının ne olduğunu ortaya koymak için sorular sormalıdır. Sorularla sorunun seksüel yanıtı mı (kadının orgazmik olup olmadığı, orgazmın ne olduğunu bilip bilmediği, hangi koşullarda orgazmın mümkün olduğu); seksüel aktivitenin sıklığından, eşinin tekniğinden, yetersizliğinden veya beklentilerinden mi kaynaklandığı araştırılmalıdır. Uygun şekilde yöneltilen bu sorular kadına, seks hakkında konuşmanın bir tabu olmadığını ve doktorunun seksüel konuları medikal sorunlar kadar ciddi bir biçimde ele almaya istekli olduğunu gösterir.

Bundan sonraki aşama sorunu sınıflamaktır. Durum başından beri mi vardır (primer) veya normal bir seksüel dönemin ardından mı gelişmiştir (sekonder)? Ek olarak sorunun bazı durumlarda (durumsal) veya sürekli (global) oluşup oluşmadığının saptanması gereklidir.

Bu noktada doktor bir ön tanı oluşturabilir. İntroital dispareni gibi organik sorunlar global olma eğilimi gösterirler ve primer veya sekonder olabilirler. Bu tür durumlarda fizik muayene nedeni ortaya koyabilir. Genital organların anatomisinin ve kadındaki seksüel yanıtın fizyolojisinin bilinmesi seksüel sorunların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi için gereklidir. İstekle ilgili sorunlar veya anorgazmi gibi durumlarda aile hekimi, psikolog, psikiyatrist veya bir seks terapistinin yardımına başvurulabilir.

TEDAVİ PRENSİPLERİ ve TEKNİKLER

Seks terapistleri kadın seksüel yanıtını düzenlemek için değişik teknikler kullanabilirler. Bu tekniklerden bazıları burada genel olarak tartışılmıştır. Diğerleri ise tavsiye edilen yazılarda bulunabilir.

YETERLİLİK ANKSİYETESİNİN AZALMASI

Bu durumlarda tedavi, normal kadın seksüel yanıtının geniş spektrumunun belirtilmesiyle danışmanlık şeklinde başlar. Seksüel aktivite sırasında kopukluğa neden olan önemli bir alışkanlık, hastanın kendini izlemesi, ve elde edilen beklentilerin karşılaştırılmasıdır. Örneğin kadına orgazmı, "zirveye ulaşmaya çalışıldığı" sıklıkla inhibe olan bir refleks olarak düşünmesi gerektiği öğretilir. Sonuç olarak erotik fantaziler üzerinde kendi duyguları yoğunlaşarak veya kendi vücudu üzerinde "kendini olayın akışına bırakması" konusunda desteklenir.

Eşi de aynı zamanda kadını orgazma 'ulaştırmak' konusunda bir izlemci olma durumundan ve bu konu üzerinde yoğunlaşmaktan kaçınmak konusunda bilgilendirilmelidir. Eşin yeterlilik konusundaki anksiyitesi, erkeğin başarısını göstermek amacıyla orgazma ulaşmaya çalışacak şekilde kadına yansır. Eşlere diğer eşin sonuca ulaşması için uyum oluşturacak şekilde kendi aldıkları zevkle meşgul olmaları tavsiye edilmelidir.

KENDİNİ TANIMAK İÇİN İZİN VERİLMESİ

Birçok kimse mastürbasyon yapılmasının uygun olmadığını, ahlak dışı ve itici olduğunu düşünmektedir. Oysaki kendi kendini tanımaya çalışmak oligo (sık olmayan) veya anorgazmik kadınlar için zirvesini öğrenmek için en iyi yol olabilir. Bu nedenle kadının mastürbasyon yoluyla öğrenme konusundaki tavrını tam olarak araştırmak gerekir. Olumlu birleşmeler arasındaki görüşmeler, kadının 'yanlış yaptığı' konusundaki sabit duyguların üstesinden gelmesini sağlayan, 'serbest davranma' ile ilgili değerli kaynaklardır. Literatürün, diagramların, fotoğrafların ve/veya aynaların kullanımı kendi anatomilerine karşı olan ilgisizliğin üstesinden gelmesinde yardımcı olur. Ek olarak bu tür bir eğitimsel süreç kendini araştırmak düşüncesini başlatmak için kullanılabilir.

DUYGUNUN YOĞUNLAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Duygunun yoğunlaştırılması ile ilgili egzersizler veya 'haz almak' çiftlerin seksüel sonuç elde etme baskısından kurtularak dokunma duyusunun verdiği hazzı tadabilmelerini, öğrenmelerini sağlar. Bu tür bir yaklaşım başarabilme anksiyetesinin azaltılmasını kolaylaştırır ve vaginismus, global hipoaktif seksüel istek ve oligoorgazmi tedavisinin etkili bir biçimi olabilir. Çiftlere başlangıçta herhangi bir göğüs veya genital temas olmaksızın birbirlerini soymaları ve tanınmaları öğütlenir. Terapist verilen yanıtları ve reaksiyonları inceleyerek ve önerilerde bulunarak her beraberliği değerlendirir. Giderek ereksiyon ve lubrikasyonun sağlayacağı hazlardan ve cinsel birleşme ve orgazmdan hala kaçınmak suretiyle göğüs veya genital temasa izin verilir. Daha sonra sınırlamalar koitus olmadan orgazm olunması şeklinde ve sonunda cinsel birleşme oluşacak şekilde azaltılır.

Bu çalışmalar haz alacak şekilde yapılmamalıdır. Çiftlerin haz almasını istemek dahi bazı olgularda yeterlilik anksiyetesine neden olmaktadır. Bunun yerine her birey kendilerinin, partnerlerinin veya terapistin beklentilerini karşılama baskısı olmaksızın kendilerini pozitif fiziksel ve duygusal hisleri tanıma lüksüne konsantre olmaya yöneltmelidirler.

DISPARONI

Disparoni varlığında, araştırmanın temeli ağrının yerinin belirlenmesine (introitus, mid-vaginal veya derin), olayı arttıran veya azaltan durumların saptanmasına ve dikkatli ve ayrıntılı bir fizik muayene yapılmasına dayanır.

Fizik muayene sırasında hastanın duyduğu ağrıyı oluşturmaya çalışmak gerekir. Bu tür bir muayenenin odağı başlangıçta, öyküden elde edilen ipuçlarıyla belirlenir. Vagina ortasında veya introitusta yüzeysel ağrı duyulması halinde kolposkopi gibi büyütücü bir alet, ülserler, fissürler, inflamasyona uğramış foliküller ve diğer dermatolojik durumlar gibi küçük veya gizli kalmış lezyonların belirlenmesinde yardımcı olabilir. Derin disparoni olan hastaların değerlendirilmesinde dikkatli bir spekulum muayenesi, Douglas boşluğunun araştırılması için vaginal ve rektovaginal bir muayene ve sıklıkla pelvisin laparoskopi ile doğrudan görülmesi gerekir.

Eğer anatomik ve patolojik herhangi bir etkenle karışılırsa tedavi nedene yönelik olmalıdır. Birçok olguda bu tedavinin nasıl yapılması gerektiği bu kitabın çeşitli yerlerinde anlatılmıştır. Bazı intraoital disparoni hastalarında olduğu gibi anatomik bir anomali veya patolojik bir süreç bulunmadığı takdirde vaginismustan süphelenilmelidir.

VAGİNİSMUS

Vaginismusu olan kadınların spekulum ve normal muayenesi sırasında sıklıkla semptom vermemeleri oldukça ilginç bir durumdur. Bu kadınlar sadece penis girişine karşı kas spazmı geliştirmektedirler. Sonuç olarak pelvik muayene negatif olduğunda vaginismus tanısı öyküye dayanılarak yapılır.

Duyunun yönlendirilmesiyle ilgili deneyimler bazı hastaların tedavisinde işe yarayabilmesine rağmen, vaginal protezlerle yapılan tedavi vaginismusun temel tedavisidir. Kadına vaginaya sokulmak üzere boyutları giderek artan bir dizi alet verilir. Bu protezler (sıklıkla dilatörle karıştır) piyasadan alınabilir veya değişen boyutlarda enjektör gibi kolaylıkla sağlanan malzemelerden elde edilebilir. Bazı terapistler önce bir sonra iki ve giderek artan şekilde parmak sokulmasını tavsiye etmektedirler. Buradaki düşünce birleşmeyle birlikte perine ve paravaginal kasların refleks olarak kasılmasını ortadan kaldırmaktır. Hasta bu deneyimi vaginayı genişleten bir olay olarak değil vaginaya girişe izin veren bir çalışma olarak kabul etmelidir. Bazen sonucun en yüksek olabilmesi için hasta her defasında 15-20 dk süren ve günde iki defa yapılması gereken tedavi seansları için hem zaman ayırmalı hem de yalnız kalabilmelidir.

Hasta dizleri yukarıya çekilmiş şekilde sırt üstü uzanır. En küçük boyuttaki kolaylıkla sokulabilen protez yerleştirilir ve vagina bunun varlığına alışmaya kadar yerin-

de bırakılır. Hasta protezin tekrar tekrar sokulup yerinde kalmasından rahatsız olmayacak duruma geldiğinde bir sonraki proteze geçilir. Ereksiyon halindeki bir penisin boyutlarındaki aletin rahatlıkla tatbik edildiği hale geldikten sonra araçların veya parmakların sokulmasında aktif bir rol alacak şekilde eşini de olaya dahil edebilir. Cinsel birleşmeye sadece eşin araçları rahatlık ve kolaylıkla sokabildiği duruma geldikten sonra başlanmalıdır.

Bu tür hastalarda başarı şansını arttırmak için, başarıyı belirli zamana göre ayarlayarak baskı oluşturmaktan kaçınılmalıdır. Ek olarak hasta, bakımını üstlenen kişi(ler) ile serbestçe iletişim kurabilmesi konusunda destek görebilmelidir. Bu tür bir tedaviden sonuç alınmıyorsa veya ilerleme sağlanamıyorsa hastaya bakan kişinin verilen talimatları hastayla birlikte gözden geçirmesi gerekir. Durumun aynı şekilde devam etmesi halinde psikoterapi gerekebilir. Duyunun yönlendirilmesi ile ilgili deneyimler, vaginal penetrasyon gibi bir fobisi olanlar için faydalı olabilir.

ORGAZMİK SORUNLAR

Daha önce anlatıldığı gibi kadında normal orgazmik işlev oldukça değişiklik gösterir. Sadece vaginal orgazm çok nadirdir. Birçok kadın zirveye ulaşmak için oral ve veya doğrudan elle klitoral uyarılmaya gerek duyar ve multipl orgazmlar mümkünse de popülasyonun çoğunda bu sözkonusu değildir. Şanssızlık eseri kadınlar, kitaplar, yayınlar, filmler, arkadaşlar ve istekte bulunan seksüel eşler tarafından zorla kabul edilen yeterlilikle ilgili beklentilerin yükü altında kalmışlardır. Gerçekçi ve gerekli olmayan sonuçlar bir kenara bırakılarak, kendine olan güvenin yükseltilmesi ile ilgili bir uygulama olarak kabul edilen normal dağılımın gösterilmesi orgazmik sorunların tedavisinin büyük bir kısmını oluşturur.

Oligo veya anorgazmi tanısını kesinleştirmek için hekim 'orgazm olmadığınızı söylediğiniz zaman bunun yerine ne tür bir duygu hissettiğinizi açıklayabilir misiniz?' veya 'orgazm olduğunuzda bunu eşinizle mi yoksa yalnız başınıza mı sağlıyorsunuz?' şeklinde sorular sormalıdır. Görüşmede bir diğer önemli fayda hastanın neden tedavi için başvurduğunu saptamaktır. Hasta kendisi için mi yardım istemektedir, yoksa orgazm sayısı, mekanizması veya kalitesi ile ilgili diğerlerinin beklentilerine mi yanıt aramaktadır.

Oligo veya anorgazmisi olan kadınların muayenesi esnasında anlatılan patolojik olayları bertaraf etmek önemli bir noktadır. Vulvanın, klitoris, dokunma duyusunun, ayrıca bulbokavernöz kasın iç ve dış anal sfinkterin tonusunun gözden geçirilmesi, periferik nöropati veya herhangi bir medulla spinalis lezyonunun bertaraf edilmesine yardımcı olur. Batıcı ve künt cisimleri ayırt etme, bulbokavernöz kasları kasabilme yeteneğinin kaybı anorgazmi nedeninin bir nöropati olduğu-

nu düşündürür. Bu hastalarda nöropati nedenini saptamak için tam bir tıbbi araştırma gereklidir.

Tedavi, klinisyenin en önemli rolü oynadığı, ilk muayene ile başlar. Birçok durumda, dikkatli ve ilgili bir muayene sadece organik patolojik bir olayın varlığını bertaraf etmekle kalmaz, aynı zamanda normal organik işlevleri yanlış algılayan kişilere gerekli eğitimi sağlama yoluyla tedavi edici özellik de taşır.

Anorgazmik kadınların çoğunda aşağıdaki komponentlerden bir veya birkaçı bulunur; (a) Orgazmın mekanizması ve orgazm duyuları hakkında yetersiz bilgi sahibi olmak, (b) Kendi kendini uyarma ile ilgili deneyimlerden yoksun olmak, (c) Uyarılma fazı sırasında 'devam etme' ve bunun sonucunda orgazmın oluşmasında yetersizlik. Sonuç olarak oligo- veya anorgazmi için tedavi prensipleri: a) anatomisi, fizyolojisi ve orgazmı ilgili beklenen doyumlar konusunda hastanın eğitilmesi, b) erotik fantazilerle masturbasyon yapılması; ve c) yeterlilik anksiyetesinin azaltılmasıdır. Anorgazmik kadınlarda duyunun yönetilmesi ile ilgili çalışmalar ek bir başlangıç aşaması olabilir.

İSTEK SORUNLARI (HIPOAKTİF SEKSÜEL İSTEK)

Hipoaktif seksüel isteği bulunan çiftlerin tedavisi genelde güç ve zaman alıcıdır. Bir psikoloğa, psikiyatriste ya da seks terapistine göndermek düşünülebilir ve bir aile hekimi için böyle bir davranış sıklıkla gerekir. Bu terapistlerin değişik ve aynı zamanda çeşitli tıbbi tedavi yöntemlerini ve malzemelerini bulundurmaları gerekir. Sonuç olarak bu bölümde sadece tedavi prensipleri gözden geçirilecektir. Hipoaktif seksüel isteğin tedavisi yönelme, istek ve harekete geçirilme gibi birikimlerin dikkate alınarak sorunun temelinde yatan faktörlerin saptanmasıyla başlar. Birçok durumda bir işlemin kendisi, hasta için tedavi edici olduğu kadar aynı zamanda aydınlatıcıdır. Sorunları temel olarak seksüel isteğe bağlı olanlar ilgisizliğin sadece bir semptom olarak ortaya çıktığı ilişki zorluğu olanlardan ayırt edilmeye çalışılmalıdır.

Primer hipoaktif seksüel istek, özellikle de global şekli, sıklıkla var olan psiko-seksüel patoloji nedeniyle güç tedavi edilir. Sonuç olarak bu hastalar orgazmik sorunlar bertaraf edildikten sonra gerekli psikoloji veya psikiyatrik bir danışmana gönderilir.

Sekonder hipoaktif seksüel istek olgularında sorunun durumsal mı yoksa global mi olduğunu belirlemek önemlidir. Birçok olguda soru eşe özgü durumsal hipoaktif seksüel istek düşündürür. Bu olgularda evlilikle ilgili ilişkilerin gözden geçirilmesi uygun yaklaşımdır. Eğer sekonder hipoaktif seksüel istek etiyolojisi kesinleşmemişse seksüel ilgiyi etkileyebilecek organik ne-

denlerin bertaraf edilmesi önem taşımaktadır. Depresyon, ilaç alışkanlığı ve kronik hastalıklar gibi tedavi edilebilen faktörler olabildiğince kısa zamanda ortaya konmalıdır. İlaç kullanımı keyfi ya da tıbben endike olabilir. Eğer mümkünse gereksiz ilaç tedavisi durdurulmalıdır ve eğer potansiyel olarak yararı varsa gerekli tedavi modifiye edilebilir veya değiştirilebilir.

Kadınlarda seksüel isteğin düşük miktarlarda testosteron (metiltestosteron 5mg/g) verilerek artırıldığına dair bazı bulgular vardır. Bu tür bir yaklaşım daha önce adı geçen sorular en azından değerlendirilene kadar söz konusu edilmemelidir. Bu tür hastalarda temel ve sürekli (karaciğer fonksiyonları) olarak değerlendirme gereklidir.

SONUÇLAR

Bu bölümde kadın seksüel yanıtı fizyolojisi, sadece genel olarak gözden geçirilmiştir. Kadın seksüel işlevine ait sorunlar ve tanı ve tedavi programları anlatılmış, temel bilgisi bulunan bir pratisyene seksüel işlev bozukluğunun ne olduğunu anlaması, uygun ve etkili tedavi verilebilmesi için gerekli bilginin saptanmasını amaçlanmıştır. Erkek seksüel işlev bozukluğuna burada değinilmemiştir. Ancak okuma tavsiyesinde bu boşluk kapatılmıştır. Aşağıda sırasıyla verilen okuma tavsiyesinde nispeten yeni olan bu alanda okuyucunun da bilgi edinmesi sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Rosenthal MB. Psychological aspects of Obstetrics & Gynecology. In: DeCherney A, Pernoll ML (ed). Current Obstetrics & Gynecology Diagnosis & Treatment, Appleton & Lange, 8. baskı, 1994, s1087 - 1106.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. de Bruijn G: From masturbation to orgasm with a partner: How some women bridge the gap-And why others don't. J Sex Marital Ther 8(2):151, 1982.
4. Leiblum SR: Taking a sexual history: Assessing disease risk and managing sexual concerns. The Female Patient April (Suppl):20, 1994.
5. Whipple B, Ogden G, Komisaruk B: Physiological correlates of imagery-induced orgasm in women. Arch Sex Behav 21(2):121, 1992.
6. Gallager W: The etiology of orgasm. Discover 3:51, 1982.
7. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC: Heterosexuality, p 327. New York, Harper-Collins, 1994.
8. Westerlund E: Women's Sexuality After Childhood Incest. New York, WW Norton, 1992.
9. Leiblum SR, Rosen RC (eds): Principles and Practice of Sex Therapy: Update for the 1990s. New York, Guilford Press, 1989.
10. Hurlbert D, Apt C: Female sexuality: A comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships. J Sex Marital Ther 19(4):315, 1993.