



**T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA
CİNSEL FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVİL BATIR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

İSTANBUL

2018



**T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA
CİNSEL FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVİL BATIR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

İSTANBUL

2018

ONAY SAYFASI

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Sevil BATIR tarafından hazırlanan “Menopozol Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09.08.2018

Jüri Üyesi;
(Danışman) Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ Biruni
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü



Jüri Üyesi; Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR Biruni
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü



Jüri Üyesi; Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ Marmara
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü



Tez hakkında alınan jüri kararı, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.



Doç. Dr. Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, elde edilen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, bu kaynakların tümünü kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sevil BATIR



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tamamlanmasında gösterdiği ilgi, anlayış ve bilimsel desteği için cesaret ve inanç kaynağım olan değerli danışmanım Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'ye, tecrübe ve bilimsel bilgi birikimi ile kariyerime katkıları için Prof. Dr. Bülent Tıraş'a, tüm çalışma arkadaşlarıma, beni motive eden tüm dostlarıma, varlıkları ile bana daima güç veren canım aileme, zor ve sıkıntılı süreçlerde beni cesaretlendiren, desteğini esirgemeyen sevgili Tayfur Yüksel'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Kadın Hayatının Evreleri	8
2.1.1. Yeni doğan ve çocukluk dönemi	8
2.1.2. Adolesan dönemi	10
2.1.3. Cinsel olgunluk dönemi.....	12
2.1.4. Klimakterium dönemi.....	13
2.1.5. Senium (Yaşlılık) dönemi.....	13
2.2. Menopoz.....	14
2.3. Menopozun Tarihçesi.....	14
2.4. Menopozun Sınıflandırılması.....	17
2.4.1. Başlangıç yaşına göre menopoz.....	17
2.4.2. Oluş biçimine göre menopoz	18
2.5. Menopozal Dönemler.....	18
2.6. Menopoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler.....	19
2.7. Menopoz Fizyopatolojisi.....	20
2.8. Menopozal Değişiklikler	24

2.8.1. Üreme sistemi değişiklikleri	24
2.8.2. Üriner sistem değişiklikleri	25
2.8.3. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri	26
2.8.4. Kas iskelet sistemi değişiklikleri	26
2.8.5. Gastrointestinal sistem değişiklikleri.....	28
2.8.6. Saç ve deri değişiklikleri	28
2.8.7. Vazo-motor değişiklikler	28
2.8.8. Psiko-sosyal ve bilişsel değişiklikler	29
2.8.9. Metabolik değişiklikler	29
2.9. Menopozal Dönemde Hemşirenin Rolü.....	29
2.9.1. Uygun beslenmenin sürdürülmesi	30
2.9.2. Yeterli uyku ve dinlenme.....	31
2.9.3. Uygun fiziksel aktivite.....	31
2.9.4. Dengeli seksüel yaşam.....	31
2.9.5. Vazomotor değişikliklerle baş etme	34
2.9.6. Gebelikten korunma.....	35
2.9.7. Stresle başa çıkma.....	36
2.9.8. Deri değişiklikleri ile başa çıkma ve estetik	37
2.9.9. Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi	37
2.9.10. Sosyal destek	38
2.9.11. HRT danışmanlığı.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
6.1. Sonuçlar	88
6.2. Öneriler	90

7. KAYNAKÇA.....	91
8. EKLER.....	110
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ (EK 1).....	110
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU (SÖF) (EK 2).....	112
KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI) (EK 3).....	115
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ) (EK 4).....	117
KURUM ÇALIŞMA İZNİ (EK 5).....	119
ETİK KURUL KARARI (EK 6)	120
ÇALIŞMANIN SÜRDÜRÜLME ONAYI (EK 7)	121
9. ÖZGEÇMİŞ	122
10. İNTİHAL RAPORU	126

SİMGİ VE KISALTMA LİSTESİ

A: Androstenedion

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

AMH: Anti Müllerian Hormon

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BMI: Body Mass Index

CFB: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DHEA: Dihidroepiandrosteron

DHEA-S: Dihidroepiandrosteron – Sülfat

DM: Diabetes Mellitus

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E1: Estron

E2: Estradiol

FSFI: Female Sexual Function Index

FSH: Folikül Stimulan Hormon

GH: Growth Hormon

GnRH: Gonadotropin Releasing Hormon

HDL: High Density Lipoprotein

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HPV: Human Papilloma Virus

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

HT: Hipertansiyon

ICD: International Classification of Diseases

IGF-1: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü – 1

İ.T.F.: İstanbul Tıp Fakültesi

İ.Ü.: İstanbul Üniversitesi

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: Low Density Lipoprotein

M. Ö.: Milattan Önce

NAMS: The North American Menopause Society

PMG: Primordial Germ Hücreleri

RİA: Rahim İçi Araç

SÖF: Sosyo-Demografik Özellikler Formu

SD: Standart Deviation

SHBG: Sex Hormon Binding Globulin

SPSS: Statistical Progame for Social Sciences

STRAW: Stages of Reproductive Aging Workshop

T: Testosteron

TK: Total Kolesterol

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo İsmi	Sayfa No
Tablo 1	Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	44
Tablo 2	Kadınların Jineko-obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 3	Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4	Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo 5	Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 6	Menopozal Dönemde Eşle İletişime İlişkin Özelliklerin Dağılımı	49
Tablo 7	FSFI Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları, Standart Sapma ve Median Değerleri	50
Tablo 8	Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 9	Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 10	Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 11	Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özellikleri ve FSF Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 12	Kadınların Menopozal Dönemde Eşle İletişime İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 13	Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 14	Kadınların ve Eşlerinin Sağlığa İlişkin Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 15	Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 16	Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	65

Tablo 17	Kadınların Menopozal Dönemde Eşle İletişimine İlişkin Özellikleri ile FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 18	BDÖ Toplam Puan Ortalaması, Standart Sapma ve Median Değeri	73
Tablo 19	Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 20	Kadınların ve Eşlerinin Sağlığa İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 21	Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 22	Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	78
Tablo 23	Kadınların Menopozal Dönemde Eşle İletişime İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 24	BDÖ Subgrup Analizinde İstatistiksel Olarak Anlamlı Bulunan Değişkenler	80
Tablo 25	FSFI Toplam ve Altboyut Puanları ile BDÖ Subgrup Karşılaştırması	83

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şekil İsmi	Sayfa No
Şekil 1	The STRAW+10 – Staging System for Reproductive Aging in Women–Reprodüktif Yaşlanma Evreleme Sistemi	19



Batır, S, (2018), ‘Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi’, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ÖZET

Araştırma menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyonunun değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Araştırma kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Nisan 2009 – Şubat 2010 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Menopoz Polikliniği’ne başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden menopozal dönemdeki cinsel yönden aktif kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 106 kadın kabul edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Özellikler Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index - FSFI) ve Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory - BDÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %81,1’inde (n=86) CFB (Cinsel Fonksiyon Bozukluğu) belirlenmiştir. Cinsel fonksiyonun yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik şekli, üreme sistemi ile ilgili cerrahi operasyonlar, menopoz süresi, cinsel ilişki sıklığı, cinsel yaşamdan memnuniyet, eşle cinsellik konusunda iletişim, cinsel ilişkiyi başlatma, eşinde ve kendisinde cinsel sorun varlığı, eşin yaşı ve eğitim düzeyinden etkilendiği saptanmıştır. Cinsel fonksiyon ile depresif semptom düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Depresif semptom düzeyi arttıkça FSFI toplam ve tüm altboyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı ve cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler (Keywords): Menopoz, Cinsel Fonksiyon, Depresif Semptomlar, Menopoz ve Hemşirelik

Danışman: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Batır, S, (2018), ‘Evaluation of Sexual Function in Menopausal Women’, Biruni University, Institute of Health Science, Department of Women’s Health and Diseases Nursery, Master Thesis, İstanbul.

ABSTRACT

The purpose of this research is to evaluate the sexual function in menopausal women. This research is a cross-sectional and descriptive study. The study has performed on the sexual active menopausal women who had accepted to participate to the study applied to İstanbul University İstanbul Medical Faculty Menopause Clinic between April 2009–February 2010. 106 women has accepted to the study. Socio-Demographical Characteristics Form that is prepared by the researcher and Female Sexual Function Index and Beck Depression Inventory used for data collection. Sexual dysfunction was determined in 81,1% (n=86) of the women participating in the study. It has been identified sexual function is effected by women's age, education level, working status, marriage type, reproductive system related surgical operations, menopause duration, frequency of sexual intercourse, satisfaction with sexual life, communication with partner about sexual life, sexual problems of women's and their spouses, and age, education level and working status of the spouses. There was a statistically significant relationship between sexual function and depressive symptom level. As the level of depressive symptoms increased, total and all sub-dimension scores of FSFI decreased statistically significant and sexual function was adversely affected.

Keywords: Menopause, Sexual Function, Depressif Symptoms, Menopause and Nursing

Advisor: PhD. Nezihe Kızılkaya Beji, Biruni University, Institute of Health Science, Department of Women’s Health and Diseases Nursery

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopoza, “Ovaryum” fonksiyonlarının yitirilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması” olarak tanımlamaktadır. Klimakterik dönem içerisinde bir nokta olan menopoza, üzerinden bir yıl geçtikten sonra tanımlanabilen en son adet kanamasının özel ismidir. Üreme fonksiyonunun sona ermesi ile yaşlılığa geçiş arasındaki dönem olan menopoza, kadın yaşamındaki en önemli noktalardan birisidir (Özcan ve Oskay, 2013; Reid et al., 2014; Wadyka, 2015; Thomas ve Kamath, 2017).

Overyan yaşlanma ve foliküllerin atreziye uğraması nedeniyle overlerin fonksiyonel özelliklerini kaybetmesi, seks steroid hormonları olan estrogen, progesteron ve testosteron düzeyinde azalmaya neden olmakta, böylece menopozal dönem başlamaktadır. Seks steroid hormonlarının azalması, kadında anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana getirmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile menopozal dönemde yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz yönde etkileyen değişiklikler olduğundan, kadın hayatındaki yeri ve önemi de artmaktadır (Armand et al., 2017; Kumar ve Mrinal; 2017; Rindner et al., 2017; Willison et al., 2017).

Menopozun, CFB için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Berra et al., 2008; Goldstein, 2008; Ornat et al., 2013; Thorntorn et al., 2015).

Cinsellik, menopozal dönemdeki kadının hayatında oldukça önemli yeri olan, kadının genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen, biyolojik, psikolojik, bireysel ve bireylerarası pek çok faktörden etkilenen ve nörolojik, vasküler, endokrin sistemlerle ilişkili olan karmaşık bir süreçtir (Ege ve ark., 2010; Thorntorn et al., 2015; Akarsu ve Beji; 2016).

ICD ve DSM tanı sistemlerinde kadın CFB; organik bir nedene bağlı olmayan cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel ağrı gibi problemlerin tamamını bir arada bulunduran psikoseksüel hastalıklar topluluğu olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2014; Akbulut ve ark., 2015)

DSM-V'de kadın cinsel fonksiyon bozuklukları; kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu ve genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu olmak üzere 3 başlık altında değerlendirilmiştir (Akarsu ve Beji, 2016).

Ülkemizde CFB prevalansının 31-45 yaş arası kadınlarda %53,1, 46-55 yaş arası kadınlarda %67,9 olduğu bildirilmiştir (Öksüz ve Malhan, 2006).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 40-49 yaş grubunda %50,2, 50-59 yaş grubunda %71,3, 60-64 yaş grubunda %82,9, 65 ve üzeri yaş grubunda ise %87,8 oranında CFB'na rastlanmıştır (Akarsu ve Beji, 2016).

Gözüyeşil ve ark. (2017), menopozal dönemdeki kadınların %82'sinde CFB olduğunu saptamıştır.

Ülkemizde kadınlarda en çok rastlanan cinsel fonksiyon problemleri sırasıyla; cinsel istekte azalma, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin sorunları ve ağrıdır (Aslan ve ark., 2008).

Merghati-Khoei et al. (2014), 40-65 yaş arası menopozal dönemdeki İran'lı kadınların %94,5'inde cinsel istekte azalma olduğunu göstermiştir.

Menopozal dönemde başta estrogen olmak üzere progesteron ve testosteron düzeyindeki azalmaya bağlı olarak vulvovaginal atrofi, deri ve mukoza lezyonları, vaginitis, enfeksiyon, inkontinans gibi üriner sistem sorunları, vaginal kuruluk, elastikiyette azalma, vaginal duvarda incelmeye ve rugae kaybı, depresif mod v.b. değişiklikler meydana gelmekte, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı gibi cinsel fonksiyon boyutlarında bozulma eğilimi artmaktadır (Gleser, 2015; Jokar et al., 2016; Santoro, 2016; Assaf et al., 2017; Smith et al., 2017; Willison et al., 2017; Duncan, 2018; Moral et al., 2018).

Menopoza bağlı görülen genitoüriner semptomlar, estrogen ve diğer seks steroidlerinin yetersizliği nedeniyle; labia majör ve minörler, klitoris, vestibulum, vagina, üretra ve mesanede meydana gelen değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular olarak tanımlanmaktadır. Sendromun genital semptomları; kuruluk, yanma ve iritasyon, seksüel semptomları; yetersiz lubrikasyon, rahatsızlık veya ağrı, üriner semptomları ise, urge inkontinans, dizüri ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarıdır (Ishak et al., 2010; Portman ve Goss, 2014; Pitsouni et al., 2017).

Levine et al. (2008), CFB bulunan kadınlarda vulvovaginal atrofi görülme sıklığının CFB yaşamayanlara göre 3,84 kat yüksek olduğunu bildirmiştir.

Postmenopozal kadınlarda genitoüriner semptom prevalansını %70 olarak belirlemiş, vaginal kuruluk (%93,3) ve cinsel aktivitede yetersiz lubrikasyon (%90) en sık rastlanan semptom olurken; en sık karşılaşılan bulgular ise vaginal nem kaybı (%93,7) ve vaginal rugae kaybı (%78,4) olmuş; cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Moral et al., 2018).

Estrojen düzeyindeki azalmaya bağlı gelişen değişimlere ek olarak; kadının sosyodemografik özellikleri, etnik ve coğrafik özellikler, kişilik yapısı, sağlık düzeyi, yaşamsal olaylar, duygusal durumu, menopoza ve cinselliğe ilişkin tutumu, seksüel problem öyküsü, eşle olan ilişkisinin kalitesi ve süresi, eşle cinsellikle ilgili iletişimi, eşe ilişkin cinsel sorunlar, eşin menopozal dönemdeki yaklaşımı gibi faktörler de cinsel fonksiyonu etkilemektedir (Prairie et al., 2015; Avis et al., 2016; Ghazanfarpour et al., 2016; Katainen et al., 2016; Smith et al., 2017; Tiznobek et al., 2017; Marvan et al., 2018; Monteolone et al., 2018).

Cinsel yaşamın devamı, yaşam kalitesi ve sağlık açısından oldukça büyük bir önem taşımaktadır. Cinsel sağlığın bozulması yalnızca fiziksel sağlığın değil, beraberinde ruhsal sağlığın, aile sağlığının ve toplum sağlığının da bozulması sonuçlarını doğurmaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011).

Premenopozal kadınların %92'sinin seksüel aktif olduğu, postmenopozal kadınlarda ise bu oranın %70 olduğu belirlenmiştir (Marvan et al., 2018).

Thaili menopozal dönemdeki kadınların %82,2'sinde CFB olduğunu saptamış ve kadınların %95'i menopozal dönemde cinsel aktivitenin yaşamın doğal bir parçası olduğunu, %77'si de cinsel aktiviteyi kendilerini mutlu etme yolu olarak gördüklerini ifade etmiştir (Peeyananjarassi et al., 2008).

Menopozal dönemdeki Avrupalı kadınlarla yapılan çalışmalarında kadınların %34'ü uyarılma, %53'ü cinsel istekte azalma ifade etmesine rağmen %71'inin cinsel yaşamın devam ettirilmesinin kendileri ve partnerleriyle olan ilişkileri için çok önemli olduğunu ifade ettiklerini bildirmiştir (Nappi et al., 2008).

Global bir araştırma sonucunda 40 yaş üzeri Asyalı kadınlarda Avrupalı kadınlara göre daha fazla cinsel fonksiyon sorunu görüldüğü belirlenmiştir (Mattar et al, 2008).

CFB prevalansının Afro-Amerikan'larda daha düşük, Japon'larda ise beyaz ırka göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Avis et al., 2017).

Cinsel fonksiyon problemleri, menopozun geç dönemlerinde erken dönemlerine göre daha fazla görülmektedir. Amore et al. (2007), postmenopozal kadınlarda premenopozal döneme oranla cinsel fonksiyon sorunlarına daha sık rastlandığını belirlemiştir.

Premenopozal dönemdeki kadınlarla karşılaştırıldığında postmenopozal dönemde 2,3 kat daha sık cinsel fonksiyon sorunu saptanmıştır (Garcia et al., 2007).

Tayvan'da postmenopozal kadınların %61'inde CFB'na rastlanmıştır (Nazarpour et al., 2016).

45-59 yaş arası menopozal dönemdeki kadınlarda depresif mod ve CFB görülme sıklığının arttığı ve yaş ilerledikçe bu semptomların şiddetinde de artış olduğu belirlenmiştir (Rindner et al., 2017).

Cerrahi menopozda doğal menopoz yaşayan kadınlara oranla cinsel fonksiyon problemleri ile daha sık karşılaşmaktadır (Avis et al., 2014; Prairie et al., 2015; Nappi et al., 2016; Bashar et al., 2017; Fattah, 2017).

Menopozal dönemdeki kadınlarda sıkça rastlanan sorunlardan biri de depresif semptomlardır (Santoro, 2016).

Estrojen ve progesteron kadın cinsel yaşamında olduğu gibi psikolojisinde de önemli rol oynar (Gramann et al., 2012; Chou et al., 2014; Reid et al., 2014).

Klinik kanıtlar, emosyonel davranışlarla ilgili olan limbik sistemin estrojen düzeyindeki azalmadan etkilediğini ve depresif moda eğilimin arttığını göstermektedir. Ancak menopozal dönemde görülen depresyonun, sadece seks steroid hormonlarıyla ilgili olmadığı da bilinmektedir. Üretkenlik potansiyelinin kaybı, yaşlılığa geçişle başetmede güçlük, aile, eş ve çevreyle olumsuz ilişkiler, sigara, alkol alışkanlığı, sedanter yaşam tarzı, olumsuz yaşamsal olaylar, genel sağlık durumunda yetersizlik, sağlık bakımına ulaşabilirlikte güçlük, kendisinde veya ailesinde görülen

hastalıklar, daha önce geçirilmiş depresyon, düşük eğitim düzeyi, statü, sosyal yapı, işsizlik, ve menopoza karşı olumsuz tutum gibi faktörler depresif mod prevalansını artırmaktadır (Gramann et al., 2012; Yanikkerem et al., 2012; Chou et al., 2014; Nazarpour et al., 2016; Marvan et al., 2018; Mulhall et al., 2018)

Postmenopozal kadınlarda, premenopozal kadınlara kıyasla depresif semptom skorunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Carranza-Lira et al., 2017).

Menopozal dönemdeki kadınların %80'i farklı derecelerde depresif semptom deneyimlemektedir (Gramann et al., 2012).

ABD'de menopozal dönemde kadınların %20'sinin depresyon deneyimlediği bildirilmektedir (Gramann et al., 2012).

Depresif semptomların, CFB için risk faktörü olduğu görülmektedir (Chou et al., 2014; Rindner et al., 2017; Marvan et al., 2018).

Depresif mod ve CFB birbirini çift yönlü olarak etkilemektedir. CFB bulunan kadınların birçoğu depresif semptomlardan yakınmakta, depresif semptom bulunan kadınlarda ise cinsel fonksiyon olumsuz etkilenmektedir (Yanikkerem ve ark., 2012; Chou et al., 2014).

Chou et al. (2014), 40-60 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %98,9'unun menopozal semptomları deneyimlediğini, en sık karşılaşılan semptomların ise psikolojik ve ürogenital semptomlar olduğunu, bu semptomların sosyal ve cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Yanikkerem ve ark. (2017), depresif semptom skoru yüksek olan kadınlarda cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiğini göstermiştir.

Menopozal dönemde meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve anatomik değişiklikler kadın cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesi ve sağlık açısından büyük önem taşıyan cinsel yaşamın devamı, beklenen yaşam süresinin artmasıyla kadın hayatında daha da önemli bir hale gelmektedir. Bu çalışma, ifade edilen gerekçeler doğrultusunda menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Hayatının Evreleri

İnsan yaşamı bir süreç olarak düşünüldüğünde, her dönem kendine özgü fiziksel, psikolojik ve hormonal değişiklikler göstermesi nedeniyle belli dönemlere ayrılarak incelenmektedir (Çelik, 2015).

Kadın hayatı, kesin yaş sınırları olmamakla beraber beş dönemde incelenebilir. Bireysel farklılıkların yanı sıra toplumsal gelişme, beslenme koşulları, ırk, coğrafi ve çevresel faktörler, dönemlerin başlangıç ve bitiş noktalarını etkileyebilmektedir (Karakuş ve Yanikkerem, 2016).

2.1.1. Yeni doğan ve çocukluk dönemi

Postpartum ilk 28 günü kapsayan dönemdir. Plasental ve maternal seks steroidlerinin hızla geri çekilmesi ile doğum sonrası ilk haftalarda FSH düzeyinde meydana gelen artış hiperestrogenik fizyolojik etkiye neden olur. Termde doğan tüm kız bebeklerde meme tomurcuklanması görülür. Bazı durumlarda meme büyümesi belirgin olup, meme ucundan sıvı gelişi gözlemlenebilir. Labia majör şişkin, labia minör kalın ve çıkıntılıdır. Klitoris görece büyüktür. Vagina mukozası ve endometriumda proliferasyon vardır. Vaginal akıntı yaygın olarak görülebilir. İlk 2 hafta, içeriğinde servikal mukus, vaginal ve endometrial hücre döküntüleri bulunması nedeniyle akıntı kanlı olabilir. Vagina yaklaşık 4 cm uzunluğundadır. Vagina pH'sı asidiktir. Lactobasillus kolonileşmesi artmıştır. Doğumdan birkaç hafta sonra estrogen etkisinin azalmasıyla Lactobasillus seviyelerinde azalma, pH'da nötrale yaklaşma ve vagina mukozasında incelme görülür. Serviks/korpus oranı 3/1'dir. Servikte "fizyolojik eversiyon" görülebilmektedir. Overler pelvise inmemiş, abdominal organ olarak yerleşmiştir. Placenta ve maternal kaynaklı hormonlara bağlı değişiklikler 1-2 yıllık bir periyodu kapsamaktadır (Akhan, 2008; Yuvacı ve Cevrioğlu, 2017).

İntrauterin hayatın 3-4. haftalarında 100 kadar hücre olarak kendini gösteren, 7. haftada gonada ulaştığında daha hızlı mitoz bölünme gerçekleştirerek sayıları 600 bine, 20. haftada ise 6 milyona ulaşan primordial germ hücrelerinin (PMG) sayısı, bu maksimum sayıya ulaştıktan sonra mitozun yavaşlaması ve eş zamanlı olarak atrezinin başlayıp 20. haftada pik yapmasıyla birlikte düşmeye başlar. PMG hücrelerinin yenidoğanda 1 milyon, pubertede ise 300-400 bin kadarı kalır. PMG hücrelerinin

sadece %1'i ovulatuar aşamaya ulaşabilirken çoğu atreziye gider ve menopoz sonrası overde bin kadar kalır (Öktem ve Burman, 2012).

Erken çocukluk dönemi; yenidoğan dönemini takiben 8 yaşa kadar süren, reproduktif endokrinoloji açısından tam bir durgunluk dönemidir. Hipotalamohipofizer sistemin kontrolünü sağlayan gonadotrop hücreler estrogenin negatif feed back etkisine yetişkin döneme göre 10-15 kat duyarlıdır. Introitus, vagina mukozası pembe ve hafifçe ıslaktır. Klitoris küçüktür. Vagina yaklaşık 5 cm boyundadır, mukozası pembe ve atrofik, birkaç rugae mevcuttur. Vagina nötr ya da hafif alkali pH ve mikst bakteriyel flora sahiptir (Akhan, 2008; Tıraş ve Demir, 2014).

Bu dönemde estrogen düzeyi düşük olduğu için genital organların travma ve enfeksiyonlara karşı direnci düşüktür. Çocukluk çağında overlerde multipl foliküller vardır. Menarşe giderken folikül sayısı azalır. Yaşla birlikte overler volüm olarak genişler ve küçük pelvise doğru inerler (Tıraş ve Demir, 2014).

Geç çocukluk döneminde, 7-10 yaş arasında yeniden estrogen stimülasyonunun başlamasıyla mons pubis kalınlaşır, labia majör dolgunlaşır, labia minör yuvarlaklaşır. Hymen kalınlaşır, vagina 8 cm boyuna ulaşır, mukozası kalınlaşır, korpus uteri genişler. Uterus/serviks oranı 1/1'dir (Akhan, 2008).

9-10 yaşlarında myometrial proliferasyon nedeniyle uterin büyüme ve endometrial gelişme başlar. Overler iğ şeklindedir ve uzunlukları artar. Puberte sürecinin başlaması ile over volüm olarak genişler ve küçük pelvise doğru iner. Overler büyüdükçe ve pelvise indikçe overyan folikül sayısı artar ve bu foliküller farklı gelişim evrelerini gösterirler ancak ovulasyon genellikle görülmez (Akhan, 2008).

Reproduktif endokrinoloji açısından durağan bir dönem olmasına karşın; fiziksel, mental, duygusal ve sosyal gelişimin oldukça hızlı olduğu, beslenme, mental gelişim ve sosyal iletişim girişimlerinin son derece önem kazandığı bir dönemdir. Bu dönem, yetişkin yaşamının temelini oluşturması nedeniyle gelişimin sağlıklı tamamlanması, bireyle beraber aile ve toplum yaşamı üzerinde de belirleyici bir etki sağlamaktadır (Çelik, 2013).

2.1.2. Adolesan dönemi

Adolesan sözcüğü Latince “adolescere” teriminden köken almakta ve erişkinliğe doğru büyümek, gelişmek anlamını taşımaktadır. Adolesan dönemi, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecidir. DSÖ, 10-19 yaş grubunu “adolesan” 15-24 yaş grubunu “genç insanlar” olarak tanımlamaktadır. Adolesan dönem matürasyonun son evresini oluşturmaktadır (Tekirdağ, 2010; Aydın, 2013; Uzun ve Orhon, 2013).

Adolesanın fiziksel değişim ve gelişimini kapsayan süreç puberte olarak adlandırılmaktadır. Adolesan ve puberte terimleri birbirinden farklı anlamlar ifade eder ve eş anlamlı olarak kullanılmaları doğru değildir. Puberte fiziksel büyüme, gelişme ve cinsel olgunluğun tamamlanarak üreme potansiyelinin kazanıldığı, erkekte spermatogenez ile kadında ovulasyonla karakterize olan 3-5 yıllık bir periyod iken adolesan dönemi biyolojik, ruhsal ve psikososyal açılardan yetişkinliğe uzanan yaklaşık 10-15 yıllık bir süreçtir (Hatipoğlu, 2012; Parlaz ve ark., 2016; Gözüyeşil ve ark., 2017).

10 yaş öncesi FSH-LH orta şiddette artar. Bunu estrogen düzeyindeki artış izler. Estrojen GH’u, GH ise IGF-1’i uyarır ve böylece büyüme başlar. Büyümenin ardından pubertenin göstergeleri sırası ile ortaya çıkar:

- **Telarş:** Pubertenin ilk bulgusudur. Meme dokusunun büyümeye başlamasıdır.
- **Pubarş:** Pubik kıllanmanın başlamasıdır.
- **Adrenarş:** Bağımsız bir süreç olsa da sıklıkla telarştan 2 yıl sonra görülür. Pituiter FSH ve LH kaynaklı uyarıcı etki ile gonadların aktivasyonudur.
- **Menarş:** Büyümenin en üst noktaya ulaşmasından sonra büyüme yavaşladığında görülür. Menarş sonrası boy maksimum 6 cm uzamaktadır. Menarşı takiben 12-18 ay anovulatuvar siklus görülür (Ercan, 2008; Hatipoğlu, 2012).

Hipotalamohipofizer aksın matürasyonu menarştan sonraki 5 yıl devam eder. Menarşa yakın estrogenin pozitif feed-back etkisi yoktur. Dolayısıyla ovulasyon geçekleşmemektedir. Menarştan sonraki ilk yıl FSH, LH, estradiol ve progesteron düşüktür. 2. yılın sonunda estradiol düzeyi yetişkin seviyesine çıkar. 5. yılda ise FSH-

LH düzeyleri yetişkin seviyesindedir. Menarş sonrası ilk 2 yıl siklusların %55-82'si anovulatuardır (Akhan, 2008; Tıraş ve Demir, 2014).

Adolesan Dönem Evreleri

Erken Dönem (10-14 yaş): Sekonder seks karakterlerinin ortaya çıkması ile meydana gelen biyolojik değişikliklere uyum sağlama ve değişimlerin oluşturduğu baskıyla başedebilme çabası hakimdir (Curtis, 2015; Blomgren et al., 2016).

Orta Dönem (15-17 yaş): Pubertal değişiklikler ve bilişsel gelişme tamamlanmıştır. Kendi normal değerleri ile kişiliğini oluşturmaya ve seçimler yapmaya başlar. Doğru ve yanlış kavramlarını kendi içinde yeniden yorumlar. İlişkilerinde risk almaya başlar. Vücut görünümü ve sağlığıyla ilgilenir. Ebeveynleriyle tartışmaya başlar. Dönemin en baskın unsuru bağımsızlıkken cinsel kimlik gelişimi de en önemli noktalarından biridir (Curtis, 2015; Blomgren et al., 2016).

Geç Dönem (18-21 yaş): Formal düşünce gelişir. Yaptığı eylemlerin sonuçlarını bilmekte, değerlendirebilmektedir. Ebeveynliğe ait değerleri kabul eder ve belki de ebeveynliği deneyimler (Curtis, 2015; Blomgren et al., 2016).

Kadın yaşamının bu önemli döneminde ortaya çıkan jinekolojik sorunlar diğer dönemlere göre daha ayrı bir yere sahiptir ve son derece hassas bir yaklaşım gerektirmektedir. Bunun nedeni; bu yaş grubunda görülen problemlerin özgün bir fiziksel doğaya sahip olması ve çocukluktan erişkin kadın modeline geçiş sürecinde bulunan bireyi etkileyen psikolojik faktörlerle de ilişkili olmasıdır (Goswami et al., 2015).

ACOG (2017), kızların 13-15 yaşları arasında ilk jinekolojik değerlendirmelerinin yapılmasını önermektedir.

Adolesanlardaki başlıca jinekolojik sorunlar şöyle sıralanabilir:

- Menstrual disfonksiyon
- Vaginal akıntı ve enfeksiyonlar
- Pelvik kitleler ve overyan kistler
- Travma ve cinsel saldırı

- Genital sistem anomalileri
- Abdominal ve pelvik ağrı
- Adolesan gebelikler
- Erken ve geç puberte (Ercan, 2008; Tekirdağ, 2010; ACOG, 2014).

DSÖ, tüm dünyada adolesan sağlığının korunmasında HIV'in önlenmesi, yeterli ve dengeli beslenme, yeterli fiziksel aktivite, şiddetin önlenmesi, maternal bakım ve kontrasepsiyon, tütün, alkol ve ilaç kullanımının önlenmesi, immunizasyon ve diğer ortak sorunların yönetimi ile ilgili sağlık hizmeti ve girişimlerin sağlanmasını önermektedir (Ercan, 2008; Tekirdağ, 2010; ACOG, 2014; Das et al., 2017).

2.1.3. Cinsel olgunluk dönemi

15-49 yaş arası dönemi kapsayan cinsel olgunluk dönemi reproduktif dönem olarak da adlandırılmaktadır. Bu periyodun ilk yarısı genellikle kimlik gelişiminin tamamlanmasını takiben diğer bireylerle daha ciddi ve uzun süreli ilişkiler inşa etme, meslek edinme, kariyer ve yaşamla ilgili çeşitli kararlar verme ile karakterizedir. Kadın bu dönemde aile yapısı, bireylerarası ilişkiler ve çocukların eğitiminin sağlıklı devamını sağlama, aile bireylerine bakım verme gibi rolleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyabilmektedir. Mükemmellik arayışındayken tükenmişlik hissedebilir ve 'Süper Kadın Sendromu' ile karşı karşıya kalabilir. Yaratıcılıkla dolu anlamlı bir dönem olmasına rağmen kimliğin yeniden yorumlandığı bir periyoddur (Takeda, 2010).

Kadınların cinsel olgunluğa ulaştığı, doğurganlık özelliği kazandığı bu dönemde üreme sağlığı sorunları da büyük artış gösterir. Cinsel olgunluk dönemindeki kadınlarda en sık görülen üreme sağlığı ve cinsel sağlık sorunları; gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin sorunlar, gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri, istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşükler, infertilite, cinsel sağlık sorunları, anemi ve malnutrisyon, şiddet, cinsel taciz ve istismar, sigara, alkol, ilaç vb. zararlı alışkanlıklar, HIV/AIDS dahil CYBH, meme kanseri ve servikal kanserlerdir (Beji, 2015; Dunneram ve Jeewon, 2015; Wirth et al., 2017).

Doğurganlık dönemindeki kadının sağlıklı yaşam sürdürmesi iyi bir maternal sağlık ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve

yeterli dinlenme, obeziteden kaçınma, tütün ve ilaç kullanımından kaçınma, alkol tüketimini azaltma ya da alkolden kaçınma, akıl-ruh sağlığı, taciz ve kötüye kullanım içeren ilişkiler gibi konularda bilinçlenme ve yardım arayabilme sağlıklı yaşam sürdürebilme için gerekli öğelerdir. Kadın, yaşam süresinde artış sağlamak üzere kanser ve diğer hastalık taramalarını düzenli olarak sürdürmelidir. Bununla beraber istenmeyen gebelikler ve CYBH'dan kaçınarak sağlık durumunun iyiliğini desteklemelidir. Hospitalizasyon ve ölümlere yol açan sorunlara karşı önleyici tedbirler alınmalıdır. Doğurganlık yıllarında edinilen sağlıklı alışkanlıklar, doğum sonuçlarını, yaşam boyu sağlığı iyileştirir ve erken ölümleri önleyebilir (Dunneram ve Jeewon, 2015; Linton et al., 2016).

2.1.4. Klimakterium dönemi

Klimakterium, reproduktif dönemin sona erip kadının doğurganlık yeteneğinin kaybolduğu, overyan yetmezlik sonucunda ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal semptomları içeren, 40-45 yaşlarında başlayan dönemdir. Bu dönem ayrıca seniuma kadar devam eden, overyan foliküllerin tükenmesi, hipoestrojenizm ve menstruasyonun kesilmesi ile karakterize, endokrinolojik bir olgu olarak da tanımlanmaktadır (Çelik, 2013; Pınar ve ark., 2015; Karakuş ve Yanikkerem, 2016; Silva et al., 2016).

2.1.5. Senium (Yaşlılık) dönemi

Yaşlılık, organizmanın geriye dönüşü olmayan bir şekilde yıpranması ve fonksiyonlarının bozulmaya başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlı; somatik, biyolojik, fizyolojik psikolojik ve bilişsel yönden gerilemelere bağlı olarak profesyonel etkinliğini sürdüremeyecek duruma gelen bireydir. Bu dönemde zaman faktörüne bağlı olarak bireyin değişen çevreye uyum sağlama gücü ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyeli azalmaktadır. DSÖ'ne göre 65–74 yaş aralığındaki bireyler yaşlı kategorisine girmektedir. Yaşlı birey; kronik hastalıklar, demans, Alzheimer, inkontinans, görme ve işitme bozuklukları, malnutrisyon, osteoporoz, yürüme bozuklukları, sık düşme, bası yaraları, uyku bozuklukları, osteoartroz gibi sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, geçimini sağlamada güçlük, sosyallikte azalma, yalnızlaşma, bakım gereksiniminde artış, istismar, sosyal çevre ve çocuklardan yeterli destek alamama sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır (Kurt ve ark., 2010; Zıplar, 2015; Karakaş ve Durmaz, 2017).

Menopoz sonrası görülen endokrinolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler 10 yıl ve üzerinde sürebilmekte ve geriatrik yaş grubunda da ortaya çıkabilmektedir. Geriatrik yaş dönemindeki kadınların sağlık sorunları ile ilgilenirken tüm bu değişiklikler göz önünde bulundurulmalı, hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmalıdır (Kurt ve ark., 2010).

2.2. Menopoz

Kadın yaşam döngüsündeki en önemli noktalardan biri olan menopoz; reproduktif dönemin sona ermesi ile karakterize fizyolojik bir olaydır. Overyan foliküllerin tükenmesi ve overin hormonal aktivitesinin kaybı ile menstruasyonun kesin olarak sonlanmasını ifade eden menopoz terimi, Eski Yunanca'daki "men" (ay) ve "pausis" (sonlanma) kelimelerinden köken almaktadır ve ilk defa Fransa Paris'te Gardanne (1816) tarafından "La Menespauise" olarak ortaya atılmıştır. İlgili başka herhangi bir nedenden bağımsız olarak son menstruasyon kanamasını takip eden 12 ay süresince amenore görülmesi gerektiğinden retrospektif bir tanıdır (Mwampagatva et al., 2013; Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Bien et al., 2015; Pınar ve ark., 2015; Armand et al., 2017; Baber ve Wright, 2017; Kumar ve Mrinal, 2017; Thomas et al., 2017; Monteiro et al., 2018).

2.3. Menopozun Tarihçesi

Reproduktif dönemin bitmesi ile ilgili ilk yaklaşımlar Antik Yunan döneminde ortaya çıkmış olsa da menopoz terimi ilk olarak 1821 tarihinde Fransız klinisyen Gardanne tarafından literatüre kazandırılmıştır (Baber ve Wright, 2017).

Hipokrat (M.Ö. 460–377), kadındaki menopoz sıkıntılarının (sıkıntı, baş ağrısı, çarpıntı) belirli bir yaştan sonra onun doğum organının yer değiştirmesi sonucu kalbine ve kafasına yaptığı baskılar sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Baber ve Wright, 2017).

Aristoteles (M. Ö. 384–322), kadınların 40 yaş civarında fertilitelerini kaybettiğini gözlemlemiş ancak tıbbi metinler yaklaşık bin yıl sonrasında fertilité kaybı ve menstruasyonun sona ermesinden bahsetmişlerdir (Baber ve Wright, 2017).

Rönesans'tan sonra bilimsel olarak tıp gelişmeye başlamıştır. Bu devreden sonra ölümlerde otopsiler yapılabilmüş, insan organlarının özellikleri saptanmaya başlanmıştır (Atasü, 2001).

Beklenen yaşam süresinin kısa olması nedeniyle kadınlar, reproduktif dönem sona erdikten sonra başlayan bu yeni dönemde uzun süre geçirmediikleri için klinisyenlerin ilgisini kazanamamıştır. 19. yüzyılın sonlarına kadar menstruasyonun sona ermesi, overyan fonksiyonların kaybı ve kadınların deneyimlediği semptomlar arasındaki bağlantı net bir şekilde açıklanamamıştır. Gardanne'in yayınlarına göre menopoza o zamanın anlayışı ile dünyada ileri tıbbi olan Avrupa'da sadece adet kesilmesi olarak yorumlanmaktadır (Baber ve Wright, 2017).

1840 yılına kadar overlerle menstruasyon arasındaki fonksiyonel ilişki bilinmemektedir. Negrier d'Angers 1840 yılında overdeki folikül ile menstruasyon kanamasının ilişkisini gözlemiş ve yayınlamıştır (Atasü, 2001).

Bu dönemde kanıta dayalı olmayan, etkisiz tedavi yöntemleri uygulanmakta ve bu metodlar bazen zarar verici nitelikte de olabilmektedir. Örneğin Tilt 1857'de İngiltere'de menopoza uterusunda bulunan bir tür delilik hali olduğuna ve bu sorunun uterusun alınmasıyla çözüleceğine inanmaktaydı. Uterusu cerrahi ile alması sorunu çözmez ve kadınlar akıl hastanesine gönderilirdi. Viktoryanlar ise, uterus ile beyin arasında direkt bir bağlantı olduğunu, bu durumun menopoza döneminde kadının çıldırmasına yol açtığını ve hapsedilmeleri gerektiğini ileri sürmekteydi (Dvornyk, 2013; Baber ve Wright, 2017).

Sedatifler, atropa belladonna bitkisi (atropin), opium, kurşun ve toz haline getirilmiş inek overinden oluşan vaginal enjeksiyonlar bu dönemde önerilen diğer tedavi yöntemleri olmuştur (Baber ve Wright, 2017).

Allen ve Doisy'nin 1923'te dişi fareden estrogen izole etmeyi başarmasıyla, reproduktif endokrinolojide bir devrim ve menopoza yönetiminde büyük bir değişim gerçekleşmiştir. 1929'da Butenandt hamile kadınların idrarından estrogen elde ederek ve estronun yapısal tanımlamasını yaparak Nobel Ödülü'nü kazanmıştır (Dvornyk, 2013; Baber ve Wright, 2017).

1934'te dişi domuz overinden progesteron hormonu elde edilmiştir. Russel Marker tarafından geliştirilen teknikle diosgenin formu elde edilerek progesteron üretiminin yüksek maliyeti azaltılmış, ancak oral aktivitesi düşük olan bu form yerine 1951 yılında Carl Djerassi oral aktivitesi yüksek norethindrone formunda progesteron üretimini sağlamıştır (Baber ve Wright, 2017).

İlk defa 1936 yılında Albright menopozda kanda azalan estrogen değerine bağlı olarak gonadotropinlerin yükseldiğini yayınlamıştır (Atasü, 2001).

Kanada'da 1941, ABD'de 1942 yıllarında estron sülfat içerikli farmakolojik preparatlar estrogen yetmezliği semptomlarının tedavisinde replasman tedavisi olarak uygulanmaya başlanmıştır. Menopoz bir estrogen yetmezliği hastalığı olarak tanımlanmış, menopozal dönemde estrogen kullanımı sadece kadının kendisi için değil eşi için de yararlı olması nedeniyle tavsiye edilmiştir (Baber ve Wright, 2017).

1966 yılında Robert Wilson, menopozun tedavi edilebilir ve önlenabilir bir hormon yetmezliği hastalığı olduğunu, bütün kadınların yaşamları boyunca cinselliklerini yaşamları boyunca sürdürebileceklerini belirttiği 'Feminine Forever'ı yayımlamıştır. Yine 1966'da Cape Town'da Güney Afrikalı bir doktor olan Wulf Utian dünyanın ilk menopoz kliniğini kurmuş, postmenopozal kadınların tedavisi ile hormon replasman tedavisi üzerine araştırma yapılmasının önemini vurgulamıştır (Baber ve Wright, 2017).

Avrupa'da menopoz konusunda ilk küçük çaplı toplantı Geneve'de 1971 yılında International Health Foundation adına Pieter van Keep tarafından düzenlenmiştir (Baber ve Wright, 2017).

Menopoz konusunda uluslararası ilk kongre 1976 yılında Fransa'da La Grande Matte'de toplanmıştır. Bu kongrede menopoz konusunda bütün dünyada klinik araştırmalar yapan 165 kişi bir araya gelmiş, konuyu sistematik olarak ele almış ve bir uluslararası standarda getirme tartışması yapmışlardır. Menopoz konusunda ikinci uluslararası kongre Kudüs'te 1978 yılında toplanmıştır (Atasü, 2001; Baber ve Wright, 2017).

Avrupa Menopoz Derneği ise 1990 yılında kurulup, ilk toplantısını 1990 yılında Nice şehrinde yapmıştır (Atasü, 2001).

Ülkemizde menopozun ciddi olarak değerlendirilmesi 1970'li yıllardan sonra olmuştur. Bu yıla kadar özellikle tıp fakültelerinde estrogenlerin endometrium ve memedeki olumsuz etkileri üzerinde durulmuş, menopoz semptomlarının geçirilmesi amacıyla biyolojik bir etkisi olmayan Estriol kullanılmıştır. 1973 yılında Doç. Dr. Aykut Kazancıgil tarafından yazılan menopoz ve estrogen tedavisi konusunu kapsamlı

bir şekilde ele alan “Klinikte Menopoz ve Tedavisi” yayınlanan ilk Türkçe kitap olmuştur (Atasü, 2001).

Bütün gelişmiş ülkelerde menopozdaki kadının kaliteli yaşaması gibi bir anlayış tıp dünyasının ilgisini çekmeye başlamıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar göstermiştir ki daha uzun yaşayan kadının yeterli estrogen almamasına bağlı vazomotor, psikik, nörolojik sorunların dışında ilerleyen senelerde vaginal ve ürogenital bozukluklar, kadının sosyal hayatını ve sağlığını etkilemektedir. Buna ek olarak yine 1980’li yıllarda estrogen yetersizliğinin kollagen dokuya, kemiklere, damar sistemine, beyne olan etkileri konusunda gelişmiş ülkelerin tıbbi literatürlerinde ciddi ve yaygın araştırma sonuçları ortaya çıkmaya başlamıştır (Atasü, 2001).

1986 yılında ülkemizde ilk defa Prof. Dr. Turgay Atasü başkanlığında Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur (Atasü, 2001).

2.4. Menopozun Sınıflandırılması

2.4.1. Başlangıç yaşına göre menopoz

Erken Menopoz: Son menstrual periyodun 40 yaştan önce görülmesi veya referans alınan toplumun ortalama menopoz yaşından 2 standart sapma daha erken görülmesi erken menopoz olarak tanımlanmaktadır. 40 yaş altındaki kadınların %1’ini etkilemektedir. Primer veya menarştan kısa bir süre sonra görülen sekonder amenore, oligomenore, estradiol yetmezliği ve buna bağlı artan serum FSH düzeyi nedeniyle görülen vazomotor semptomlar gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Genetik, sitogenetik, metabolik, immünolojik, iatrojenik, toksik, idiyopatik nedenler ile cerrahi, enfeksiyonlar, sigara ve ilaçlar erken menopoz görülmesinde etken faktörlerdendir. Erken menopoz kısa vadede, vazomotor semptomlar, şişmanlık, vaginal kuruluk ve disparoni, inkontinans, bilişsel ve psikolojik problemler; uzun vadede ise infertilite, osteoporoz, KVVH, inme, erken ölüm gibi sonuçların doğmasına yol açmaktadır (Okeke et al., 2013; Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Schimidt, 2017; Dalal ve Agarwal, 2018).

Normal Menopoz: Son menstrual periyodun 45–55 yaşları arasında görülmesidir (Çelik, 2013; Rodriguez ve Shoupe, 2015).

Geç Menopoz: 55 yaş tamamlanmış olmasına rağmen menstrual periyodun devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek BMI, düşük fizik aktivite, multiparite, ilk gebeliğin ileri yaşta gerçekleşmesi, oral kontraseptif kullanımı, yüksek

sosyoekonomik ve sosyokültürel statü gibi faktörlerin geç menopoza ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Geç menopoza meme ve endometrial kanser riskinde artışa neden olan bir faktör olarak bilinmektedir (Olaolorun ve Lawoyin, 2009; Nisar et al., 2012; Ceylan ve Özerdoğan, 2014).

2.4.2. Oluş biçimine göre menopoza

Menopoza (Doğal Menopoza): The North American Menopause Society (NAMS), doğal menopoza, başka herhangi bir fizyolojik ve patolojik bir faktöre bağlı olmaksızın overyan foliküler aktivitenin kaybı sonucu menstruasyonun kalıcı şekilde sona ermesi olarak tanımlamaktadır. Son menstruasyon kanamasını takip eden 12 ay süresince amenore görülmesi gerektiğinden retrospektif bir tanıdır (Olaolorun ve Lawoyin, 2009; Nisar et al., 2012; Rodriguez ve Shoupe, 2015).

Artifisyonel Menopoza: Bilateral ooforektomi veya iatrojenik nedenler (kemoterapi, radyoterapi vb.) dolayısıyla overin foliküler aktivitesinin yitirilmesi ile oluşan menopoza olarak tanımlanmaktadır (Olaolorun ve Lawoyin, 2009; Rodriguez ve Shoupe, 2015).

2.5. Menopozal Dönemler

DSÖ'nün kabul ettiğİ tanımlamaya göre:

Premenopoz: Menstrual siklusa düzensizlikler, disfonksiyonel uterin kanama, ovulatuara bozukluklar, vazomotor semptomlar gibi klinik semptomların görüldüğü, menopozdan önceki 2-6 yıllık süredir (Batrinos, 2013; Wagner, 2016).

Perimenopoz: Son menstrual periyoddan sonra geçen 12 aylık süredir (Olaolorun ve Lawoyin, 2009; Hunt, 2016).

Postmenopoz: Menopozdan sonraki 6-8 yıllık dönem olarak tanımlanmaktadır (Dvornyk, 2013; Beji, 2015; Hunt, 2016).

Reprodüktif yaşlanma konusunda daha fonksiyonel bir evreleme sistemi geliştirilmesi için 2001 yılında Reprodüktif Yaşlanma Workshopu (Stages of Reproductive Aging Workshop – STRAW) düzenlenmiştir ve 10 yıl sonra tekrar yapılmıştır (STRAW+10). STRAW+10 toplantısında endokrinolojik parametreler de bu evreleme sistemine dahil edilmiştir. Buna göre reprodüktif yaşlanma -5 ile başlayan menarş ve +2 ile tanımlanan geç menopoza olmak üzere 7 evreye ayrılmıştır. En son adet görüldüğü period sıfır “0” olarak kabul edilmektedir. Evre -2 ve -1 menopozal

geçiş tanımlarken, evre +1 ve +2 de postmenopozu tanımlamaktadır (Harlow et al., 2012; Dvornyk, 2013; Tıraş ve Demir, 2014).

	Menarche					FMP (0)				
Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)	3-6 years	Remaining lifespan	
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/Length	Variable Length Persistent ≥7- day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Normal Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 IU/L ** Low Low	↑ Variable* Low Low	Stabilizes Very Low Very Low		
Antral Follicle Count 2-10 mm			Low	Low	Low	Low	Very Low	Very Low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms Likely	Vasomotor symptoms Most Likely			Increasing symptoms of urogenital atrophy
* Blood draw on cycle days 2-5 = elevated										
**Approximate expected level based on assays using current pituitary standard ⁶⁷⁻⁶⁹										

Şekil 1. The STRAW+10 – Staging System for Reproductive Aging in Women – Reprodüktif Yaşlanma Evreleme Sistemi (Harlow et al, 2012).

2.6. Menopoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler

Menopoz için dünya genelinde kesin bir yaş ortaya konması oldukça güç olmakla beraber dünya çapında ortalama menopoz yaşı 51 olarak kabul edilmektedir. Son verilere göre menopoz yaşı; ABD’de 51,4, Avrupa’da 48,1, İngiltere ve Yunanistan’da 48,7, Hindistan’da 46,7, Singapur’da 49,1, Fas’ta 48,4, Suudi Arabistan ve İran’da 48,9, Nijerya’da 48,4 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde ortalama menopoz yaşı 47’dir. 2013 dünya nüfus verilerine göre yenidoğan kız bebekler için beklenen yaşam süresi dünyada 73, Türkiye içinse 78 yıldır. Bu veriler, beklenen yaşam süresi 78 yıl olan bir kadının, hayatının oldukça önemli bir bölümünü menopoz sürecinde geçireceğini göstermektedir (Olaolorun ve Lawoyin, 2009; Özcan ve Oskay, 2013; Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Santos, 2016).

Genetik faktörler, anne menopoz yaşı, menarş yaşı, gebelik yaşı, oral kontraseptif kullanımı, düzensiz menstrual sikluslar, gebelik sayısı, laktasyon süresi, seksüel aktivite, genel sağlık durumu, BMI, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite,

unilateral ooforektomi, serum kurşun düzeyi, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, menopoza yönelik kişisel bakış açısı, psişik travmalar, fiziksel, çevresel, sosyo-demografik ve antropometrik faktörler menopoz yaşını etkilemektedir (Ellen, 2011; Nisar et al., 2012; Özcan ve Oskay, 2013; Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Duncan, 2018).

2.7. Menopoz Fizyopatolojisi

Klimakteryumun nedeninin vücudun yaşlanmasıyla beraber overlerin fonksiyonlarının kaybolması ve estrogenin azalması olduğu kabul edilmektedir. Klimakteryumdaki bütün semptomların temelinde estrogen eksikliğinin yattığı düşünülmektedir (Dvornyk, 2013).

Embriyonik dönemde, gebeliğin 5. haftasında dişi fetüste gonadal kabarıklığa göç eden oogoniumlar, mitotik bölünmeler ile 20. hafta civarında 6-7 milyona ulaşır. Primordial foliküller gelişir. Fetal hipofiz bezi, Folikül Stimulan Hormon (FSH) ve Luteinizan Hormon (LH) salgılayarak, over foliküllerinin maturasyon ve dejenerasyonunu uyarır. Bunun sonucu, yenidoğan overinde kalan primordial folikül sayısı 1-2 milyondur. Menarşa kadar bu sayı 300–400 bine kadar düşmektedir (Schmidt, 2017).

Reproduktif dönemde periyodik ovulasyon aksiyonunda bu germ hücreleri kullanılır. Ovulasyon, hipotalamustan pulsatil olarak salgılanan Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) bağlantısı ile hipofize gelen uyarıyla idare edilmektedir (Panay ve Kovacs, 2015; Schmidt, 2017).

Hipofiz, uyarıya yanıt olarak salgıladığı FSH ve LH ile overlere uyarı göndermekte ve overlerde bulunan primordial foliküllerden yaklaşık 60-70 kadarı bu mesajla dominant olmaya aday hale gelmektedir. Bir siklusta bunlardan ancak bir tanesi Graaf folikülü haline gelmekte ve ovulasyonu sağlamaktadır (Öktem ve Urman, 2012).

Menstrual siklusun başlangıcında over birçok antral folikül içerir. Folikül, antrum adlı folikül sıvısı ile dolu boşluk içerisinde zona pelusida ve kümülüs hücreleri ile çevrelenmiş bir oosit, folikül kesesinin etrafını oluşturan bazal membranın içini çevreleyen, FSH reseptörleri içeren, androjenlerin absorbe edilip estrojene (E2) metabolize edilmesini, İnhibin A ve İnhibin B peptid hormonlarının üretimini sağlayan granüloza hücreleri ile bazal membranın dışını saran, LH reseptörleri içeren,

kolesterolden testosteron ve progesteron üretimi sağlayan Teka hücrelerinden oluşmaktadır (Batrinos, 2013; Panay ve Kovacs, 2015).

Geç luteal faz ve erken foliküler fazda meydana gelen FSH yükselişi, folikül gelişimini stimule ederek dominant folikülün belirlenmesini sağlamaktadır. Dominant folikül seçiminin nasıl gerçekleştiği tam olarak açıklanamasa da sensitivitesi en yüksek olan folikülün maturasyona ulaşp diğer foliküllerin atreziye uğradığı düşünülmektedir. Gelişen dominant folikülün artan düzeyde E2 salgılamasıyla endometrial proliferasyon stimule edilmektedir. Artan E2 ve İnhibin B düzeyi negatif feedback mekanizması dolayısıyla hipofizden FSH sekresyonunun azalmasına neden olmaktadır (Batrinos, 2013; Panay ve Kovacs, 2015).

Erken ve orta foliküler faz boyunca E2, negatif feedback ile LH düzeyinin bazal düzeyde stabil kalmasını sağlamaktadır. Ancak ovulasyondan yaklaşık 36 saat önce, sirkülasyondaki E2 düzeyi, sağlamış olduğu negatif feedback etkisini pozitif feedback etkisine döndürecek bir noktaya ulaşmaktadır. Bu etki LH pikine, LH piki ise dominant folikül duvarlarının rüptürü ile yumurta hücresinin salınmasına neden olmaktadır (Batrinos, 2013; Panay ve Kovacs, 2015).

Ovulasyonu takiben rüptüre olan folikül, E2 üretimini ani bir şekilde azaltmakta ve birtakım değişikliklere uğrayarak Corpus Luteum olarak adlandırılan, endometriumu etkileyen estrogen ve progesteron hormonlarını üreterek implantasyonu destekleyen endokrinolojik bir yapıya dönüşmektedir. Eğer gebelik gerçekleşmezse bu yapı dejenere olmaya başlamakta, steroid hormon düzeyinde azalma meydana gelmekte, negatif feedback etkisi ile hipofizden FSH salınımının artmasıyla yeni bir menstrual sıklusa hazırlık başlamaktadır (Panay ve Kovacs, 2015).

Menopoza ulaşıldığında over foliküllerinin tükendiği görülür. Perimenopozun başlamasıyla her bir overde geriye 100 kadar folikül kaldığı tahmin edilmektedir. Bu azalmada ilerleyen yıllar içinde yenilenmeyen hücrelerin rolü, başka bir deyişle yaşlanma ve eskimenin rolü vardır. Over ve etrafını çevreleyen granüloza hücreleri de yaşlanma ile beraber hızla yetersiz duruma gelmektedir. Ancak menopozun gerçekleşmesindeki esas gerçek, tükenen dolayısı ile fonksiyonuna devam edemeyen foliküllere dayanmaktadır (Batrinos, 2013; Panay ve Kovacs, 2015).

Overyan yaşlanma ve reproduktif gerileme hücresel düzeyde, mitokondriyal aktivitenin azalması sonucu enerjide yetersizlik oluşması nedeniyle hasarlı gen ve

protein geçişlerinin artması gibi hücre fonksiyon bozuklukları ile granüloza hücrelerinin fonksiyonlarında yetersizlik ile karakterizedir. Yaşlanma, overyan foliküllerin ve granüloza hücrelerini apoptozise eğilimini artırmakta ve granüloza hücrelerinin apoptozisi foikler atreziyi tetiklemektedir (Li et al., 2016).

Geç reproduktif ve erken menopozal dönemde azalan antral folikül sayısı ile granüloza hücrelerindeki İnhibin B retimi azalmaktadır. İnhibin B düzeyi, negatif feedback mekanizması ile hipofiz bezinden yüksek düzeyde FSH salınımını kontrol etmektedir. Düşük İnhibin B düzeyi, erken foliküler fazda FSH düzeyinin daha yüksek olmasına neden olmaktadır. FSH düzeyinin daha yüksek olması ile gelişen dominant folikül aktivitesi artabilir ya da birden fazla dominant folikül gelişiminin ortaya çıkabilmesi ile E2 düzeyinin de daha yüksek olması söz konusu olabilir. E2 düzeyinin kritik noktaya daha hızlı ulaşması ile LH piki de daha erken gerçekleşmekte, foliküler faz daha kısa sürmekte dolayısı ile siklus süresi de bundan etkilenmektedir. Bu durum perimenopozal dönemdeki tüm kadınlarda görülmeyebilmektedir. Luteal faz süresi bu süreçten etkilenmemektedir (Panay ve Kovacs, 2015; Monteiro et al., 2018).

Geç menopozal döneme gelindiğinde ise overler gittikçe yaşlandığı için steroid hormon üretimi azalmaya başlamaktaadır. Estrojen retimi negatif feed-back mekanizmasını etkilemektedir ve sonuçta zaman içinde önce FSH, daha sonra da LH yükselmektedir. FSH yükselmesine bağlı olarak overlerde FSH'a direnç artmakta ve foliküler faz uzamaktadır. Estrojen düzeyinin düşmesiyle LH piki gerçekleşmemekte, dolayısıyla ovulasyon olamamakta ve menstrual siklus bozuklukları görülebilmektedir. Anovulatuvar sikluslar, oligomenore veya disfonksiyonel uterin kanamalar ortaya çıkmaktadır. Estrojenin daha da düşmesi ile menstruasyon kesilmekte ve postmenopozal dönem başlamaktaadır (Dvornyk, 2013; Mwampagatva et al., 2013; Panay ve Kovacs, 2015).

FSH düzeyindeki yükselme devam etmesine rağmen, E2 düzeyindeki düşüş sadece son mestrual periyoddan önceki 2 yıl içinde görülmektedir. Menopozun tanımlanmasıyla E2 devamlı olarak düşük düzeydedir. Postmenopozal kadında, adrenal glandlar ve postmenopozal overlerden salgılanan androjenlerin adipoz hücreler ve karaciğerde dönüşümüyle oluşan Estrone (E1) sirkülasyonda baskındır. Androjenlerin estrojenlere periferik dönüşümü vücut ağırlığı ile ilişikili olduğu için şişman hastalarda periferik dönüşüm fazla olduğundan estrojen gereksiniminin bir

kısmı karşılanabilmektedir. Bu gruptaki kadınlar HRT'ne gereksinim duymazlar. Fakat endojen estrogen progesteronla karşılanmadığı için endometrial kanser riski artışı açısından dikkatli olunmalıdır. Geç menopozal dönemde FSH yükselişinde yavaşlama görülmektedir (Dvornyk, 2013; Mwampagatva et al., 2013; Panay ve Kovacs, 2015).

Anti-Müllerian Hormon (AMH), antral foliküller tarafından üretilen, diğer menstrual siklus hormonlarından farklı olarak feed back mekanizması ile direkt ilişkili olmayan bir glikoproteindir. Antral folikül sayısı primordial havuz boyutunu yansıtmaktadır. Bu nedenle sayı menarşta yüksekken sonrasında azalma göstermektedir. Dolayısıyla AMH reproduktif yaşlanma ve fekundite göstergesi olarak değerlendirilen önemli bir biomarkerdir. Ancak menopozdan önceki 5 yıl içinde tespit edilebilirliğini neredeyse tamamen kaybetmektedir (Öktem ve Urman, 2012).

Menopozdan sonra overler temel olarak androstenedion (AS) ve testosteron (T) salgılamaya başlar. Fakat dolaşımdaki AS'un büyük bir kısmı adrenal kaynaklıdır. Premenopozal dönemde serumdaki AS'un yarısı over kaynaklı iken postmenopozal dönemde bu dörtte birden daha azdır. Premenopozal dönemde overler T üretiminin %25'inden sorumludur. Postmenopozal dönemde toplam T üretimi azalsa da overlerin üretimi neredeyse sabit devam eder ve bu nedenle katkıda bulunduğu yüzde daha fazla görünmektedir. Bu durum Sex Hormon Binding Globulin (SHBG) düzeyinde azalmaya neden olmaktadır (Panay ve Kovacs, 2015).

Dihidroepiandrosterone (DHEA) ve DHEA-sülfat'ın (DHEAS) temel kaynağı da adrenal bezdir ve yaşla birlikte azalmaktadır. Yaşla beraber azalmaya bağlı olarak DHEA ve DHEAS genç kadınlardakine göre 40-50 yaşlarında %50 daha azdır. Menopoz sonrası T ve AS üretiminde yaşlanma ile birlikte az miktarda değişiklik meydana gelmesine karşın DHEA ve DHEAS azalmaya devam eder (Tıraş ve Demir, 2014).

Ovulasyon olmaması dolayısıyla Corpus Luteum yetersizliği sonucu progesteron düşmektedir. Az miktardaki progesteron, adrenal glandlar tarafından üretilmeye devam eder (Dvornyk, 2013).

2.8. Menopozal Değişiklikler

Tüm vücut organlarında lokalize olan hücresel estrogen reseptörleri vardır. Bundan dolayı, estrogen seviyesindeki azalma birçok fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur (Mwampagatva et al., 2013).

2.8.1. Üreme sistemi değişiklikleri

Yüksek konsantrasyonu ile vagina, vestibul ve mesanede hücre proliferasyonu ve maturasyonunu sağlayan Estradiol, menopozal dönemde azalma göstermekte, genitoüriner dokularda morfolojik ve fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır (Karakoç ve ark., 2016; Hull ve Fournace, 2017; Pace, 2017).

Vulva

Menopozal dönemde meydana gelen estrogen yetmezliğine bağlı olarak vulvada atrofi, subkutan dokuda, labia majör ve minörlerin kan akımında, klitoral ereksiyonda azalma görülmekte ve orgazm sorunlarıyla karşılaşılabilir. İntroitusu geri çekilme, hiyalinizasyon ve elastikiyet kaybı dispareniye neden olabilmektedir. Ciltteki distrofi ile cilt bariyer fonksiyonu ve hidrasyonunda yetersizlik artar, pruritis daha sık görülmektedir (Farage, 2015).

Vagina

Vaginada kısılma, incelme ve daralma meydana gelmektedir. Vaginal epitelde atrofi, kan dolaşımı, yağ dokusu, elastikiyet, lubrikasyonda azalma ve vaginal pH'da artma görülmektedir. Epitel incelmesi ile rugaelar düzleşir, yaygın kırmızı görünüm ve peteşiler izlenmektedir. Bu değişiklikler nedeniyle dispareni, postkoital yanma, iritasyon ve kanama görülebilmektedir. Süperfisial hücrelerde glikojen üretiminin yetersiz hale gelmesi ile oluşan Lactobasillerde azalma, pH'da artış sonucunda vaginal flora ve mikrobiyomda değişiklikler meydana gelmekte, enfeksiyona (atrofik vaginitis) eğilim artmaktadır (Aba ve ark., 2016; Karakoç ve ark., 2016).

Serviks

Serviks boyutları küçülmekte, internal ve eksternal os daralmaktadır. Endoservikal glandların atrofiye gitmesi ile servikal mukoza miktarı ve viskozitesi azalarak kaybolmaktadır. Cinsel olgunluk döneminde spekulum muayenesinde

dışarıdan görülebilen transformasyon zonu servikal kanalın içine doğru ilerlemekte ve dışarıdan görülememektedir (Mwampagatva et al., 2013).

Uterus

Uterus boyut ve ağırlığında azalma, endometrial atrofi ve myometrial incelmeye meydana gelmektedir. Endometrial estrogen reseptörlerinde, damar yapıları ve kan akımında azalma oluşmakta, enfeksiyon riski artmaktadır. Endometrial atrofiye bağlı olarak kanamalar görülebilmekte ancak endometrium kanseri açısından mutlaka kanama nedeni araştırılmalıdır (Zhou et al., 2016)).

Overler ve Tubalar

Overlerin atrofiye uğraması nedeniyle over boyut ve ağırlığında azalma görülmekte, muayene ile palpe edilememektedir. 50 yaş üzerinde muayenede palpasyonu izlenen her overyan kitle malignite açısından yüksek risk taşımaktadır. Estrogen reseptörleri taşıyan tuba uterinalarda da boyut, uzunluk ve sekresyonda azalma, lümenlerde daralma, silyalı yapıların şekil ve hareket yeteneğinde bozulma görülmektedir (Brodovska et al., 2007).

Pelvik Taban

Estrogen reseptörlerinin, kollajen üretimi ve yıkımının kontrolündeki etkileri ile pelvisin desteklenmesinde rol oynadığı bilinmektedir. Estrogen yetmezliği stres inkontinans, urge inkontinans, pelvik organ prolapsusu gibi menopozal dönemde sıkça karşılaşılan pelvik taban bozukluklarında etyolojik faktör olabilmektedir (Weber et al., 2015).

Meme

Subkutanoz yağ ve bağ dokusu ile glandüler meme dokusunda azalma olduğu için meme büyüklüğünde azalma, sarkma, pörsüme ve yassılaşma olur. Mamillalar düzleşir (Tıraş ve Demir, 2014).

2.8.2. Üriner sistem değişiklikleri

Estrojene duyarlı alt üriner kanal yapıları olan üretra, periüretral dokular, mesane ve trigone kasları estrogen reseptörlerinden zengindir. Estrogen azalmasına bağlı olarak atrofik üretrit, atrofik sistit, irritasyon meydana gelmektedir. Mesane

eşiğinin düşmesi, pelvik tonus kaybı, pelvik desteğin azalması ile prolapsus oluşumu, dizürri, urge inkontinans stres inkontinans, sık idrara çıkma gelişebilir (Lee, 2017).

2.8.3. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) özellikle postmenopozal dönemdeki kadınlarda sıklıkla karşılaşılan morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Bu dönemde KVH riskinde artış görülmesi meydana gelen metabolik ve hormonal değişikliklerle ilişkilidir. Menopoz nedeniyle ortaya çıkan estrogen yetmezliği kardiyovasküler metabolizma ve fonksiyonları üzerinde zararlı bir etki oluşturmaktadır. Menopoz; vücuttaki yağ dağılımında jinekoid tipten android paterne dönüşme, glukoz toleransında azalma, dislipidemi, kan basıncında ve sempatik aktivasyonda artma, endotelial disfonksiyon, vasküler inflamasyon gibi risk faktörlerini beraberinde getirmektedir. Kadınlar, menopoz öncesinde KVH açısından doğal bir korunma altındayken, menopoz sonrasında KVH sıklığında dramatik bir artış görülmektedir (Sharma et al., 2008; Yıldız ve ark., 2015; Kransdorf et al., 2016; Schuster et al., 2016).

Postmenopozal KVH için bilinen risk faktörleri şunlardır:

- Menopoz zamanı
- Hipertansiyon
- Dislipidemi (TK>240 mg/dl, LDL> 130 mg/dl, HDL < 45 mg/dl)
- Sigara kullanımı
- Glukoz intoleransı – Diabetes Mellitus (DM)
- Şişmanlık
- Aktivite azlığı
- Kişiliğe bağlı faktörler
- Genetik faktörler (Bostoc-Cox, 2015; Ranjit et al., 2015).

2.8.4. Kas iskelet sistemi değişiklikleri

Kemik hücreleri estrogen reseptörü içermeleri nedeniyle estrogen düzeyindeki azalmadan etkilenmekte ve bunun sonucunda postmenopozal osteoporoz ortaya çıkabilmektedir. Estrogen yetmezliği, osteoblastik aktivite ile karşılaştırıldığında

osteoklast aktivitesinde artış meydana getirerek kemik hücrelerinin azalmasına yol açarak kemik rejenerasyonunda bozulmaya neden olmaktadır. Kemik mineral dansitesi ve kalitesinde gerçekleşen azalma ile kemik direnci azalmakta ve travmatik fraktür riski artmaktadır. Bu durumdan en çok etkilenen kemikler vertebralar, proksimal femur ve distal radiusdur (Kwun et al., 2012; Tıraş ve Demir, 2014).

Postmenopozal osteoporoz için risk faktörleri şunlardır:

- Geç menarş
- Erken menopoz
- Nulliparite
- Diyetle yetersiz kalsiyum, fosfor, D vitamini alımı
- Malabsorbsiyon
- Sedanter yaşam tarzı
- İmmobilizasyon
- Ailede osteoporoz öyküsü
- Parental/bireysel fraktür öyküsü
- Asya/beyaz ırk
- Romatoid artrit öyküsü
- Endokrin bozukluklar
- Kronik böbrek yetmezliği
- Sigara, alkol, kafein, glukokortikoid, siklosporin, heparin, proton pompa inhibitörleri, antikonvülsanlar, metotreksat, kolestiramin, GnRH agonistler gibi kemik yoğunluğunda azalmaya neden olan predispozan faktörlerdir (Kwun et al., 2012).

2.8.5. Gastrointestinal sistem değişiklikleri

Özellikle ağız mukozası estrogen reseptörlerinden zengindir. Estrogen azalması ağız kuruluğu, kötü tat, diş eti hastalıklarına yol açar. Kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon ya da diyare, hemoroidlerde artış görülebilir. İştahta artma ya da azalma, çeşitli şekillerde dispepsi olabilir. Barsak mukoza atrofi, mide sekresyonunda azalma, bunun yanında gastrik reflü ve safra taşı oluşumu artabilir (Katainen et al., 2016; Monteiro et al., 2018).

2.8.6. Saç ve deri değişiklikleri

Deri hücreleri, ter bezleri ve saç folikülleri estrogen reseptörleri içermektedir. Postmenopozal dönemde estrogen düzeyindeki azalmaya bağlı olarak yağ bezleri ve ter bezlerinin fonksiyonu azalmaktadır. Epitelde incelme, hidrasyonda azalma, kolajen ve seboreik aktivitede azalma nedeniyle ciltte kuruluk, kırışıklık, sarkma, saç ve tırnak kalitesinde bozulma görölmektedir (Farage et al., 2010).

Estradiol seviyesinin azalması ve adrenokortikal aktivitenin artışı ile çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüylerin ortaya çıkması ile karşılaşılabilmektedir. Koltukaltı ve pubik kıllarda seyrelme olabilmekte, kadında alopesi varsa bu dönemde şiddeti artabilmektedir (Markopoulos et al., 2015).

2.8.7. Vazo-motor değişiklikler

Klimakterik dönemdeki kadınların %75-85'i sıcak basması deneyimlemekte ve bu kadınların %85'i bir yıldan daha uzun süre, %25-50'si ise beş yıl süre ile bu semptomdan yakınmaktadır. Diğer menopozal semptomlar progresyon gösterirken, yaş ilerledikçe sıcak basması tekrarlama sıklığı ve şiddeti azalma göstermektedir. Sıcak basması üst vücutta 30 saniye ile 10 dakika arasında sürebilmekle beraber ortalama 4 dakika devam eden şiddetli bir sıcaklık artışı hissidir. Kadınların birçoğu, basınç hissi ve çarpıntı ile başlayıp yüz, boyun, göğüste iritasyon ve sıcaklık artışını takiben baş, boyun, üst göğüs ve sırtta terleme şeklinde tanımlamaktadır. Sıklıkla gece görölmekte ve uykudan uyanmaya neden olmaktadır. Uyku paterninde meydana gelen bozulma ile kronik yorgunluk hissi, iritabilite, konsantrasyonda zayıflama, hafıza problemleri, depresyon ve ilgi azlığı gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Shohani et al., 2016; Pace, 2017; Unkenstein et al., 2017).

2.8.8. Psiko-sosyal ve bilişsel değişiklikler

Menopozal dönemde görülen psikolojik değişiklikler, fizyolojik nedenlerle beraber bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü etkenlerle de ilişkilidir. Menopoz, bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikler yaşadığı, yaşadığı bu değişikliklere uyum sağlaması gereken, yaşla ilişkili gelişimsel fizyolojik bir süreçtir. Gelişim psikologlarına göre, menopoz orta yaşla örtüşmektedir ve orta yaş döneminde fertilité, gençlik ve çekiciliğin kaybı gibi yaşlanmaya; çocukların bağımsızlığını kazanarak aileden ayrılması ile ebeveynlik rolünün öneminin azalması gibi ailevi ve sosyal değişikliklere bağlı olarak bir gelişimsel krizle karşı karşıya kalınmaktadır. Reprodüktif hormonlar ve menopozal dönemde bu hormonlarda meydana gelen ani değişiklikler beyinde nörotransmitterleri etkileyerek depresif semptom görülmesine neden olmaktadır. Menopozal dönemde ortaya çıkan vazomotor semptomlar uyku bozukluğuna, uyku bozukluğu ise depresif semptomlara yol açabilmektedir. Depresif bozukluk öyküsü, menopoz ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutum, yaşamsal olaylar, kişilik özellikleri, başetme becerileri, düşük benlik saygısı, yetersiz sosyal destek, işsizlik, düşük sosyoekonomik statü, düşük sağlık statüsü, cerrahi menopoz, eş, çocuklar ve sosyal çevre ile olumsuz ilişkiler, zayıf sosyal roller ve statü, yaşam tarzı, sağlık, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları menopozal dönemde depresyon gelişmesi için risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır (Nisar et al., 2012; Bien et al., 2015; Armand et al., 2017; Kumar ve Mrinal, 2017; Ruan et al., 2017; Thomas ve Kamath, 2017; Tremayne ve Norton, 2017).

2.8.9. Metabolik değişiklikler

Estrojen hormonunun yaşlanmaya bağlı oluşan santral tip kilo alımını engellediği bilinmektedir. Menopozla birlikte hiperinsülinemi ve bozulmuş glukoz intoleransı ile beraber giden abdominal obezite ortaya çıkmaktadır (Kozakowski et al., 2017).

2.9. Menopozal Dönemde Hemşirenin Rolü

Menopozal dönemde yaşam kalitesini etkileyen semptomların ortaya çıkması, bu döneme özgü gereksinimleri de beraberinde getirmektedir.

Sağlık çalışanları arasında hemşire/ebeler klimakterik döneme yönelik yaptıkları danışmanlık ile kadınların dönem hakkında bilgi sahibi olmalarına,

yaşayacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine ve en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olmada önemli bir role sahiptirler. Hemşireler ve diğer sağlık hizmeti veren sağlık profesyonelleri, kadınlarda menopoza yönelik pozitif tutum geliştirebilir, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilir ve klimakterik döneme yönelik stresi azaltabilirler (Holloway, 2012; Rindner et al., 2017).

Hemşirelik kuramlarının pek çoğunda yeri olan “Temel İnsan Gereksinimleri” doğrultusunda menopozal olguların temel gereksinimleri şunlardır:

2.9.1. Uygun beslenmenin sürdürülmesi

Klimakterik dönemde estrogen yetmezliğine bağlı olarak metabolik hızda yavaşlama, kilo alma eğiliminde ve kolesterol düzeyinde artış görülür. Menopozla ilişkili olarak artan osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riski yaşam stilinde iyileştirme, uygun diyet ve beslenme destekleriyle minimize edilebilir ya da geriletilebilir. Menopozal dönemde eksiklikleri görülmesi nedeniyle menopozal semptomların ortaya çıkmasına neden olan hormonların doğal beslenme yolu ile replase edilebileceği bilinmektedir. Hemşireler tarafından kadınlara sağlıklı beslenmenin önemi kavratılmalı, beslenme ilkeleri ile ilgili pratik bilgiler verilmelidir.

Beslenme ile ilgili verilebilecek pratik bilgiler şunlardır:

- Yüksek oranda yağ ve kalori içermeyen, sebze, meyve, lif ağırlıklı, tahıldan zengin diyet tercih edilmeli
- Un, tuz, şeker gibi rafine ürünlerden kaçınılmalı
- Günlük 6-8 bardak su tüketimi sağlanmalı
- Baharatlı ve sıcak yiyecek–içeceklerden, kafein, alkol, sigara kullanımından kaçınılmalı
- Karayılan otu, keten tohumu, susam çekirdeği, tahıllar, soya, meyan kökü, kediotu, adaçayı gibi fitoestrogenler ve bioflavonoidlerden zengin besinler (turunçgiller, frenk üzümü, erik, greyfurt, kuşburnu) tüketilmeli
- Yeterli protein, kalsiyum, fosfor ve D vitamini tüketimi sağlanmalı
- Osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılması açısından sedanter yaşam stili değiştirilmeli, fiziksel hareket düzeyi artırılmalı

- A, B, C ve E vitaminleri ile beslenme desteklenmeli (Kwun et al., 2012; Hunt, 2016; Duncan, 2018; Hirose et al., 2018; Monteiro et al., 2018).

2.9.2. Yeterli uyku ve dinlenme

Uyku, sağlıklı yaşamın en önemli fizyolojik gereksinimlerden biridir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir.

Menopoz süresince yaşanan uyku problemleri sıklıkla hormonal değişikliklerle ilişkili olarak noktürnal sıcak basması ve gece terlemesinden kaynaklanmaktadır. Estrojen eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan serotonin metabolizmasındaki azalma da uyku problemlerine neden olmaktadır. Ayrıca serum estrojen ve progesteron düzeyinin düşük olmasının, akciğer fonksiyonlarının azalmasında ve üst solunum yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rolü olduğu düşünülmektedir (Triebner et al., 2017; Ju-Kim et al., 2018).

Normal uyku saatlerinin yanı sıra, bireyin dinlenme sürecine de dikkat etmesi önemlidir. Uyku süresindeki azalmaya bağlı olarak iştahsızlık, iritabilite, mental karışıklık, öğrenmede azalma gibi etkiler görülebilmektedir (Jafarbegloo et al., 2017).

Hemşire, menopozal dönemdeki kadının uyku ve dinleme gereksinimini gidermede eğitim yapabilir ve önerilerde bulunabilir. Bu öneriler şunlardır:

- Sıcak basmaları için önleyici tedbirler uygulanmalı
- Yatmadan önce soğuk duş alınmalı
- Yatak odası penceresinin açık olmalı veya oda sıcaklığının hızlı ve manuel olarak düzenlenmesini sağlayan bir fan sistemi oluşturulmalı
- Yatak kıyafetleri pamuklu, ince, geniş ve ferah olmalı
- Yoga, egzersiz, solunum ve gevşeme teknikleri, klinik hipnoz, akupunktur, akupres gibi uygulamalardan destek alınmalı
- Gerektiğinden fazla uyumaya çalışılmamalı
- Günün aynı saatlerinde düzenli olarak uyanılmalı ve yatılmalı
- Gün içinde uyuma saatleri azaltılmalı

- Uyku vaktinden birkaç saat önce bedensel egzersizler yapılmalı, fakat uyku vaktinden önce 1-2 saat yorucu hareketlerden kaçınılmalı
- Yatak sadece uyku ve seksüel aktivite için kullanılmalı
- Stresli dönemlerde yatakta uzun süre kalınmamalı
- Yatmadan önce ağır ve acılı yiyeceklerden kaçınılmalı
- Yatmadan önce uykuyu bozabilecek kafein, alkol ve nikotinden kaçınılmalı
- Yatmadan önce dişler temizlenmeli ve diğer temizlik işlemleri tamamlanmalı
- Yatak odası çevresi temiz, sessiz ve yeterli karanlığa sahip olmalı
- Eğer 30 dakika içinde uykuya geçilemezse yatak terk edilmeli, müzik dinleme, kitap okuma gibi tek düze bir uğraşıda bulunulmalı, bu esnada parlak ışığa maruz kalınmamalı
- Uyku için ilaç almanın sürekli bir çözüm olamayacağı bilinmeli (Atan ve Yiğitoğlu, 2015; Jafarbegloo et al., 2017; Thomas ve Kamath, 2017)

2.9.3. Uygun fiziksel aktivite

Modda yükselme, stres, depresif mod, kas gerginliği ve mental semptomlarda azalma, sıcak basması, KVVH, HT, DM ve osteoporozu önleme, ideal kilonun korunması, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması, önemli etkiye sahip olumlu sağlık davranışlarından biri olan fiziksel aktivite, yaşam boyu sürdürülmelidir (Marshall, 2017).

Hemşire her kadına yaşına, yaşam tarzına ve sağlık problemlerine uygun egzersiz yapması gerektiğini anlatmalı ve “Fiziksel Aktivite Programı” düzenlemelidir. Egzersiz programının haftada en az 3 defa olmak üzere 3-5 kez olması, 30 dakikadan az olmaması ve bireyi rahatsız etmeyen bir yoğunlukta olması önerilmektedir (Marshall, 2017).

2.9.4. Dengeli seksüel yaşam

Menopozal dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Estrojen eksikliğine bağlı olarak cinsel

istekte, cinsel ilişki sıklığında, genital duyarlılıkta, lubrikasyonda, cinsel memnuniyette azalma orgazm güçlüğü ve ağrı yakınmalarına yol açmaktadır (Ornat et al., 2013; Gleser, 2015).

Menopozal dönemdeki kadının seksüel yaşamını yaşa ve menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler, partnere bağlı faktörler, kronik sağlık sorunları, davranış kalıpları ve sosyal değerleri belirlemektedir (Nappi et al., 2016; Moghasemi et al., 2018).

Kadının seksüalite ile ilgili olumsuz yaklaşımı, yaşadığı toplumda benimsenmiş kültür, töreler ve tabular, stres, yorgunluk, yoğun üzüntü, fiziksel sınırlılıklar, partnerle yetersiz iletişim, partnerde CFB, beden imajı, kendine güven, anksiyete, depresyon, yaşadığı toplumun kültürü, disparoniye yol açabilecek genitoüriner semptomlar, menopozal kadının seksüel yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir (Ornat et al., 2013; Avis et al., 2016; Bozkurt ve Sevil, 2016; Thomas et al., 2017).

Kadının cinsel yaşamıyla ilgili gereksinimleri belirlenmeli, farkındalığı sağlanmalı, cinsellikle ilgili sorunlarını ifade edebilmesi ve bu sorunlarla baş edebilmesi için cesaretlendirilmelidir (Elias ve Sherris, 2003; Reid et al., 2014; Sung et al., 2016; Tremayne ve Norton, 2017).

Dengeli bir seksüel yaşamın devamının sağlanmasında menopozal dönemdeki kadın ve partnerine verilebilecek öneriler şunlardır:

- Eşler arası iletişimin artırılması
- Cinsel aktivitenin düzenli olarak devam ettirilmesi
- Duyarlı dokuların belirlenerek uyarılmanın sağlanması
- Sevişme için yeterli zaman ayrılması
- Cinsel memnuniyeti artıracak farklı pozisyonlar denenmesi
- Su ya da yağ bazlı veya hyalüronik asit içerikli lubrikant ve nemlendirici kremler veya estrogen içerikli kremlerin kullanılması
- Kegel egzersizi yapılması
- Partneri olmayan veya fiziksel sınırlılıkları bulunan kadınlar mastürbasyon, vaginal dilatörler, intravaginal lazer terapisi gibi yöntemlerin alternatif olarak

önerilmesi (Hunt, 2016; Jokar et al., 2016; Pitsouni, et al., 2017; Willison et al., 2017).

2.9.5. Vazomotor değişikliklerle baş etme

Özellikle premenopozal dönemdeki kadınlarda, hormonal dalgalanmalar ve düzensizlikler sonucu sıcak basması ve gece terlemeleri en sık rastlanan yakınmalardır.

Kadınlarda bireysel özellikler gösteren bu yakınmalar için ”günlük tutma” en objektif göstergedir. Günlükte, yakınmanın günün hangi saatlerinde olduğu, ne kadar sürdüğü, etkileyen faktörler, kadının anlayıp kaydedebileceği şekilde yer almalıdır. Her kadın için farklılık gösteren faktörlerin bilinmesi, hemşirenin önerilerine de rehberlik edecektir.

Sıcak basmalarının önlenmesi için öneriler şunlardır:

- Ortam sıcaklığı 18-20 C civarında bulunmalı
- Aşırı sıcak ortamlarda bulunmaktan kaçınılmalı
- Sigara, çay, kahve, alkol ve baharatlı yiyeceklerden uzak durulmalı
- Stres, gerginlik, heyecan yaratabilecek ortam ve olaylardan, yüksek duygusal uyaranlardan kaçınılmalı
- Isınma esnasında kolay çıkarılabilecek tarzda, pamuklu kumaşlardan üretilen kıyafetler tercih edilmeli
- Fan, klima gibi soğutma teknolojileri, soğuk uygulama, soğuk duş, yüz ve bilekleri soğuk su ile yıkama, soğuk su içme gibi uygulamalardan yararlanılmalı
- Sıcak basması sırasında, sakın ve rahat bir şekilde oturup, gözlerini kapayarak, karda yalınayak yürümeyi ya da soğuk su içinde yüzmeyi hayal etme sıcaklık duygusunu azaltabilmektedir.
- Düzenli egzersiz, akupunktur, yoga, meditasyon, E vitamini desteği, bioflavonoid ve isoflavon içeren besinlerin tüketilmesi sıcak basmalarının azaltılmasında etkilidir. Ayrıca ilgili literatürde alternatif olarak ginseng, kara yılan otu, sarı kantaron, kırmızı yonca, kompleks B vitamini, soya fasulyesi,

ıspanak, koyu yeşil yapraklı sebzeler, tahıllar, yer fıstığı, yoğurt, süt tüketiminin sıcak basmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Fitall, 2016; Hunt, 2016; Pace, 2017).

2.9.6. Gebelikten korunma

Yaklaşık 40 yaşında ovulasyon sıklığı, over fonksiyonları, overlerdeki folikül sayısı ve niteliğinin azalmaya başlamasıyla kadın fertilitesinde azalma söz konusu olsa da fertilitite tamamen sonlanmamaktadır (Bozkurt ve Sevil, 2016).

Fertiliteleri azalan perimenopozal dönemdeki kadınlara gebelik riski azaldığı için etkinliği düşük olan yöntemlerin uygun olabileceği var sayılırsa da bu dönemdeki kadınlarda meydana gelebilecek gebelikler yüksek risk taşıdığı için etkinliği yüksek kontraseptif yöntemler kullanılmalıdır. Ancak genelde olduğu gibi perimenopozal dönemde de en uygun, en etkili tek bir yöntemden söz etmek doğru değildir (Bozkurt ve Sevil, 2016).

Premenopozdaki kadınlara danışmanlık verilirken, fiziksel muayenenin yanı sıra, detaylı anamnez alınmalı, kontraendikasyonlar ve gereksinimler belirlenmelidir.

Kontraseptif seçimi; kalıcı sterilizasyon isteği, cinsel ilişki sıklığı, CYBH'dan korunma gereksinimi veya menstruel siklus kontrolü, sıcak basmaları, jinekolojik kanserlerin ve osteoporozun önlenmesi gibi kontraseptif olmayan gereksinimlerden de etkilenebilir. Yine sigara kullanımı, şişmanlık, hipertansiyon, genital enfeksiyonlar, çiftin daha önceki deneyimleri, kadının HRT alıp almaması yöntem seçiminde diğer etkili faktörlerdir. Bu konuda kadınların bilgilendirilmesi ve uygun bir aile planlama yöntemi kullanmaları önerilmelidir (Wadyka, 2015).

35 yaş ve üzerindeki kadınlarda düşük doz oral kontraseptif hapların kullanımı; istenmeyen gebelikler ve anormal menstruel kanamalardan korunmanın yanı sıra güvenli bir hormonal etki sürdürmede etkilidir. Menopoza 49 yaşından önce giren kadınların 2 yıl süre ile 50 yaşından sonra menopoza giren kadınların ise menopoza girdikten sonra 1 yıl süre ile herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanarak korunmaya devam etmeleri gerekmektedir. Bu yöntemlerden kondom, RİA, kadın genital organlarında kayganlaştırıcılık sağlayan spermisid jeller, HRT almayan kadınlarda menopozal semptomlarda azalma sağlayan oral kontraseptif haplar tercih edilebilir (Şahin, 1998).

2.9.7. Stresle başa çıkma

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Çevresel, sosyal ve ruhsal stresörler; kalp vurum sayısında hızlanma, kan basıncında artış vb. fizyolojik, endişe, karamsarlık vb. duygusal, unutkanlık, dikkati toplayamama vb. zihinsel etkiler yaratır. Bu etkiler, giderek, üretkenliğin azalması, zevk alamama ve yakın ilişkilerde bozulmaya neden olur. Menopoz, gelişimsel bir stres kaynağıdır. Kişiler, gelişim dönemlerinde, bilişsel, davranışsal ve fiziksel değişikliklere başarılı bir şekilde uyum sağlayamazlarsa, gelişimsel stres, kriz durumuna dönüşebilir. Kriz potansiyelinin arttığı bir dönem olan orta yaşa, başarılı adaptasyon daha önceki dönemlerin başarılı geçmesine, kişiye destek olan sistemlerin varlığına, rol modellerinin kişi ve çevresince kabulüne bağlıdır (Nateri et al., 2017).

Eşin ölümü, boşanma, aileden birinin kaybı, emekli olma, cinsel problemler, yaşlanma etkisiyle ortaya çıkan fiziksel değişiklikler ve cazibe kaybı duygusu özellikle orta yaş kadının sık olarak karşılaştığı stres kaynaklarıdır (Nateri et al., 2017).

Strese yol açan faktörler belirlenmeye çalışılmalıdır. Kadın stres yaratan konu üzerinde konuşmaya teşvik edilerek stresle başetmede rol oynayan faktörler olan bireyin durumu algılama biçimi, kullandığı destek sistemleri ve başetme mekanizmaları değerlendirilmelidir (Şahin, 1998).

Kadınlara ve yakınlarına menopozun normal fizyolojik bir durum olduğu anlatılmalıdır. Sağlıklı beslenme, uyumlu kişilerarası ilişkiler geliştirme, benlik saygısını artırma, düzenli uyuma, yeni uğraşlar bulma, duyguları açık bir şekilde ifade etme, davranışlarda olumlu değişiklikler sağlama ve zamanı iyi kullanma ile ilgili öneriler verilerek menopozal dönemdeki kadınların stresle baş etmede etkin teknikler geliştirmeleri sağlanmalıdır (Rahul, 2017).

Solunum egzersizleri, relaksasyon teknikleri, self hipnoz, yoga, meditasyon, fizik egzersiz, müzik dinleme, içini dökme, dua etme, eş, aile ve akran gruplarıyla paylaşımda bulunma, hoşlandığı uğraşlar edinme, aktivitelere katılma gibi stresi azaltmaya yardımcı teknikler anlatılmalıdır (Beji, 2015).

2.9.8. Deri değişiklikleri ile başa çıkma ve estetik

Estrojenin azalmasına bağlı olarak kollajen bağ dokusu ve elastik lifler azalır, ciltte buruşma, kırışma, memelerde sarkma gibi değişikliklere neden olur. Ciltte hiperpigmentasyon, depigmentasyon görülür. Saçlarda ve diğer tüylü ve kıllı bölgelerde beyazlaşmalar başlar. Estradiol seviyesinin azalması ve adrenokortikal aktivitenin artışı ile çene, dudak üstü, göğüste ve karında kalın tüylerin çıkma eğilimi artar. Bu değişiklikler cazibe kaybı olarak algılanmakta ve kadının beden imajını, özgüvenini ve benlik saygısını olumsuz etkilemektedir (Wadyka, 2015).

Menopoz dönemindeki kadın sağlıklı beslenme, egzersiz, sıvı tüketimi, epilasyon teknikleri, kozmetik ürünler, cilt bakımı, farklı saç kesimleri, saç boyama teknikleri ile bu sorunların azaltılabileceği konusunda bilgilendirilmeli, bununla beraber meydana gelen değişimleri kabullenebilmesi sosyal yaşantısını canlandırması, farklı değer ve ilgiler geliştirmesi sağlanarak olumlu beden imajı kazandırılmalı ve benlik saygısı artırılmalıdır (Wadyka, 2015).

2.9.9. Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi

Menopozal dönem orta yaş dönemi ile çakışmakta, bu süreçte birey fiziksel, psikolojik, sosyal, biyolojik pek çok değişimle karşılaşmakta ve adaptasyon sağlamak durumundadır. Yaşlanma ile meydana gelen değişimler bireyin kendilik algısını ve benlik saygısını önemli oranda etkilemektedir (Jafarbegloo et al., 2017).

Yüksek benlik değerine sahip olma; kendini tanıma, gerçekçi olarak değerlendirme, kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimseme sonucunda, kendine karşı sevgi, saygı ve güven duymadır. Kadının benlik saygısını yükseltmek için sağlığı geliştirme ve desteklemeye yönelik adımlar atılmalıdır (Karakoç ve ark., 2016).

Kadınların, menopozal dönemde meydana gelen değişikliklerle baş etmesi, olumlu bir benlik imajı geliştirmesi açısından önemlidir. Kadınların benlik saygısını yükseltmek için yaşam tarzında değişiklikler yapması, öz bakım davranışlarının geliştirilmesi, bireysel savunma stratejileri ve akran gruplarına katılması, zorluk karşısında güçlü olması, yeni beceriler kazanması, sosyal aktivitelere katılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması gerekmektedir (Karakoç ve ark., 2016; Wagner, 2016).

2.9.10. Sosyal destek

Kadınların menopozal süreci daha kolay tolere edebilmelerini sağlamada eş, aile, arkadaş ve grupların oldukça önemli etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Aile ve sosyal çevrenin menopozu anlayabilmesi ve öğrenmesi ile bireye sağladığı destek de artmaktadır. Aile ve sosyal çevre menopozla ilgili bilgi edinme, aktif dinleme, eğlenceli aktiviteler oluşturma, duyguları paylaşma, optimist olma, destek ve anlayış gösterme, beklentilere uyum sağlayabilme gibi tutumlar geliştirerek menopozal dönemdeki kadına destek sağlayabileceklerdir. Sosyal ağlar, kadın kulüpleri de ortak sorun ve duyguların paylaşılması ve çözüm geliştirilmesinde etkili olmaktadır (Wagner, 2016; Thomas et al., 2017).

Hemşireler, bu dönemde yaptıkları danışmanlıklarla kadınların sıkıntılarına destek olabilir, yol göstererek onları rahatlatabilir. Bu dönemdeki kadınlara eğitim ve danışmanlık nitelikli toplantılar düzenleyebilir.

2.9.11. HRT danışmanlığı

Menopozal semptomların tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar, semptomların gerilemesini sağlayarak yaşam kalitesinin artmasını sağlarken olası yan etkiler de içermektedir. Menopozal dönemdeki kadın semptomların yönetimi, HRT'nin olası yan etkileri ve riskleri, tedavi planı ile ilgili yazılı ve sözel detaylı olarak bilgilendirilmeli, tıbbi kararlara katılımı desteklenerek yeterli ve güvenli danışmanlık sağlanmalıdır (Ceylan ve Özerdoğan, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte, tanımlayıcı özellikte olan araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini İstanbul Tıp Fakültesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran menopozal dönemdeki tüm kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem kapsamına Nisan 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında İ.Ü. İ.T.F. Menopoz Polikliniği'ne başvuran, olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, araştırmaya katılmayı kabul eden menopozal dönemdeki cinsel yönden aktif toplam 106 kadın alınmıştır.

3.3. Araştırma Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırma için etik kurul ve uygulama izni alınmıştır. Her katılımcıya çalışma hakkında bilgi verilerek çalışma sonuçlarının yayınlanması sırasında isimlerinin gizli tutulacağı açıklanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından kadınlarla karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan 42 sorudan oluşan Sosyo-Demografik Özellikler Formu (SÖF), 19 sorudan oluşan Female Sexual Function Index - Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) ve 21 sorudan oluşan Beck Depreesion Inventory - Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyo-demografik bilgi formu

Menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyon düzeyi ve depresyonun değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek oluşturulan SÖF, menopozal dönemdeki kadınlarda; sosyo-demografik değişkenleri belirleyen 7, jino-obstetrik özellikleri belirleyen 6, fiziksel özellik ve genel sağlık-hastalık özelliklerini belirleyen

5, eşlerinin; sosyo-demografik özelliklerini belirleyen 3, genel sağlık-hastalık özelliklerini belirleyen 3 ve menopozal dönemde cinsel yaşam ile depresyon üzerinde etkili olduğu bilinen ve düşünülen faktörlerden oluşan 18 soru olmak üzere toplam 42 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Kadın cinsel fonksiyon indeksi - female sexual function index (FSFI)

Cinsel fonksiyon düzeyini belirlemek amacıyla FSFI kullanılmıştır. FSFI, 2000 yılında R. Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. FSFI, cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı olmak üzere 6 cinsel fonksiyon boyutunun değerlendirilmesi amacıyla özel olarak geliştirilmiştir. FSFI; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere 6 altboyut içermekte, istek altboyutu 2, uyarılma altboyutu 4, lubrikasyon altboyutu 4, orgazm altboyutu 2, memnuniyet altboyutu 4 ve ağrı altboyutu 4 soru ile değerlendirilmek üzere toplam 19 sorudan oluşmaktadır. FSFI'nin cut-of değeri 26,55 puan olarak belirlenmiştir. Çayan ve arkadaşları tarafından 2004 yılında, FSFI için sırasıyla dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, madde anlaşılabilirliği, madde analizi, test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık ve yapı geçerliliği sınanmıştır. Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin testi 0,96, iki faktörün birikimli varyansı %86,82 bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında, test tekrar test korelasyon katsayısı 0,75, iç tutarlılık analizi Cronbach α katsayısı 0.98 olarak tespit edilmiştir. Toplam ölçeğin; ham puan ve faktör yükleri ile çarpıldıktan sonra ortalama ve standart sapmasının; sırasıyla; $43,85 \pm 30,01$ ve $16,70 \pm 11,14$ olduğu görülmüştür. Cut-of 26,55 olarak bulunmuştur. Bu veriler; FSFI'nin Türk kadını için güvenle kullanılabilecek bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir (Aygin ve Aslan, 2005; Öksüz ve Malhan, 2005; Öksüz ve Malhan, 2006). Çalışmamızda Cronbach α katsayısı 0,95 olarak tespit edilmiştir.

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği - Beck Depression Inventory (BDÖ)

Depresif duygu durumları hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla 21 belirti kategorisinden oluşan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. BDÖ, hastalığın etyolojisini değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ilişkin bulguları derecelendirerek depresif belirti ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir. BDÖ 21 madde içermekte ve bu 21 maddenin her birinde dört seçenek bulunmaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almaktadır.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek olması depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Puan aralıklarına göre depresif semptom düzeyi; 9 puan ve altı için normal, 10-16 puan aralığı için hafif, 17-29 puan aralığı için orta ve 30-63 puan aralığı için şiddetli olarak değerlendirilmektedir. 15 yaş üzerindeki kişilere BDÖ'nin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1980 yılında Tegin ve yılında 1989 Hisli tarafından yapılmıştır. Tegin 40 üniversite öğrencisi ve 30 depresif hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada BDÖ'nin Türk diline uygunluğunu ve her iki grup için güvenilirliğini belirlemiştir. Güvenirlik kat sayısı test tekrar test yöntemiyle öğrenciler için 65 bulunmuştur. İki-yarım yöntemiyle güvenilirlik kat sayısı, öğrenciler için 78, depresif hastalar için ise 61 olduğunu saptamıştır (Şahin, 2002). Çalışmamızda Cronbach α katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma evreni İstanbul Tıp Fakültesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran menopozal dönemdeki tüm kadınlar ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca çalışmaya sadece Nisan 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında İTF Menopoz Polikliniği'ne başvuran, menopozal dönemdeki 45-59 yaş arası cinsel yönden aktif kadının dahil edilmesi çalışmanın sınırlılıklarındandır.

3.5. Etik Konular

- Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. (Ek-5)
- İstanbul Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alınmıştır. (Ek-6)
- Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden menopozal dönemdeki kadınlardan yazılı onam alınmıştır. (Ek-7)
- İstanbul Üniversitesi'nde başlanan çalışmanın Biruni Üniversitesi'nde sürdürülmesi için Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden onay alınmıştır. (Ek-8)

3.6. Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen verilerin analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır. T Testi, Chi Square analizi, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test ve Post Hoc Tukey Testi uygulanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Menopozal Kadınlara Ait Bulgular

Çalışmada yer alan menopozal kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri, jineko-obstetrik özellikleri, sağlık durumuna ilişkin özellikleri, menopoza ilişkin özellikleri, cinsel yaşama ilişkin özellikleri ve menopozal dönemde eş iletişimine ilişkin özellikleri ile ilgili bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=106)

Özellikler		Kadın		Eş	
		N	%	N	%
Yaş	45 - 49	31	29,2	8	7,5
	50 - 54	31	29,2	22	20,8
	55 - 59	44	41,6	43	40,6
	≥ 60	0	0	33	31,1
Eğitim durumu	İlköğretim	62	58,5	48	45,3
	Ortaöğretim	30	28,3	39	36,8
	Yükseköğretim	14	13,2	19	17,9
Çalışma durumu	Evet	17	16	38	35,8
	Hayır	89	84	68	64,2
Gelir durumu	Geliri giderinden az	42	39,6		
	Geliri giderine eşit	45	42,5		
	Geliri giderinden fazla	19	17,9		
Evlilik şekli	Severek	46	43,4		
	Görücü usulü	60	56,6		

Araştırmaya katılan 106 menopozal kadının ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Kadınların çoğunluğu 55-59 (n=44, %41,6) yaş grubundadır. 45-49 yaş (n=31, %29,2) ile 50-54 yaş grubu (n=31, %29,2) örneklemini tamamlayan diğer yaş gruplarıdır. Eşlerin çoğunluğu ise 55-59 (n=43, %40,6) yaş grubundadır.

Araştırma örneklemini oluşturan kadınların çoğunun eğitiminin ilköğretim düzeyinde (n=62, %58,5) olduğu görülmektedir. Yine eşlerin çoğunun eğitim düzeyinin ilköğretim (n=48, %45,3) olduğu belirlendi.

Kadınların (n=89, %84) ve eşlerinin (n=68, %64,2) çoğunun çalışmadığı ve gelir durumunu (n=45, %42,5) "geliri giderine eşit" olarak tanımladığı görüldü. Evlilik süresinin ise yoğunlukla (n=102, %96,2) 20 yıl ve üzeri olduğu belirlendi.

Tablo 2. Kadınların Jineko-obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=106)

Özellikler	X ± SD	Median	Min.	Max.
Gebelik Sayısı	3,8 ± 1,59	4	1	> 5
Doğum Sayısı	2,79 ± 1,30	2	1	>5
Düşük Sayısı	1,26 ± 0,56	1	1	3
Küretaj Sayısı	2,11 ± 1,40	2	1	6

Araştırmaya katılan menopozal kadınların jineko-obstetrik durumlarına ilişkin bazı özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Kadınların ortalama gebelik sayısı 3,80±1,59; doğum sayısı 2,79±1,30; düşük sayısı 1,26±0,56; küretaj sayısı 2,11±1,40 olarak belirlendi.

Tablo 3. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=106)

Özellikler		Kadın		Eş	
		N	%	N	%
Kronik hastalık	Var	50	47,2	56	52,8
	Yok	56	52,8	50	47,2
Sürekli ilaç kullanımı	Var	51	48,1	54	50,9
	Yok	55	51,9	52	49,1
Üreme sistemi cerrahi girişim	Var	18	17		
	Yok	88	83		
Sigara içme	Var	22	20,8	34	32,1
	Yok	84	79,2	72	67,9
BMI	Normal	25	23,6		
	Fazla kilolu	81	76,4		

Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin genel sağlık durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Kadınların %52,8'inin (n=56) kronik hastalığının, %51,9'unun (n=55) sürekli ilaç kullanımının bulunmadığı saptandı. Kronik hastalığı bulunan kadınlarda en sık görülen sorunun (n=28, %56) hipertansiyon olduğu belirlendi. Kadınların eşlerinde kronik hastalık oranı %52,8 (n=56), sürekli ilaç kullanımı oranı %50,9 (n=54) olarak belirlendi, en sık görülen kronik hastalıkların ise hipertansiyon (n=35, %62,5) ve diabetes mellitus tip II (n=19, %34) olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan kadınlar (n=84, %79,2) ve eşleri (n=72, %67,9) büyük oranda sigara içmemektedir.

Kadınların %76,4'ünün (n=81) Body Mass Index'e (BMI) göre şişman (BMI $\geq$ 25) oldukları belirlendi.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunda (n=88, %83) üreme sistemi ile ilgili cerrahi girişim öyküsü bulunmamaktadır.

Tablo 4. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=106)

Özellikler		N	%
Menopoz yaşı	< 40 yaş	8	7,5
	40 - 44	27	25,5
	45 - 49	46	43,4
	50 - 54	25	23,6
Menopoz süresi	< 5 yıl	43	40,6
	≥ 5 yıl	63	59,4
Menopoz şekli	Doğal	91	85,8
	Cerrahi	15	14,2
HRT kullanımı	Evet	4	3,8
	Hayır	102	96,2

Araştırmaya katılan kadınların menopoza ilişkin özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Kadınların çoğunda menopoz yaşının (n=46, %43,4) 45-49 yaş aralığında olduğu belirlendi. Menopoz süresi çoğunlukla 5 yıl ve üzeri (n=63, %59,4) olarak dağılım gösterdi. Kadınların büyük oranda (n=91, %85,8) doğal şekilde menopoza girdiği, çok yüksek oranda (n=102, %96,2) HRT kullanmadığı görüldü.

Tablo 5. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özelliklerinin Dağılımı
(n=106)

Özellikler		Kadın		Eş	
		N	%	N	%
Cinsel ilişki sıklığı	2 haftada 1	39	36,8		
	Haftada 1	40	37,7		
	Haftada 2	18	17		
	Haftada 3	9	85		
İlişki sıklığını belirleyen taraf	Eşi	66	62,3		
	Beraber	40	37,8		
Cinsel ilişkiyi başlatma	Evet	24	22,6		
	Hayır	82	77,4		
Eşiyle cinsellik konusunda iletişim	Var	40	37,7		
	Yok	66	62,3		
Cinsel yaşam memnuniyeti	Evet	71	67	78	73,6
	Hayır	35	33	28	26,4
Cinsel sorun varlığı	Var	79	74,5	40	37,7
	Yok	27	25,5	66	62,3
Cinsel sorun nedeniyle hekime başvurma / tedavi	Evet	7	6,6		
	Hayır	99	93,4		

Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin cinsel yaşama ilişkin özellikleri tablo 5 'te gösterilmiştir. Cinsel ilişki sıklığı çoğunlukla haftada 1 (n=40, %37,7) ve 2 haftada 1 (n=39, %36,8) olarak dağılım gösterdi.

Kadınların %67'si (n=71) eşleriyle cinsel yaşamlarından memnun olduğunu, %73,6'sı (n=78) eşlerinin cinsel yaşamlarından memnun olduğunu ifade etti. Kadınların, çoğunlukla eşleriyle cinsellikle ilgili iletişim kurmadıkları (n=66, %62,3), cinsel ilişkiyi başlatan taraf olmadıkları (n=82, %77,4) ve ilişki sıklığının çoğunlukla (n=66, %62,3) eşleri tarafından belirlendiği saptandı.

Kadınlar büyük oranda kendilerinde (n=79, %74,5) cinsel sorun olduğunu ifade etti. Kadınların %62,3'ü (n=66) eşlerinde cinsel sorun olmadığını bildirdi. Kadınlarda en sık görülen cinsel sorun (n=68, %86) cinsel istekte azalmayken, eşlerinde en sık görülen cinsel sorunlar ise sertleşme sorunu (n=27, %67,5) ve erken boşalma (n=15, %37,5) olarak sıralandı.

Kadınların büyük oranda (n=99, %93,4) cinsel sorunlarla ilgili olarak hekime başvurmadıkları ve tedavi almadıkları belirlendi.

**Tablo 6. Menopozal Dönemde Eşle İletişime İlişkin Özelliklerin Dağılımı
(n=106)**

Özellikler		N	%
Menopozal dönemde eş yaklaşımında değişim	Var	18	17
	Yok	88	83
Yaklaşım değişiminde menopozun rolü	Var	8	44,5
	Yok	4	22,2
	Kısmen	6	33,3
Menopozal sorunları eşle paylaşma	Evet	91	85,8
	Hayır	15	14,2

Araştırma örneklemini oluşturan kadınların menopozal dönemde eşleriyle iletişimlerine ilişkin özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Kadınların çoğu menopozal dönemde eşlerinin kendilerine yaklaşımında bir değişiklik olmadığını (n=88, %83),

yaklaşım değişimi olduğunu düşünen kadınların % 44,5'i (n=8) bu değişimde menopozun rol oynadığını ifade etti.

Kadınların çoğunun (n=91, %85,8) menopozla ilgili yaşadıkları sorunları eşleriyle paylaştıkları belirlendi.

4.1.1. Araştırmaya katılan menopozal kadınlara ilişkin FSFI değerleri

Çalışmada yer alan menopozal kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri, jineko-obstetrik özellikleri, sağlık ilişkin özellikleri, menopoza ilişkin özellikleri, cinsel yaşama ilişkin özellikleri ve menopozal dönemde eşleriyle iletişimlerine ilişkin özellikleri ile FSFI toplam ve tüm altboyut puanlarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 7. FSFI Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları, Standart Sapma ve Median Değerleri (n=106)

FSFI	X ± SD	Median	Min.	Max.
İstek	2,45 ± 1,27	2,4	1	5
Uyarılma	2,76 ± 1,25	2,7	1	6
Lubrikasyon	3,80 ± 1,64	3,6	1	6
Orgazm	3,43 ± 1,50	3,6	1	6
Memnuniyet	3,51 ± 1,41	4	1	6
Ağrı	4,57 ± 1,35	4,6	1	6
Toplam	20,52 ± 6,67	20,75	7,2	34,8
Cut off		N	%	
≤ 26,55 puan		86	81,1	
> 26,55 puan		20	18,9	

Tablo 7'de FSFI toplam ve alt gruplarının puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve median değerleri gösterilmektedir. FSFI; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere 6 altboyut içermektedir. FSFI'in cut-of

değeri 26,55 puandır. Puanın yükselmesi cinsel fonksiyon düzeyinin arttığını ifade etmektedir. Araştırmamızın sonucunda menopozal kadınların FSFI istek altboyut puan ortalaması $2,45 \pm 1,27$, uyarılma altboyut puan ortalaması $2,76 \pm 1,25$, lubrikasyon alt boyut puan ortalaması $3,80 \pm 1,64$, orgazm altboyut puan ortalaması $3,43 \pm 1,50$, memnuniyet altboyut puan ortalaması $3,51 \pm 1,41$, ağrı altboyut ortalaması $4,57 \pm 1,35$ ve toplam puan ortalaması $20,52 \pm 6,67$ olarak belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların %81,1'inin (n=86) cut-of değeri olan 26,55'in altında puan aldığı saptandı. Bu bulgu menopozal dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir.



Tablo 8. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		FSFI $\leq 26,55$		FSFI $> 26,55$		X ²	P
		N	%	N	%		
Yaş	45 - 49 yaş	20	23,3	11	55	8,49	0,014
	50 - 54 yaş	26	30,2	5	25		
	55 - 59 yaş	40	46,5	4	20		
Eşin yaşı	45 - 49 yaş	5	5,8	3	15	12,2	0,016
	50 - 54 yaş	15	17,4	7	35		
	55 - 59 yaş	34	34,9	9	45		
	≥ 60	32	37,2	1	5		
Eğitim durumu	İlköğretim	53	61,6	9	45	6,12	0,04
	Ortaöğretim	25	29,1	5	25		
	Yükseköğretim	8	9,3	6	30		
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	42	48,8	6	30	10,6	0,016
	Ortaöğretim	33	38,4	6	30		
	Yükseköğretim	11	12,8	7	35		
Çalışma durumu	Evet	9	10,5	77	89,5	10,51	0,001
	Hayır	8	40	12	60		
Eşin çalışma durumu	Evet	27	31,4	11	55	3,93	0,05
	Hayır	59	68,6	9	45		
Gelir durumu	Geliri giderinden az	36	41,9	6	30	4,9	0,09
	Geliri giderine eşit	38	44,2	7	35		
	Geliri giderinden fazla	12	14	7	35		
Evlilik şekli	Severek	32	37,2	14	70	7,1	0,008
	Görücü usulü	54	62,8	6	30		

Tablo 8'de, kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri ile FSFI cut-of değeri olan 26,55 ve altı ile 26,55 üzeri puan dağılımları yer almaktadır. 55-59 yaş grubunda olan kadınların %46,5'inin FSFI puanı 26,55 ve altı olarak belirlendi. Kadın yaşı ile FSFI cut-of değeri üzerinden puan karşılaştırması sonucunda 55-59 yaş grubu olan kadınlarda cinsel fonksiyonun diğer yaş gruplarındaki kadınlara kıyasla daha olumsuz etkilendiği görüldü ($p < 0,05$). Benzer şekilde eşinin yaşı ile FSFI puanı karşılaştırıldığında, eşinin yaşı 60 ve üzeri olan kadınlarda eşi diğer yaş gruplarında bulunan kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Eğitim düzeyi ile FSFI puanı karşılaştırıldığında eğitim düzeyi yükseköğrenim olan kadınlarda diğer eğitim düzeyi gruplarında bulunan kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun beklenenden daha az olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$). Eşinin eğitim düzeyi yükseköğretim olan kadınlarda, eşinin eğitim düzeyi daha düşük olan kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumlu yönde etkilendiği görüldü ($p < 0,05$).

Çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların FSFI puanları karşılaştırıldığında çalışan kadınlarda cinsel fonksiyonun daha olumlu etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$). Eşin çalışma durumu ve gelir durumu ile FSFI puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunamadı ($p > 0,05$).

Görücü usulü ile evlenen kadınlar ile severek evlilik yapan kadınların FSFI puanları karşılaştırıldığında görücü usulü ile evlenen kadınlarda cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 9. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		FSFI $\leq$ 26,55		FSFI $>$ 26,55		X ²	P
Kronik hastalık	Var	41	47,7	11	55	0,047	0,83
	Yok	45	52,3	9	45		
Sürekli ilaç kullanımı	Var	40	46,5	11	55	0,5	0,5
	Yok	46	53,5	9	45		
Üreme sistemi cerrahi girişim	Var	11	12,8	7	35	5,68	0,02
	Yok	75	87,2	13	65		
Sigara içme	Var	16	18,6	6	30	1,28	0,26
	Yok	70	81,4	14	70		
BMI	Normal	19	22,1	6	30	0,56	0,45
	Kilolu	67	77,9	14	70		

Tablo 9'da kadınların ve eşlerinin genel sağlık durumuna ilişkin özellikleri ile FSFI cut-of değeri olan 26,55 ve altı ile 26,55 üzeri puan dağılımları gösterilmektedir. Kadınların kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, BMI ve sigara içme durumları ile FSFI cut-of değerine göre puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

Üreme sistemi ile ilgili cerrahi operasyon girişim öyküsü olan kadınlar ile olmayan kadınların FSFI cut-of değeri üzerinden puanları karşılaştırıldığında, üreme sistemi ile ilgili cerrahi girişim geçiren kadınlarda cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Tablo 10. Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		FSFI ≤ 26,55		FSFI > 26,55		X ²	P
Menopoz Yaşı	< 40 yaş	8	9,3	0	0	3,59	0,31
	40 - 44 yaş	21	24,4	6	30		
	45 - 49 yaş	35	40,7	11	55		
	50 - 54 yaş	22	25,6	3	15		
Menopoz Süresi	< 5 yıl	29	33,7	14	70	8,86	0,03
	≥ 5 yıl	57	66,3	6	30		
Menopoz Şekli	Doğal	76	88,4	15	75	2,4	0,12
	Cerrahi	10	11,6	5	25		

Tablo 10'da kadınların menopoza ilişkin özellikleri ile FSFI cut-of değeri olan 26,55 ve altı ile 26,55 üzeri puan dağılımı gösterilmektedir. Menopoz yaşı ve menopoz şekline göre kadınların FSFI puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

Menopoz süresi 5 yıl ve üzeri olan kadınların FSFI puanları ile menopoz süresi 5 yıldan daha az olan kadınların FSFI puanları karşılaştırıldığında menopoz süresi 5 yıl ve üzeri olan kadınlarda cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği ve menopoz süresinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark gösterdiği belirlendi ($p < 0,05$).

Tablo 11. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		FSFI $\leq 26,55$		FSFI $> 26,55$		X ²	P
Cinsel ilişki sıklığı	2 haftada 1	36	41,9	3	15	13,95	0,003
	Haftada 1	34	39,4	6	30		
	Haftada 2	12	14	6	30		
	Haftada 3	4	4,7	5	25		
İlişki sıklığını belirleyen taraf	Eşi	57	66,3	9	45	4,23	0,04
	Birlikte	29	33,7	11	55		
Cinsel ilişkiyi başlatma	Evet	13	15,1	11	55	14,74	0,0
	Hayır	73	84,9	9	45		
Eşiyle cinsellik konusunda iletişim	Evet	28	32,6	12	60	5,2	0,02
	Hayır	58	67,4	8	40		
Cinsel yaşam memnuniyeti	Evet	51	59,3	20	100	12,15	0,0
	Hayır	35	40,7	0	0		
Eş cinsel yaşam memnuniyeti	Evet	62	72,1	16	80	0,52	0,5
	Hayır	24	27,9	4	20		
Cinsel sorun varlığı	Evet	69	80,2	10	50	7,81	0,005
	Hayır	17	19,8	10	50		
Eşle cinsel sorun varlığı	Evet	37	43	3	15	5,42	0,02
	Hayır	49	57	17	85		
Cinsel sorun nedeniyle hekime başvuru/tedavi	Evet	5	5,8	2	10	0,46	0,5
	Hayır	81	94,2	18	90		

Tablo 11'de kadınların ve eşlerinin cinsel yaşama ilişkin özellikleri ile FSFI cut-of değeri olan 26,55 ve altı ile 26,55 üzeri puan dağılımı yer almaktadır. İlişki sıklığı ile FSFI cut-of değeri üzerinden puan karşılaştırması sonucunda ilişki sıklığı 2 haftada 1 ve haftada 1 kez olan kadınlarda, ilişki sıklığı haftada 2 kez ve üzeri olan kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği görüldü. 55-59 yaş grubu olan kadınlarda cinsel fonksiyonun diğer yaş gruplarındaki kadınlara kıyasla daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Kadınların cinsel yaşamdan memnuniyet durumu ile FSFI cut-of değeri üzerinden puanları karşılaştırıldığında, cinsel yaşamından memnun olmadığını belirten kadınlarda, cinsel yaşamından memnun olduğunu ifade eden kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği saptandı ($p < 0,05$).

Eşyle cinsellik ile ilgili konuşamayan kadınlarla, cinsellikle ilgili iletişim kurabilen kadınların FSFI cut-of değeri üzerinden puanları karşılaştırıldığında eşyle cinsellik ile ilgili konuşamayan kadınlarda, cinsellikle ilgili iletişim kurabilen kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği görüldü ($p < 0,05$).

Cinsel ilişkiyi başlatan taraf ile FSFI cut-of değeri üzerinden puan karşılaştırılması sonucunda, cinsel ilişki eşleri tarafından başlatılan kadınlarda, ilişkiyi kendisi başlatan kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Kadında cinsel sorun varlığı ile FSFI cut-of değeri üzerinden puan durumu karşılaştırıldığında, cinsel sorunu olmadığını belirten kadınlarda, cinsel sorunu olduğunu ifade eden kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumlu etkilendiği saptandı ($p < 0,05$). Kadınların eşlerinde cinsel sorun bulunması durumu ile FSFI cut-of değeri üzerinden puan karşılaştırması sonucunda, eşinde cinsel sorun olduğunu ifade eden kadınlarda, eşinde cinsel sorun bulunmadığını belirten kadınlara kıyasla cinsel fonksiyonun daha olumsuz etkilendiği görüldü ($p < 0,05$).

Kadınların ifadesi ile belirlenen eşin cinsel yaşamdan memnuniyeti, cinsel sorun nedeniyle hekime başvurma ve tedavi alma durumlarına göre FSFI cut-of değeri üzerinden puan karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p > 0,05$).

Tablo 12. Kadınların Menopozal Dönemde Eşle İletişime İlişkin Özellikleri ve FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		FSFI ≤ 26,55		FSFI > 26,55		X ²	P
Menopozal dönemde eş yaklaşımında değişim	Evet	17	19,8	1	5	2,51	0,11
	Hayır	69	80,2	19	95		
Menopozal sorunları eşle paylaşma	Evet	50	59,5	15	75	1,65	0,2
	Hayır	34	40,5	5	25		

Tablo 12'de kadınların menopozal dönemde eşleriyle olan iletişimlerine ilişkin özellikleri ile FSFI cut-of değeri olan 26,55 ve altı ile 26,55 üzeri puan dağılımı gösterilmiştir. Menopozal dönemde eşin yaklaşımında değişiklik ve menopozal sorunların eşle paylaşılması durumları ile FSFI cut-of değeri üzerinden puan karşılaştırması yapıldı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 13. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		FSFI						
		İSTEK X ± SD	UYARILMA X ± SD	LUBRİKASYON X ± SD	ORGAZM X ± SD	MEMNUNİYET X ± SD	AĞRI X ± SD	TOPLAM X ± SD
Yaş	45-49 yaş (a)	3,19 ± 1,37	3,63 ± 1,12	4,53 ± 1,41	4,23 ± 1,30	4,05 ± 1,17	4,84 ± 1,20	24,47 ± 5,68
	50-54 yaş (b)	2,36 ± 1,15	2,74 ± 1,07	4,06 ± 1,55	3,51 ± 1,32	3,73 ± 1,28	4,68 ± 1,40	21,09 ± 5,66
	55-59 yaş (c)	1,99 ± 1,04	2,16 ± 1,12	3,09 ± 1,60	2,80 ± 1,47	2,98 ± 1,49	4,30 ± 1,40	17,32 ± 6,46
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,80 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	TEST DEĞERİ (F) *	15,71	25,87	15,52	16,40	9,26	3,30	20,55
	p DEĞERİ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,19	0,00
	ANOVA POST HOC TEST	a > b > c	a > b,c	a > b > c	a > b > c	a,b > c		a > b > c
Eşin yaşı	45-49 yaş (a)	3,00 ± 1,47	3,75 ± 1,12	4,43 ± 1,98	4,45 ± 1,06	3,85 ± 0,64	4,85 ± 1,44	24,32 ± 5,45
	50 - 54 yaş (b)	3,03 ± 1,44	3,40 ± 1,19	4,34 ± 1,35	4,00 ± 1,31	4,07 ± 1,33	4,82 ± 1,12	23,65 ± 5,84
	55 - 59 yaş (c)	2,55 ± 1,22	2,83 ± 1,23	4,16 ± 1,58	3,60 ± 1,46	3,54 ± 1,44	4,75 ± 1,28	21,44 ± 6,38
	≥ 60 yaş (d)	1,80 ± 0,86	2,00 ± 0,91	2,81 ± 1,42	2,57 ± 1,36	3,02 ± 1,44	4,10 ± 1,49	16,29 ± 5,81
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,80 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	TEST DEĞERİ (F) *	14,79	23,30	18,49	19,12	6,88	5,10	20,27
	p DEĞERİ	0,002	0,00	0,00	0,00	0,08	0,16	0,00
	ANOVA POST HOC TEST	a,b > c > d	a,b > c > d	a,b,c > d	a > b > c > d			a > b > c > d

Eğitim durumu	İlköğretim (a)	2,21 ± 1,32	2,5 ± 1,28	3,56 ± 1,69	3,06 ± 1,51	3,17 ± 1,47	4,60 ± 1,44	19,09 ± 6,8
	Ortaöğretim (b)	2,64 ± 1,11	2,98 ± 1,12	3,78 ± 1,51	3,81 ± 1,32	3,93 ± 1,25	4,55 ± 1,29	21,69 ± 6,07
	Yükseköğretim (c)	3,13 ± 1,11	3,45 ± 1,08	4,89 ± 2,29	4,20 ± 1,37	4,14 ± 1,02	4,49 ± 1,17	24,29 ± 5,64
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,80 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	<i>TEST DEĞERİ (F)</i>	3,65	4,19	3,96	5,06	4,92	0,05	4,39
	p DEĞERİ	0,029	0,018	0,022	0,008	0,009	0,95	0,015
	ANOVA POST HOC TEST	a < c	a < c	a < b < c	a < b < c	a < b,c		a < b,c

Eşin eğitim durumu	İlköğretim (a)	2,16 ± 1,273	2,39 ± 1,30	3,49 ± 1,76	3,05 ± 1,55	3,18 ± 1,40	4,58 ± 1,48	18,86 ± 6,75
	Ortaöğretim (b)	2,43 ± 1,25	2,85 ± 1,14	3,70 ± 1,46	3,47 ± 1,37	3,56 ± 1,47	4,55 ± 1,32	20,56 ± 6,41
	Yükseköğretim (c)	3,22 ± 1,02	3,49 ± 1,04	4,75 ± 1,36	4,29 ± 1,27	4,25 ± 1,02	4,59 ± 1,15	24,60 ± 5,37
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,80 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	<i>TEST DEĞERİ (F)</i>	5,11	5,88	4,38	5,11	4,17	0	5,48
	p DEĞERİ	0,008	0,004	0,015	0,008	0,018	0,99	0,005
	ANOVA POST HOC TEST	a,b < c	a,b < c	a,b < c	a,b < c	a,b < c		a,b < c

Çalışma durumu	Evet (a)	3,25 ± 1,52	3,55 ± 1,31	4,71 ± 1,51	4,45 ± 1,61	4,16 ± 1,36	4,66 ± 1,21	24,78 ± 7,06
	Hayır (b)	2,30 ± 1,17	2,61 ± 1,19	3,62 ± 1,61	3,23 ± 1,4	3,39 ± 1,39	4,55 ± 1,38	19,7 ± 6,31
	<i>TEST DEĞERİ (F)</i>	2,32	0,02	0,12	0,52	1,4	1,11	0,23
	P DEĞERİ	0,13	0,87	0,73	0,47	0,24	0,29	0,63

Tablo 13'te kadınların ve eşlerinin FSFI altboyut ve toplam puanları gösterilmektedir. Kadın yaşının artmasıyla ağrı dışında tüm FSFI toplam ve altboyut puanlarında azalma olduğu görüldü. Yaşın artmasıyla birlikte cinsel fonksiyon olumsuz etkilendiği belirlendi. Benzer şekilde eşin yaşının artmasıyla memnuniyet ve ağrı dışında diğer FSFI altboyut ve toplam puanlarında azalma olduğu belirlendi. Eşin yaşının artmasıyla istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm açısından cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Eğitim düzeyinin artmasıyla ağrı dışında diğer FSFI altboyut ve toplam puanlarının arttığı saptandı. Eğitim düzeyinin artmasıyla istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm açısından cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği görülmektedir. Eşin eğitim düzeyi arttıkça ağrı dışında diğer FSFI altboyut ve toplam puanlarında artış görüldü. Eşin eğitim düzeyindeki artışla istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm açısından cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği görülmektedir.

Kadınların çalışma durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenemedi. Eşin çalışma durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında memnuniyet altboyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Eşi çalışan kadınlarda memnuniyet açısından cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği belirlendi.

Gelir durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında gelir durumunu "geliri giderinden az" olarak tanımlayan kadınların FSFI toplam ve ağrı dışındaki altboyut puanlarının, diğer gelir düzeyi gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlendi. Bu kadınlarda FSFI toplam ve ağrı dışındaki altboyut puanlarının daha düşük olduğu bulundu ve cinsel fonksiyon daha olumsuz etkilendiği belirlendi. Gelir düzeyinin artmasıyla cinsel fonksiyon daha olumlu etkilenmektedir.

Evlilik şekli ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Tablo 14. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		İSTEK X±SS	UYARILMA X±SS	LUBRİKASYON X±SS	ORGAZM X±SS	MEMNUNİYET X±SS	AĞRI X±SS	TOPLAM X±SS
Kronik hastalık	Var (a)	2,35 ± 1,14	2,62 ± 1,16	3,70 ± 1,70	3,35 ± 1,44	3,45 ± 1,39	4,48 ± 1,35	19,96 ± 6,68
	Yok (b)	2,54 ± 1,38	2,88 ± 1,33	3,88 ± 1,60	3,49 ± 1,55	3,57 ± 1,44	4,65 ± 1,36	21,01 ± 6,68
	TEST DEĞERİ (F)	2,95	1,43	0,18	0,15	0,02	0,07	0,06
	p DEĞERİ	0,09	0,23	0,67	0,7	0,89	0,79	0,81
Eşte kronik hastalık	Var (a)	2,15 ± 1,15	2,43 ± 1,17	3,44 ± 1,70	3,06 ± 1,44	3,23 ± 1,48	4,48 ± 1,34	18,78 ± 6,51
	Yok (b)	2,78 ± 1,33	3,13 ± 1,25	4,19 ± 1,49	3,84 ± 1,46	3,83 ± 1,27	4,67 ± 1,37	22,45 ± 6,36
	TEST DEĞERİ (F)	1,79	0,02	0,95	0,10	3,67	0,15	0,04
	p DEĞERİ	0,18	0,89	0,33	0,75	0,06	0,69	0,84
Sürekli ilaç kullanımı	Var (a)	2,39 ± 1,17	2,66 ± 1,16	3,82 ± 1,71	3,46 ± 1,47	3,47 ± 1,39	4,45 ± 1,33	20,25 ± 6,79
	Yok (b)	2,51 ± 1,36	2,85 ± 1,34	3,77 ± 1,58	3,40 ± 1,53	3,55 ± 1,44	4,68 ± 1,38	20,76 ± 6,61
	TEST DEĞERİ (F)	2,1	1,46	0,49	0,01	0,04	0,42	0,47
	p DEĞERİ	0,15	0,23	0,48	0,91	0,85	0,52	0,5

Eşin sürekli ilaç kullanımı	Var (a)	2,14 ± 1,15	2,42 ± 1,18	3,43 ± 1,69	3,10 ± 1,44	3,24 ± 1,50	4,53 ± 1,33	18,86 ± 6,54
	Yok (b)	2,77 ± 1,32	3,11 ± 1,24	4,18 ± 1,51	3,77 ± 1,48	3,80 ± 1,26	4,61 ± 1,39	22,23 ± 6,42
	TEST DEĞERİ (F)	2,10	0,00	0,47	0,03	4,5	0,42	0,03
	p DEĞERİ	0,15	0,98	0,49	0,87	0,035	0,52	0,85

Üreme sistemi cerrahi girişim	Var (a)	3,17 ± 1,45	3,27 ± 1,20	4,55 ± 1,58	3,89 ± 1,33	3,91 ± 1,33	4,62 ± 1,12	23,40±6,15
	Yok (b)	2,30 ± 1,19	2,66 ± 1,24	3,64 ± 1,62	3,33 ± 1,52	3,43 ± 1,42	4,56 ± 1,40	19,92 ± 6,65
	TEST DEĞERİ (F)	1,08	0,27	0,11	1,06	0,60	2,84	0,05
	p DEĞERİ	0,3	0,607	0,741	0,306	0,44	0,095	0,825

BMI	Normal (a)	2,57 ± 1,29	2,96 ± 1,09	4,08 ± 1,49	3,66 ± 1,44	3,62 ± 1,32	4,42 ± 1,21	21,31 ± 6,55
	Şişmanlık (b)	2,41 ± 1,27	2,70 ± 1,30	3,71 ± 1,68	3,35 ± 1,51	3,48 ± 1,44	4,62 ± 1,40	20,27 ± 6,73
	TEST DEĞERİ (F)	0,02	1,84	1,36	0,62	1,37	2,11	0,03
	p DEĞERİ	0,88	0,18	0,24	0,43	0,24	0,15	0,87

Tablo 14'te kadınların ve eşlerinin sağlık durumlarına ilişkin özellikleri ile FSFI toplam ve altboyut puanları gösterilmektedir. Kadında ve eşinde kronik hastalık bulunması, kadının sürekli ilaç kullanımı, BMI ve üreme sistemi ile ilgili cerrahi girişim durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında cinsel fonksiyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi.

Eşin sürekli ilaç kullanımı ile FSFI toplam ve altboyut puanlarının karşılaştırılması sonucunda FSFI toplam ve memnuniyet altboyutu dışında diğer FSFI altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı. Eşinde sürekli ilaç kullanımı olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonun memnuniyet açısından daha olumlu etkilendiği belirlendi.

Sigara içme durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında FSFI toplam ve altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı.

Tablo 15. Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		İSTEK X±SD	UYARILMA X±SD	LUBRİKASYON X±SS	ORGAZM X±SD	MEMNUNİYET X±SD	AĞRI X±SD	TOPLAM X±SD
Menopoz yaşı	< 40 yaş (a)	1,88 ± 1,08	2,74 ± 1,12	3,19 ± 1,81	2,55 ± 1,19	2,55 ± 1,48	3,75 ± 1,43	16,65 ± 6,23
	40 - 44 yaş (b)	2,40 ± 1,44	2,68 ± 1,30	3,82 ± 1,93	3,61 ± 1,46	3,53 ± 1,51	4,39 ± 1,43	20,42 ± 7,20
	45 - 49 yaş (c)	2,73 ± 1,22	2,97 ± 1,26	4,13 ± 1,57	3,67 ± 1,51	3,59 ± 1,41	4,81 ± 1,29	21,90 ± 6,70
	50 -54 yaş (d)	2,18 ± 1,16	2,46 ± 1,23	3,35 ± 1,27	3,06 ± 1,50	3,66 ± 1,24	4,59 ± 1,30	19,30 ± 5,72
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,80 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	TEST DEĞERİ (F)	1,65	0,96	1,65	2,04	1,40	1,66	1,88
	p DEĞERİ	0,17	0,41	0,18	0,11	0,25	0,18	0,14
Menopoz süresi	< 5 yıl (a)	2,86 ± 1,43	3,32 ± 1,30	4,37 ± 1,34	4,05 ± 1,44	4,00 ± 1,25	5,05 ± 1,11	23,65 ± 5,80
	≥ 5 yıl (b)	2,17 ± 1,07	2,38 ± 1,07	3,4 ± 1,72	3,00 ± 1,39	43,18 ± 1,43	4,24 ± 1,41	18,37 ± 6,4
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,80 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	TEST DEĞERİ (F)	10,23	11,11	3,86	6,10	7,19	4,89	10,96
	p DEĞERİ	0,0	0,0	0,012	0,001	0,0	0,003	0,0
	ANOVA POST HOC TEST	a> b,c >d	a > b,c > d	a > b,c > d	a > b,c > d	a,b,c > d	a,b,c > d	a > b,c >d

Tablo 15'te kadınların menopoza ilişkin özellikleri ile FSFI altboyut ve toplam puanları görülmektedir. Menopoz yaşı ile FSFI altboyut ve toplam puanlarının karşılaştırılmasında cinsel fonksiyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Menopoz süresi ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında menopoz süresi arttıkça FSFI toplam ve altboyut puanlarında azalma olduğu, menopoz süresi 5 yıl ve üzeri olan kadınlarda diğer gruplara kıyasla FSFI toplam ve altboyut puanlarının daha düşük olduğu ve menopoz süresi arttıkça cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği belirlendi.



Tablo 16. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özellikleri ve FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		İSTEK X±SS	UYARILMA X±SS	LUBRİKASYON X±SS	ORGAZM X±SS	MEMNUNİYET X±SS	AĞRI X±SS	TOPLAM X±SS
Cinsel ilişki sıklığı	2 haftada 1 (a)	1,80 ± 0,88	2,18 ± 1,08	2,80 ± 1,46	2,75 ± 1,41	3,11 ± 1,48	4,23 ± 1,46	16,87 ± 6,05
	Haftada 1 (b)	2,58 ± 1,32	2,85 ± 1,26	4,06 ± 1,48	3,54 ± 1,45	3,56 ± 1,36	4,71 ± 1,33	21,30 ± 6,32
	Haftada 2 (c)	2,80 ± 1,23	3,05 ± 1,08	4,73 ± 1,37	4,07 ± 1,39	3,71 ± 1,34	4,80 ± 1,22	23,16 ± 5,48
	Haftada 3 (d)	4,00 ± 0,79	4,27 ± 0,68	5,07 ± 1,24	4,58 ± 0,90	4,67 ± 0,69	4,98 ± 1,06	27,55 ± 3,46
	Toplam	2,45 ± 1,27	2,76 ± 1,25	3,08 ± 1,64	3,43 ± 1,49	3,51 ± 1,41	4,57 ± 1,35	20,51 ± 6,67
	TEST DEĞERİ (F)	10,86	9,22	11,58	6,52	3,43	1,45	10,68
	p DEĞERİ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,23	0,0
	ANOVA POST HOC TEST	a < b,c < d	a < b,c < d	a < b,c < d	a < b,c < d	a < b,c < d		a < b,c < d
Cinsel ilişki sıklığını belirleyen taraf	Eşi (a)	2,21 ± 1,17	2,54 ± 1,22	3,63 ± 1,66	3,10 ± 1,40	3,18 ± 1,40	4,66 ± 1,36	19,32 ± 6,29
	Beraber (b)	3,03 ± 1,28	3,32 ± 1,13	4,27 ± 1,54	4,18 ± 1,41	4,21 ± 1,14	4,57 ± 1,27	23,57 ± 6,25
	TEST DEĞERİ (F)	0,15	2,33	0,2	0,19	7,27	0,36	0,23
	p DEĞERİ	0,69	0,13	0,65	0,67	0,008	0,55	0,63

Cinsel ilişkiyi başlatma	Evet (a)	3,55 ± 1,13	3,75 ± 1,12	4,41 ± 1,72	4,53 ± 1,28	4,68 ± 0,85	4,55 ± 1,30	25,48 ± 5,72
	Hayır (b)	2,13 ± 1,12	2,47 ± 1,14	3,61 ± 1,58	3,10 ± 1,40	3,17 ± 1,36	4,58 ± 1,38	19,06 ± 6,23
	TEST DEĞERİ (F)	1,06	0,71	1,28	0,20	15,34	0,00	0,37
	p DEĞERİ	0,3	0,4	0,26	0,65	0,00	0,97	0,54

Eşyle cinsellik konusunda iletişim	Var (a)	3,15 ± 1,16	3,53 ± 0,98	4,63 ± 1,40	4,18 ± 1,12	4,12 ± 1,15	4,82 ± 1,22	24,42 ± 5,16
	Yok (a)	2,03 ± 1,48	2,30 ± 1,17	3,29 ± 1,58	2,97 ± 1,51	3,15 ± 1,44	4,42 ± 1,41	18,15 ± 6,38
	TEST DEĞERİ (F)	0,13	3,65	0,49	7,07	9,46	0,43	2,86
	p DEĞERİ	0,71	0,06	0,48	0,009	0,003	0,51	0,09

Cinsel yaşam memnuniyeti	Evet (a)	2,88 ± 1,26	3,19 ± 1,18	4,35 ± 1,48	4,02 ± 1,36	4,15 ± 1,05	4,85 ± 1,18	23,44 ± 5,74
	Hayır (b)	1,58 ± 0,74	1,88 ± 0,87	2,67 ± 1,36	2,23 ± 0,95	2,22 ± 1,14	4,01 ± 1,51	14,58 ± 3,94
	TEST DEĞERİ (F)	15,48	3,5	2,06	3,59	1,14	0,74	5,54
	p DEĞERİ	0,00	0,06	0,15	0,06	0,29	0,39	0,02

Eşin cinsel yaşam memnuniyeti	Evet (a)	2,62 ± 1,23	3,02 ± 1,13	4,13 ± 1,48	3,74 ± 1,34	3,84 ± 1,26	4,69 ± 1,26	22,04 ± 5,79
	Hayır (b)	1,97 ± 1,28	2,03 ± 1,29	2,87 ± 1,74	2,54 ± 1,56	2,61 ± 1,45	4,23 ± 1,56	16,25 ± 7,18
	TEST DEĞERİ (F)	0,34	0,4	0,4	1,05	1,74	0,68	0,75
	p DEĞERİ	0,56	0,53	0,53	0,31	0,19	0,41	0,39

Eşte cinsel sorun varlığı	Yok (a)	2,03 ± 1,48	2,30 ± 1,17	3,29 ± 1,58	2,97 ± 1,51	3,15 ± 1,44	4,42 ± 1,41	18,15 ± 6,38
	TEST DEĞERİ (F)	0,13	3,65	0,49	7,07	9,46	0,43	2,86
	p DEĞERİ	0,71	0,06	0,48	0,009	0,003	0,51	0,09
	p DEĞERİ	0,06	0,71	0,22	0,36	0,12	0,08	0,58

Tablo 16'da kadınların ve eşlerinin cinsel yaşama ilişkin özellikleri ile FSFI toplam ve altboyut puanları gösterilmektedir. İlişki sıklığı ile FSFI altboyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda FSFI toplam ve ağrı dışındaki diğer altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık belirlendi. İlişki sıklığı haftada 3 kez ve üzeri olan kadınlarda FSFI toplam ve altboyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, ilişki sıklığı arttıkça cinsel fonksiyonun istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm açısından daha olumlu etkilendiği görüldü.

Cinsel yaşamdan memnuniyet durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında, cinsel yaşamından memnun olduğunu ifade eden kadınlarda, cinsel yaşamından memnun olmadığını belirten kadınlara kıyasla FSFI toplam ve istek altboyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, istek dışındaki diğer altboyut puanlarında istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmadığı ve cinsel yaşamından memnun olduğunu ifade eden kadınlarda cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği belirlendi.

Eşin kadın tarafından ifade edilen cinsel memnuniyet durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı.

Eşle cinsellik konusunda iletişim ile FSFI toplam ve altboyut puanlarının karşılaştırılması sonucunda FSFI toplam ile orgazm ve memnuniyet altboyut puanları dışındaki diğer altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık belirlenemedi. Eşyle cinsellik konusunda iletişim kurabilen kadınlarda, cinsellik konusunda eşyle konuşamayan kadınlara kıyasla FSFI orgazm ve memnuniyet altboyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, eşle cinsellik konusunda iletişimin sağlanmasıyla orgazm ve memnuniyet açısından cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği saptandı.

İlişki sıklığını belirleyen taraf olma durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanlarının karşılaştırılmasında ilişki sıklığını eşleriyle beraber belirleyen kadınlarda FSFI toplam ve memnuniyet dışındaki diğer altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. İlişki sıklığını eşleriyle beraber belirleyen kadınlarda, ilişki sıklığını eşi belirleyen kadınlara kıyasla FSFI memnuniyet puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, cinsel ilişki sıklığının eşle beraber belirlenmesiyle cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği belirlendi.

Cinsel ilişkiyi başlatan taraf olma durumu ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında FSFI toplam ve memnuniyet dışındaki diğer altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. İlişkiyi başlatan taraf olabilen kadınlarda, ilişki eşleri tarafından başlatılan kadınlara kıyasla memnuniyet altboyut puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, ilişkiyi kadının başlatması durumunda memnuniyet açısından cinsel fonksiyonun olumlu etkilendiği görüldü.

Eşte cinsel sorun varlığı ile FSFI toplam ve altboyut puanlarının karşılaştırılmasında FSFI toplam ve altboyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık belirlenmedi.



Tablo 17. Kadınların Menopozal Dönemde Eşle İletişimine İlişkin Özellikleri ile FSFI Altboyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		İSTEK X±SS	UYARILMA X±SS	LUBRİKASYON X±SS	ORGAZM X±SS	MEMNUNİYET X±SS	AĞRI X±SS	TOPLAM X±SS
Menopozal dönemde eş yaklaşımında değişim	Evet (a)	2,03 ± 1,22	2,63 ± 1,30	2,78 ± 1,35	2,93 ± 1,46	3,20 ± 1,59	4,22 ± 1,21	17,80 ± 6,51
	Hayır (b)	2,54 ± 1,27	2,79 ± 1,25	4,00 ± 1,62	3,53 ± 1,49	3,58 ± 1,37	4,64 ± 1,37	21,07 ± 6,60
	TEST DEĞERİ (F)	0,78	0,08	2,76	0,02	2,28	1,5	0,13
	p DEĞERİ	0,38	0,77	0,10	0,89	0,13	0,22	0,72
Menopozal sorunları eşle paylaşma	Evet (a)	2,75 ± 1,25	3,08 ± 1,13	3,99 ± 1,59	3,73 ± 1,36	3,86 ± 1,29	4,60 ± 1,25	22,01 ± 6,00
	Hayır (b)	2,02 ± 1,17	2,27 ± 1,31	3,39 ± 1,68	2,87 ± 1,55	2,90 ± 1,44	4,45 ± 1,52	17,90 ± 7,10
	TEST DEĞERİ (F)	0,83	2,35	0,05	2,50	2,15	1,60	2,21
	p DEĞERİ	0,36	0,13	0,82	0,12	0,15	0,21	0,14

Tablo 17'de kadınların menopoza dönemde eşleriyle olan iletişimlerine ilişkin özellikleri ile FSFI toplam ve altboyut puanları gösterilmektedir. Menopozal dönemde eş yaklaşımında değişiklik ve menopozal sorunların eşle paylaşılması durumları ile FSFI toplam ve altboyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

4.1.2. Araştırmaya katılan menopozal kadınlara ilişkin BDÖ değerleri

Araştırmada yer alan menopozal kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri, sağlık durumuna ilişkin özellikleri, menopoza ilişkin özellikleri, cinsel yaşama ilişkin özellikleri ve menopozal dönemde eşleriyle iletişimlerine ilişkin özellikleri ile BDÖ toplam puan karşılaştırmaları ve subgrup analizleri sonucu elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 18. BDÖ Toplam Puan Ortalaması, Standart Sapma ve Median Değeri
(n=106)**

BDÖ	X ± SD	Median	Min.	Max.
Toplam	13,81 ± 9,66	12	0	41
BDÖ			N	%
≤ 9 puan			39	36,8
10 - 16 puan			35	33
17 - 29 puan			22	20,8
30 - 36 puan			10	9,4

BDÖ toplam puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve median değerleri tablo 18'de görülmektedir. BDÖ 21 madde içermekte ve bu 21 maddenin her birinde dört seçenek bulunmaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek olması depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Araştırmamızın sonucunda menopozal kadınların BDÖ toplam puan ortalaması 13,81±9,66 olarak belirlendi. Araştırmaya

katılan menopozal kadınların %33'ünde (n=35) hafif, %20,8'inde (n=22) orta, %9,4'ünde (n=10) şiddetli düzeyde depresif semptom saptandı.

Tablo 19. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		BDÖ TOPLAM PUAN X ± SD	X ²	P
Yaş	45 - 49 yaş (n=31)	10,52 ± 6,68	7,90	0,019
	50 - 54 yaş (n=31)	12,58 ± 10,54		
	55 - 59 yaş (n=44)	17,00 ± 9,99		
Eşin yaşı	45 - 49 yaş (n=8)	12,38 ± 10,89	10,79	0,01
	50 - 54 yaş (n=22)	9,32 ± 4,71		
	55 - 59 yaş (n=43)	12,65 ± 8,99		
	60 - ≥ 60 (n=33)	18,67 ± 10,91		
Eğitim durumu	İlköğretim (n=62)	16 ± 10,93	7,07	0,03
	Ortaöğretim (n=30)	11,8 ± 7,04		
	Yükseköğretim (n=14)	8,43 ± 4,41		
Eşin eğitim durumu	İlköğretim (n=48)	16,40 ± 11,77	6,87	0,03
	Ortaöğretim (n=39)	13,28 ± 7,25		
	Yükseköğretim (n=19)	8,37 ± 4,69		
Çalışma durumu	Evet (n=17)	9,24 ± 5,71	518*	0,04
	Hayır (n=89)	14,69 ± 10,0		
Eşin çalışma durumu	Evet (n=38)	11,82 ± 9,00	1063*	0,13
	Hayır (n=68)	14,93 ± 9,90		
Gelir durumu	Geliri giderinden az (n=42)	17,52 ± 10,15	12,38	0,002
	Geliri giderine eşit (n=45)	12,60 ± 9,27		
	Geliri giderinden fazla (n=19)	8,47 ± 5,82		

*Mann-Whitney Test

Tablo 19'da kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri ile BDÖ toplam puan karşılaştırmaları görülmektedir.

Yapılan ileri analizde 55-59 yaş grubu kadınlarda 45-49 yaş gruplarındaki kadınlara kıyasla depresif semptom düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Eşinin yaşı 60 ve üzeri olan kadınların BDÖ toplam puanı $18,67 \pm 10,91$ olarak bulundu. Yapılan ileri analizde eşi 50-54 yaş grubunda bulunan kadınların depresif semptom düzeyinin eşinin yaşı 60 ve üzeri olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Eğitim düzeyi ilköğretim olan kadınların BDÖ toplam puanı $16 \pm 10,93$ olarak belirlendi. Yapılan ileri analizde yükseköğretim mezunu olan kadınların BDÖ puanının ilköğretim mezunu olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü ($p < 0,05$). Yükseköğretim mezunu olan kadınlarda depresif semptom durumu daha azdır.

Eşinin eğitim düzeyi yükseköğretim olan kadınların BDÖ toplam puanının eşinin eğitim düzeyi ilköğretim olan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Eşinin eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda depresif semptom durumu daha azdır.

Çalışan kadınların BDÖ puanlarının çalışmayan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Depresif semptom düzeyi çalışmayan kadınlarda daha yüksektir ($p < 0,05$).

Eşi çalışan ve çalışmayan kadınların BDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Gelir düzeyini "geliri giderinden fazla" olarak ifade eden kadınlarda, diğer gelir düzeyi gruplarında bulunan kadınlara kıyasla BDÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Gelir düzeyinin artmasıyla depresif semptom düzeyi azalmaktadır.

Tablo 20. Kadınların Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		BDÖ TOPLAM PUAN X ± SD	U	P
Kronik hastalık	Var (n=52)	12,41 ± 8,41	1213*	0,24
	Yok (n=54)	15,38 ± 10,76		
Sürekli ilaç kullanımı	Var (n=51)	12,47 ± 8,45	1228*	0,27
	Yok (n=55)	15,25 ± 10,71		
Üreme sistemi cerrahi girişim	Var (n=18)	14,23 ± 9,83	677*	0,33
	Yok (n=88)	11,78 ± 8,78		
Sigara içme	Var (n=22)	13,27 ± 9,62	758*	0,2
	Yok (n=84)	15,86 ± 9,78		
BMI	Normal (n=25)	12,56 ± 9,98	894*	0,38
	Fazla kilolu(n=81)	14,20 ± 9,59		

*Mann-Whitney Test

Tablo 20'de kadınların sağlık durumuna ilişkin özellikleri ile BDÖ toplam puanı gösterilmektedir. Kadınlarda kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, sigara içme, BMI, üreme sistemi ile ilgili cerrahi girişim öyküsü bulunması durumları ile BDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p > 0,05$).

Tablo 21. Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		BDÖ TOPLAM PUAN $X \pm SD$	X^2	P
Menopoz yaşı	< 40 yaş (n=8)	18,88 $\pm$ 9,31	3,9	0,27
	40-44 yaş (n=27)	15,15 $\pm$ 10,54		
	45-49 yaş (n=46)	12,72 $\pm$ 9,40		
	50-54 yaş (n=22)	12,76 $\pm$ 9,11		
Menopoz süresi	< 5 yıl (n=43)	9,70 $\pm$ 6,96	810*	0,0
	$\geq$ 5 yıl (n=63)	16,6 $\pm$ 10,27		
Menopoz şekli	Doğal (n=91)	14,24 $\pm$ 9,73	547*	0,22
	Cerrahi (n=15)	11,20 $\pm$ 9,08		

*Mann-Whitney Test

Tablo 21'de kadınların menopoza ilişkin özellikleri ile BDÖ toplam puanı gösterilmektedir. Kadınların menopoz yaşı ve menopoz şekli ile BDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p > 0,05$) menopoz süresi 5 yıl ve üzeri olan kadınlarda menopoz süresi 5 yıldan daha az olan kadınlara kıyasla BDÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Menopoz süresi arttıkça depresif semptom düzeyinde de artış olduğu görüldü.

Tablo 22. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Yaşama İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		BDÖ TOPLAM PUAN X ± SD	X ²	P
Cinsel ilişki sıklığı	2 haftada 1 (n=39)	16,77 ± 10,10	7,0	0,07
	Haftada 1 (n=40)	13,78 ± 10,24		
	Haftada 2 (n=18)	9,94 ± 7,03		
	Haftada 3 (n=9)	8,89 ± 4,70		
Cinsel ilişki sıklığını belirleyen taraf	Eşi (n=66)	14,58 ± 9,69	937*	0,8
	Birlikte (n=40)	11,22 ± 8,31		
Eşiyle cinsellik konusunda iletişim	Evet (n=40)	12,13 ± 8,61	1145*	0,23
	Hayır (n=66)	14,83 ± 10,17		
Cinsel yaşam memnuniyeti	Evet (n=71)	10,94 ± 8,01	632*	0,0
	Hayır (n=35)	19,63 ± 10,20		
Cinsel sorun varlığı	Evet (n=79)	9,78 ± 6,66	750*	0,02
	Hayır (n=27)	15,19 ± 10,16		
Eşte cinsel sorun varlığı	Evet (n=40)	12,67 ± 9,58	1053*	0,09
	Hayır (n=66)	15,70 ± 9,61		

*Mann-Whitney Test

Tablo 22'de kadınların ve eşlerinin cinsel yaşama ilişkin özellikleri ile BDÖ toplam puanı görülmektedir. İlişki sıklığı, eşle cinsellikle ilgili iletişim, cinsel ilişkiyi başlatan taraf olma ve eşte cinsel sorun bulunması durumu ile BDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p > 0,05$).

Cinsel yaşamından memnun olmadığını belirten kadınlarda, cinsel yaşamından memnun olduğunu ifade eden kadınlara kıyasla BDÖ puanının anlamlı düzeyde

yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Cinsel yaşamdan memnuniyetin artmasıyla depresif semptom düzeyinde azalma görüldü.

Cinsel sorunu olmadığını belirten kadınlarda, sorunu olduğunu ifade eden kadınlara kıyasla BDÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü ($p < 0,05$). Cinsel sorun varlığının depresif semptom düzeyini olumsuz etkilediği belirlendi.

Tablo 23. Kadınların Menopozal Dönemde Eşle İletişime İlişkin Özellikleri ve BDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=106)

Özellikler		BDÖ TOPLAM PUAN $X \pm SD$	U	P
Menopozal dönemde eş yaklaşımında değişim	Evet (n=18)	17,50 $\pm$ 9,86	599*	0,1
	Hayır (n=88)	13,06 $\pm$ 95,0		
Menopozal sorunları eşle paylaşma	Evet (n=91)	12,34 $\pm$ 8,64	922*	0,02
	Hayır (n=15)	16,92 $\pm$ 10,48		

*Mann-Whitney Test

Tablo 23'de kadınların menopozal dönemde eşleriyle iletişimlerine ilişkin özellikleri ile BDÖ toplam puanı gösterilmektedir. Menopozal dönemde eşin yaklaşımında değişiklik durumu ile BDÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadım ($p > 0,05$).

Menopozal sorunları eşleriyle paylaşan kadınlarda, sorunlarını paylaşmayan kadınlara kıyasla BDÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Menopozal döneme ilişkin sorunların eşle paylaşılması depresif semptom durumunu olumlu etkilemektedir.

Tablo 24. BDÖ Subgrup Analizinde İstatistiksel Olarak Anlamlı Bulunan Değişkenler (n=106)

Özellikler		≤ 9 puan (normal)		10 - 16 puan (hafif depresif)		17 - 29 puan (orta depresif)		30 - 63 puan (şiddetli depresif)		X ²	P
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Yaş	45 - 49 yaş	13	33,3	15	42,9	2	9,1	1	10	12,81	0,05
	50 - 54 yaş	14	35,9	8	22,9	6	27,3	3	30		
	55 - 59 yaş	12	30,8	12	34,3	14	63,6	6	60		
Eşin yaşı	≤ 49 yaş	3	7,7	3	8,6	1	4,5	1	10	22,31	0,008
	50 - 54 yaş	10	25,6	12	34,3	0	0	0	0		
	55 - 59 yaş	18	46,2	13	37,1	10	45,5	2	20		
	≥ 60	8	20,5	7	20	11	50	7	70		
Eğitim durumu	İlköğretim	20	51,3	15	42,9	18	81,8	9	90	14,7	0,02
	Ortaöğretim	12	30,8	13	37,1	4	18,2	1	10		
	Yükseköğretim	7	17,9	7	20	0	0	0	0		
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	18	46,2	8	22,9	13	59,1	9	90	21,52	0,001
	Ortaöğretim	12	30,8	17	48,6	9	40,9	1	10		
	Yükseköğretim	9	23,1	10	28,6	0	0	0	0		
Gelir durumu	Geliri giderinden az	10	25,6	12	34,3	13	59,1	7	70	13,05	0,04
	Geliri giderine eşit	18	46,2	17	48,6	7	31,8	3	30		
	Geliri giderinden fazla	11	28,2	6	17,1	2	9,1	0	0		
Evlilik şekli	Severek	12	30,8	23	65,7	8	36,4	3	30	10,8	0,013
	Görücü usulü	27	69,2	12	34,3	14	63,6	7	70		
Menopoz süresi	< 1 yıl	29	33,7					14	70	12,9	0,005
	≥ 5 yıl	57	66,3					0	0		

Kronik hastalık	Var	17	43,6	15	42,9	11	50	7	70	2,35	0,5
	Yok	22	56,4	20	57,1	11	50	3	30		
Sürekli ilaç kullanımı	Var	17	43,6	16	45,7	11	50	7	70	0,5	0,5
	Yok	22	56,4	19	54,3	11	50	3	30		
Sigara içme	Var	17	43,6	16	45,7	11	50	7	70	2,35	0,5
	Yok	22	56,4	19	54,3	11	50	3	30		
Cinsel Yaşam Memnuniyeti	Evet	31	79,5	28	80	8	36,4	4	40	18,06	0,00
	Hayır	8	20,5	7	20	14	63,6	6	60		
Cinsel ilişkiyi başlatma	Evet	15	38,5	8	22,9	0	0	1	10	12,92	0,00
	Hayır	24	61,5	27	77,1	22	100	9	90		
Eşin cinsel yaşam memnuniyeti	Evet	28	71,8	32	91,4	13	59,1	5	50	11,04	0,012
	Hayır	11	28,2	3	8,6	9	32,1	5	50		

Tablo 24'te BDÖ subgrup analizinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler gösterilmektedir.

BDÖ subgrupları incelendiğinde, 55-59 yaş grubundaki kadınlarda depresif semptom düzeyinin daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

BDÖ subgruplarında eş yaşı 45-49 olan kadınlarda depresif semptom düzeyinin daha olumlu etkilendiği görüldü ($p < 0,05$).

Eğitim düzeyi ilköğretim olan kadınların depresif semptom düzeyinin BDÖ subgruplarında daha olumsuz etkilendiği saptandı ($p < 0,05$).

Eşlerinin eğitim düzeyi ilköğretim olan kadınlarda BDÖ subgruplarında depresif semptom düzeyinin daha olumsuz etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Gelir durumu düşük olan kadınların depresif semptom düzeyinin BDÖ subgruplarında daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Severek evlilik yapan kadınların depresif semptom düzeyinin BDÖ subgruplarında daha olumlu etkilendiği belirlendi ($p < 0,05$).

Menopoz süresinin artmasıyla depresif semptom düzeyinin BDÖ subgruplarında daha olumsuz etkilendiği saptandı ($p < 0,05$).

Cinsel yaşamından memnun olduğunu ifade eden kadınlarda depresif semptom düzeyinin BDÖ subgruplarında daha olumlu etkilendiği görüldü ($p < 0,05$).

Kadının ilişkiyi başlatan taraf olması durumunun BDÖ subgruplarında depresif semptom düzeyini olumlu etkilediği bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 25. FSFI Toplam ve Altboyut Puanları ile BDÖ Subgrup Karşılaştırması

FSFI	BDÖ				
	≤ 9 puan (normal) X ± SD	10 - 16 puan (hafif depresif) X ± SD	17 - 29 puan (orta depresif) X ± SD	30 - 63 puan (şiddetli depresif) X ± SD	TOPLAM X ± SD
İstek	2,72 ± 1,40	2,64 ± 1,22	1,94 ± 1,01	1,86 ± 1,00	2,45 ± 1,27
Uyarılma	3,01 ± 1,34	3,09 ± 1,15	2,20 ± 1,06	1,89 ± 0,92	2,76 ± 1,25
Lubrikasyon	4,10 ± 1,51	4,43 ± 1,35	2,81 ± 1,60	2,55 ± 1,66	3,80 ± 1,64
Orgazm	3,84 ± 1,57	3,91 ± 1,81	2,31 ± 1,14	2,60 ± 1,36	3,43 ± 1,49
Memnuniyet	3,91 ± 1,39	3,85 ± 1,26	2,60 ± 1,23	2,80 ± 1,35	3,51 ± 1,41
Ağrı	5,02 ± 1,12	4,77 ± 1,25	3,98 ± 1,36	3,44 ± 1,59	4,57 ± 1,35
Toplam	22,59 ± 6,42	22,68 ± 5,24	15,83 ± 5,60	15,14 ± 6,71	20,51 ± 6,667
TEST DEĞERİ X²	13,48	20,64	21,4	16,83	14,233
p DEĞERİ	0,004	0,00	0,00	0,001	0,003

Tablo 25’te FSFI toplam ile istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrıdan oluşan tüm altboyut puanlarının BDÖ subgruplarında karşılaştırılması gösterilmektedir. Cinsel fonksiyon ile depresif semptom düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görüldü. Depresif semptom düzeyi arttıkça FSFI toplam ve tüm altboyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı ve cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği belirlendi.

5. TARTIŞMA

Dünya genelinde cinsel sağlığın önemi gün geçtikçe artmakta olup sağlıklı bir birey olmak bunun en önemli bileşeni olarak kabul edilmektedir. Cinsellik, sosyal, organik, hormonal, duygusal ve kültürel birçok faktörden etkilenmektedir. Cinsel istek ve aktivite orta yaşlı erkek ve kadınlar arasında yaygın olmasına ve yaşlanmaya devam edebilmesine rağmen, cinsel şikayetler de yaşla birlikte artmaktadır (Dennerstein et al., 1997; Avis et al., 2000; Castelo-Branco ve Blumel, 2009). Klimakterik dönemde kadın CFB'nun yaygınlığı oldukça yüksektir ve cinsel ilginin azalması, cinsel ilişkide azalma menopozla ilişkili vajinal sekresyonların azalması nedeniyle yaşla birlikte artma eğilimindedir (Castelo-Branco et al., 2007).

Menopoz, estrogen düzeyindeki azalma dolayısıyla cinsel istekte, cinsel ilişki sıklığında, cinsel yanıtta ve genital duyarlılıkta azalma ile orgazm sorunları gibi cinsel problemlerde artış görülmesi ile ilişkili bulunmakla beraber cinsel fonksiyon fiziksel, mental–emosyonel ve sosyal faktörlerden de etkilenmektedir.

Çalışmamızda cinsel fonksiyonun kadın ve eşin yaşı, menopoz süresi, pelvik taban sorunu varlığı, üreme sistemi ile ilgili cerrahi girişim öyküsü bulunması, kadın ve eşinde cinsel sorun varlığı ile depresif semptom düzeyi ile negatif; kadın ve eşin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, cinsel ilişki sıklığı, cinsel yaşam memnuniyeti, eşle cinsellik konusunda iletişimin bulunması, kadının ilişkiyi başlatan taraf olması ile pozitif korelasyon bulunduğu gösterilmiştir.

Bu çalışma, menopoz geçişi sırasında 45-60 yaşlarında 106 kadına CFB ve CFB nun menopoz semptomları ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Hipotezimiz menopozal dönemde görülen değişikliklere bağlı FSFI skorlarında düşme olmasıydı. Hipotezimizle uyumlu olarak %81,1 'inin CFB'dan muzdarip olduğunu göstermiştir. Latin Amerika'daki orta yaşlı kadınlar için CFB oranı yaklaşık %58'dir (Blumel et al., 2009). Hintli kadınlarda FSFI toplam skorları, 149 kadının üçte ikisinde (%73,2) CFBnu öne sürmüştür (Song et al, 2008). İran'da CFB nun rölatif sıklığının üreme döneminde %38, menopozda ve geç menopoz dönemlerinde %72,4 olduğunu gösterilmiştir (Beigi ve Fahami, 2012).

Ülkemizde ve diğer ülkelerde elde edilen sonuçlar arasındaki fark, farklı etnik gruplar, ırksal, dini ve kültürel özelliklerdeki farklılıklar, örneklem büyüklüğü, bu kadınların menopoza durumuna yönelik tutumları ve çalışmaya alınma kriterleri olabilir. Bu çalışmada sadece 45-60 yaş arası, menopozal dönemde, seksüel aktif kadınlar kabul edilmiştir.

Çok boyutlu doğası nedeniyle, cinsellik değerlendirmesi, metodolojik sorunlardan bahsetmek kolay bir iş değildir. Bununla birlikte, cinselliği değerlendirmek ve CFB'nu teşhis etmek için son yıllarda çeşitli araçlar geliştirilmiştir.

Çalışmamızda cinsel disfonksiyon ile alakalı olarak FSFI skor sistemi kullanılmış olup cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı olmak üzere 6 cinsel fonksiyon boyutunun değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların FSFI puanları median değeri 20,75 olup minimum 7,2 maksimum 34,8 olarak saptanmıştır. Kadınların %81,1'inde CFB belirlenmiştir.

Çalışmamızda cinsel fonksiyonun kadın ve eşin yaşı, menopoza süresi, üreme sistemi ile ilgili cerrahi girişim öyküsü bulunması, kadın ve eşinde cinsel sorun varlığı ile depresif semptom düzeyi ile negatif; kadın ve eşin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, cinsel ilişki sıklığı, cinsel yaşam memnuniyeti, eşle cinsellik konusunda iletişimin bulunması, kadının ilişkiyi başlatan taraf olması ile pozitif korelasyon bulunduğu gösterilmiştir.

421 Menopozal kadın üzerinde yapılan bir çalışmada median FSFI skoru 24,7 bulunmuş olup bizim sonuçlarımız ile uyum göstermektedir (Chedraui et al., 2009).

Ülkemizde 282 menopozal dönemdeki kadınla FSFI kullanılarak yapılan çalışmada, FSFI puanları median değeri 18,73 olup minimum 8,94 maksimum 28,5 olarak belirlenmiş, kadınların %79,4'ünde CFB saptanmış ve yaş ilerledikçe cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği gösterilmiş olup çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (Andaç ve Aslan, 2017).

Ülkemizde 20 yaş üzerindeki 1009 kadınla FSFI kullanılarak yapılan çalışmada kadınların yaş ortalaması $38,62 \pm 12,82$ olduğu ve %22,2'sinin postmenopozal dönemde olduğu belirlenmiştir. FSFI ortalama puanı $24,25 \pm 9,50$ olarak belirlenmiş ve kadınların %43,4'ü cut-of değeri olan 26,55'in altında puan almıştır. 20-29 yaş

grubunda %22, 30-39 yaş grubunda %39,7, 40-49 yaş grubunda %50,2, 50-59 yaş grubunda %71,3, 60-64 yaş grubunda %82,9, 65 ve üzeri yaş grubunda %87,8 oranında CFB belirlenmiştir. Bu çalışmada düşük eğitim düzeyi, depresif semptom varlığı, eşte cinsel problem bulunması CFB görülme sıklığının artmasında anlamlı farklılık oluşturmakta ve çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir (Aslan ve ark., 2008).

Malezya'da 18-65 yaş arası 163 kadınla FSFI kullanılarak yapılan çalışmada kadınlarının yaş ortalamasının $44,0 \pm 10,4$ olduğu ve %34,4'ünün menopozal dönemde olduğu belirlenmiştir. Çalışmada 31-35 yaş arası kadınlarda %17,7, 46-65 yaş arası kadınlarda %38,8 oranında CFB'na rastlanmış, CFB riskinin 45 yaş ve üzerindeki kadınlarda 45 yaş altındaki kadınlara göre 4,1 kez daha yüksek olduğu ve menopozal dönemde bu riskin 6,6 kez daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada yaş, eşin yaşı, cinsel ilişki sıklığının CFB görülmesi ile ilişkili olduğu gösterilmekte ve çalışmamızın sonuçları ile örtüşmektedir (Ishak et al., 2010).

Ekvador'da 40-59 yaş arası 904 kadınla FSFI kullanılarak yapılan çalışmada kadınların median yaş ortalamasının 49, %51,1'inin postmenopozal dönemde, %72,4'ünün seksüel aktif olduğu ve bu kadınların %65'inde CFB bulunduğu gösterilmiştir. Bu çalışma cinsel fonksiyonun eş yaşı ile negatif; eşin eğitim düzeyi ve cinsel ilişki sıklığı ile pozitif korelasyon gösterdiğini ortaya koymakta ve çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (Chedraui et al., 2012).

İspanya'da 40-65 yaş arası 179 seksüel aktif kadınla FSFI kullanılarak yapılan çalışmada yaş ortalaması 51 ve CFB oranı %36,9 olarak belirlenmiştir. Cinsel fonksiyon kadın ve eşin yaşı, eğitim düzeyleri, eşle iletişimin iyi olması ve duygusal yakınlıktan memnun olma durumu ile pozitif; depresif semptom düzeyi ve eşte cinsel problem varlığı ile negatif korelasyon göstermekte ve çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu bulunmaktadır (Perez-Lopez et al., 2012).

Ülkemizde 45-65 yaş arası, üreme sistemi cerrahi öyküsü bulunan 121 ve bulunmayan 122 kadınla gerçekleştirilen karşılaştırmalı çalışmada iki grup arasında cinsel fonksiyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (Kökçü ve ark., 2015).

Kolombiya’da 390 kadınla yapılan çalışmada üreme sistemi ile ilgili cerrahi öyküsü bulunan kadınlarda cinsel fonksiyon düzeyinin daha olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Monterrosa ve Monterrosa, 2017).

Brezilya’da 40-65 yaş arası 370 kadınla yapılan çalışmada kadınların %67’sinde CFB izlenmiş, FSFI skoru kadın yaşı ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif korelasyon göstermiştir (Cabral et al., 2013).

Ülkemizde menopozal dönemdeki 113 kadınla yapılan çalışmada %57,5 oranında CFB belirlenmiştir. Cinsel fonksiyonun yaş ve menopoz süresindeki artıştan olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Kendilerinde cinsel problem olduğunu ifade eden kadınlarda FSFI puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Kömürcü ve İşbilen, 2011).

Paraguay’da 40–65 yaş arası 265 kadınla yapılan çalışmada FSFI toplam puan median değeri 23,0 olarak belirlenmiştir. FSFI puanlarının kadının eğitim düzeyi ve eşin yaşı ile negatif, cinsel ilişki sıklığı ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Sanchez et al., 2016).

Çin’de 45–60 yaş arası 120 kadınla yapılan çalışmada kadın yaşı arttıkça CFB sıklığının da arttığı gösterilmiştir. Kadınların %50 sinden daha fazlasının eşleriyle cinsellik ile ilgili konuşmadıkları belirlenmiştir (Zhang et al, 2017).

Çalışmamızda BDÖ ile depresif semptom düzeyini belirleyerek FSFI toplam ve altgrup puanlarıyla sağladığımız karşılaştırma sonucunda depresif semptom düzeyi arttıkça FSFI toplam ve altgrup puanlarında meydana geldiği, depresif semptom düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Araştırmamızın sonucunda menopozal kadınların BDÖ toplam puan ortalaması $13,81 \pm 9,66$ olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan menopozal kadınların %33’ünde hafif, %20,8’inde orta, %9,4’ünde şiddetli düzeyde depresif semptom saptanmıştır.

Ülkemizde 40-65 yaş arası 269 seksüel aktif kadınla FSFI ve BDÖ kullanılarak yapılan çalışmada CFB görülme sıklığı %68,8 olarak belirlenmiştir. 40-44 yaş grubu kadınlarda %53,9, 45-49 yaş grubu kadınlarda %65,8 , 50-65 yaş grubu kadınlarda ise %88,6 oranında CFB belirlenmiştir. Kadın ve eşin yaşı, eğitim düzeyleri ve çalışma durumlarının CFB görülme sıklığıyla ilişkili olduğu, BDÖ ve FSFI’ten alınan puanlar

arasında negatif korelasyon bulunduğu belirtilmekte ve çalışmamızın sonuçları ile örtüşmektedir (Özerdoğan ve ark., 2009).

Ülkemizde menopozal dönemdeki 572 kadınla FSFI ve BDÖ kullanılarak yapılan çalışmada kadınların %86,4'ünde CFB ve %59,4'ünde depresif semptom belirlenmiştir. Bu alışmada FSFI toplam puanı ile BDÖ toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmekte ve çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (Yanıkkerem ve ark., 2018).

Peru'da 50–59 yaş arası 335 kadınla yapılan çalışmada FSFI ve BDÖ kullanılarak yapılan çalışmada kadınların %37,6 sında orta ve şiddetli düzeyde depresif semptom belirlenmiş, FSFI puanları BDÖ puanları ile yüksek korelasyon gösterdiği ve depresif semptom düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Holguin et al., 2011).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyon düzeyini belirlemek amacıyla yapılan araştırma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmaya katılan 45-59 yaş arası, evli, seksüel aktif olan 106 menopozal dönemdeki kadına araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Sosyo-Demografik Özellikler Formu, FSFI (Female Sexual Function Index) ve BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan menopozal dönemdeki kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde;

- Kadınların yaş grubu dağılımının neredeyse eşit olduğu (3/1), 55-59 yaş grubundaki kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Eşlerinin üçte ikisinden fazlasının 55 ve üzeri yaş gruplarında bulunduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Kadınların yaklaşık üçte ikisinin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Eşlerinin yaklaşık yarısının eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların beşte dördünden fazlasının çalışmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Eşlerinin yarısından fazlasının çalışmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kadınların yarısından fazlasının görücü usulü ile evlendiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kadınların yaklaşık yarısının gelirinin giderine eşit olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,
- Kadınların eşlerinin yaklaşık yarısında kronik hastalık bulunduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,
- Kadınların ve eşlerinin yaklaşık yarısının sürekli ilaç kullanımının olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Kadınların dörtte üçünün kilolu olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,
- Kadınların ve eşlerinin yaklaşık üçte ikisinin sigara kullanmadığı, İstatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,
- Kadınların yaklaşık üçte birinde pelvik taban sorunu bulunduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların yaklaşık dörtte birinin üreme sistemi ile ilgili cerrahi operasyon geçirdiği, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların yaklaşık üçte ikisinin 45 yaş ve sonrasında menopoza girdiği, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı
- Kadınların yaklaşık üçte birinin menopoz süresinin 10 yıl ve üzerinde olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların dörtte birinden azında cerrahi menopoz görüldüğü ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı,
- Kadınların yaklaşık beşte birinin cinsel ilişki sıklığının haftada 2 kez ve üzerinde olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların yaklaşık üçte ikisinin cinsel yaşamından memnun olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların yaklaşık üçte ikisinin eşleriyle cinsellikle ilgili konuşmadığı, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların yaklaşık üçte birinin cinsel ilişkiyi başlatan taraf olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların yaklaşık dörtte üçünün cinsel sorunu olduğunu ifade ettiği, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Kadınların üçte birinden fazlasının eşinde cinsel sorun bulunduğunu ifade ettiği, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,
- Kadınların beşte birinden azının menopozal dönemde eşlerinin yaklaşımında değişiklik olduğunu ifade ettiği, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,
- Kadınların yaklaşık beşte dördünün menopozal sorunlarını eşleriyle paylaştığı, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı belirlendi.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve deneyimler doğrultusunda, konuyla ilgili öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Kadınların menopozal dönemde yaşadıkları fizyolojik, biyolojik, psikolojik, emosyonel, bilişsel ve fiziksel değişikliklerin farkına varmalarının, sürece adaptasyonlarının sağlanması,
- Kadınların fiziksel ve psikososyal yönden yakından değerlendirilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi ile uygun yaklaşımlarla öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırmak üzere gerekli desteğin sağlanması,
- Sağlık profesyonelleri tarafından destek stratejileri ve başetme yöntemleri geliştirilerek menopozal dönemdeki kadının cesaretlendirilmesi ve uyumunun artırılması,
- Sağlık profesyonellerinin menopozal dönemde cinsel fonksiyonu etkileyen faktörler ile kadınların cinselliğe yönelik tutum, inanış ve değer yargılarının bilincinde olarak, çiftlerin beklentilerini karşılayacak nitelikte bir cinsel yaşamın devam edebilmesini sağlamak üzere bireye özgü danışmanlık sağlayabilmeleri,
- Sağlık profesyonellerinin yargılayıcı olmayan bir tutum içerisinde, kendi tutum, değer yargıları ve inançları açısından tarafsız yaklaşım göstererek kadının mahrem bir konu olan cinsellikle ilgili olarak kendisini ifade edebilmesi için kadını cesaretlendirerek bireye özgü cinselliği tanımlayabilmeleri,
- Hizmet içi veya özel eğitim programlarıyla sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin farkındalık ve yetkinliklerinin artırılması,
- Menopozal dönemde görülen problemlerin önlenme, tanılanma, tedavi ve rehabilitasyonun sağlayan sağlık kuruluşları ve menopoz kliniklerinin sayısının ve ulaşılabilirliğinin artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

Aba, Y. A., Ataman, H., Şık, B. A. (2016), Vulvovajinal Atrofi İfadesinde Yeni Terminoloji: Menopozda Genitoüriner Sendrom. *Androloji Bülteni*, 18(67), 289–293.

ACOG Committee on Adolescent Health Care (2014), ACOG Committee Opinion No: 598. Summary: The Initial Reproductive Health Visit. *The American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol*, 123, 1143–1147.

ACOG Committee on Adolescent Health Care (2017), ACOG Committee Opinion No: 710. Summary: Counseling Adolescents About Contraception. *The American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol*, 130(2), 486–487.

Akarsu, R. H., Beji, N. K. (2016), Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Sınıflandırılmasında DSM-V Kapsamında Yapılan Değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18(65), 134–137.

Akbulut, M. F., Üçpınar, M. B., Gürbüz, Z. G. (2015), Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology – Special Topics*, 8(3), 10–15.

Akhan, S.E. (2008), Çocukluktan Yetişkinliğe Geçişte Genital Sistem Farklılaşması ve Bu Farklılaşmanın Servikal Kansere İlişkisi. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63, 109–110.

Amore, M., Di Donato, P., Berti, A., Palareti, A., Chirico, C., Papalini, A., Zucchini, S. (2007), Sexual and Psychological Symptoms in the Climacteric Years. *Maturitas*, 56, 3003-3011.

Andaç, T., Aslan, E. (2017), Sexual Life of Women in the Climacterium: A Community – Based Study. *Health Care for Women International*, 38(12), 1344–1355.

Armand, M., Ozgoli, G., Giti, R. H., Majd, H. A. (2017), Effect of Accupressure on Early Complications of Menopause in Women Referring to Selected Health Care Centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), 237–242.

Aslan, E., Beji, N. K., Güngör, İ., Kadioğlu, A., Dikencik, B. K. (2008), Prevalance and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2044–2052.

Assaf, A. R., Bushmakina, A. G., Joyce, N., Louie, M. J., Flores, M., Moffatt, M. (2017), The Relative Burden of Menopausal and Postmenopausal Symptoms Versus Other Major Conditions: A Retrospective Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey Data. *American Health and Benefits*, 10(6), 311–320.

Atan, Ş. Ü., Yiğitoğlu, S. (2015), Menopozda Semptom Yönetimi ile İlgili Kanıta Dayalı Uygulamalar. *JACSD Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 3: 35–59.

Atasü, T. (2001), Menopoz – Tedavisi ve Kanser. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Avis, N. E., Colvin, A., Karlamangla, A. S., Crawford, S., Hess, R., Waetjen, E., Brooks, M., Tepper, P. G., Greendale, G. A. (2016), Change in Sexual Functioning Over the Menopausal Transition: Results from the Study of Women's Health Across the Nation, Menopause. *The North American Menopause Society*, 24(4), 379–390.

Avis, N. C., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C. (2000), Is There an Association Between Menopause Status and Sexual Functioning. *Menopause*, 7, 297–309.

Aydın, D. (2013), Adolesan Gebelik ve Adolesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 250–254.

Aygin, D., Aslan, F.E. (2005), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlaması, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25, 393-399.

Baber, R. J., Wright, J. (2017), A Brief History of the Menopause Society. *Climacteric*, 20(2), 85–90.

Bashar, M. I., Ahmad, K., Uddin, M. S., Ahmed, F., Al-Emran, A., Chakraborty, A. (2017), Depression and Quality of Life among Postmenopausal Women in Bangladesh: A Cross-sectional Study. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(3), 172–181.

Batrinos, M. L. (2013), Premenopause: The Endocrinology of Reproductive Decline. *Hormones*, 12(3), 334–349.

Beigi, M. I., Fahami, F. (2012), A Comparative Study on Sexual Dysfunctions Before and After Menopause. *Iran J Nursing Midwifery Res*, 17, 72–75.

Beji, N. K. (2015), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Berra, M., De Musso, F., Armillotta, F., Costantino, A., Cerpolini, A., Pelusi, G., Meriggiola, M.C. (2008), The Impairment of Sexual Function is Less Distressing for Menopausal than for Premenopausal Women. *J Sex Med*, 7(3), 1209-1215.

Bien, A., Rzonca, E., Palus, G. I., Szeptuch, M. P. (2015), The Influence of Climacteric Symptoms on Women's Lives and Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 3835–3846.

Blomgren, A. S., Svahn, K. S., Aström, E., Rönnlund, M. (2016), Coping Strategies in Late Adolescence: Relationship to Parental Attachment and Time Perspective. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(3), 85–96.

Blumel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A. (2009), Sexual Dysfunction in Middle-aged Women: A Multicenter Latin American Study Using the Female Sexual Function Index. *Menopause*, 16, 1139–1148.

Bostock-Cox, B. (2015), Focus on Women's Health the Menopause. *Practice Nurse*, 45(5), 10–14.

Bozdemir, N., Özcan, S. (2011), Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4), 37–46.

Bozkurt, Ö. D., Sevil, Ü. (2016), Menopoz ve Cinsel Yaşam. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(4), 497–503.

Brodovska, A., Laszczynska, M., Starczewski, A. (2007), Apoptosis in Ovarian Cells in Postmenopausal Women. *Folia Histochemica ET Cytobiologica*, 45(2), 99–105.

Cabral, P. U. L., Canario, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchoa, S. A. C. (2013), Determinants of Sexual Dysfunction Among Middle-aged Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120, 271–274.

Carranza-Lira, S., Pablo-Cruz, E. (2017), Differences in the What's My M3? Test Between Pre – and Postmenopausal Women. *Menopausal Review*, 16(3), 104-106.

Castelo-Branco, C., Blumel, J. E. (2003), Prevalence of Sexual Dysfunction in A Cohort of Middle-aged Women: Influences of Menopause and Hormone Replacement Therapy. *J Obstet Gynaecol*, 23, 426–430.

Castelo-Branco, C., Cancelo, M. J., Chedraui, P. (2007), Female Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Expert Opinion Therapeutic Patients*, 17, 639–647.

Ceylan, B., Özerdoğan, N. (2014), Factors Affecting Age of Onset of Menopause and Determination of Quality of Life in Menopause. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 1, 43–49.

Chedraui, P., Perez-Lopez, F. R., San Miguel, G., Avila, C. (2009), Assessment of Sexuality Among Middle-aged Women Using the Female Sexual Function Index. *Climacteric*, 12(3), 213–221.

Chedraui, P., Perez-Lopez, F. R., Sanchez, H., Aguirre, W., Martinez, N., Miranda, O., Plaza, S. M., Schwager, G., Narvarez, J., Quintero, J. C., Zambrano, B. (2012), Assessment of Sexual Function of Mid-aged Ecuadorian Women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas*, 71(4), 407–412.

Chou, M. F., Wun, Y. T., Pang, S., M. (2014), Menopausal Symptoms and the Menopausal Rating Scale among Midlife Chinese Women in Macau, China. *Women Health*, 54(2), 115–126.

Curtis, A. C. (2015), Defining Adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7(2), 1–39.

Çelik, A. S., Pasinlioğlu, T. (2013), Klimakterik Dönemde Yaşanan Sempptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48–56.

Çelik, A. T. (2015), Erken Çocukluk Döneminin, Aile ve Toplumsal Gelişim Üzerindeki Etkileri ve Yapılması Gereken Yatırım ve Müdahaleler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(13), 240–263.

Dalal, P. K., Agarwal, M. (2018), Postmenopausal Syndrome. *Indian J Psychiatry*, 57(2), 222–230.

Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K., L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S. (2017), Nutrition in Adolescents: Physiology, Metabolism and Nutritional Needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393, 21–33.

Dennerstein, L., Dudley, A. C., Hopper, J. L., Burger, H. (1997), Sexuality, Hormones and the Menopausal Transition. *Maturitas*, 26, 83-93.

Duncan, D. (2018), Prepare For Change. *Good Health (Australia Edition)*, Feb., 38–47.

Dunneram, Y., Jeewon, R. (2015), Healthy Diet and Nutrition Education Program among Women of Reproductive Age: A Necessity of Multilevel Strategies or Community Responsibility. *Health Promotion Perspectives*, 5(2), 116–127.

Dvornyk, V. (2013), Current Topics in Menopause. eISBN: 978-1-60805-453-4, Erişim tarihi: 17.05.2018.

Ege, E., Akın, B., Arslan, Y. S., Bilgili, N. (2010), Sağlıklı Kadınlarda CFB Sıklığı ve Risk Faktörleri. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 3(1), 137–144.

Elias, C., Sherris, J. (2003), Reproductive and Sexual Health of Older Women in Developing Countries: Women and Their Healthcare Providers Face Unique Needs and Challenges. *British Medical Journal*, 327(7406), 64–65.

Ellen, B. G. (2011), The Timing of the Age at Which Natural Menopause Occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 38(3), 425–440.

Ercan, O. (2008), Adolesanın Fiziksel Gelişimi. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63, 13–18.

Farage, M. A., Miller, K. W., Ledger, W. J. (2010), Textbook of Aging Skin. ISBN 978-3-540-89656-2. Verlag Berlin Heidelberg, Springer. Erişim tarihi: 12.05.2018.

Farage, M. A., (2015), Skin, Mucosa and Menopause: Management of Clinical Issues. ISBN 978-3-662-44080-3-25. Verlag Berlin Heidelberg, Springer. Erişim tarihi: 12.05.2018.

Fattah, A. (2017), Effect of Phytoestrogen on Depression and Anxiety in Menopausal Women: A Systematic Review. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(3), 160–165.

Fitall, K. (2016). What to Eat for a Stress-free Menopause. *Good Health (Australia Edition)*, Jul., 74–77.

Garcia, C.R., Freeman, E.W., Lin, H., Mogul, M. (2007), Hormones and Sexuality During Transition to Menopause. *Obstet Gynecol*, 109(4), 831-840.

Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T., Babakhanian, M. (2016), Investigating the Relationship Between Sexual Function and Quality of Life in Menopausal Women. *J Family Reprod Health*, 10(4), 191–197.

Gleser, H. (2015), Sex, Women and the Menopause: Are Specialist Trainee Doctors up for It? A Survey of Views and Attitudes of Specialist Trainee Doctors in Community Sexual & Reproductive Health and Obstetrics & Gynaecology Around Sexuality and Sexual Healthcare in the (Peri)Menopause. *Post Reproductive Health*, 21(1), 26-33

Goldstein, I. (2008), The Role of Psychology in the Biologic Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction. *Sexologies*, 17, 20-21.

Goswami, P., Ahirwar, G., Mishra, P., Agrawal, V. (2015), Adolescent Gynaecological Problems: A Prospective Study. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 4(102), 16709 – 16712.

Gözüyeşil, E., Gökyıldız, S.S., Alan, S. (2017), Sexual Function and Quality of Life Related Problems During the Menopausal Period. *J Health Psychol*, 0, 1-12.

Gramann, S. B., Lundquist, R., Langenfeld, S., Memon., Talavera, F. (2012), Menopause and Mood Disorders. Psychiatry Publications and Presentations.656. https://escholarship.umassmed.edu/psych_pp/656 Erişim tarihi: 12.04.2018

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W. (2012), Executive Summary Of STRAW + 10: Addressing the Unfinished Agenda Staging Reproductive Aging. *Climacteric*, 15(2), 105–114.

Hatipoğlu, N. (2012), Pubertal Dönem ve Sorunları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16, 1-13.

Hirose, A., Terauchi, M., Osaka, Y., Akiyoshi, M., Kato, K., Miyasaka, N. (2018), Effect of Soy Lecithin on Fatigue and Menopausal Symptoms in Middle-aged Women: A Randomized Double-blind, Placebo-controlled Study. *Nutrition Journal*, 17(4).

Holguin, M. E., Marcelo, W. C., Fon, F. L. C., Silva, C. A., Cabrera, J. M., Diaz, R. B., Perez-Lopez, F. R., Chedraui, P. (2011), Association Between Sexual Function and Depression in Sexually Active, Mid-aged, Peruvian Women. *Climacteric*, 14, 654–660.

Holloway, D. (2012), Advanced Nursing Practice in Menopause Nursing. *Menopause International*, 18(4), 147–148.

Hunt, K. (2016), Managing the Menopause. *Practice Nurse*, 46(4), 24–32.

Hull, A., Fournace, L. (2017), The Impact of Genitourinary Syndrome of Menopause on Quality of Life. *Urologic Nursing*, 37(6), 310–315.

Ishak, I. H., Low, W. Y., Othman, S. (2010), Prevalance, Risk Factors, and Predictors of Female Sexual Dysfunction in a Primary Care Setting: A Survey Finding. *J Sex Med*, 7(9), 3080–3087.

Jafarbegloo, E., Bakouei, S., Dadkhahtehrani, T. (2017), Marital Satisfaction in Menopausal Women with and without Sexual Dysfunction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(4), 1053-1058.

Jokar, A., Davari, T., Asadi, N., Ahmadi, F., Foruhari, S. (2016), Comparison of the Hyaluronic Acid Vaginal Cream and Conjugated Estrogen Used in Treatment of Vaginal Atrophy of Menopause Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 69-78.

Ju-Kim, M., Yim, G., Park, H. Y. (2018), Vasomotor and Physical Menopausal Symptoms are Associated with Sleep Quality. *Plos One*, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192934>. Erişim tarihi: 01.04.2018.

Karakaş, S. A., Durmaz, H. (2017), Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 18, 32-36.

Karakoç, H., Özerdoğan, N., Uçtu, A. K. (2016), Menopozla İlgili Genitoüriner Sendrom. *Jinekoloji – Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(3), 122-126.

Karakuş, A., Yanikkerem, E. (2016), Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI) – Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 64–85.

Katainen, R. E., Engblom, J. R., Siirtola, T. J., Erkkola, R. U., Kantola, P. P. (2016), Climacteric Symptoms in Middle-aged Women with Chronic Somatic Disease. *Maturitas*, 86, 17–24.

Kozakowski, J., Creznal, M. G., Leszczynska, D., Majos, A. (2017), Obesity in Menopause – Our Negligance or an Unfortunate Inevitability?. *Menopause*, 16(2), 61–65.

Kökçü, A., Kurtoğlu, E., Bildircin, D., Çelik, H., Kaya, A., Alper, T. (2015), Does Surgical Menopause Affect Sexual Performance Differently From Natural Menopause?. *J Sex Med*, 12(6), 1407-1414.

Kömürcü, N., İşbilen, A. (2011), Adaptation of Women to Sexual Life During the Menopausal Period. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326–330.

Kransdorf, L. N., Files, J. A., Mayer, A. P. (2016), Care of Women During Menopause. *Journal of Women's Health*, 25(1), 11–14.

Kumar, S. K., Mrinal, N. R. (2017), The Effects of Dietetic Therapies on Stress, Waist Measurements, Triglyceride Levels, Diarrhea and Constipation with Reference to Menopause. *Indian Journal of Health and Well-being*, 8(9), 972–976.

Kurt, G., Beyaztaş, F. Y., Erkol, Z. (2010), Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 32–39.

Kwun, S., Laufgraben, M., Gopalakrishnan, G. (2012), Prevention and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis. *Royal College of Obstetrician & Gynaecologist*, 14, 251–256.

Lee, K. C. (2017), Changes of Bladder Function Related to the Effects of Menopause. *Women Health Bull*, 5(2), 14390.

Levine, K.B., Williams, R.E., Hartmann, K.E. (2008), Vulvovaginal Atrophy is Strongly Associated with Female Sexual Dysfunction Among Sexually Active Postmenopausal Women. *Menopause*, 15(4), 661-666.

Li, Y., Ma, H., Lu, Y., Tan, B. J., Xu, L., Lawal, T. O., Mahady, G. B., Liu, D. (2016), Menoprogen, a TCM Herbal Formula For Menopause, Increases Endogenous E2 in an Aged Rat Model of Menopause by Reducing Ovarian Granulosa Cell Apoptosis. *BioMed Research International*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769746/>. Erişim tarihi: 16.03.2018.

Linton, K. F., Rueda, H. A., Williams, L. R., Sandoval, A., Bolin, S. (2016), Reproductive and Sexual Healthcare Needs among Adults with Disabilities as Perceived by Social Workers. *Sex Disabil*, 34, 145–156.

Markopoulos, M. C., Kassi, E., Alexandraki, K. I., Mastorakos, G., Kaltsas, G. (2015), Hyperandrogenism After Menopause. *Eur J Endocrinol*, 172(2), 79–91.

Marshall, L. (2017), Best Moves for Menopause. *Prevention*, 69(4), 76–83.

Marvan, M. L., Hernandez, G. E., Garduno, M. D. M., Jasso, K. (2018), Attitudes Toward Menopause, Sexual Function, and Depressive Symptoms in Mexican Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 39(2), 121–127.

Mattar, C.N., Chong, Y.S., Su, L.L., Agarwal, A.A., Wong, P.C., Choolani, M. (2008), Care of Women in Menopause: Sexual Function, Dysfunction and Therapeutic Modalities, *Ann Acad Med Singapore*, 37(3), 215-223.

Merghati-Khoei, E., Sheikhan, F., Shamsalizadeh, N., h-Haghani, H., Yousofnia, P. Y. R., Killeen, T. (2014), Menopause Negatively Impacts Sexual Lives of Middle-aged Iranian Women: A cross-sectional Study. *J Sex Marital Ther*, 40(6), 552–560.

Moghasemi, S., Ozgoli, G., Ahmadi, F., Simbar, M. (2018), Sexual Experience of Iranian Women in Their Middle Life: A Qualitative Approach. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(1), 47–55.

Monteiro, N. E. S., Queiros, L. D., Lopes, D. B., Pedro, A. O. (2018), Impact of Microbiota on the Use and Effects of Isoflavones in the Relief of Climacteric Symptoms in Menopausal Women – A Review. *Journal of Functional Foods*, 41, 100–111.

Monteolone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genezzani, A. R., Simoncini, T. (2018), Symptoms of Menopause – Global Prevalence, Physiology and Implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199–215.

MonterrosaC.A., Monterrosa, B.A. (2017), Sexual Dysfunction and Quality of Life in Colombian Hysterectomized Women. *Perceptios Reprod Med*, 1(3).

Moral, E., Delgado. J. L., Carmona, F., Caballero, B., Gullian, C., Gonzalez, P. M. (2018), Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*, 21(2), 167–173.

Mulhall, S., Andel, R., Anstey, K. J. (2018), Variation in Symptoms of Depression and Anxiety in Midlife Women by Menopausal Status. *Maturitas*, 108, 7–12.

Mwampagatva, I. H., Mwashambwa, M. Y., Gesase, A. P. (2013), Morpho-physiological Features Associated with Menopause: Recent Knowledge and Areas for Future Work. *Tanzania Journal of Health*, 15(2), 1–11.

Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M. (2016), Female Sexual Dysfunction (FSD): Prevalence and Impact on Quality of Life (QoL). *Maturitas*, 94, 87–91.

Nateri, N. S., Beigi, M., Kazemi, A., Shirinkam, F. (2017), Women Coping Strategies Towards Menopause and its Relationship with Sexual Dysfunction. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 22(5), 343–347.

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R. (2016), Factors Affecting Sexual Function in Menopause: A Review Article. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 55(4), 480–487.

Nisar, N., Sohoo, N. A., Sikandar, R. (2012), Age and Symptoms at Natural Menopause: A Cross-sectional Survey of Rural Women in Sindh Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 24(2), 90–94.

Okeke, T. C., Anyaehie, U. B., Ezenyeaku, C. C. (2013), Premature Menopause. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(1), 90–95.

Olaolorun, F., Lawoyin, T. (2009), Age at Menopause and Factors Associated with Attainment of Menopause in an Urban Community in Ibadan, Nigeria. *Climacteric*, 2, 352–363.

Ornat, I., Martinez-Dearth, R., Munoz, A., Pilar, F., Alonso, B., Tajada, M., Perez-Lopez, F. R. (2013), Sexual Function, Satisfaction with Life and Menopausal Symptoms in Middle-aged Women. *Maturitas* 75, 261–269.

Öksüz, E., Malhan, S. (2005), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi. *Sendrom, Temmuz*, ISSN 1016-5134, 54–60.

Öksüz E., Malhan, S. (2006). Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. *The Journal of Urology*, 175, 654-658.

Öktem, Ö., Urman, B. (2012), Reprodüktif Yaşam Siklusu: Folikülogenez ve Menstruasyon. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 9(1), 1-24.

Özcan, H., Oskay, Ü. (2013), Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.

Özerdoğan, N., Sayiner, F. D., Köşgeroğlu, N., Ünsal, A. (2009), 40-65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler. http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi2/46_59.pdf. Erişim tarihi: 02.07.2018.

Pace, D. T. (2017), The Menopausal Woman: The Need for Individualized Plan of Care. *The Nurse Practitioner*, 42(12), 43-49.

Panay, P. B., Kovacs, G. (2015), Managing the Menopause: 21st Century Solutions. Cambridge University Press, ISBN: 9781107451827. <http://admin.cambridge.org/py/academic/subjects/medicine/obstetrics-and-gynecology-reproductive-medicine/managing-menopause-21st-century-solutions?format=PB>. Erişim tarihi: 10.03.2018

Parlaz, E. A., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K. (2016), Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkish Family Physician*, 3(4), 10-16.

Peeyananjarassi, K., Liabsuetrakul, T., Soonthornpun, K., Choobun, T., Manopsils, P. (2008), Sexual Functioning in Postmenopausal Women not Taking Hormone Therapy in the Gynecological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital Measured by Female Sexual Index Questionnaire. *J Med Assoc Thai*, 91(5), 625-632.

Perez-Lopez, F., Fernandez-Alonso, A., Trabalon-Pastor, M., Carmen, V., Chedrauri, P. (2012), Assessment of Sexual Function and Related Factors in Mid-aged Sexually Active Spanish Women with the Six-item Female Sex Function Index. *Menopause*, 19(11), 1224–1230.

Pınar, Ş. E., Yıldırım, G., Aksoy, Ö. D., Cesur, B. (2015), A Problem Peculiar to Women: Mental Health in Menopause. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 787–798.

Pitsouni, E., Grigoriadis, T., Falagas, M. E., Salvatore, S. (2017), Laser Therapy for the Genitourinary Syndrome of Menopause. A Systematic Review and Meta-analysis. *Maturitas*, 103, 78-88.

Portman, D. J., Goss, M. L. (2014), Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy From The International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*, 21(10), 1063-1068.

Prairie, B. A., Wisniewski, S. R., Hess, R., Thurston, R. C., Wisner, K., L., Bromberger, J. T. (2015), Symptoms of Depressed mood, Disturbed Sleep, and Sexual Problems in Midlife Women: Cross-sectional Data from the Study of Women's Health Across the Nation. *J Women Health*, 24(2), 119–126.

Rahul, P. (2017), Study of Menopause Complaints in Relation with Trait Anxiety and Personality Traits. *Indian Journal of Health and Well-being*, 8(12), 1574–1579.

Ranjit, P. M., Guntuku, G., Pothineni, R. B. (2015), New Atherogenic Indices: Assessment of Cardio-vascular Risk in Postmenopausal Dyslipidemia. *Asian Journal of Medical Sciences*, 6(6), 25–32.

Reid, R., Abramson, B. L., Blake, J., Desindes, S. (2014), Managing Menopause. *J Obstet Gynaecol Can*, 36(9), 830–833.

Rindner, L., Strömme, G., Nordeman, L., Hange, D., Gunnarsson, R., Rembeck, G. (2017), Reducing Menopausal Symptoms for Women During the Menopause Transition Using Group Education in a Primary Health Care Setting – A randomized Controlled Trial. *Maturitas*, 98, 14–19.

Rodriguez, M., Shoupe, D. (2015), Surgical Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 44(3), 531–542.

Ruan, X., Cui, Y., Du, J., Jin, F., Mueck, A. O. (2017), Prevalence of Climacteric Symptoms Comparing Perimenopausal and Postmenopausal Chinese Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3), 161–169.

Sanchez, S. C., Chedraui, P., Perez-Lopez, F. R., Ortíz-Benegas, M. E., Palacios, D. F. (2016), Evaluation of Sexuality in a Paraguayan Mid-aged Female Urban Population Using the Six-item Female Sexual Function Index. *Climacteric*. 19(3), 256–260.

Santoro, N. (2016), Perimenopause: From Research to Practice. *Journal of Women's Health*, 25(4), 332–339.

Santos, T. R. D., Pereira, S. V. M., Santos, R. L. (2016), Intensity of Climacteric Symptoms in Postmenopausal Women. *Rev Rene.*, 17(2), 225–232.

Schmidt, C. W. (2017), Age at Menopause: Do Chemical Exposures Play a Role?. *Environmental Health Perspectives*, 125(6), 1–5.

Schuster, V., Eggersmann, T.K., Eifert, S., Ueberfuhr, P., Zugenmaier, B., Kolben, T. M., Thaler, C. J., Kublickiene, K., Rieger, A., Reichart, B., Hagl, C., Pichlmaier, A. M., Guethoff, S. (2016), Ascending Aortic Disease is Associated with Earlier Menopause and Shorter Reproductive Life Span. *Journal of Women's Health*, 25(9), 912–919.

Sharma, S., Tandon, V. R., Mahajan, A. (2008), Menopause and Cardiovascular Disease. *J K Science*, 10(1), 1.

Shohani, M., Rasouli, M., Shohani, F., Sayehmiri, K. (2016), The Vasomotor Symptoms and Skin Changes in Natural Menopauses among Iranian Women. *J Bas Med Sci*, 3(2), 1–10.

Silva, S. B., Nery, I. S., Carvalho, A. M. C. (2016), Social Representations Elaborated by Nurses About Climacteric Women in Primary Health Care. *Rev Rene.*, 17(3), 363-371.

Smith, R. L., Gallicchio, L., Flaws, J. A. (2017), Factors Affecting Sexual Activity in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study. *Journal of Women's Health*, 26(2), 103–108.

Song, S. H., Jeon, H., Kim, S. W., Paick, J. S., Son, H. (2008), The Prevalence and Risk Factors of Female Sexual Dysfunction in Young Korean Women: An Internet-based Survey. *J Sex Med*, 5: 1694–1701.

Sung, S., Jiang, H., Chen, R., Chao, J. (2016), Bridging the Gap in Sexual Healthcare in Nursing Practice: Implementing a Sexual Healthcare Training Programme to Improve Outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 25: 2989–3000.

Şahin, N. H. (1998), Bir Kilometre Taşı: Menopoz. İstanbul, İ.Ü.F.N.H.Y.O. Mezunları Derneği Yayınları

Şahin, N. H., Batıgün, A.D., Uğurtaş, S. (2002), Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135.

Takeda, Y. (2010), Understanding the Life Stages of Women to Enhance Your Practice. *Japan Medical Association Journal*, 53(5), 273–278.

Tekirdağ, A. İ. (2010), Adolesanlarda Sık Karşılaşılan Jinekolojik Sorunlara Yaklaşım. *JOPP Derg*, 2(1), 13–20.

Thomas, H. N., Hamm, M., Hess, R., Thurston, R. C. (2017), Changes in Sexual Function Among Midlife Women: ‘‘ I ‘m older... and I’m wiser’’ Menopause. *The North American Menopause Society*, 25(3), 286–292.

Thomas, T., Kamath, N. (2017), Women’s Natural Transition; Nature Supports in Climacteric Life. *International Journal of Nursing Education*, 9(4): 144-147.

Thorntorn, K., Chervenak, J., Neal – Perry, G. (2015), Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.*, 44(3), 649–661.

Tiznobek, A., Mirmolael, S. T., Momenimovahed, Z., Kazemnejad, A. (2017), Effect of Counseling on Sexual Function and Behavior in Postmenopausal Women and Their Spouses: A Randomized, Controlled Trial Study. *Menopausal Review*, 16(3), 99-103.

Tıraş, M. B., Demir, C. (2014), Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Tremayne, P., Norton, W. (2017), Sexuality and the Older Woman. *British Journal of Nursing*, 26(14), 819–824.

Triebner, K., Matulonga, B., Johannessen, A., Suske, S. (2017), Menopause is Associated with Accelerated Lung Function Decline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(8), 1058–1065.

Unkenstein, A. E., Bei, B., Bryant, C. A. (2017), Enhancing Memory Self-efficacy During Menopause, Through a Group Memory Strategies Program. *Menopause: The North American Menopause Society*, 24(5), 574-581.

Uzun, A. K., Orhon, F. Ş. (2013), Adolesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 19–23.

Wadyka, S. (2015), Menopause: A Survival Guide. *Real Simple*, 16(5), 127–134.

Wagner, D. (2016), Perimenopause – The Untold Story. *Obstetrics & Gynecology International Journal*, 5(1), 139-140.

Weber, M. A., Klejin, M. H., Langendam, M., Limpens, J., Heineman, M. J., Roovers, J. P. (2015). Local Oestrogen for Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *Plos One*, 10(9) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575150/> Erişim tarihi: 01.04.2018

Willison, F. B., Sarraf, S., Miller, J., Mohamadi, B., Care, A. S., Lam, A., Willison, N., Behnia, L., Salvatore, S. (2017), Safety and Long-term Efficacy of Fractional CO2 Laser Treatment in Women Suffering from Genitourinary Syndrome of Menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 213, 39–44.

Wirth, J. P., Woodruff, B. A., Stone, R. E., Namaste, S. M. L., Temple, V.J., Petry, N. (2017), Predictors of Anemia in Women of Reproductive Age: Biomarkers Reflecting Inflammation and Nutritional Determinants of Anemia (BRINDA) Project. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106, 416–427.

Yanikkerem, E., Göker, A., Çakır, Ö., Esmeray, N. (2018), Effects of Physical and Depressive Symptoms on the Sexual Life of Turkish Women in the Climacteric Period. *Climacteric*, 21(2), 160–166.

Yanikkerem, E., Koltan, S. O., Tamay, A. G., Dikayak, Ş. (2012), Relationship Between Women's Attitude Towards Menopause and Quality of Life. *Climacteric*, 15(6), 552–562.

Yıldırım, E. A. (2014), Sağlıklı ve Doyumlu Cinsel Yaşam, Cinsel Haklar ve Etik: Danışmanlıktan Cinsel Terapiye Psikiyatristin Rolü ve Sınırları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 4(4), 307–316.

Yıldız, C., Yıldız, A., Tekiner, F. (2015), Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Lipit Profili ve Plazma Aterojenik İndeksinin Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(1), 36–40.

Yuvacı, H. U., Cevrioğlu, A. S. (2017), Kadın Üreme Sistemi Mikrobiyatası. *J Biotechnol and Strategic Health*, 1, 95–103.

Zhang, C., Cui, L., Zhang, L., Shi, C., Zang, H. (2017), Sexual Activity and Function Assessment in Middle-aged Chinese Women Using The Female Sexual Function Index. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 24(6), 669–676.

Zhou, S., Zhao, L., Yi, T., Wei, Y., Zhao, X. (2016), Menopause-Induced Uterine Epithelium Atrophy Results from Arachidonic Acid/Prostaglandin E2 Axis Inhibition-Mediated Autophagic Cell Death. *Scientific Reports*, 6, 31408.

Zıplar, Ü. T. (2015), Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık Hizmetleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 173–194.

8. EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ (EK 1)

Değerli katılımcı;

Menopoz, kadınlarda cinsel fonksiyonlarla ilgili çeşitli sorunların ortaya çıkmasına ve psikolojinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Hazırlanan veri toplama formunda sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler ile menopozal dönemde cinsel fonksiyon ve depresyon düzeyini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Anket formunda yer alan her soruyu eksiksiz ve doğru olarak cevaplamanız, araştırmamızdan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için son derece önemlidir. Lütfen seçenekli sorulara verdiğiniz cevabı kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Formların doldurulması yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır.

Verdiğiniz tüm bilgiler sadece araştırmacı kişide kalıp, elde edilen veriler saklı tutulacaktır. Araştırmaya katılımınız dolayısıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir ve katılımınız sizin isteğiniz doğrultusunda olacaktır. Bilgilendirilmiş olur formunu imzaladığınızda bu koşullar içerisinde çalışmaya katılmayı kabul etmiş olursunuz.

Araştırmaya katılmama ve katılmış olmanız durumunda yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmadan ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmacı tarafından gerekli görülmesi durumunda araştırma dışında tutulabilirsiniz.

Araştırmamıza katılımınız ve sağladığınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Yukarıda araştırmaya katılmaya önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum, yazılı ve sözel olarak bana verilen bilgileri anladım. Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı – Soyadı

İmza:

Tarih:

Adresi – Telefon No:

Açıklama yapan araştırmacının Adı – Soyadı

İmzası:

Tarih:

Adresi – Telefon No:

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU (SÖF) (EK 2)

Tarih:

Anket No:

1) Yaşınız;

2) Eğitim durumunuz;

☐ 1- İlköğretim

☐ 2- Ortaöğretim

☐ 3- Yükseköğretim

3) Çalışma durumunuz;

☐ 1- Çalışıyor

☐ 2- Çalışmıyor

4) Eşinizin yaşı;

.....

5) Eşinizin eğitim durumu

☐ 1- İlköğretim

☐ 2- Ortaöğretim

☐ 3- Yükseköğretim

6) Eşinizin çalışma durumu;

☐ 1- Çalışıyor

☐ 2- Çalışmıyor

7) Ekonomik durumunuz;

☐ 1- Geliri giderinden az

☐ 2- Geliri giderine eşit

☐ 3- Geliri giderinden

yüksek

8) Eşinizle evlenme şekliniz;

☐ 1- Görücü usulü

☐ 2- Severe

9) Evlilik yaşı;

.....

10) Evlilik süresi;

.....

11) Gebelik sayınız;

.....

12) Doğum sayınız;

.....

13) Düşük sayınız;

.....

14) Küretaj sayınız;

.....

15) Ölü doğum sayınız;

.....

16) Yaşayan çocuk sayınız;

17) Kronik hastalığınız var mı?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

18) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

19) Sigara içiyor musunuz?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

20) Eşinizin kronik hastalığı var mı?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

21) Eşinizin sürekli kullandığı ilaç var mı?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

22) Eşiniz sigara içiyor mu?

☐ 1- Evet adet/gün ☐ 2- Hayır

23) Boy:

Kilo:

BMI:.....

24) Üreme organlarıyla ilgili ameliyat oldunuz mu?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

25) Menopoz yaşıınız;

26) Menopoz süresi (yıl);

☐ 1- 1 yıldan az ☐ 2- 1-5 yıldan az ☐ 3- 5-10 yıldan az ☐ 4- 10 yıl ve daha

fazla

27) Menopoza giriş şekli;

☐ 1- Doğal menopoz ☐ 2- Cerrahi menopoz

28) Hormon replasman tedavisi alıyor musunuz?

☐ 1- Evet ☐ 2- Hayır

29) Cevabınız evet ise ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz (yıl)?

.....

30) Şu anda aktif cinsel yaşamınız var mı?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

31) Haftada kaç kez cinsel ilişkiye giriyorsunuz?

.....

32) Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

33) Eşiniz cinsel yaşamınızdan memnun mu?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

34) Eşinizle cinsel konulardan (sorun ve/veya cinsel arzu, fantezilerinizi) konuşuyor musunuz?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

35) İlişki sıklığı eşlerden hangisine bağlıdır?

☐ 1- Eşi

☐ 2- Beraber

36) İlişkiyi başlatan taraf oluyor musunuz?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

37) Cinsel yaşamla ilgili sorunuz var mı?

☐ 1- Sorun yok

☐ 2- Cinsel istekte azalma

☐ 3- Haznede

kuruluk

☐ 4- Cinsel ilişki sırasında ağrı

☐ 5- Orgazm gücü

☐ 6- Diğer

38) Eşinizde cinsel sorun var mı?

☐ 1- Sorun yok

☐ 2- Sertleşme sorunu

☐ 3- Erken boşalma

☐ 4- İsteksizlik

☐ 5- Diğer

39) Cinsel sorunlarınızla ilgili olarak hekime başvurduğunuz mu / tedavi gördünüz mü?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

40) Menopoz döneminde eşinizin size olan yaklaşımı değişti mi?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

41) Değişti ise bunda menopoza girmiş olmanızın etkisi var mı?

☐ 1- Evet

☐ 2- Hayır

☐ 3- Kısmen

42) Menopozla ilgili sorunlarınızı eşinizle paylaşıyor musunuz?

☐ 1- Evet

☐

KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI) (EK 3)

Değerli katılımcı,

Bu anketi oluşturan sorular, sizin **son 4 hafta içindeki** cinsel duygu ve tepkileriniz ile ilgilidir. Lütfen aşağıdaki soruları olabildiğince doğru ve açık bir şekilde yanıtlayınız. Yanıtlarınız tamamen gizli tutulacaktır. Sorularda aşağıdaki tanımlamalar kullanılmaktadır:

Cinsel aktivite, okşama, ön sevişme, masturbasyon ve vaginal girişi içerebilir.

Cinsel ilişki, vaginal giriş (duhul) olarak tanımlanır.

Cinsel uyarılma, eşle yapılan ön sevişme, masturbasyon ya da cinsel fantezi gibi durumları ifade eder.

Her soru için bir seçenek işaretleyiniz.

- Cinsel istek ya da ilgi, bir cinsel deneyim yaşama, eşle cinsel aktivitede bulunma ya da cinsel fantezi kurma isteği olarak ifade edilebilir.

1) Son 4 hafta içinde **ne sıklıkla** cinsel istek veya ilgi duyduunuz?

- ☐ 1- (5) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 2- (4) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 3- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 4- (2) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 5- (1) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

2) Son 4 hafta içinde **cinsel istek** veya **ilgi düzeyinizi** (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ 1- (5) Çok yüksek
- ☐ 2- (4) Yüksek
- ☐ 3- (3) Orta
- ☐ 4- (2) Düşük
- ☐ 5- (1) Çok düşük veya hiç

- Cinsel uyarılma, insel uyarının hem fiziksel hem de zihinsel ve ruhsal açıları içerir. Cinsel organlarda ısınma, karıncalanma, ıslanma ya da kaslarda kasılmayı içerebilir.

3) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **ne sıklıkla uyarıldığınızı** hissettiniz?

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (4) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (2) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (1) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

4) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma düzeyinizi** nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Çok yüksek
- ☐ 3- (4) Yüksek
- ☐ 4- (3) Orta
- ☐ 5- (2) Düşük
- ☐ 6- (1) Çok düşük veya hiç

5) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Çok emindim
- ☐ 3- (4) Oldukça emindim
- ☐ 4- (3) Emindim
- ☐ 5- (2) Az emindim
- ☐ 6- (1) Çok az veya hiç emin değildim

6) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma** sizin için **ne kadar tatmin ediciydi?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (4) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (2) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (1) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

7) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **vagina ne sıklıkla ıslandı (kayganlaştı)?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (4) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (2) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (1) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

8) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **vaginanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (1) Çok zor veya imkansızdı
- ☐ 3- (2) Çok zor
- ☐ 4- (3) Zor
- ☐ 5- (4) Biraz zor
- ☐ 6- (5) Hiç zorluk çekmedim

9) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar **cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (4) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (2) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (1) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

10) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar **vaginanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (1) Çok zor veya imkansızdı
- ☐ 3- (2) Çok zor
- ☐ 4- (3) Zor
- ☐ 5- (4) Biraz zor
- ☐ 6- (5) Hiç zorluk çekmedim

11) Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkide **ne sıklıkta orgazm oldunuz?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (4) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (2) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (1) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

12) Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında **orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (1) Çok zor veya imkansızdı
- ☐ 3- (2) Çok zor
- ☐ 4- (3) Zor
- ☐ 5- (4) Biraz zor
- ☐ 6- (5) Hiç zorluk çekmedim

13) Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında **orgazma ulaşma ne kadar tatminkardı?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Çok tatminkardı
- ☐ 3- (4) Genellikle tatminkardı
- ☐ 4- (3) Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ 5- (2) Genellikle tatminkar değildi
- ☐ 6- (1) Hiç tatminkar değildi

14) Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz ve eşiniz arasındaki **duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (5) Çok tatminkardı
- ☐ 3- (4) Genellikle tatminkardı
- ☐ 4- (3) Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ 5- (2) Genellikle tatminkar değildi
- ☐ 6- (1) Hiç tatminkar değildi

15) Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz **ne kadar tatminkardı?**

- ☐ 1- (5) Çok tatminkardı
- ☐ 2- (4) Genellikle tatminkardı
- ☐ 3- (3) Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ 4- (2) Genellikle tatminkar değildi
- ☐ 5- (1) Hiç tatminkar değildi

16) Son 4 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için **ne kadar tatminkardı?**

- ☐ 1- (5) Çok tatminkardı
- ☐ 2- (4) Genellikle tatminkardı
- ☐ 3- (3) Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ 4- (2) Genellikle tatminkar değildi
- ☐ 5- (1) Hiç tatminkar değildi

17) Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duyduunuz?

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (1) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (2) Çoğu zaman (geçen süreni yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (4) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (5) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

18) Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) **takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık** duyduunuz?

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (1) Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ 3- (2) Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ 4- (3) Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ 5- (4) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ 6- (5) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

19) Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) sırasında ve sonrasında duyduğunuz **ağrı veya rahatsızlığın derecesini** nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ 1- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 2- (1) Çok yüksek
- ☐ 3- (2) Yüksek
- ☐ 4- (3) Orta
- ☐ 5- (4) Düşük
- ☐ 6- (5) Çok düşük veya hiç

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ) (EK 4)

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu** göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve işaretleyiniz.

- 1) ☐ 1- (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
☐ 2- (1) Kendimi üzgün hissediyorum.
☐ 3- (2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
☐ 4- (3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2) ☐ 1- (0) Gelecekte umutsuz değilim.
☐ 2- (1) Geleceğe biraz olumsuz bakıyorum.
☐ 3- (2) Gelecek için beklediğim hiçbir şey yok.
☐ 4- (3) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3) ☐ 1- (0) Kendimi başarısız görmüyorum.
☐ 2- (1) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu.
☐ 3- (2) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlıklarım olduğunu görüyorum.
☐ 4- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4) ☐ 1- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
☐ 2- (1) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
☐ 3- (2) Artık hiçbir şeyden zevk alamıyorum.
☐ 4- (3) Bana zevk veren hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
- 5) ☐ 1- (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
☐ 2- (1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
☐ 3- (2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
☐ 4- (3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6) ☐ 1- (0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
☐ 2- (1) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
☐ 3- (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
☐ 4- (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) ☐ 1- (0) Kendimden hoşnutum.
☐ 2- (1) Kendimden pek hoşnut değilim.
☐ 3- (2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
☐ 4- (3) Kendimden nefret ediyorum.
- 8) ☐ 1- (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
☐ 2- (1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
☐ 3- (2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
☐ 4- (3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9) ☐ 1- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
☐ 2- (1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.
☐ 3- (2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
☐ 4- (3) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10) ☐ 1- (0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
☐ 2- (1) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
☐ 3- (2) Şu sıralar her an ağlıyorum.
☐ 4- (3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralar istesem de ağlayamıyorum.

- 11) ☐ 1-(0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
☐ 2-(1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
☐ 3-(2) Çoğu zaman sinirliyim.
☐ 4-(3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12) ☐ 1-(0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
☐ 2-(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
☐ 3-(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
☐ 4-(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13) ☐ 1-(0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat veriyorum.
☐ 2-(1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
☐ 3-(2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
☐ 4-(3) Artık karar veremiyorum.
- 14) ☐ 1-(0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu düşünmüyorum.
☐ 2-(1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
☐ 3-(2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
☐ 4-(3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15) ☐ 1-(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
☐ 2-(1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
☐ 3-(2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
☐ 4-(3) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16) ☐ 1-(0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
☐ 2-(1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
☐ 3-(2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
☐ 4-(3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17) ☐ 1-(0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
☐ 2-(1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
☐ 3-(2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
☐ 4-(3) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
- 18) ☐ 1-(0) İştahım eskisinden pek farklı değil.
☐ 2-(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
☐ 3-(2) Şu sıralarda iştahım oldukça kötü.
☐ 4-(3) Artık hiç iştahım yok.
- 19) ☐ 1-(0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
☐ 2-(1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilo dan fazla kaybettim.
☐ 3-(2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
☐ 4-(3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

*Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

- 20) ☐ 1-(0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
☐ 2-(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
☐ 3-(2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
☐ 4-(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21) ☐ 1-(0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
☐ 2-(1) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
☐ 3-(2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
☐ 4-(3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

KURUM ÇALIŞMA İZNİ (EK 5)

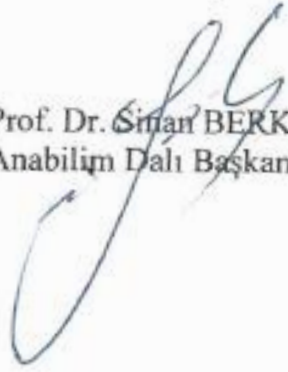
T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Sayı: 1374
Konu:

19/11/2008

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA**

İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek okulu Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Ümran Oskay'ın danışmanlığında Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yüksek Lisans Öğrencisi Sevil Batır'ın "Menopozal dönemdeki kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının Anabilim Dalımıza bağlı menopoş polikliniği'nde Prof. Dr. Önay Yalçın sorumluluğunda yürütülmesi uygun görülmüştür.

Prof. Dr.  BERKMAN
Anabilim Dalı Başkanı

ETİK KURUL KARARI (EK 6)

T.C.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 18/02/2009

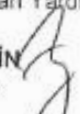
Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 2

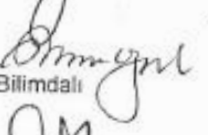
Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard. Doç.Dr. Ümrün OSKAY'ın üstlendiği ve Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Sevil BATIR'ın yürüteceği 2009/441 dosya numaralı "Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzda incelendi.

Etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.


Prof.Dr. Güher SARUHAN DİRESKENELİ
Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)


Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN
Farmakoloji ve Kli.F. A.D

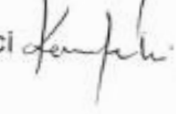
Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU
Biokimya A.D


Prof.Dr. Ahmet GÜL
İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK
İç Hast. A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.


Prof.Dr. Berrin UMMAN
Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (Katılmadı)
Farmakoloji ve Kli.F. A.D


Prof.Dr. Kamil PEMBECİ
Anesteziyoloji A.D.

Fatma Ceyda DÖNMEZER
Sivil Toplum Örgütü Üyesi 

Prof.Dr. Sevinç EMRE (Katılmadı)
Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK
Hukukçu 


Prof.Dr. Nuran YILDIRIM
Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN (Katılmadı)
Nöroloji A.D.


Prof.Dr. Pınar SAİP
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

ÇALIŞMANIN SÜRDÜRÜLME ONAYI (EK 7)

BİRÜNİ
ÜNİVERSİTESİ
"Bilimin Geleceği"

T.C
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ

16.02.2018

Konu : Tez Çalışması
Sayı : 26398800-199.99-01

Sayın Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

İlgi: 17.01.2018 tarih ve 02 sayılı yazınız

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına 2017-2018 Eğitim Öğretim yılı Güz döneminde tez çalışması için Üniversitemize kayıt yaptırmış öğrencilerinizden 170808013 numaralı Sevil BATIR' ın, İstanbul Üniversitesinde başlamış olduğu "Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasını sürdürmesi ile ilgili talebiniz Enstitümüz Yönetim Kurulunda görüşülerek uygun bulunmuştur.


Doç.Dr. Leman ŞENTURAN
Enstitü Müdürü

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sevil BATIR

Doğum Tarihi ve Yeri: İstanbul / 10.09.1986

Mail Adresi: sevil.batir@yahoo.com

Unvanı: IVF Koordinatörü

Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans Öğrencisi

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
3,67 / 4	İstanbul Üniversitesi-Bakırköy Sağlık Yüksekokulu/Ebelik Bölümü	2007
4,73 / 5	İstanbul Eminönü Cıbalı Lisesi	2003

İŞ DENEYİMİ

Eylül 2014 – ...

Acıbadem Sağlık Grubu

IVF Koordinatörü

Acıbadem Maslak Hastanesi IVF Ünitesi

Mayıs 2013 – Eylül 2014

Acıbadem Sağlık Grubu

IVF Hemşiresi

Acıbadem Maslak Hastanesi IVF Ünitesi

Kasım 2012 – Mart 2013

Bahçeci Sağlık Grubu

IVF Koordinatörü

Bahçeci Al Waziriyah IVF Center-Bağdat/Irak

Haziran 2009 – Nisan 2013

Bahçeci Sağlık Grubu

IVF Hemşiresi

Bahçeci Fulya IVF Merkezi

Aralık 2008 – Haziran 2009

Memorial Sağlık Grubu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Servis Hemşiresi

Memorial Şişli Hastanesi

Ocak 2008 – Ağustos 2008

İstanbul Üniversitesi

Jinekolojik Onkoloji Servis Hemşiresi

İstanbul Tıp Fakültesi

Şubat 2006 – Şubat 2007

İstanbul Üniversitesi

Acil Cerrahi Servis Hemşiresi (Yarı zamanlı)

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

BECERİ ve YETENEK

Bilgisayar

Windows Ofis Programları (Çok iyi)

Yabancı Dil

İyi düzeyde İngilizce

DİĞER BİLGİLER

Kurs ve Seminerler

Nisan 2017

Acıbadem Sağlık Grubu

V. Acıbadem Kadın Doğum Günleri – İstanbul

Nisan 2017

Acıbadem Sağlık Grubu

V. Acıbadem Kadın Doğum Günleri

IVF Hemşireliği Kursu – İstanbul

<i>Nisan 2016</i>	Acıbadem Sağlık Grubu IV. Acıbadem Kadın Doğum Günleri – İstanbul
<i>Nisan 2016</i>	Acıbadem Sağlık Grubu IV. Acıbadem Kadın Doğum Günleri IVF Hemşireliği Kursu – İstanbul
<i>Mart 2015</i>	Acıbadem Sağlık Grubu III. Acıbadem Kadın Doğum Günleri – İstanbul
<i>Mart 2015</i>	Acıbadem Sağlık Grubu III. Acıbadem Kadın Doğum Günleri IVF Hemşireliği Kursu – İstanbul
<i>Mayıs 2014</i>	Türk – Alman Jinekoloji Derneği Kongresi – Antalya
<i>Nisan 2014</i>	Acıbadem Sağlık Grubu II. Acıbadem Kadın Doğum Günleri – İstanbul
<i>Ekim 2013</i> USA	IFFS/ASRM Annual Meeting 2013 – Boston, MA,
<i>Mart 2013</i>	Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi – Bursa
<i>Temmuz 2012</i>	ESHRE Annual Meeting 2012 – İstanbul
<i>Ekim 2012</i> İstanbul	Acıbadem Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi I. Üreme Sağlığı ve IVF Hemşireliği Semineri –
<i>Nisan 2008</i>	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji ve İnfertilite Kongresi – İstanbul
<i>Mart 2008</i>	Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi I. Ulusal Kadın Kongresi – Ankara

Ocak 2008

Amerikan Hastanesi & Koç Üniversitesi

Diabetlilerde Cinsel Sağlık ve Hemşirelik Rolü Semineri

Nisan 2005

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Adolesan Sağlığı Sempozyumu

BAŞARI ve SERTİFİKALAR

Nisan 2017

Acıbadem Sağlık Grubu V. Acıbadem Kadın Doğum
Günleri

IVF Hemşireliği Kursu – Eğitimci Sertifikası

Nisan 2016

Acıbadem Sağlık Grubu IV. Acıbadem Kadın Doğum
Günleri

IVF Hemşireliği Kursu – Eğitimci Sertifikası

Mart 2015

Acıbadem Sağlık Grubu III. Acıbadem Kadın Doğum
Günleri

IVF Hemşireliği Kursu – Eğitimci Sertifikası

Ekim 2013

IFSS/ASRM 2013 Boston, USA

Ultrasound Imaging in Reproductive Medicine

Postgraduate Program Certificate

BİLDİRİLER/YAYINLAR

Temmuz 2012

28TH Annual Meeting of ESHRE – İstanbul – Oral

Presentation

Oz, S., Cavusoglu, I., Bahceci, M. ‘The Efficiency of
Administration of Cabergoline (Cb2) and/or
Hydroxyethyl Starch Solution (HAES) to Patients with
Ovarian Hyperstimulation Syndrome Risk’ – Preselected
for the Nursing Award.

10. İNTİHAL RAPORU

Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi

ORIJİNALLIK RAPORU

% 10	% 9	% 5	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	%1
2	www.insanbilimleri.com İnternet Kaynağı	%1
3	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	sosyalbilimler.cukurova.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
6	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1