



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

HDK-YL-2009-0005

MENOPOZAL SEMPTOMLAR İLE CİNSEL YAŞAM ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Meral ATİK NALBANT

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2009

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2009-0005

MENOPOZAL SEMPTOMLAR İLE CİNSEL YAŞAM
ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Meral ATİK NALBANT

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2009

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meral ATİK tarafından hazırlanan **“Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler”** başlıklı tez, 20/07/2009 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. Yrd. Doç. Dr. Nevin A. BALKAYA | ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu |
| 2. Yrd. Doç. Dr. Sevgi GÖKDEMİREL | ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu |
| 3. Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR | ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu |

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Muharrem BALKAYA
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Günümüz dünyasında gerek bilimsel, gerekse teknolojik alandaki gelişmelerin etkisiyle insan ömrü her geçen gün daha da artmaktadır. İlerleyen yaşlardaki insan nüfusunun artışı ile bu dönemin önemi daha da artmaktadır. Kadınların yaşamlarının 1/3'ünü geçirdikleri klimakterium dönemin yaşam kalitesinin artırılması bazı sağlık çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Çünkü kadın toplumun temel taşıdır ve gelecek nesillerin kadın ve erkek modellerinin yaratıcısıdır.

Kişisel farklılıklar olsa da üretken çağın sonlarına doğru her kadın birçok değişim yaşamaya başlar. Menstruasyon düzenindeki bozulmalarla başlayan değişimleri sıcak basmaları, terleme nöbetleri, uyku düzeninde değişiklik, sinirlilik-kolay öfkelenme gibi ruhsal belirtiler, kardiyovasküler sistem ve kemik yapıdaki değişimler takip eder. Menopozla birlikte çoğu zaman olumsuz etkilenen bir diğer bileşen de cinsel yaşamdır. Cinsel ilişkide ağrı hissinin olması, istek düzeyinde, cinsel ilişki sıklığında, ilişkiden alınan doyumda azalmalar olması kadının başta cinsel yaşamı olmak üzere tüm yaşam parametrelerini etkiler.

Menopoz döneminde yaşanan cinsel sorunların temelini hormon düzeylerindeki değişimler olduğu bilinmesine rağmen, bireysel olarak farklı boyutlarda yaşanan menopozal semptomların cinsel yaşam üzerinde de etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma ile sağlık çalışanlarında, özellikle de temel sorumluluğu sağlığı koruma ve geliştirme olan ebe ve hemşirelerde, menopozal semptomlar ve cinsel yaşam ile ilgili farkındalığın artırılmasına ve buna bağlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmak istenmiştir. Böylece kadınların menopozal semptomları ve bunların etkisi ile oluşabilen cinsel sorunları azaltılarak, kaliteli ve doyurucu bir cinsel yaşam dolayısıyla da sağlıklı bir klimakterik dönem yaşamalarına katkıda bulunabileceğini ümit ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	x
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
EKLER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Genel Bilgiler.....	7
1.3.1. Klimakterium.....	8
1.3.1.1. Premenopoz.....	9
1.3.1.2. Menopoz	10
1.3.1.3. Perimenopoz.....	11
1.3.1.4. Postmenopoz.....	12
1.3.2. Menopoz Döneminde Yaşanan Değişiklikler.....	13
1.3.2.1. Kısa Süreli Sorunlar.....	13
1.3.2.1.1. Vazomotor Semptomlar.....	14
1.3.2.1.2. Atrofik Semptomlar	15

	Sayfa
1.3.2.1.3. Psikolojik Semptomlar	17
1.3.2.2. Uzun Süreli Sorunlar.....	19
1.3.2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Sorunları.....	19
1.3.2.2.2. Kas-İskelet Sistemi Sorunları	20
1.3.3. Menopoz Semptomlarının Tedavisi.....	22
1.3.3.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT).....	22
1.3.3.2. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedaviler.....	23
1.3.4. Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü.....	24
1.3.5. Kadın Cinselliği.....	27
1.3.5.1. Kadında Cinsel Yanıt Evreleri.....	27
1.3.5.1.1. Uyarılma Evresi.....	28
1.3.5.1.2. Plato Evresi.....	29
1.3.5.1.3. Orgazm Evresi.....	29
1.3.5.1.4. Çözülme Evresi.....	30
1.3.5.2. Menopozda Cinsel Yanıt Evrelerindeki Değişiklikler.....	30
1.3.6. Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri.....	31
1.3.7. Menopoz Döneminde Cinselliği Etkileyen Faktörler.....	32
1.3.7.1. Hormonlar.....	33
1.3.7.1.1. Östrojen.....	33
1.3.7.1.2. Androjenler.....	35
1.3.7.2. Hastalıklar.....	36
1.3.7.3. Duyu Organlarının Hassasiyetindeki Değişme.....	37
1.3.7.4. Mental Değişimler.....	38
1.3.7.5. Cerrahi Tedavi, Kemoterapi ve Radyoterapi.....	38
1.3.7.6. Kültürel Yapı.....	39
1.3.7.7. Eğitim Düzeyi.....	40
1.3.7.8. Menopozda Cinselliğin Algılanışı	40
1.3.8. Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşama Etkisi.....	42
1.3.8.1. Somatik Semptomların Cinsel Yaşama Etkisi.....	42
1.3.8.2. Psikolojik Semptomların Cinsel Yaşama Etkisi.....	43
1.3.8.3. Ürogenital Semptomların Cinsel Yaşama Etkisi.....	43

	Sayfa
1.3.9. Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyon Kayıplarında Tedavi Yaklaşımları.....	44
1.3.9.1. HRT.....	44
1.3.9.2. Androjen.....	46
1.3.9.3. Tibalon.....	47
1.3.9.4. Raloksifen.....	48
1.3.9.5. Vazoaktif Ajanlar.....	49
1.3.9.6. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri.....	50
1.3.10. Menopoz Döneminde Cinsel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Ebelik/Hemşirelik Yaklaşımları.....	51
1.3.10.1. Menopozda Cinsel Veri Toplama.....	53
1.3.10.2. Menopoz Döneminde Cinsel Yaşam Değişiklikleri ile Başa Çıkma Yöntemleri.....	55
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	60
2.1. Araştırmanın Şekli.....	60
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	60
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	61
2.4. Araştırmanın Evreni.....	62
2.5. Araştırmanın Örneklemi.....	62
2.5.1. Araştırmaya Alma ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	63
2.5.1.1. Araştırmaya Alma Kriterleri.....	63
2.5.1.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	63
2.6. Veri Toplama Araçları.....	63
2.6.1. Soru Formu.....	64
2.6.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği.....	64
2.6.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi.....	66
2.6.4. Soru Formunun Ön Uygulaması.....	68
2.6.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	68
2.6.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	69
2.6.6.1. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	70
2.6.6.2. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler.....	71
2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	71

	Sayfa
2.7.1. Araştırmanın Güçlükleri.....	71
2.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	72
3. BULGULAR.....	74
3.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	74
3.2. Kadınların Obstetrik/Jinekolojik Öyküleri.....	76
3.3. Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri.....	78
3.4. Kadınların Menopozal Semptomları.....	79
3.5. Kadınların Menopoz Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Düşünceleri.....	86
3.6. Kadınların Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamları.....	87
3.7. Menopozal Semptomlar ve Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler.....	95
3.8. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamları.....	96
4. TARTIŞMA.....	105
4.1. Kadınların Menopoz ve Menopozal Semptomlarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	105
4.2. Kadınların Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	111
4.3. Kadınların Menopoz Semptomları ve Cinsel Yaşamları Arasındaki İlişkilere Ait Verilerin Tartışılması.....	116
4.4. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	118
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	123
5.1.Sonuçlar.....	123
5.1.1. Kadınların Menopoz ve Menopozal Semptomlarına İlişkin Sonuçlar..	123
5.1.2. Kadınların Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sonuçlar....	124
5.1.3. Kadınların Menopoz Semptomları ve Cinsel Yaşamları Arasındaki İlişkilere Ait Sonuçlar.....	126
5.1.4. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sonuçlar.....	126
5.2. Öneriler.....	128
ÖZET.....	131
SUMMARY.....	132

	Sayfa
KAYNAKLAR.....	134
ÖZGEÇMİŞ.....	151
TEŞEKKÜR.....	152
EKLER.....	153
EK I. Bilgilendirilmiş Olur Metni.....	153
EK II. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	156
EK III. Soru Formu.....	157
EK IV. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği.....	159
EK V. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi.....	160
EK VI. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı.....	162
EK VII. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	163
EK VIII. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	164
EK IX. Kadınların Menopozal Semptomlarının Yaşadıkları Şiddet Düzeylerine Göre Dağılımları.....	166
EK X. Kadınların Yaşadıkları Cinsel Sorunların Dağılımları.....	167

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
EPK:	Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu
HRT:	Hormon Replasman Tedavisi
MSDÖ:	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Menopause Rating Scale)
IFSF:	Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index Of Female Sexual Function)
KMÖ:	Kupperman Menopoz Ölçeği
NSP:	Nothingam Sağlık Profili
SPSS:	İstatistik Paket Programı (Statistical Package For The Social Sciences)
KWH:	Sıralamalı Tek Yönlü Varyans Analizi (Kruskal Wallis H Test)
FSH:	Folikül Stimüle Edici Hormon
LH:	Luteinize Edici Hormon
VIN:	Vulvar İntraepitelyal Neoplaziler
LDL:	Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low Density Lipoprotein)
HDL:	Yüksek Dansiteli Lipoprotein (High Density Lipoprotein)
Ca:	Kalsiyum
PTH:	Parathormon
1.25 (OH₂)-D₃	1.25 Dihidroksi Kolekalsiferol (Vitamin D'nin Hormon Şekli)

DSM-IV:	Mental Bozuklukların Teşhissel ve İstatistiksel Kılavuzu-IV (The Diagnostic And Statistical Manual For Mental Disorders IV)
NOS:	Nitrik Oksit Sentetaz
KDT:	Kantitatif Duysal Test
SHBG:	Seks Hormonu Bağlayıcı Globülin (Sex Hormone-Binding Globulin)
SERM:	Selektif Östrojen Reseptör Modülatorü
PDE5:	Fosfodiesteraz Tip 5
ViP:	Vazoaktif İntestinal Peptit
NEP:	Nötral Endoptidaz
NO:	Nitrik Oksid
TENS:	Transkutanöz Sinir Stimulasyonu
CETAD:	Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği

ÇİZELGELER

		Sayfa
Çizelge 1.3.1.1.1.	Menstrual siklus ve menopoza döneminde hormon değerleri	10
Çizelge 1.3.1.4.1.	Premenopozal ve postmenopozal dönemde hormonların ortalama serum konsantrasyonları	13
Çizelge 2.3.1.	Araştırma sürecinde yapılan işlemler ve tarihleri	61
Çizelge 2.6.6.1.	MSDÖ için güvenilirlik analizi sonuçları	69
Çizelge 2.6.6.2.	KCFSİ için güvenilirlik analizi sonuçları	70
Çizelge 3.1.1.	Kadınların sosyodemografik özellikleri	74
Çizelge 3.2.1.	Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri	76
Çizelge 3.3.1.	Kadınların menopoza ilişkin özellikleri	78
Çizelge 3.3.2.	Kadınların menopoza döneminde doktora başvurma nedenleri	78
Çizelge 3.4.1.	MSDÖ merkezi eğilim ve değişim ölçüleri	80
Çizelge 3.5.1.	Kadınların menopoza öncesi ve sonrası cinsel yaşamlarına ilişkin düşünceleri	86
Çizelge 3.6.1.	KCFSİ merkezi eğilim ve değişim ölçüleri	90
Çizelge 3.7.1.	MSDÖ ve KCFSİ genel ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiler	95
Çizelge 3.8.1.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların yaşlarına göre dağılımı	97
Çizelge 3.8.2.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı	98
Çizelge 3.8.3.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların menopoza yaşına göre dağılımı	99
Çizelge 3.8.4.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların HRT almalarına göre dağılımı	100
Çizelge 3.8.5.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların HRT alma sürelerine göre dağılımı	101

		Sayfa
Çizelge 3.8.6.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların menopoz öncesi cinsel yaşamları ile ilgili düşüncelerine göre dağılımı	102
Çizelge 3.8.7.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların menopozun cinsel yaşamlarına etkisiyle ilgili düşüncelerine göre dağılımı	102
Çizelge 3.8.8.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların cinsel problemler için sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına göre dağılımı	103
Çizelge 3.8.9.	KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların ilaç dışı ürün kullanma durumlarına göre dağılımı	104

GRAFİKLER

	Sayfa
Grafik 3.4.1. Menopozal Semptomlar	79
Grafik 3.4.2. MSDÖ dağılımı (Ortalama)	82
Grafik 3.4.3. Somatik şikayetler alt ölçeği dağılımı (Ortalama)	83
Grafik 3.4.4. Psikolojik şikayetler alt ölçeği dağılımı (Ortalama)	84
Grafik 3.4.5. Ürogenital şikayetler alt ölçeği dağılımı (Ortalama)	85
Grafik 3. 6. 1. Menopoz sonrası yaşanan cinsel sorunlar	87
Grafik 3.6.2. KCFSİ dağılımı (Ortalama)	91
Grafik 3.6.3. Cinsel doyum alt ölçeği dağılımı (Ortalama)	92
Grafik 3.6.4. Cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği dağılımı (Ortalama)	93
Grafik 3.6.5. Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği dağılımı (Ortalama)	94

TABLÖLAR

	Sayfa
Tablo 1. Kadınların menopozal semptomlarının yaşadıkları şiddet düzeylerine göre dağılımları	166
Tablo 2. Kadınların yaşadıkları cinsel sorunların dağılımları	167

EKLER

	Sayfa
EK I. Bilgilendirilmiş Olur Metni	153
EK II. Bilgilendirilmiş Olur Formu	156
EK III. Soru Formu	157
EK IV. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	159
EK V. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi	160
EK VI. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı	162
EK VII. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı	163
EK VIII. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	164
EK IX. Kadınların Menopozal Semptomlarının Yaşadıkları Şiddet Düzeylerine Göre Dağılımları	166
EK X. Kadınların Yaşadıkları Cinsel Sorunların Dağılımları	167

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan hayatı çeşitli yaşam evrelerinden oluşmaktadır. Bu yaşam evrelerinden biri de kadın cinsiyetine özgü olan, belirli bir yaştan sonra gelişen ve kadının yaşam döngüsünü etkileyen menopoza ve klimakterium dönemidir. Günümüzde ilerleyen teknoloji her alanda olduğu gibi insan sağlığı konusunda da gelişmelere neden olmuş, gerek tıbbi gerekse yaşam koşullarının iyileşmesi sonucunda beklenen yaşam süresi uzamış ve uzamaya devam etmektedir (WHO 2009). Dünya Sağlık Örgütü 2003 yılı verilerine göre 65 yaş üstü nüfusun 2050 yılında üç kat artarak %7'den %23'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO 2003). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 74.2, erkeklerde ise 69.3'tür. (TÜİK 2007). Gelişmiş ülkelerde postmenopozal dönemdeki kadınlar toplumun %15'inden fazlasını oluştururken, dünyanın daha az gelişmiş bölgelerinde bu oran %5-8'dir (Chervenak ve Santoro 1999). Ancak, ortalama yaşam süresindeki artışa paralel olarak son 20-30 yılda yaşlı nüfusun artması menopoza sonrası dönemde geçirilen süreyi uzatmaktadır (WHO 2004). Böylece her yıl 47 milyon yeni olgu ile 2030 yılına kadar menopozal ve postmenopozal kadınların sayısının 1.2 milyarı geçmesi beklenmektedir (WHO 2009). Günümüz kadını yaşamının yaklaşık 1/3 kadarını menopoza sonrası dönemde geçirmektedir ve bu bir insan ömrü için oldukça önemli bir süredir (WHO 2004).

Klimakterium kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, ovaryumlardaki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Genel olarak östrojen metabolizmasındaki düşme sonucu semptomların başladığı andan

geçiş sürecinin bittiği ve semptomların kaybolduğu ana kadar geçen dönem klimakterium olarak isimlendirilmektedir. Bu dönem yaklaşık 40 yaş civarında başlar, yaşlılık dönemi olarak kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder. Klimakterium kavramı perimenopozal geçiş yıllarını, menopoza ve postmenopozal yılları içermektedir. Bu dönemdeki kadın bir yıl süre ile adet görmemişse, menopoza girdiği kabul edilir. Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süre postmenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır. Menopoz, yani over aktivitesinin yitilmesiyle menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması klimakterium dönemi içinde önemli bir dönüm noktasıdır (International Menopause Society 2009).

Dünyada 45-55 yaş arasında olan menopoz yaşı (Hidayet ve ark. 1999, Kazerooni ve ark. 2000, Bartlik ve Goldstein 2000, Connell ve ark. 2005, Amore ve ark. 2006), ülkemizde yapılan çalışmalara göre 45-47 arasında yoğunluk göstermektedir (Özeren ve ark. 1998, Arslan ve ark. 2004, Hassa 2004, Yücel ve ark. 2005, Güney 2006, Bayam ve ark. 2007, Hotun Şahin ve Coşkun 2007). Türkiye için Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği adına Ertüngelap (2003) tarafından retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, Türkiye'deki menopoz yaşının 46.4 ± 1.9 olduğu bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde menopoz daha geç yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48) (Amore ve ark. 2006), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44) görülmektedir (Hidayet ve ark. 1999, Kazerooni ve ark. 2000).

Menopoz birçok bedensel ve ruhsal değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bunlar arasında vazomotor ve kardiyovasküler belirtiler (sıcak basmaları, gece terlemeleri, aritmi, ağrı ve çarpıntı), gastro-intestinal değişiklikler (kabızlık, spazm, distansiyon, dispepsi), lökomotor sistem sorunları (osteoporoz, kas ağrısı, eklem ağrısı, hareket esnekliğinde azalma, kemik kırıkları), oftalmik değişiklikler (gözde kuruma), cinsel organlarda atrofik değişiklikler (vajinal kuruluk, vulvovajinal kaşıntı, dizüri, pollaküri, stres inkontinansı, vajinal akıntı), cilt değişiklikleri (cildin hidrasyonunun azalması ve kırılganlığı, elâstikiyet kaybı), nöro-psişik belirtiler (unutkanlık, baş ağrısı) ve psikiyatrik belirtiler (anksiyete, depresyon, duygulanımda labilite, uykusuzluk, irritabilite, cinsel istek azalması) bulunmaktadır. Bu belirtilerin varlığı klimakterik dönemin daha sıkıntı verici biçimde yaşanmasına yol açabilmektedir (Amore ve ark. 2006, Erdem 2006, Varma ve ark. 2006, Çoban ve ark. 2007).

Nappi ve Nijland (2008), menopoz dönemindeki kadınların %52'sinin sıcak basması, %44'ünün uykusuzluk, %37'sinin ruhsal dalgalanmalar, %25'inin depresyon ve %21'inin vajinal kuruluştan şikayetçi olduğunu belirtmektedir. Türkiye'de farklı yerleşim birimlerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre en yaygın görülen yakınmalar eklem-kas ağrısı (%77-%83), sıcak basması-gece terlemesi (%73-%87), uykusuzluk-yorgunluk (%71-%82), sinirlilik-gerginlik (%71-%78) ve baş ağrısı-baş dönmesi (%62-%73.6) olarak belirlenmiştir (Şahin 1998, Ertem ve Şirin 2000, Ergöl ve Eroğlu 2001, Işık ve Vural 2001, Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003, Hotun Şahin ve Coşkun 2007). Woods ve Mitchell (2005)'in belirttiğine göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Hollanda, Avustralya, Japonya gibi gelişmiş ülkelerde menopoz dönemindeki kadınların %75'inde sıcak basması, %41'inde sinirlilik, %40'ında yorgunluk, %39'unda terleme, %38'inde baş ağrısı, %32'sinde uykusuzluk ve %30'unda depresyon şikayetleri yaşanmaktadır. Klimakterik dönem sadece belirli bir kadın grubunu etkileyen bazı değişikliklerin olduğu bir dönem değil, aynı zamanda yakınmalar ve bazen hastalıklar süreci ile aile ve toplumu da etkileyen sorunlu bir dönemdir (Güngör 2003, Güney 2006, Çoban ve ark. 2008). Çalışmalar menopozal semptomların kadının yaşamını çok yönlü olarak etkilediğini, özellikle günlük yaşam aktiviteleri içinde gözden kaçan, konuşulması yasak, tabu olan, gizlenen, yeterince ele alınmayan ve dile getirilmeyen kadın cinselliğini ve kadının cinsel yaşamını da olumsuz etkilediğini göstermektedir (Astbury 2003, Bezircioğlu ve ark. 2004, Hartmann ve ark. 2004, Api 2005, Shea 2006, Bayam ve ark. 2007).

Menopozda cinsel sorunların altında yatan ilk neden yaştan ilerlemesiyle over işlevlerinin yavaşlaması ve dolaşımdaki östrojen, progesteron ve testosteron düzeylerinin düşmesidir. Özellikle östrojen düzeylerindeki düşüşe bağlı gelişen ürogenital atrofi, cinsel yakınmaların ortaya çıkmasındaki en önemli nedenlerden biridir. Bunun dışında hormonal düşüşlere bağlı olarak cinsel istek ve fantezilerde azalma, cinsel uyarılma ve orgazm sorunları ortaya çıkabilir. Meme başı ve klitoris gibi duyarlı bölgelerin uyarılma eşiği yükselir, vajinal kuruluk ve lubrikasyon kaybı meydana gelir. Postmenopozal dönemde pubokoksigeal kasın istemsiz kasılması vajinismus ve ağrılı cinsel birleşmelere neden olabilmekte, üriner inkontinans cinsel ilişki sıklığının istemli olarak azalmasına yol açabilmektedir (Palacios ve ark. 2002, Kadioğlu ve Ark. 2004).

Cinsel yaşam ve cinsel yaşamla ilgili problemler kadının ruhsal durumunu, özgüvenini, yaşam kalitesini ve diğer kişilerle ilişkilerini de etkilemektedir (Kızıltepe 2006). Cinsellikle ilgili problemlerin önlenmesi ve tedavi edilmesi kişilerin yaşam kalitesini artıracığından insanlığa fayda açısından çok önemlidir. Bu nedenle menopoza dönemindeki bir kadının cinsel sorununun olup olmadığını belirlemek ve bu sorunu çözümlmeye çalışmak, günümüz bütüncül sağlık anlayışının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Menopoz döneminde cinsel yaşam değişikliklerinin yaşın artması, eş faktörü, dini inanışlar, kültürel yapı, cinsellik hakkındaki beklenti, inanç ve tutumlar ile cinsel sorunların farkında olunmaması gibi etmenlerden mi, yoksa sadece menopoza yaşanan değişimlerle mi ilgili olduğunun ayırt edilmesi önemlidir. Menopoz döneminde cinsel yaşam değişiklikleri ve baş etme yöntemlerine ilişkin yapılan çalışmalar olmasına rağmen (Arslan ve ark. 2004, Dennerstein ve Leherter 2004, Laumann ve ark. 2005, Erdem 2006, Karakuş 2006, Öksüz ve Malhan 2006, Yücel 2006, Gallicchio ve ark. 2007), yaşanan semptomlar ile cinsel ilişki arasındaki ilişkileri değerlendiren çalışmalar sınırlıdır (Handa ve ark. 2004, Neff 2004, Varma ve ark. 2005, Varma ve ark. 2006).

Varma ve arkadaşları (2006), menopoz dönemindeki kadınların cinsel ilişki sıklığında azalma, ilişkiden kaçma ve anorgazmi sorunları olduğunu, menopoz süresi uzadıkça cinsel doyumun azaldığını saptamışlardır. Ayrıca cerrahi menopoz grubunda cinsel doyumun somatik belirtilerden, doğal menopoz grubunda ise daha çok anksiyete ve depresif belirtilerden etkilendiği tespit edilmiştir. Nappi ve arkadaşları (2002), 45-60 yaşları arasındaki kadınlarda cinsel birleşme sırasında ağrı ve azalmış libidonun klimakterik dönemde en sık görülen şikayetler olduğunu ve cinsel memnuniyette azalmanın klimakterik dönemin geç evrelerinde arttığını saptamışlardır. Altınsoy (2002), 40-75 yaşları arasındaki kadınların %52.3'ünün cinsel sorunlarının olduğunu, %44.3'ünün ise cinsel ilgilerinin azaldığını tespit etmiştir.

Arslan ve ark. (2004), haftada ortalama 3-4 kez olan cinsel ilişki sıklığının menopoz öncesi %42.4'den menopoz sonrası %5.2'ye, ön sevişmenin ise %69.4'den %24.5'e düştüğünü ve bu veriler arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmektedir. Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınlarda ayrıca vajinal kuruluk, cinsel ilgide azalma, ağrılı cinsel ilişki, orgazm olmada azalma gibi birçok cinsel sorun olduğu bildirilmektedir. Özkan ve Alataş (2004)'da cinsel ilişki sıklığının postmenopozal dönemde anlamlı şekilde

azaldığını belirtmiştir. Menopoz öncesi dönemde kadınların %73'ü haftada bir veya iki kez cinsel ilişkiye girerken, menopoz sonrası bu oran %42'ye düşmektedir.

Cinsel yaşamla ilgili olarak yaşanan bu sorunlara rağmen, kadınların çok azı cinsellikle ilgili sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (Altınsoy 2002, Doğan 2004, Özkan ve Alataş 2004). Bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısında (%52) cinsel istek yokluğu veya azlığı saptanmasına rağmen, hiçbirinin libidodaki negatif etkilenme şikayeti ile bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları bulunmuştur (Özkan ve Alataş 2004). Buna karşın Altınsoy (2002), cinsel sorunlar için yardıma başvurma oranını %24 olarak bildirmiştir. Doğan (2004), menopoz dönemindeki kadınların hastaneye daha çok gerginlik, unutkanlık, iç sıkıntısı, aşırı ve çabuk sinirlenme (%72.7), ateş basması ve terleme (%70), menstrual düzensizlikler (%69.3), kemik ve eklem ağrısı (%18.7) nedeniyle başvurduklarını bulmuştur. Bu araştırmacıya göre cinsel isteksizlik nedeniyle doktora başvurma %10 ile 5. sırada yer almaktadır. Kişisel utanma duygusu, geleneksel aile yapısı ve sosyokültürel yapı gibi nedenlerin, kadınların cinsel problemlerinin çözümü için profesyonel yardım almalarını etkilediği belirtilmektedir (Özkan ve Alataş 2004).

Çalışmalar genellikle vazomotor ve psikolojik semptomların menopozla ilişkisini yüksek olarak ifade eden kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili sorunlarını görmezden gelme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Güngör 2003, Karakuş 2006, Dişçigil 2008). Dişçigil ve ark. (2008), üreme çağında ve menopoz döneminde olan kadınların menopozla ilişkili olabileceğini düşündükleri semptomları sorgulamışlardır. Kadınların %90.1'i sıcak basmasının menopozla ilişkili olduğunu, libido kaybı (%18.3) ve disparoninin (%4.2) menopozla ilişkisinin çok düşük olduğunu ifade etmiştir. Güngör (2003), menopoz döneminde görülebilecek şikayetleri araştırmış ve %60.7 sıkıntı, %45.4 ateş basması, %34.6 terleme cevaplarını almıştır. Ancak, bu araştırmaya katılan kadınların %44.6'sı menopoz ile birlikte cinsel yaşamın değişmeyeceğini belirtmiştir.

Kadınların büyük çoğunluğu menopoz hakkında az ya da çok bilgi sahibi olmakla beraber, yaşadıkları cinsel sorunların menopozla ilişkisinin genel olarak farkında olmamakta ve çözümü için pek bir şey yapmamaktadırlar (Güngör 2003, Erdem 2006, Yücel 2006, Dişçigil ve ark. 2008). Erdem (2006), kadınların %36.5'inin disparoniye bağlı cinsel isteksizlik yaşadığını ve bunların %63.2'sinin baş etmek için hiç bir şey yapmazken,

%26.3'ünün eşiyle birlikte olmamayı çözüm olarak gördüğünü bildirmektedir. Yücel (2006), postmenopozal kadınların cinsel ilişkide ağrı, kanama, vajinal kuruluk ve ilişki sırasında yanma gibi cinsel sorunları %87.4 oranında yaşadıklarını ve neredeyse tamamının yaşadıkları sorun için hiç bir şey yapmadıklarını saptamıştır.

Hemşireler cinsel sorunu olan kadınlarda sorunun tanımlanması ve tedavisinde danışman ve eğitici olarak yardımda bulunabilirler. Hemşireler bu tür hastalarla karşılaştıklarında onları dinleyen, bilgilendiren, destekleyen, cinsel sorunlarla başa çıkma yöntemlerine başvurmada cesaretlendiren ve yönlendiren sağlık profesyonelleri olmalıdırlar (Arslan ve ark. 2004). Buna rağmen sağlık profesyonelleri genellikle cinsel yaşam konusundaki bilgi eksiklikleri nedeniyle hastalara öneride bulunmak ve danışmanlık hizmeti vermekte isteksiz davranabilmektedirler. Çalışmalar, hemşirelerin genel olarak cinsel fonksiyonlar ve cinsel sorunların ele alınması konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını ve yeterli destek ve danışmanlık hizmeti veremediklerini ortaya koymaktadır (Guthrie 1999, Haboubi ve Lincoln 2003, Aygin ve Aslan 2005, Güvel ve ark. 2005, Yücel 2006). Guthrie (1999), hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastanın cinselliğinden sorumlu olduğunu kabul ettiğini, fakat hem hastaların hem de hemşirelerin bu konuyu konuşmaktan kaçındıklarını belirlemiştir. Bir çalışmada kadınların cinsellik hakkında bilgi almak istedikleri kişiler sorulduğunda hiç birinin ebe ve hemşire cevabını vermemesi düşündürücüdür (Yücel 2006).

Yirmibirinci yüzyılda 21 sağlık hedefi kapsamında 2020 yılına kadar 65 yaşın üstündeki bireylerin sağlık potansiyelinin tam yerinde olması, yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması ve otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürerek yaşayabilme oranının en az %50 artırılması hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı 2001). Bu doğrultuda insan ömrünün oldukça uzun bir dönemi olan klimakteriumun sağlıklı geçirilmesi için ebe ve hemşirelerin hedefe uygun bakım standartları geliştirmesi kadınların sağlıklı, huzurlu ve kaliteli bir yaşlılık dönemine geçişine basamak oluşturacaktır. Menopoz dönemi semptomlarının, cinsel sorunların ve birbiriyle ilişkisinin bilinmesi sorunların erkenden tanınması, bunlara yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve böylece kadınlara sağlık bilincinin kazandırılması açısından yararlı olacaktır. Ayrıca, ebe ve hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artması koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygulamasına fırsat yaratacaktır. Kaliteli cinsel hayatın sağlanması için

menopozal semptomların etkilerinin azaltılması ve kişiye özel baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi ebe ve hemşirelerin bütüncül sağlık anlayışının bir parçası haline gelmelidir. Kanıta dayalı bakım hedeflerinin geliştirilmesi anlayışı içerisinde, yoğun olarak yaşanan menopozal semptomların cinsel sorunların görülmesinde risk oluşturduğunu gösteren araştırmaların sınırlı olması, araştırmanın yapılma gereksinimini doğurmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kadınların yaşamlarının önemli bir bölümünü geçirecekleri klimakterik dönemde menopozal semptomlar ve cinsel sorunlar sık olarak yaşanmaktadır. Ancak cinsel sorunların altında çok fazla neden yatabilmektedir. Menopozal semptomların tek başına cinsel fonksiyonlara etkisinin bilinmesi bireye özgü eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasında ve bakım hedeflerinin belirlenmesinde ışık tutacaktır. Böylelikle kadınlar klimakterium ve takip eden senilium dönemlerinde aile ve toplum içinde biyolojik, psikolojik ve cinsel yönden sağlıklı bireyler olarak yaşayabileceklerdir.

Kadınların menopozal semptomları ile cinsel yaşam değişiklikleri ve bunlar arasındaki ilişkilerin tespit edilmesinin, hemşirelik/ebelik bakım hizmetlerinin kalitesi ve sunumunda etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle araştırma, kadınların menopozal semptomlarını ve bunların cinsel yaşam ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

Kadınlar yaşam dönemlerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok değişimlerle karşılaşır. Her yaşam döneminin kendine özgü özellikleri vardır. Dönemlerin süresi ve gelişen değişimler genetik, hormonal ve çevresel özellikler ile belirlenir. Bir dönemden diğerine geçişte keskin sınırlar yoktur. Bu nedenle dönemler birbiri ile ardışık ve yine birbirleriyle iç içe geçmiş olarak yaşanır (Taşpınar 2006).

Kadının hayatı çocukluk, ergenlik, üreme, klimakterium ve yaşlılık olmak üzere beş ayrı dönemde incelenebilir. Doğumla birlikte başlayan çocukluk döneminde kadına özgü fiziksel, hormonal ve ruhsal farklılıklar gözlenmez. Çocukluk dönemi sonunda kadınlık hormonlarındaki kısmi değişimlerin sonucunda ergenliğe ait belirtiler görülmeye başlar. Genellikle ilk belirti 9-10 yaşlarında görülen meme dokusunda büyümedir. Menarş ise genellikle meme gelişiminin başlamasından 1.5-2 yıl sonra, ortalama 12 yaşında görülür. Kadın yönünde bedensel, ruhsal ve cinsel olarak farklılaşma ortalama 18 yaşına kadar devam eder (Taşpınar 2006, Taşkın 2007). Ergenlik çağının sonunda üreme dönemi başlar ve ovaryumlardaki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan klimakterium dönemine kadar sürer (Tortumluoğlu 2004b, Patel ve ark. 2006).

Klimakterium bir hastalık dönemi değil, doğal ve fizyolojik bir olgunlaşma sürecidir. Ancak, bu süreç yaşam kalitesini bozucu patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık çalışanları tarafından özel olarak ele alınması gereken bir dönemdir (Tortumluoğlu 2004b).

1.3.1. Klimakterium

Klimakterium, genellikle 45 yaş civarında başlar ve yaşlılık (senil) döneminin başlangıcı kabul edilen 65 yaşa kadar devam eder. Adet düzensizlikleri, sıcak basmaları, terleme, çarpıntı gibi vazomotor bozukluklar, irritabilite, ağlama isteği, endişe, uyku bozuklukları gibi psikolojik belirtiler ile özellikle deri ve ürogenital sistemde değişikliklerle karakterizedir. Mukoza ve bağ dokusunun atrofisi sonucu meydana gelen derinin incilmesi, kuruluk, renk değişimleri, üriner inkontinans, vajinal kuruluk ve disparoni gibi belirti ve bulgular klimakterik dönemin başladığını gösterir. Klimakterium dönemi dört evreyi kapsamaktadır. Bu evreler premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopozdur (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996, Güngör 2003, Taşkın 2007, International Menopause Society 2009).

1.3.1.1. Premenopoz

Premenopoz klimakteriyumun ilk fazıdır. Premenopoz 40 yaş civarında overlerdeki yetmezlik sonucu başlar, genellikle belirti vermez ve 4-6 yıl sürer. Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH)'un hızla artışı sonucu Luteinize Edici Hormon (LH) / FSH dengesinin FSH lehine bozulması, folliküllerin erken olgunlaşması ve oosit kaybı menopoza geçişin önemli nedenleridir. Normalde FSH'nin bir diğer etkisi de over kaynaklı bazı nonsteroid maddelerin sentezini sağlamaktır. Bunların içinde en önemlilerinden biri İnhibin B adı verilen peptid hormondur. İnhibin B FSH'nin salınımını inhibe edici özelliğe sahiptir (Tuna 2005). İnhibinin yaşlanma ile birlikte bir azalma göstermesi ve primordial follükülerin oldukça az sayıda kalması sonucu ortaya çıkan ilk belirti FSH/LH dengesindeki FSH lehine yükselmedir (Özgür 2007). Hormonal değişimler sonucu bu dönem menopoza sonlanır (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, International Menopause Society 2009). Adet araları normal sınırlar içinde kalmak üzere (örneğin 21–25 günde bir adet görme) kısalmır. Bu fazda menstrual siklus bozulur, düzensizlikler başlar ve anovülasyonsuz sikluslara bağlı fertilité azalır. Menstrual siklustaki değişiklikler FSH seviyesinde artma, İnhibin seviyesinde azalma ile birlikte, Estradiol (E2) ve LH düzeylerinde değişiklik olmaması ile karakterizedir. Menopoz öncesi E2 seviyesi foliküler büyüme ve gelişme devam ettikçe normal sınırlarda kalmaktadır (Tuna 2005). Bu dönemde vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlar (Tortumluoğlu 2003). Aynı zamanda bu devre, kadında disfonksiyonel kanamaların en çok görüldüğü devredir (Özgür 2007). Düzensiz adet gören bir kadında FSH değerinin 25-40 pg/ml arasında olması halinde menopoza giriş sürecinin başladığı, ancak seyrek de olsa yumurtlama ve gebelik de olabileceği düşünülür. LH düzeyi etkilenmez, çünkü östrojen ve progesteron normal düzeylerdedir (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996, Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Erdem 2006, Taşkın 2007). Premenopozal dönemde hormonların serum konsantrasyonları Çizelge 1.3.1.1.1'de görülmektedir (Özgür 2007).

Çizelge 1.3.1.1.1. Menstrual siklus ve menopoz döneminde hormon değerleri

	Ovulasyon	Foliküler Faz	Luteal Faz	Menopoz
Hormonlar				
FSH (mlü/ml)	6.3-24	2.9-12	1.5-7	17-95
LH (mlü/ml)	9.6-80	1.5-8	0.2-6.5	8-33
Progesteron (ng/ml)	2-3	0.2-1.4	4-25	0.1-1
Östrojen (E2) (pg/ml)	1-147	93-404	29-318	<58

1.3.1.2. Menopoz

Menopoz eski Yunanca kökenli bir sözcük olup, men, menos, mena= ay, pause=durma, kesilme köklerinin birleştirilmesinden türetilmiştir. Menopoz, menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi anlamına gelir. Bir yıl süre ile mensturasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir (Taşkın 2007). Ovarian fonksiyonların kesilmesi sonucu adetlerin sürekli olarak kesilmesi şeklinde tarif edilir ve fizyolojik olarak foliküler fonksiyonların kaybına bağlı olarak ortaya çıkan östrojen sekresyonunda azalma ile ilişkilidir (Hurd ve ark. 2004). Ancak, uygulamada bu terim üzerinden bir yıl geçtikten sonra tanı konulabilen en son adet kanamasının özel ismidir (Tortumluoğlu 2003). FSH değeri 40 pg/ml üzerinde ise (4-30 pg/ml) menopoza girildiği kabul edilir. Menopoz dönemindeki hormon değerleri Çizelge 1.3.1.2.1’de görülmektedir (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Özgür 2007).

Ülkemizde menopoz yaşı ortalama 45-55 yaşları arasında değişmektedir (Çiçek ve ark. 2004, Tekin ve Eştürk 2005, Şahin ve ark. 2008). Çalışmalar Türk kadınının menopoza girme yaşının sıklıkla 45-47 yaşları arasında yoğunlaştığını ortaya koymaktadır (Özeren ve ark. 1998, Arslan ve ark. 2004, Hassa 2004, Yücel ve ark 2005, Güney 2006, Bayam ve ark. 2007, Hotun Şahin ve Coşkun 2007). Ertüngealp (2003), Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği’nin Türkiye’deki menopoz yaşını 46.4 olarak bildirdiğini belirtmektedir. Gelişmiş ülkelerde menopoz daha geç yaşlarda (Finlandiya’da ve Amerika’da 51, Hollanda ve Almanya’da 50, İtalya’da 48) (Amore ve ark. 2006), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise daha erken yaşlarda (Mısır’da 46, İran’da ve Hindistan’da 44) görülmektedir (Hidayet ve ark. 1999, Kazerooni ve ark. 2000).

Menopoz yaşı yaşanan coğrafya, ırk ve gelişmişlik düzeyi, kalıtım, menarş yaşı, evlilik ve çalışma durumu, genital faktörler, kontraseptif ve sigara kullanımı, doğurganlık, psikolojik faktörler, beslenme, sosyoekonomik ve sosyokültürel birçok faktörden etkilenmektedir (Güney 2006).

Klimakterium döneminin 40 yaşından önce başlaması, "*erken menopoz*" ya da "*prematür menopoz*" olarak adlandırılır ve yaklaşık %4 oranında görülür (Erdem 2006). Adet kanamaları devam etmekte olan bir kadında herhangi bir nedenle over fonksiyonları durdurulursa bu duruma "*iatrojenik menopoz*" denir. İatrojenik menopoz cerrahi olarak overlerin çıkartılması (*cerrahi menopoz*) ya da radyasyon veya kemoterapi ile gerçekleştirilebilir. Radyasyon ile over fonksiyonlarının durdurulması geri dönüşümsüz olmasına karşılık, kemoterapi sonucu ortaya çıkan yetersizlikler -kullanılan ilacın türüne bağlı olarak değişmekle birlikte- çoğunlukla iki yıl içinde düzelir (Kazerooni ve ark. 2000, Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Hassa 2004, Taşkın 2007).

Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlere ek olarak psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Çünkü kadınlar bu dönemde benzer biyolojik değişiklikler yaşamalarına rağmen, menopoza farklı yaşarlar. Menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen yakınmalar açısından kültürler arasında ve aynı kültür içinde büyük farklılıklar bulunmaktadır (Huffman ve ark. 2001, Astbury 2003). Menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye sahiptir (Astbury 2003, Tortumluoğlu 2004a, Api 2005, Aslan ve ark. 2008).

1.3.1.3. Perimenopoz

Perimenapoz, menapoz ve postmenopoz arasındaki geçiş fazıdır. Menapozdan sonraki ilk bir yılı kapsar. Yoğun yakınmaların olduğu dönemlerden biridir (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002). Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, huzursuzluk, unutkanlık gibi psikosomatik semptomlar ve baş ağrısıdır

(Tortumluoğlu 2003). Türkiye’de farklı yerleşim birimlerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre en yaygın görülen yakınmalar eklem-kas ağrısı (%77-%83), sıcak basması-gece terlemesi (%73-%87), uykusuzluk-yorgunluk (%71-%82), sinirlilik-gerginlik (%71-%78) ve baş ağrısı-baş dönmesi (%62-%73.6) olarak belirlenmiştir (Şahin 1998, Ertem ve Şirin 2000, Ergöl ve Eroğlu 2001, Işık ve Vural 2001, Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003).

Perimenopoz döneminde adet araları çok değişkendir ve oosit üretimi %40 kadardır. Adetler 20-35 gün arasında değişebilir. Bunun nedeni primordial follükülerin oldukça az sayıda kalması sonucu FSH/LH dengesindeki FSH lehine yükselmedir (Özgür 2007). Oosit üretiminde azalmanın ortaya çıkmasında over damarlarındaki yaşlanmanın rolü olduğu ileri sürülmektedir. Üreme çağındaki bir kadının damarlanmasına göre, menopoz dönemindeki kadınların overlerindeki damar lumenlerinin daralmış olduğu ve damar çeperlerinin elastikiyetinin kaybolduğu belirtilmektedir. Over fonksiyonlarının azalması ile folüküler faz kısaltmakta ve endometrium proliferatif fazda kalmaktadır (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Özgür 2007). Östrojen ve progesteronun hipotalamik ve adenohipofizer korteks üzerine negatif feedback uyarısı yetersiz olmaktadır. Premenopozal dönemde folikül sayısı azaldıkça, kalan foliküllerin FSH uyarımına direnci de artmaktadır. Azalan negatif feedback ve inhibin uyarımı ile hipofiz aşırı uyarılmakta ve FSH’da yükselmeye neden olmaktadır. FSH düzeyinin 40 mIU/ml’nin üzerine çıkması, over foliküllerinin FSH’a direncinin artırdığını gösterirken, 100mIU/ml’nin üzerindeki değeri foliküllerdeki tükenmeyi göstermektedir. Sonuç olarak menopoza giren kadında FSH’ın üreme çağına göre 10 – 15 misli, LH’nin ise 3 – 5 misli arttığı görülmektedir (Özgür 2007).

1.3.1.4. Postmenopoz

Ovarial hormonlardaki azalma ile ilişkili vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtilerin bulunduğu menopoza izleyen dönemi kapsar (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996, Taşkın 2007). Postmenopoz perimenopozal dönemin bitişi ile başlar ve senilium sınırı olarak kabul edilen 65 yaşına kadar devam eder (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002). Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Tortumluoğlu 2003, Erdem 2006, Taşkın 2007, International Menopause Society 2009).

Çizelge 1.3.1.4.1. Premenopozal ve postmenopozal dönemde hormonların ortalama serum konsantrasyonları

Hormonlar	Premenopozal (ng/ml)	Postmenopozal (ng/ml)
Östradiol	0.05	0.013
Östron	0.08	0.029
Progesteron	0.47	0.17
Testesteron	0.32	0.25

1.3.2. Menopoz Döneminde Yaşanan Değişiklikler

Menopozda ovarian fonksiyonlardaki değişiklik ile klimakterik semptomlar gözlenir (Bastos ve ark. 2006). Menopoz dönemi boyunca bazı kadınlarda belirgin değişiklikler ortaya çıkarken, bazı kadınlarda daha hafif değişiklikler görülebilir. Erken dönemde over fonksiyonlarının bozulmasıyla birlikte östrojen eksikliği semptomları ortaya çıkar. Bu semptomlar kadınların yaklaşık %70-80'inde izlenmektedir (Thunell ve ark. 2004). Menopozal dönemde yaşanan değişiklikler kısa ve uzun süreli olarak ele alınabilir. Kısa süreli olanlar vazomotor, atrofik ve psikolojik değişiklikleri, uzun süreli değişiklikler de kardiyovasküler hastalıkları ve osteoporozu içermektedir (Bartlik ve Goldstein 2000, Berman ve ark. 2003, Thunell ve ark. 2004, Uslu 2004).

1.3.2.1. Kısa Süreli Sorunlar

Menopoz dönemi, adet bozuklukları ve sonunda adetın tamamen kesilmesi dışında başka bir belirti ve rahatsızlık hissetmeden geçirilebilir. Ancak, bu kadınların oranı tüm menopozdaki kadınların sayısı ile karşılaştırıldığında yalnızca %24 olarak bulunmuştur (Karakuş 2006). Menstruasyon düzensizlikleri, overlerdeki hormon üretiminin azalmasına bağlıdır. Azalan hormon üretiminin ısı merkezlerini etkilemesiyle adet düzensizliklerini takiben genellikle sıcak basması, gece terlemesi gibi rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Menopozla ilgili kısa sürede ortaya çıkan belirtiler östrojen düzeylerindeki düşüş nedeniyle düzensiz kanamalar, sıcak basmaları, gece terlemeleri, çarpıntı, baş, eklem ve kas ağrıları,

depresyon, cinsel isteksizlik, üreme organı ve idrar yollarına ait hastalıklar, ağırlı cinsel ilişki ve cilt kuruluşudur (Thunell ve ark. 2004, Karakuş 2006, Özgür 2007).

1.3.2.1.1. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar premenopozal dönemde görölmeye başlar. Görölme sıklığı %60-85 arasında değişmektedir (International Menopause Society 2009). Vazomotor değişimlerin mekanizmasıyla ilgili olarak değişik teoriler ortaya atılmasına rağmen, tümüyle aydınlatılamamıştır. Vazomotor değişikliklerin belirtileri üç şekilde görölür:

- Yüz kızarması (flushes)
- Sıcak basması (hot flash)
- Gece terlemesi (swething)

Ancak, genellikle bu üç belirti birlikte sıcak basması olarak adlandırılmaktadır (Şahin 1998, Ergöl ve Eroğlu 2001, Cohen ve ark. 2005). Sıcak basmaları tipik olarak baş ve yüzden sıcaklık hissi olarak boyun, meme ve vücudun diğer taraflarına yayılmaktadır. Bu durum birkaç saniye sürebileceği gibi, dakikalar veya saatlerce, hatta haftalarca sürebilir. Vazodilatasyon ve lokal sıcaklık artmasını genellikle terleme izler, ancak terleme sıcaklık basması olmadan da görölebilmektedir (Altınsoy 2002). Günde 5-20 kez nöbet halinde yaşanabilen sıcak basmaları kadınların %65'inde 1-5 yıl, %25'inde 5-10 yıl, %10 kadarında ise 10 yıldan daha uzun sürebilmektedir (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002). Kişiler arasında frekans, süre ve yoğunluk açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır (Güngör 2003). Zayıf, egzersiz yapmayan ve sigara içen kadınlarda sıcak basmaları daha fazla görölmektedir. Acılı yemek yeme, alkol, kafein alımı ve sıcak hava da sıcak basmalarını artırabilmektedir (Erel 2004).

Sıcak basmalarına ek olarak menopoz dönemindeki kadınlarda en çok görölün vazomotor değişiklikler baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, göz önünde uçuşmalar, nefes darlığı, çarpıntı, bulantı, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, titreme ve dikkati toplayamamadır (Varma ve ark. 2005, Krajewska ve ark. 2007). Erdem (2006), kadınların %80.4'ünün sıcak basması, %78.3'ünün el ve ayaklarda uyuşma, %70.1'inin gece terlemesi, %57.7'sinin baş ağrısı, %41.2'sinin boğulma hissi ve %38.1'inin dikkat dağınıklığı yaşadığını belirtmektedir.

1.3.2.1.2. Atrofik Semptomlar

Başlıca nedeni östrojen eksikliği olan atrofik değişikliklerin etkileri genellikle üreme sistemi, üriner sistem ve deride olmaktadır.

Üreme Sistemi

Vulva: Östrojen eksikliğine bağlı olarak pubis kılları azalır, vulva derisi incelir ve parlak bir görünüm alır. Cilt altı yağ dokusundaki azalmaya bağlı olarak labium majör ve minörler küçülür. Vulvada kaşıntı ile seyreden distrofiler postmenopozal kadınlarda en sık karşılaşılan semptomlardır ve ileri devrede introitusta aşırı darlıklara neden olur. Vulvadaki atrofi vulvar intraepitelyal neoplaziler (VIN) ve skuamöz hücreli kanserlerin oluşmasına zemin hazırlaması açısından önemlidir (Güney 2006, Şahmay 2008).

Vajina: Östrojenin azalmasıyla birlikte vajinanın rengi soluklaşır, dokusu zayıflar ve buna bağlı olarak esnekliği kaybolur, daralır ve kısalır. Vajinada kuruluk, yanma hissi, dispareni, kanama, rijidite ile seyreden “atrofik vajinit” veya “senil vajinit” adı verilen tablo meydana gelir. Postmenopozal dönemde glandüler dokunun aktivitesinin azalması vajinal kuruluğa neden olmaktadır (Güngör 2003). Vajinal kuruluk menopozun erken döneminde %3, ileri dönemlerinde ise %10-30 oranında görülmektedir (Woods ve Mitchell 2005). Atrofik vajinit dispareniye yol açabilir (Altınsoy 2002).

Serviks: Klimakterium başlarında östrojenin görece baskın olmasına bağlı olarak servikal mukus hafifçe artar. Ancak, daha sonra endoservikal glandlarda başlayan atrofi sonucu mukus miktarı ve viskozitesi azalarak kaybolur. Serviksin çapı ve uzunluğu küçülür, atrofiye uğrar. Transformasyon zonu (epitel geçiş sınırı) servikal kanalın içine doğru girer ve dışarıdan bakıldığında görülmez. Bu durum serviks kanserlerinin en sık görüldüğü bu yerin kolposkopik incelemesinde güçlük yaratabilir. Ayrıca epitelin glikojen depolama özelliği azaldığından, şüpheli lezyonların tespiti için kullanılan Schiller testinde zemin reproduktif döneme göre daha az iyot tutar (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996, Şahmay 2008).

Uterus: İnvölüsyona uğrayarak küçülür ve ağırlığı 30-35 grama kadar geriler. Erişkinlikte 2/1 olan korpus/kollum oranı, postmenopozal dönemde 1/1'e iner. Myometriumdaki bu atrofi myomlarda da gözlenebilir (Şahmay 2008). Endometriumda atrofiye uğrar ve damarlarında sklerotik değişimler meydana gelir. Atrofik endometrium sınırı 4-5 mm olarak kabul edilir. Postmenopozal ileri dönemlerde bu kalınlık 1 mm'ye kadar iner. Bu atrofiye ve damarlardaki değişimlere bağlı olarak bazen hafif kanamalar görülebilir (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Woods ve Mitchell 2005, Şahmay 2008).

Tuba Uterinalar: Tuba uterinalar da atrofiye uğrar. Uzunlukları ve çapları küçülür, lümenleri daralır, sekresyon ve hareket yetenekleri azalır. Siliyer yapıların şekil ve fonksiyonları bozulur (Şahmay 2008).

Pelvis: Pelvis tabanında yer alan kasların ve uterus ile çevre organları detskleyen ligamentlerin tonus ve esnekliği kaybolur ve pelvis organlarını yerinde tutabilme özelliği azalır. Sonuçta pelvis statığı bozulur, sistosel, rektosel, enterosel ve uterus prolapsusu meydana gelir (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002).

Üriner Sistem

Reproduktif dönemdeki bir kadında üretra ve idrar kesesi mukozası vajina mukozasına benzer şekilde siklik östrojen değişimlerinden etkilenir. Dolayısıyla menopozdan sonra bu mukozalarda atrofi olur, vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflar ve sonuçta üretral sendrom, gerçek stres inkontinans, urge inkontinans ve ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar. Saniyedeki idrar akım miktarı azalır ve rezidüel idrar hacmi artar. Üretral sendrom, dizüri, pollaküri, inkontinans ve noktüri ile karakterizedir. Üriner enfeksiyonu andıran bu bulgulara rağmen idrar kültürünün steril kaldığı gözlenir. Üriner inkontinansın gerçek prevalansı bilinmemesine karşın, 60 yaş üzeri kadınların %29'unda inkontinans bulunduğu ve bunların da %70 kadarında semptomların menopoz ile başladığı bildirilmiştir (Güney 2006).

Urge inkontinans yaşlı kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı istem dışı idrar kaçırma nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Kadınlar tuvalete yetişemeden idrar kaçırma şikayetinde bulunurlar. Bu olayda östrojen seviyesindeki azalmaya paralel olarak α -

adrenerjik reseptörlerin azalması da suçlanmaktadır. Gerçek stres inkontinans ise organik bir bozukluk olmaksızın idrar kesesinin iç basıncı ile menopoza sonra yaklaşık %30 azalma gösteren üretra kapanma basıncı arasındaki denge bozukluğu ve üetrovezikal açının bozulması sonucu karın içi basıncın arttığı durumlardaki idrar kaçırma olayıdır. Ancak, üretra kapanma basıncındaki azalmanın menopoza mı, yoksa yaşlanmaya mı bağlı olduğu tartışma konusudur (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Salonia ve ark. 2004a, Zippe ve ark. 2004, Güney 2006, Şahmay 2008).

Deri

Deri östrojen, progesteron ve androjen reseptörlerini bulundurması nedeniyle hormonal değişikliklere çok duyarlı bir organdır. Östrojen düzeyindeki azalma deri yaşlanmasını hızlandıran, derinin elastikiyet özelliğini azaltan ve kurumasına neden olan bir dizi olayı meydana getirirerek deride kuruluk, kırışma, incelme, cilt nemi ve yağında azalma ve tırnaklarda kırılmaya neden olur (Wines ve Willstead 2001, Kaymak ve Tırnaksız 2006).

Menopoz sonrası dönemde östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak sex hormonu bağlayan globülin düzeyi (SHBG) azalır. Bu da serbest testosteron düzeyini artırarak kıllanmaya yol açar. Genellikle dudak üstü ve çenede kıllanma, bu durumun aksine pubik ve aksiller kıllarda incelme gözlenmektedir (Wines ve Willstead 2001). Saç telinin gelişimi ve büyüme hızı östrojene bağımlıdır. Menopoz sonrası dönemde saç telinin büyüme hızındaki azalmanın yanı sıra aşırı saç kaybı olmaktadır (Kaymak ve Tırnaksız 2006).

1.3.2.1.3. Psikolojik Semptomlar

Hormon düzeyleri değişen ve vücudunda değişiklikler gelişen kadın orta derecede bir endişeden açıkça inkara kadar değişik heyecanlar gösterebilir. Kadının menopoza cevabı yaşam şekli ve yaşlanma sürecinin genetik regülasyonu gibi değişik faktörlerden etkilenir (Hurd ve ark 2004).

Menopoz döneminde meydana gelen psikososyal ve biyolojik değişiklikler emosyonel değişiklikleri tetiklemektedir. Menopoz pek çok kadının yaştan kaynaklanan rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı, eşin ölümü veya hastalığı, boşanma veya ayrılık, işsizlik, ebeveyn ölümü, yaşlıların bakımı, çocukların bağımsızlığını kazanıp evden ayrılması, yeni bir çevreye taşınma ve sosyal destek kaybı gibi olumsuzlukların yaşandığı bir dönemdir (Avis 2003, Cohen ve ark 2005).

Menopoza bağlı ruhsal belirtilerin, özellikle de depresif bulguların sıklığında artış olmaktadır. Bu dönemde kadınlarda görülen duygusal belirtiler arasında hassaslık, dikkatini toplamada güçlük, sık ve kolay ağlama, halsizlik, yaşam olaylarından kolayca etkilenme, çabuk öfkelenme ve unutkanlık vardır (Altınsoy 2002). Çağlayan (2004), menopoz dönemindeki kadınların %10-91'inde sinirlilik, %13-86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyon bozukluğu, %9-77'sinde uyku bozuklukları ve %75'inde unutkanlık saptamıştır. Menopoz döneminde kadınların ilerlemiş psikolojik bulgular sonucunda yaygın olarak depresyon, anksiyete bozukluğu, distimik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve uyum bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar yaşadıkları bildirilmektedir (Baştürk ve ark. 1996).

Bu sorunların yaşanması her toplumda farklılık gösterebilmektedir. Çalışmalar menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen psikolojik yakınmaların farklı kültürlerde, hatta aynı kültür içinde yaşayan bireyler arasında büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir (Huffman ve ark 2001, Astbury 2003). Menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye sahiptir (Tortumluoğlu 2004a). Kuzey Hindistan'da adet kanamasının sona ermesiyle belirti ifade etme ve statü değişimi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, menopoza girmiş olan kadınların daha rahat hareket edebildikleri bulunmuştur (Burger ve Bovlet 1991). İran'da da kadın yaşlandıkça statü kazandığı için menopoz dört gözle beklenmektedir (Kazerooni ve ark. 2000). Arapların ve Müslümanların yoğun olduğu Asya ülkelerinde kadınlar menopozu sosyal özgürlüğün başlangıcı olarak algılamaktadırlar (Carolan 2000). Berger ve Wenzel (2001), Avustralya gibi batı toplumlarında Asyalı

toplumlara göre kadınların menopoza ait olumsuz düşüncelerden ötürü menopozal semptomları daha yoğun yaşadıklarını saptamıştır.

Bizim kültürümüzde de yaşlanmak kadına aile ve toplum içinde statü kazandırmaktadır. Kadınların yaşamdan kazandıkları bilgelikleri, gençlik değerlerinden daha önde tutulmaktadır. Bu nedenle kadınların gençliğin, güç ve enerjinin, rol ve fonksiyon kaybını kompanse edebilecek seçenekleri vardır (Özgür 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %70.4'ünün menopoz dönemini normal, doğal bir süreç olarak gördüğü, %56.5'inin ise menopoza girdiği için memnun olmadığı bulunmuştur (Güngör 2003). Başka bir çalışmada, kadınlardan menopoz dendiğinde akıllarına gelen şeyleri sıralamaları istenmiş ve sıkıntı (%34), ateş basması (%19.4), sinirlilik (%11.3) ve terleme (%10) cevapları alınmıştır. Kadınların menopoza karşı genellikle olumsuz tavır içinde oldukları bildirilmektedir (Yücel 2006).

1.3.2.2. Uzun Süreli Sorunlar

Yukarıda sözü edilen semptomlar yaşam kalitesini çok etkilemekle beraber yaşamsal tehlike oluşturmamaktadır. Ancak, östrojenin uzun dönemde eksikliğine bağlı klimakteriumda kardiyovasküler sistem sorunları ve osteoporozis riskleri artmaktadır (Altınsoy 2002, Bastos ve ark. 2006).

1.3.2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Sorunları

Kadınlar reproduktif dönem boyunca östrojenin olumlu etkisi nedeniyle kardiyovasküler problemlerden korunurlar (Bastos ve ark. 2006). Östrojenler lipit ve lipoproteinler üzerindeki vasküler direnci azaltır, düşük dansiteli lipoprotein (Low Density Lipoprotein: LDL) reseptörlerini indükler, yüksek dansiteli lipoprotein (High Density Lipoprotein: HDL) kolesterolü parçalayan hepatik lipazı baskılar ve böylece HDL'yi artırıp LDL'yi düşürerek kardioproteksiyon etki oluşturur. Östrojenin etkisi ile daha yüksek olan HDL düzeyleri bu korunmada belirgin bir faktördür. Reprodukatif dönem boyunca HDL seviyeleri kadınlarda ortalama 55 mg/dl iken, aynı yaş grubunda erkekte

ortalama 45 mg/dl'dir (Onat ve ark. 2004). HDL, kolesterol ve trigliseritlerin karaciğere gelip metabolize olmasını sağlar. Total kolesterol ve LDL düzeyleri premenopozal dönemde erkeklerden daha azdır, ancak menopoza sonrası dönemde aniden yükselir. LDL uzun ömürlü lipoprotein partikülleri olup vücut dokularının kolesterol kaynağı görevini üstlenmiştir. LDL'nin yüksek olması kardiyovasküler açıdan risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Bastos ve ark. 2006). Menopozdan 2-3 yıl sonra total kolesterol %6, trigliseritler %11, LDL kolesterol %8 oranında artar, HDL kolesterol düzeyi ise %7 oranında azalır (Onat ve ark. 2004).

Klimakterik dönemde kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak damar sertliği ve kalp krizi riski %60 oranında artar (Stamfer ve ark. 1991). Kadınlar koroner kalp hastalığı insidansında erkeklere göre 10 yıl geriden gelirler, 70 yaş sonrasında ise insidanslar eşitlenmektedir (Stamfer ve ark. 1991, Tortumluoğlu 2003). Bu etkinin overlerin çıkartılması ile oluşan cerrahi menopoza girmiş kadınlarda daha erken dönemde ortaya çıktığı açıkça gösterilmiştir (Tuna 2005). Kadınlarda aşırı kilo, sigara-alkol kullanımı, dengesiz beslenme, sedanter bir yaşam, kan basıncı ve kolesterol düzeylerinde yükselme ve genetik faktörler kalp hastalıkları için riski artıran önemli faktörlerdir (Tortumluoğlu 2003).

1.3.2.2.2. Kas-İskelet Sistemi Sorunları

Bağ, kemik ve kas dokusu kas-iskelet sisteminin en önemli kompartımanlarını oluştururlar. Menopozda ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait belirtiler kas ağrısı, eklem ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde azalma ve tüm motor hareketlerde azalma şeklinde görülmektedir (Güngör 2003). Postmenopozal dönemde kaslarda önemli değişimler yaşanır. Pelvik tabanı oluşturan kaslar ve ligamentler östrojen eksikliğinde gevşeyerek çeşitli şikayetlere yol açarlar. Özellikle genital organlarda desensus ve prolapsuslar sık görülen sorunlardır (Güngör 2003, İlter 2005).

Menopozla birlikte uzun dönemde yaşanan değişikliklerden biri de kemik yapıda meydana gelir. İnsanlarda yaklaşık 30 yaşlarında tamamlanan azami kemik kütlesi genetik ve coğrafi özellikler, kötü beslenme, inaktivasyon, endokrin ve metabolik hastalıklar,

menopoz, stres, sigara ve alkol kullanımı gibi birçok faktöre bağılı olarak değişen hızlarda azalmaya başlar. Bu azalma 20 yıl kadar devam eder, ancak özellikle menopoz sonrası 3-6 yıllık sürede daha fazla olmaktadır. Kadınlar postmenopozal dönemin ilk 20 yılında kemik kütlelerinin %75'ini kaybederler (Ertüngealp ve ark. 1999, İlter 2005). Bu kaybın %52-66 kadarı östrojen eksikliğine, geri kalanı ise yaşlanmaya bağılı olarak meydana gelir (Tuna 2005). Bu azalmayla birlikte osteoporoz ve fraktür riski artar (Ertüngealp ve ark. 1999, İlter 2005, Tuna 2005). Osteoporotik kırıklar hasta ve toplum için büyük maddi ve manevi kayıplara neden olur. Kalça kırığı geçiren hastaların yaklaşık %50'si bağımsız yürüme yeteneğini kaybeder, kadınların %24'ü ve erkeklerin de %30'u ilk yıl içinde hayatını kaybeder (Serter ve Çulha 2006).

Kemik dokusu organik ve inorganik olarak iki bölümden oluşmaktadır. Organik bölüm inorganik bölümün bağlanması ve elastikiyetini sağlar. Menopozda ortaya çıkan osteoporozla ait belirtiler kemikteki organik kısımdaki değişikliklere ve mineral (Ca) azalmasına bağılı olarak ortaya çıkmaktadır (Güngör 2003). Menopoz öncesi östrojenin varlığında kemik kütlesi korunur. Östrojenler kemikleri řu mekanizmalarla etkiler (şahin 1998, Tuna 2005, Serter ve Çulha 2006):

- İntestinal kalsiyum emilimini artırır ve idrarla kalsiyum kaybını azaltır.
- Kalsitonin yapımını stimüle ederek kemiklerden kalsiyum çekilmesini önler.
- Dolaşım sistemindeki vitamin D aktif formunu yükseltir.

Postmenopozal kemik kaybında östrojen azalmasının rolünü açıklamak için teoriler geliştirilmiştir. Geliştirilen bir teori de kemikler üzerinde, östrojenin etkilerine kalsitoninin aracılık ettiği öne sürölmektedir. Kalsitonin fizyolojik olarak osteoklast aktivitesini inhibe eder. Dolaşımdaki kalsitonin düzeyi kadında erkekte daha düşüktür, menopozdan sonra daha da düşer. Postmenopozal östrojen açığı kalsitonin açığını şiddetlendirmektedir (şahin 1998, Serter ve Çulha 2006). Diğer bir teori ise vitamin D3 ve paratiroid hormon (PTH) ile ilgilidir. Östrojen çekilmesi, kemik resorpsiyonunda artış ve kemik kütlelerinde azalma ile sonuçlanır. Osteoporotik olgularda PTH ve 1.25 (OH₂)-D₃ düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (şahin 1998, İlter 2005). Postmenopozal osteoporozda seks steroidlerinin azalmasında başka faktörler de etkilidir. Osteoporotik faktörler daha çok ileri yaşta, Asya'lı, beyaz ırk, ince, narin beden yapılı ve pozitif aile anemnezi olanlarda görölmektedir (şahin 1998, Tuna 2005, Serter ve Çulha 2006).

1.3.3. Menopoz Semptomlarının Tedavisi

1.3.3.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) klimakterik dönemdeki kadının düşük östrojen ve progesteron seviyelerini belirtileri giderecek düzeye getirmeyi, hormonal eksikliği gidererek buna bağlı ortaya çıkan rahatsız edici semptomları önlemeyi ve var olanların gerilemesini sağlamayı amaçlayan bir yerine koyma tedavisidir (Altınsoy 2002, Castelo ve ark 2003, Karakuş 2006).

Östrojen veya kombine tedavi (östrojen+progesteron), ürogenital atrofının semptomlarında ve bulguların yönetiminde yüksek oranda etkilidir. Östrojen terapisi vajinal pH'ı azaltır, vajinal epitelin kalınlığını artırır, revaskülarizasyonu sağlar ve superfisiyal hücre sayısını artırır (Tuna 2005).

Çalışmalarda HRT'nin menopoz sırasında ortaya çıkan kısa ve orta vadeli belirtilerin giderilmesinin yanında, menopoz sonrası kadınlarda görülme riski hızla artan osteoporozu ve kardiyovasküler sorunları da azalttığı ortaya konmuştur (Ertüngelap 2003, Çağlayan 2004, Eker ve ark. 2007). Genellikle kısa süreli HRT'si (5 yıldan az) ile sıcak basmaları, uyku bozuklukları ve menopozla ilgili ruhsal değişiklikler, vajinal kuruluk, gece terlemeleri, yorgunluk ve eklem ağrıları azaltılabilmektedir (Farquhar ve ark. 2009, Gabriel ve ark. 2009, Lethaby ve ark. 2009). Bir başka önemli konu HRT'nin kolon kanserinden ölümleri de %50 oranında azaltmasıdır (Farquhar ve ark. 2009). Alzheimer hastalığı kadınlarda erkeklerden 1,5-3 kat fazladır (Altınsoy 2002) ve HRT'nin bu hastalığı önlediği belirtilmektedir (Farquhar ve ark. 2009). Kısa süreli HRT'nin (5 yıldan az) meme kanseri riskini artırmadığı, düzenli egzersiz yapmamanın veya alkol almanın meme kanseri riskini HRT'den daha fazla artırdığı bilinmektedir (Aygin 2005). Endometrium kanseri en çok HRT almayan kadınlarda görülür. Sadece östrojen alan kadınlarda endometrial hiperplazi riski artmakla beraber, östrojen progesteron ile dengelenince endometrium kanseri riskinin ortadan kalktığı bildirilmiştir (Furness ve ark. 2009). Bazen östrojen meme hassasiyeti ve aşırı vajinal akıntıya sebep olabilir. HRT'de kadınlarda bulantı, su tutulumu, göğüslerde gerginlik, kilo alma ve vajinal akıntı gibi yan etkiler görülebilir. Önceden migreni olan kadınlarda baş ağrısı yakınması artabilir. Sonuç olarak bugün HRT kullanımında kabul edilen görüş faydanın riskten daha fazla olduğudur. Ancak, HRT

konusunda tartışmalar sürmektedir. Yan etkileri ve yararları konusunda henüz görüş birliğine varılmadığı bilinmektedir (Altınsoy 2002, Ertüngelap 2003, Karakuş 2006, Şentürk 2007). Ancak venöz tromboembolizm (Rölatif risk (RR)= 2.15, %95) ve pulmoner emboli (Rölatif risk (RR)= 2.15, %95) riskinin HRT alan kadınlarda plasebo alanlara göre arttığı bildirilmektedir (Gabriel ve ark. 2009).

1.3.3.2. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedaviler

Menopoz belirtilerini tedavi etmek için HRT dışında başka yollar da vardır. Oral kontraseptifler premenopozal evredeki düzensiz kanamalar ve sıkıntılarda kullanılabilirler. HRT yanında kalsiyum emilimini sağlayan kalsitonin hormonu, kalsiyum alınması ve uzun yürüyüşler menopoz sonrası osteoporozun en iyi tedavisidir (Karakuş 2006).

Fitoöstrojenler, pozitif östrojenik aktiviteleri nedeniyle menopozda östrojen replasman tedavisine alternatif olarak kullanılır (Özer 2006). Özellikle HRT kullanamayan kadınlar arasında yüksek fitoöstrojenik beslenme ve tedavilerine her geçen gün ilgi artmaktadır (Lethaby ve ark. 2009). Bitkisel östrojenler yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir (Glaizer ve Bowman 2001, Neff 2004). İsoflavonlar soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar. Özellikle Japon ve Çin diyetlerinde olduğu gibi yüksek isoflavon içeren diyetlerde menopozun vazomotor belirtilerinde gözle görülür bir azalma olduğu belirtilmektedir. Kara yılan otu (black cohosh), melek otu (dong quai), akşam çuha çiçeği (evening primrose) gibi bitkiler menopozal semptomların tedavisinde kullanılmaktadır (Wroblewsky ve Cooke 2000, Neff 2004, Erdem 2006, Özer 2006).

Günlük 25 gr soya tüketiminin menopoz semptomlarının şiddetini azalttığı, soya unu takviyeli diyet (45 gr/gün) ile sıcak basmalarının %40 oranında azaldığı bildirilmiştir (Kong ve ark. 2003). Menopozda kardiovasküler rahatsızlıkların östrojenin kaybıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Lipid profili, vasküler reaktivite, hücre proliferasyonu, tromboz koroner kalp hastalığını etkileyen faktörlerdir ve fitoöstrojenlerin bu alanlarda yararlı etkileri ortaya konmuştur (Wroblowsky ve Cooke 2000).

Fitoöstrojenlerin menopoz semptomlarına etkisiyle ilgili çeşitli araştırmalar yürütülmüştür. Ancak yararları ve zararları konusunda çelişkili ve farklı sonuçlar bulunmaktadır (Glazier ve ark, 2001, Kong ve ark, 2003, Panay ve Rees 2005, Casini ve ark. 2006). HRT alanların alternatif tedavileri (akupunktur, masaj, özellikle bitkisel tedaviler) mutlaka doktor kontrolünde kullanmaları gerekmektedir (Karakuş 2006).

1.3.4. Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü

Hemşireler klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptomlarla baş etmelerine yardım etmek için temel insan gereksinimleri doğrultusunda bakım hedefleri belirlemelidirler. Temel insan gereksinimlerine uygun standartların sağlanması menopozun sıkıntı veren etkilerini azaltacaktır (Tortumluoğlu 2004b).

Beslenme

Uygun beslenmenin sürdürülmesi için aşağıdakilere dikkat edilmelidir (Altınsoy 2002, Tortumluoğlu 2004b, Taşkın 2007):

- Tüm besin gruplarından tüketilmelidir.
- Aşırı şeker, tuz, yağ ve kolesterolden uzak durulmalıdır.
- Yiyecek alımı şişmanlığı önleyecek düzeyde azaltılmalı, arzu edilen vücut ağırlığı sağlanmalıdır.
- Sıcak basmaları ve halsizliği önlediğinden, besinlerle ve tablet olarak E vitamini alınmalıdır.
- Meyve ve sebze tüketimine ağırlık verilmelidir.
- Osteoporoz riskini azaltma açısından aşırı alkol ve tütün tüketimi azaltılmalı veya sonlandırılmalıdır.
- Osteoporoza karşı protein, kalsiyum, fosfor ve D vitamini tüketimine dikkat edilmelidir.

Uyku ve dinlenme

Yeterli uyku ve dinlenme için şunlara dikkat edilmelidir(Şahin 1998, Altınsoy 2002, Tortumluoğlu 2004b):

- Gerektiğinden fazla uyunmamalıdır.
- Uyumakta zorluk çekiliyorsa farklı aktivitelerle uğraşmak için yatak terk edilmelidir.
- Uyunacak ortam çok sıcak ya da çok soğuk olmamalıdır (18 °C civarı),
- Uyumak için sessiz bir ortam tercih edilmelidir.
- Düzenli egzersiz yapılmalıdır.
- Uyku saatleri düzenlenmelidir.
- Uyumadan önce ılık bir banyo veya ılık içecekler alınmalıdır
- Yatak seksüel aktivite ve uyuma için kullanılmalı, televizyon izleme ve kitap okuma gibi aktiviteler için kullanılmamalıdır.
- Yatmadan önce uykuyu bozabilecek etkenlerden uzak kalınmalıdır (alkol, sigara, çay, kahve gibi) ve
- Uyku için ilaç almanın sürekli bir çözüm olamayacağı bilinmelidir.

Fiziksel aktivite:

Hemşire her kadına yaşına, işine, yaşam tarzına ve sağlık problemlerine uygun egzersiz yapması gerektiğini anlatmalıdır. Hemşireler kadınların egzersiz programını planlama ve uygulamalarında danışmanlık yapmalıdır (Tortumluoğlu 2004b).

Cinsel yaşam:

Bu konu ilerleyen bölümlerde kapsamlı olarak ele alınmıştır.

Vazomotor değişikliklerle başa çıkma

Vazomotor değişikliklerle başa çıkmada şunlar yardımcı olabilir (Şahin 1998, Altınsoy 2002, Tortumluoğlu 2004b, Taşkın 2007):

- Sıcak, kalabalık ve stresli ortamlardan uzak durulmalıdır.
- Alkollü içecek, çay ve kahve tüketimi azaltılmalıdır.
- Bulunulan ortamın soğutma tekniklerinden yararlanılmalı (klima, vantilatör, buz uygulaması gibi),
- Sıcak basması nöbetleri geldiğinde ılık duş alınmalıdır.
- Teri iyi emen pamuklu çamaşırlar tercih edilmelidir.
- Baharatlı, acı ve aşırı yağlı yiyeceklerden uzak durulmalıdır.

Gebelikten korunma

Adet düzensizlikleri menopoza 2-8 yıl önce başlayabilir. Adet olma miktarı ve süresi azalabilir, ancak bu gebe kalma ihtimalini ortadan kaldırmaz. Hemşire bu konuda kadınları bilgilendirmeli ve uygun bir aile planlaması yöntemi kullanmalarını sağlamalıdır (Şahin 1998, Altınsoy 2002, Tortumluoğlu 2004b, Yücel 2006).

Stresle başa çıkma

Hemşire stresle başa çıkma yollarını anlatarak bireylerde sağlığı geliştirici davranışları geliştirebilir. Hemşireler bireylerde nelerin stres oluşturduğunu tanılamaya çalışmalıdır. Stres kaynağı kişinin kendisi olabileceği gibi özel nedenler de olabilir. Hemşire klimakterik kadının öncelikle mevcut bilgilerini değerlendirmeli, daha sonra stres yaratan konu üzerinde konuşmaya teşvik etmeli ve son olarak da kadının stresle baş etme becerilerini gözden geçirmelidir. Klimakterik kadınlara stresle baş etmede etkin olan faktörler öğretilmeli ve kavratılmalıdır. Bunlar sağlıklı beslenme, egzersiz, uyumlu kişilerarası ilişki, kendine değer verme, düzenli uyku, yeni uğraşlar bulma, duyguları açık bir şekilde ifade etme, davranışlarda olumlu değişiklikler sağlama ve zamanı iyi kullanma gibi öneriler olmalıdır (Şahin 1998, Altınsoy 2002, Tortumluoğlu 2004b, Yücel 2006).

Deri değişiklikleri ile başa çıkma

Bu değişikliklerle baş etmede kadınlara cilt bakımı yapılması, egzersiz, sağlıklı beslenme, bol su içme, farklı saç kesimleri, boyama ve canlı bir sosyal yaşantının önemi anlatılmalıdır (Şahin 1998, Altınsoy 2002).

Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi

Hemşire, benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük ve menopoza adaptasyonu yetersiz kadınlara karşı duyarlı olmalı ve destek stratejileri geliştirmelidir. Kadınların benlik saygısını yükseltmek için yaşam tarzında değişiklikler yapması, bakımına özen göstermesi, zorluklar karşısında güçlü olması, yeni beceriler kazanması, sosyal aktivitelere katılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması gerekmektedir (Tortumluoğlu 2004b).

1.3.5. Kadın Cinselliği

İnsanda normal cinsel fonksiyonun nörolojik, mental, vasküler ve endokrin sistemleri de kapsayan çok karmaşık bir yapısı vardır (Fitzpatrick 2004). Cinsellik intrauterin hayattan başlayarak erişkinliğe kadar psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenerek gelişir. Bu faktörlerin doğru uyarıları cinselliğin uygun bir zeminde sağlıklı olarak gelişimini sağlar. Bu da sağlıklı bedensel ve zihinsel gelişimin anahtarıdır (Gökyıldız 2001).

Cinsellik canlı yaşamının sürekliliği için gerekli, üremeye yönelik en temel doğa koşulu olarak tanımlanmaktadır. Sanılanın aksine, cinsellik insanın anne karnında başlar ve yaşama sürecinin her evresinde ölüme kadar devam eder (Gökyıldız 2001).

Cinsel doyum bireyin cinsel ilişkisinden duyduğu memnuniyet ve keyif olarak tanımlanabilir. Kadının yaşı, toplumsal ilişkileri, cinsel deneyimlerini geliştirme tarzı, yaşam koşulları ve kültürel etmenler cinsel doyum alanında bireysel farklılıklara yol açmaktadır (Varma ve ark. 2006). Beynin en önemli cinsel organ olduğu, cinselliğin beyinde başladığı ve doyurucu bir cinsellik için önce buna inanılması gerektiği bildirilmektedir (CETAD 2007).

1.3.5.1. Kadında Cinsel Yanıt Evreleri

Kızıltepe'nin (2006) bildirdiğine göre, cinselliğe ilişkin ilk bilimsel yaklaşım Kinsey ve ark. (1953)'nin cinselliğin epidemiyolojisi ile ilgili yaptığı çalışmadır. Karakuş (2006), Kızıltepe (2006) ve Yücel (2006)'in bildirdiğine göre bunu Master ve Johnson'nın 1966 yılında yaptığı araştırmalar izlemiştir. Master ve Johnson, cinsel eylem sırasındaki cinsel fizyolojinin tüm organizmanın tepkileriyle birlikte seyreden psikoseksüel uyarılma ile ruhsal ve bedensel değişimlerin ortaya çıktığı, objektif olarak ölçülebilen, değerlendirilebilen bir biyo-psikososyal model saptamışlardır. Bu nedenle kadınlardaki cinsel yanıt birbirini izleyen dört aşama olarak tanımlanmıştır. Bunlar uyarılma, plato, orgazm ve çözülmedir. Kızıltepe (2006) ve Yücel (2006)'in bildirdiğine göre Kaplan 1979

yılında cinsel eylemi üç aşamalı model olarak ele almış ve bunları istek, uyarılma ve orgazm şeklinde sınıflandırmıştır. “Mental Bozuklukların Teşhissel ve İstatistiksel Kılavuzu-IV” (DSM-IV)’ün 2000 yılındaki sınıflandırılmasında dört aşamalı model temel alınmıştır. Bunlar uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evreleridir (DSM-IV 2000). Günümüzde en çok Master ve Johnson’un modeli kullanılmaktadır. Masters ve Johnson’un dört basamaklı modelinde incelenen cinsel yanıt siklusu aşağıda açıklanmıştır.

1.3.5.1.1. Uyarılma Evresi

Masters ve Johnson’a göre cinsel yanıt sürecinin ilk evresi olan uyarılma evresi herhangi bir somatojenik ve psikojenik uyarılma sonucu ortaya çıkabilir. Uyarı, bireysel gereksinimi karşılayacak düzeyde ise yanıtın yoğunluğu genellikle kısa sürede artış gösterir. Uyarılma süresini bu şartlar belirler. Uyarı yaklaşımı fiziksel ya da psikolojik olarak uygunsuz ise ya da ara verilmişse uyarılma evresi uzayabilir, hatta kaybolabilir (Aristotelis ve ark. 2002, İncesu 2004, İşler 2004, Aygin 2005, Pekru 2005, Kızıltepe 2006, Yücel 2006, Karakoyunlu 2007).

Uyarılma fazı parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Bu faz, erotik duygular ve vajinal lubrikasyonun oluşmasıyla karakterizedir. Cinsel yanıtın varlığı ilk olarak vajinal lubrikasyonun görülmesiyle başlar ve bu durum cinsel uyarının algılandığı ilk 10-30 saniye içinde aktive olur. Lubrikasyon, vazokonjesyon sonucu vajinal duvardan sızan transüda karakterindeki mukoid sıvı ile oluşur. Lubrikasyon olayının parasempatik sinirlerin etkisi ile arteriolar dilatasyon sonucu gerçekleştiği belirtilmektedir. Bunun sonucunda kalp ve solunum sayısı artarak kan basıncında yükselme meydana gelir. Aynı zamanda uterus pelviste yükselmeye başlar. Klitorisin boyu ve çapı büyür. Bu dönemde kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, myotoni, göğüs uçlarında ereksiyon, deride renklenme ve koyulaşma gözlenir. Kadınların yaklaşık olarak 3/4’ü bu uyarılmayı yaşar (İncesu 2004, İşler 2004, Aygin 2005, Pekru 2005, Kızıltepe 2006, Karakoyunlu 2007).

1.3.5.1.2. Plato Evresi

Etkili cinsel uyarının devam etmesi durumunda kadın uyarılma evresinin ardından plato evresine girer. Burada gerilim yükselir ve giderek kişinin orgazma geçebileceği uç noktaya kadar sürer. Plato evresinin süresi büyük oranda uyarının etkinliğine ve cinsel gerilim artışının bireysel dürtü ile desteklenmesine bağlıdır. Uyarı ya da dürtü yetersizse ya da uyarı tümüyle sona erdiyse kişi orgazmik rahatlamaya ulaşamayacak ve yavaş yavaş plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alacaktır (İşler 2004, İncesu 2004, Aygin 2005, Pekru 2005, Kızıltepe 2006, Karakoyunlu 2007).

1.3.5.1.3. Orgazm Evresi

Orgazmik fonksiyon tarihi süreç içinde çok uğraşılmasına karşın en az anlaşılan, yaygın ve kabul edilebilir bir tarifi yapılamayan cinsel fonksiyon olmuştur. Cinsel uyarı ile artmış müsküler ve vasküler gerilimin çözülmesi olarak tanımlanmıştır. Orgazmik fonksiyon cinsel siklusun en kısa süren dönemi olmasına karşın, tüm cinsel hisler içinde en güçlü ve en doyurucu olanıdır (Aygin 2005, Kızıltepe 2006, Karakoyunlu 2007).

Orgazm sempatik sinir sistemi tarafından oluşturulan miyotik bir cevaptır. Sempatik sinir sistemi bu aşamanın özelliği olan klonik kasılmaları kontrol eder. Vajinanın, anal sfinkterin ve uterusun çevresindeki kaslar kadının orgazm olmaya başladığını hissetmesinden 2-4 saniye sonra başlayarak kasılır. Bu kasılmalar 3-15 kez olur ve her birinin süresi 0.8 saniye kadardır. Orgazm da heyecan gibi uyarımın yeterli süre ve şiddetle gerçekleştiği zaman elde edilebilen bir tepkimedir. Genital bölge dışında da kalp atışında, kan basıncında (20–40 mmHg kadar) ve solunum sayısında artış ortaya çıkar. Yüz kasılmaları dahil olmak üzere kas gruplarındaki spazmlar yaygındır. Orgazm 3-25 saniye sürer ve bilinç hafif bir şekilde bulanıktır. Orgazm sırasında klitoriste bir değişiklik gözlenmez (İşler 2004, İncesu 2004, Aygin 2005, Pekru 2005, Kızıltepe 2006, Yücel 2006, Karakoyunlu 2007).

Ejekülasyon ise tartışmalıdır. Orgazm sırasındaki ıslanmanın üriner inkontinans olduğu yaygın görüştür. Bunun aksine, orgazmik süreçte kadınların yaklaşık %40'ının

ejekülasyon tanımladıkları, bunun orgazm duygusunda farklılık oluşturmadığı ve sıvının kesinlikle idrarla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (Pekru 2005).

1.3.5.1.4. Çözülme Evresi

Yüksek orgazmik evreden sonra ortaya çıkan cinsel döngünün son evresidir. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir. Terleme vardır. Bu aşamada hiperventilasyon ve taşikardi devam edebilir. Tam uterus inişi, klitoris ve vajenin normale dönüşü ile labiumun dekonjesyonu yaklaşık 5-10 dakika sürer. Eğer orgazm meydana gelmemişse bu değişikliklerin geriye dönüşü daha uzun zaman alabilir. Özellikle pelvik konjesyonun geriye dönüşü saatlerce sürdüğünden, bazı kadınlarda pelvik ağrı rahatsızlık nedeni olabilmektedir (Karakoyunlu 2007).

İstem dışı oluşan bu gerilim kaybı sırasında kişi sırasıyla evrelerde geri giderek uyarılmamış duruma geri döner. Kadınlarda, etkili uyarıyı yeniden alma durumunda çözülme evresinin herhangi bir noktasından bir başka orgazm evresine girme potansiyeli vardır (İncesu 2004, Aygin 2005, Kızıltepe 2006).

1.3.5.2. Menopozda Cinsel Yanıt Evrelerindeki Değişiklikler

Uyarılma döneminde vajinal kanlanma genç bir kadına göre daha az yoğunluktadır ve daha uzun zamanda meydana gelmektedir. Vajinal kayganlaşma hem miktar olarak azalır, hem de zaman olarak gecikir. Genç kadınlarda uyarılma dönemi ile birlikte kayganlaşma sadece 10–30 saniye alırken, menopoz sonrası kadınlarda bu olay 5 dakika veya daha fazla süre gerektirebilir (Bartlik ve Goldstein 2000). Androjen ve östrojenin santral etkisindeki azalma ve atrofik değişimler sonucunda labial ve vajinal kayganlaşmanın başlangıcı 15–30 saniyeden 5 dakikaya yükselir, klitorisin uyarılma süresi uzar, orgazm süresi kısalarak çözülme dönemi hızlanır (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Yücel 2006). Vajinal vazokonjesyonda ve kayganlaşmada azalma vajinal kuruluğa neden olur ve cinsel ilişkiyi ağrı veren bir olay haline dönüştürebilir (Bartlik ve Goldstein 2000).

Cinsel cevabın plato fazı menopozdaki kadınlarda uzun sürelidir. Uterin yükselme azalır, labia majorler genç yaşlardaki kadar yükselmez, meme damarları daha az kanlandığından meme uçlarında daha az dikleşme meydana gelir (Goldstein ve ark. 2006). Orgazmik cevap yaşla bağlantılı şekilde etkilenmez. Vajinal ve rektal kontraksiyonların sayısının ve şiddetinin azalmasına rağmen, kadınlar orgazm ile ilgili kapasiteyi koruyabilirler. Ancak, genç kadınlarda orgazm esnasında 5 ila 10 arası vajinal kontraksiyon olurken, menopozdan sonra iki veya üç kontraksiyon meydana gelir (Bartlık ve Goldstein 2000).

Pelvik taban kaslarının kadının cinsel cevabı ve uyarılmasındaki rolü önemlidir. Hormonal değişimler, bulbokavernöz ve iskiokavernöz kaslarının tonusunu etkileyebilmektedir. Bu kasların hipertonik olması ve istemsiz kasılmalarına bağlı vajinismus gelişmekte veya disparoni ortaya çıkmaktadır. Hipotonik olmaları ise vajinal hissin azalmasına, kadının hiç orgazm olamamasına veya geç, güç ve yetersiz orgazm olmasına ve üriner inkontinansa yol açabilmektedir (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2002, Yücel 2006).

1.3.6. Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri

Menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel aktivitenin azalmasının asıl sebebi menopoza bağlı fizyolojik değişikliklerdir. Buna bağlı olarak cinsel istekte azalma, yetersiz veya geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, koitus sıklığında azalma ve cinsel ilişkide üriner inkontinans gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunlar sıklıkla menopoza bağlı fizyopatolojik değişiklikler, bazen depresyon ve evlilik problemleri nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir (Bartlık ve Goldstein 2000, Kömürcü ve Yıldız 2006).

Menopoz döneminde kadınların cinselliğe nasıl baktıkları cinselliğin yaşanışını etkilemektedir (Yücel 2006). Api (2005), kadınların menopozdan önce tatminkar bir cinsel hayatları olduğunu, buna karşın menopozdan sonra arzularında anlamlı bir kayıp ve cinsel aktivitelerinde anlamlı bir düşüş gerçekleştiğini, ayrıca cinsel aktiviteye yönelik arzu

düzeylerindeki düşüşten kaygılandıklarını belirtmektedir. Çalışmada kadınların menopoz döneminde cinsel yaşama dair beklenti ve düşüncelerinin önem kazandığı bildirilmektedir.

Çalışmalarda premenopozal kadınların %15-25'inin, postmenopozal kadınların ise %40-50'sinin hipoaktif cinsel arzu bozukluğu yaşadıkları rapor edilmiştir (Castelo ve ark. 2003, Gonzales ve ark. 2004, Goldstein ve ark. 2006). Lubrikasyon sorunlarını premenopozal kadınlar %10-15 arasında, postmenopozal kadınlar ise %25-30'a varan oranlarda yaşamaktadır. Orgazmla ilgili sorunlar hemen tüm yaş grupları için %20 civarında olmakla beraber, daha genç kadınlar arasında daha sık görülebilmektedir. Disparoni ise genç kadınlar arasında yaklaşık %5 civarında yaşanırken, yaşla birlikte arttığı ve postmenopozal kadınlarda %12 ile %45 arasında görüldüğü bildirilmiştir (Laumann ve ark. 1999, Meyer ve Meyer 1999, Koster ve ark. 2002, Castelo ve ark. 2003). Northrup (2005), menopoz öncesi ve sonrasındaki yıllarda kadınların %86'sının genellikle vajinal kuruluk, cinsel birleşme sırasında acı hissetme, vajina kaslarında ağırlı kasılmalar, klitoris duyarlılığının yok olması ve dokunma duyusunun azalması gibi konularla bağlantılı olarak cinsel sorun yaşadıklarını bildirmiştir.

1.3.7. Menopoz Döneminde Cinselliği Etkileyen Faktörler

Menopozal semptomları sıklıkla yaşayan Türk kadınlarında yapılan çalışmalar, kadınların menopozal döneme yönelik olumsuz tutumlarının olduğunu ortaya koymaktadır (Güngör 2003, Tortumluoğlu 2004a, Tortumluoğlu 2004b, Güney 2006, Karakuş 2006, Yücel 2006). Türk kadınının menopozu olumsuz algılamasının nedenleri arasında annelik rolünün kaybı, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı, vücut postüründeki değişiklikler, fiziksel güç kaybı ve cinsel yaşamın sonu biçimindeki algılama sayılabilir (Tortumluoğlu 2004a).

Toplumumuzda menopozal dönemdeki kadının artık cinsel yaşantısının tümüyle sona erdiği, hatta erkekten farksız olduğuna ilişkin yanlış inanışlar vardır (Güngör 2003). Ancak, günümüzde cinsellik için tanımlanmış bir üst yaş limiti yoktur ve aslında gebelik ihtimalinin ortadan kalkması nedeniyle kadının artık sadece arzularını tatmin etmek üzere cinselliğini yaşama şansı ortaya çıkmaktadır (Goldstein ve ark. 2006).

Cinselliği etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Bunlar hormonal değişimler, kadınların geçirdikleri veya geçirmekte oldukları hastalıklar ve bunlara bağlı cerrahi tedavileri ile kullandıkları ilaçlardır. Ayrıca kültürel alt yapı, eşin durumu, eğitim düzeyi, menopoz döneminde cinselliğin algılanışı gibi faktörler de cinsellik üzerinde etkili olmaktadır. Cinselliği etkileyen faktörlerin bilinmesi bireye özgü danışmanlık, eğitim ve bakım hedeflerinin belirlenmesi, ayrıca cinsel sorunlar için riskli grupların belirlenmesi açısından fayda sağlar (Seyisoğlu 2001, Çağlayan 2004, Fitzpatrick 2004, Oskay 2004, Soyupek ve Armağan 2005, Kömürcü ve Yıldız 2006, Yücel 2006, Gallicchio ve ark. 2007, Krajewska ve ark. 2007). Aşağıda cinselliği etkileyen faktörler incelenmiştir.

1.3.7.1. Hormonlar

Menopoz döneminde görülen hormonal değişiklikler kadının sadece biyolojik açıdan değişmesine değil, aynı zamanda sezgilerinde, içgüdülerinde, duygularında, yaratıcılık güdülerinde ve odaklanma merkezinde de değişimlere yol açar (Api 2005). Hormonlar sinir iletimi ile duyuşsal algılamayı, periferik kan akımını, kas tonusunu ve kapasitesini değiştirerek cinsel uyarılmayı etkiler. Hormonal yetersizlikler cinsel yanıtın ve cinsel aktivitenin azalmasına, cinsel isteğin kaybına, cinsel tiksintiye ve disparoniye yol açar (Kömürcü ve Yıldız 2006).

1.3.7.1.1. Östrojen

Östrojen kadın cinsel fonksiyonlarının düzenlenmesinde çok önemli rol oynar. Bu rolünü merkezi ve periferik sinir iletimini etkileyerek, duyuşların uygun şekilde algılanmasını sağlayarak, vasoprotektif ve vazodilatatör etki ile genital kan akımını artırarak, vajinal ve klitoral nitrik oksit sentetaz (NOS) salınımı ve vajinal duvarın programlanmış hücre ölümünü düzenleyerek ve vajinal mukozal dokunun bütünlüğünü sağlayarak yerine getirir (Yücel 2006).

Kandaki östrodiol düzeyinin 50 pg/ml'nin altına düşmesi durumunda libidoyu azaltıcı etki ortaya çıkmaktadır. Östrojen azalması genital organlarda kan akımını ve

vazokonjesyonu azaltır. Buna bağılı deri ve mukoza membranlarında incelme, deri altı yağ dokusunda azalma ve introitusda daralma olur. Yavaşlamış veya azalmış klitoral reaksiyon zamanı, vajen ve/veya bartolin bezi salgısının azalması veya yokluğu, vajinal derinliğin azalması ve ağırlı uterin kontraksiyonlar disparoniye yol açar. İnatçı disparoni uyarılma ve orgazm sorunlarına, bu da cinsel ilişki ve motivasyonu olumsuz etkileyerek evlilik ilişkilerinde bozulmalara neden olabilir (Kömürcü ve Yıldız 2006).

Östrojen azalmasına bağılı olarak ortaya çıkan ürogenital değışimler seksüel fonksiyon kaybının en önemli nedenleri arasındadır. Östrojenin azalması ile birlikte görülen atrofik bulgular üriner inkontinansa, yanmaya, kuruluğa, pH'ın yükselmesi ve floranın bozulması ile ortaya çıkan akıntı ve enfeksiyonlara, disparoniye ve dolayısıyla kadının seksüel ilişkiden kaçınmasına yol açar (Seyisoğlu 2001). Danacı ve ark. (2000) 40-60 yaş arasındaki kadınların %31.8'inde, Nappi ve ark. (2002) ise kadınların %29.8'inde disparoni saptamışlardır. Diğertaraftan vazomotor semptomlar ve uyku düzensizlikleri de östrojen azalmasına bağılı olup cinsel yaşamı dolaylı yoldan etkilemektedir (Oskay 2004).

Östrojenin azalması deride yağ ve ter bezlerinin fonksiyon kaybına ve dolayısıyla “kadın kokusu” adı verilen duyunun azalmasına neden olur. Bu nedenle östrojen dolaylı yoldan cinsel eşin libidosunu da etkileyebilir. Östrojen azalmasına bağılı olarak mukozal yapının karakteri de bozularak dudak ve ağız kuruluğu ile tat ve koku alma duyusunun azalmasına neden olur. Böylece dolaylı olarak cinsel açıdan öpüşmeye ve oral cinsel hazza bağılı duyular da azalır. Ayrıca, östrojenin azalması kadının duygusallık ve iyilik hali gibi psikolojik özelliklerinde kayıplara neden olduğu gibi, psikolojik yapıyı etkileyen fiziksel değışimlere de sebep olur. Bunların başında deri, adale ve vücut postürü gelmektedir. Sekonder seks karakterlerindeki kayıplar da östrojenin azalması ile ilişkilidir. Bu değışimler kadının kadınlık kimliğinde kayıplara neden olur ve dolaylı olarak seksüel davranışı etkiler (Seyisoğlu 2001). Östradiol seviyelerinin azalmasıyla libido, seksüel fonksiyon ve seksüel ilişki sayısı azalır. Seksüel uyarıya cevap da yaşla beraber azalmaktadır (Fitzpatrick 2004).

1.3.7.1.2. Androjenler

Kadınlarda testosteron cinsel yanıtta rol oynayan dopamin, oksitosin ve santral etkili noradrenalin gibi merkezi nörotransmitterlerin regülasyonunu sağlar (Yücel 2006). Böylece hangi uyarının seksüel olarak algılanacağı yorumlanır ve ilgili merkezlere gerekli uyarılar yollar (Soyupek ve Armağan 2005).

Androjenler özellikle proksimal vajinada nitrik oksit sentezini etkiler ve düz kas gevşemesine neden olurlar. Yetersiz hormon salınımına bağlı azalmış vajinal dilatasyon disparoni ve diğer seksüel semptomların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Genazzani ve ark. 2004). Androjen seviyesindeki azalma cinsel fonksiyon, iyilik hali, enerji ve cinsel fantezilerin kaybına, bu da libido azalmasına neden olabilir (Oskay 2004, Atasü ve Güreli 2007). Ayrıca vajinal konjesyonda, pubik kıllarda, kemik ve kas kitlesinde azalma, yaşam kalitesinde kötüleşme, vazomotor semptomlar, uykusuzluk, depresyon ve baş ağrısının daha sık olarak ortaya çıkması androjen yetersizliğinin diğer önemli semptomlarıdır (Yücel 2006, Gallicchio ve ark. 2007).

Testosteronun libido üzerine etkisi dört başlıkta özetlenebilir (Palacios ve ark. 2002):

1. Testosteron libido üzerine direkt pozitif etkiye sahiptir.
2. Ruhsal durum, otorite kurma, enerji dolu hissetme ve iyilik hali üzerine doğrudan etkiye sahiptir.
3. Östrojen sentezi için öncüdür.
4. Direkt vazomotor etkiye sahiptir. Bu etki vajinal kanlanma ve kayganlık için önemlidir.

Düşük testosteron azalmış libido, cinsel isteğin tamamen kaybı, cinsel fantezi eksikliği, cinsel uyarılmaya karşı düşük hassasiyet, azalmış uyarılma ve orgazm kapasitesi, azalmış hayat enerjisi ve mutluluk hissi ile kas tonusunun kaybıyla ilişkilidir (Palacios ve ark. 2002, Krajewska ve ark. 2007). Gallicchio ve ark. (2007), 441 kadın ile yaptıkları araştırma sonucunda total ve serbest testosteron ile cinsel ilişki sıklığından duyulan tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlar ve kadınlarda östrojen olmasa da testosteronun cinsel istek üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

1.3.7.2. Hastalıklar

Yaşlanma ile birlikte sıklığı artan metabolik, nöral, vasküler ve malign hastalıklar (hipertansiyon, hiperlipidemi, diabet, böbrek yetmezliği, aterosklerozis, artrit, nörolojik hastalıklar, jinekolojik problemler, kronik ağrı, tiroid, pelvis veya spinal kord zedelenmesi, kanser vb.), bunların tedavilerinde kullanılan ilaçlar ve mastektomi, histerektomi gibi çeşitli operasyonlar cinsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir (Kömürcü ve Yıldız 2006, Yücel 2006). Vasküler patolojiler klitoral ve vajinal kasların kasılma özelliklerini etkileyerek cinsel yanıtta farklılıklara yol açar. Yaşlanmayla birlikte artan klitoral fibrozisin cinsel bozukluğa yol açacağı ileri sürülmüştür (Kömürcü ve Yıldız 2006). Park ve ark. (1997), aterojenik diyetin pelvik yatakta aterosklerotik değişiklikler oluşturup klitoral erektil disfonksiyona yol açtığını göstermişlerdir. Pulmoner hastalıklar cinsel aktivite sırasında yorgunluğa, artritler, özellikle kalça artrit cinsel aktivite sırasında pozisyonu ve cinsel aktiviteye dayanıklılığı etkileyerek önemli cinsel sorunlara neden olabilmektedir (Yıldız 2007). Bir çalışmada 77 diyabetik kadının %77'sinde libido kaybı, %62.5'inde klitoral duyarlılıkta azalma, %37.5'inde vajinal kuruluk, %41.6'sında vajinal rahatsızlık ve %49'unda orgazm bozukluğu saptanmıştır (Doruk ve ark. 2005).

Östrojen azlığına bağlı genital atrofi, vajinit, sekresyon azalması ve sonuçta ağırlı cinsel ilişki menopoza kadının eşiyle ilişkisinin bozulmasına neden olabilmekte ve bu durum anksiyeteye, benlik saygısında düşmeye ve depresyona yol açabilmektedir (Tot 2004). Özellikle menopoza geçiş döneminde kadınlarda nöroendokrin ve psiko-sosyal değişiklikler nedeniyle ruhsal dalgalanmalar görülmekte ve depresyona yatkınlık artmaktadır (Nappi ve Nijland 2008). Menopoz dönemindeki kadınların %10-91'inin sinirlilik, %13-86'sının depresyon ve %82'sinin konsantrasyon bozukluğu yaşadıkları bildirilmiştir (Çağlayan 2004). Yaşları 45-55 arasında olan kadınların menopoz sonrası dönemdeki depresif belirti ve yetiyitimi düzeyleri menopoz öncesi dönemde olan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bezircioğlu ve ark. 2004). Bu hastalıklar ve tedavilerinin libido ve orgazm bozukluklarına neden olabildiği bildirilmiştir (Kömürcü ve Yıldız 2006). Amore ve ark. (2006), depresif semptomların seksüel fonksiyon ile ilişkili olarak değişim gösterdiğini ve depresif semptomları fazla olanların cinsel fonksiyonlarının daha çok zarara uğradığını bildirmişlerdir. Bayram (2005), depresyon puanı arttıkça cinsel

fonksiyon puanının anlamlı oranda düştüğünü, yani depresif semptomların beraberinde cinsel sorunları da getirdiğini belirtmektedir.

Kadında cinsel işlevlerde sorunlar yaratabilecek üç temel medikasyon grubu antihipertansif ajanlar, antipsikotikler ve antidepresanlardır (Palacios ve ark. 2002). Antidepresanların, gruplar arasında farklılıklar gözlense de hastaların %50-90'ında cinsel aktiviteye olan ilgide azalmaya neden olduğu saptanmıştır. Bu durumun tersi de söz konusu olabilir (Kuloğlu ve ark. 2000). Antihipertansifler ve antipsikotikler de kadınlarda libidoyu olumsuz etkilemektedir (Yücel 2006).

1.3.7.3. Duyu Organlarının Hassasiyetinde Değişme

Duyu organları çevreden gelen seksüel uyarıları algılayıp mental katkılar ile birlikte kişinin davranışlarını ve vücudun cevabını düzenler. Bu algılamalar duyu organlarının nörosensitif bölgelerinde gerçekleşir ve bu yapılar da seks steroidleri tarafından geliştirilirler. Dolayısıyla libido bu steroidler tarafından artırılmış olur. Östrojen azalması aynı zamanda mukozal yapının karakterini de zayıflatarak gözde kuruluğa yol açar. HRT almayan kadınların %35 kadarında bu şikayet vardır. Ayrıca dudakların kurumasına neden olur ve bu durum tat alma duyusuna yansır. Dolayısıyla seksüel açıdan öpüşme ve oral seksüel hazzıya bağlı duyular azalır. Bu nedenle koku hissindeki azalma, seksüel hazzın devamı için gerekli olan rinensefalik ve limbik halkayı etkileyerek çalışmasını azaltır. Beynin dış uyarılara karşı doğal ve kendiliğinden verdiği cevaplarda da azalma ortaya çıkar. Normalde beyin bazı şeylere karşı kendiliğinden reaksiyon verir ve bunu kaslar üzerinden gerçekleştirir. Gerek östrojen azalması, gerekse yaşlanmanın sonucu olarak kas tonüsü azalır, gerginlik ve fleksibilitesi kaybolur. Bu durum da dolaylı olarak seksüel aktivasyonu etkiler (Seyisoğlu 2001, Palacios ve ark. 2002, Oskay 2004, Kömürcü ve Yıldız 2006). Connell ve ark. (2005), 20-78 yaşları arasındaki 58 kadında Kantitatif Duysal Test (KDT) ile yaş ve titreşim algılamasını değerlendirmişler ve titreşim his eşiklerinin yaşın ilerlemesiyle arttığını ve menopozun genital hislerde azalmaya neden olduğunu göstermişlerdir.

1.3.7.4. Mental Değişimler

Kadınlık sadece vücudun yapısı ile karakterize değildir. Aynı zamanda hatıralar, nostalji, rüyalar, aşk, fanteziler gibi emosyonel olaylar cinsel duygulanma yapısının karakteristiğini belirler. Östrojen bu yapının kadınlık yönünde gelişimini sağlar. Postmenopozal östrojen azalması bu etkilerin de azalmasına ve kaybına neden olmaktadır. Yani östrojen kadında duygusal durumu düzenleyen hormondur ve postmenopozal dönemde duygu durum bozuklukları görülebilir (Seyisoğlu 2001, Amore ve ark. 2006).

1.3.7.5. Cerrahi Tedavi, Kemoterapi ve Radyoterapi

Jinekolojik ve meme kanserine bağlı cerrahi tedaviler daha çok kadının beden imajı ve cinsiyet rolündeki (kadınlık/dışılık kimliği) değişikliklere bağlı olarak cinsel yaşamı etkiler (Reis 2003, Yücel 2006). Ayrıca, cerrahi girişim uygulanan hastaların genital organlarında yapısal değişiklikler meydana geldiği için de cinsel fonksiyonları etkilenir. Radikal histerektomi ve vulvektomi operasyonu geçiren kadınlarda seksüel disfonksiyon sıklıkla belirtilmektedir (Reis 2003, Kızıltepe 2006). Bayram (2005), histerektomi öncesi ve sonrası değerlendirdiği kadınların ameliyat sonrasında cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyumlarında anlamlı azalmalar yaşadıklarını bulmuştur. Genel olarak cerrahi tedavinin neden olduğu cinsel sorunlar korku/endişe, arzu ve istek kaybı, orgazm olamama, disparoni, vajina boyunda kısılma, penis penetrasyon yetersizliği, vajinal kayganlık ve elastikiyette azalmadır (Reis 2003).

Meme kanseri ve tedavisinin yarattığı emosyonel yanıtlar anksiyete, depresyon, öfke beden ile zihnin aşırı meşgul olması gibi somatik bulgular, beden imajında bozulma, hastalığın tekrar etme korkusu ve aile ilişkilerinde bozulma olarak sayılabilir. Meme kanserli kadınlarda cinsellik bu emosyonel yanıtlar ve somatik bulgular nedeniyle etkilenmektedir. Meme kanserli 190 kadından %48.4'ünün tedaviler sırasında cinsel yaşamı etkilenmiştir (Aygin 2005). Kemoterapi de cinselliğin etkilenmesine neden olmaktadır. Kemoterapi sonrası ortaya çıkan cinsel sorunlar cinsel ilgide ve vajinal kayganlıkta azalma, orgazm olamama, disparoni ve cinsel çekicilikte azalmadır. Cinsel

çekicilikte azalma hissini daha da şiddetlendiren sistemik yan etkiler ise yorgunluk, kilo değişiklikleri, uykusuzluk, bulantı-kusma, korku ve anksiyedir (Reis 2003).

Radyoterapi de kadının cinselliğinde ve fertilitesinde sürekli ve şiddetli değişikliklere neden olmaktadır. Uygulanan radyasyon dozu kadının overlerinde ve vajinasında farklı derecelerde etkilere ve cinsel sorunlara neden olmaktadır. Vajen epitelinde eritem, enflamasyon, mukozal atrofi, elastikiyet kaybı ve vajinal dokuda ülserasyona neden olmaktadır. Menstruasyonda ani kesilmeye, vajina epitelinde incelmeye ve kuruluğa neden olan ani ve prematür menopoza eşlik etmektedir. Işınlamanın vajen epitelinde oluşturduğu travmalar sonucu vajen kayganlığında azalma, kuruluk ve vajinal kanalda daralma gözlenmektedir. Vajinada oluşan değişiklikler, radyoterapiden sonraki ilk üç ay içinde ortaya çıkmakta ve bir yıl süre ile devam etmektedir. Radyoterapi gören kadınlar, genellikle vajinal duyarlılık ve orgazm kapasitesinde yetersizlik, vajinal elastikiyette azalma ve dispareniye şikayet ederler (Reis 2003, Aygin 2005).

1.3.7.6. Kültürel Yapı

Kültürel yapı kadının belli konulara bakış açısını, ruh halini ve libidosunu etkileyebilir. Bu dönemde kadının cinsel açıdan değeri yaşadığı topluma göre azalır ya da artar. Entellektüel seviyenin yüksek olduğu gelişmiş toplumlarda ya da doğurganlığın çok önemsendiği toplumlarda kadın değerini kaybeder ve cinsel sorunlar yaşar. Buna karşın daha ilkel toplumlarda sosyal statünün değişmesi, gebe kalma korkusunun ve çocuk bakma zorluğunun olmaması kadına daha özgür ve cinsel olarak daha aktif olma olanağı sunar (Kömürcü ve Yıldız 2006).

Amerika’da farklı kültürlerden olan premenopozal ve erken perimenopozal dönemdeki 3167 kadınla yapılan bir kohort çalışmasında, kültürel çevrenin menopoza geçiş dönemindeki kadınların cinsel fonksiyonlarına bakış açıları üzerinde çok büyük etkisinin olduğu görülmüştür (Avis ve ark. 2005). Oniki Avrupa ülkesinde yaşayan 45 ile 60 yaşları arasındaki 601 kadınla yapılan karşılaştırmalı kesitsel bir çalışmada kadınların cinsellik süreçlerinin de kötüye gittiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan gruplardan Fransa,

Portekiz, İtalya ve İspanya’lı kadınların cinsel ilişki sıklıklarının diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Dennerstein ve Lehert 2004).

1.3.7.7. Eğitim Düzeyi

Cairu ve Göran (2003), yüksek öğrenimli kadınların diğer kadınlara göre menopoş şikayetlerini daha düşük yaşadıkları ve menopoş yaşının bir yıl daha geç olduğunu saptamışlardır. Yücel (2006), menopoş döneminde cinsel sorun yaşayan kadınların %47.8’sinin okur-yazar ve ilkokul düzeyinde eğitim aldıklarını, ancak eğitim seviyesinin cinsel yaşam üzerinde etkisinin olmadığını bulmuştur. Buna karşın literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe cinsel sorunların azaldığını destekleyen pek çok yayın vardır (Palacios ve ark. 2002, Kömürcü ve Yıldız 2006, Tokuç ve ark. 2006, Varma ve ark. 2006, Krajewska ve ark. 2007, Nappi ve Nijland 2008).

1.3.7.8. Menopozda Cinselliğin Algılanışı

Kadınlar, gelecek nesillerin kadın ve erkek modellerinin yaratıcısı olduğu için toplumun temel taşıdır. Kadınlar yaşamlarının büyük bölümünü kadın olmakla ilgili sorunlar ve çözümleri ile geçirmektedirler. Kültürün getirdiği yüklenmelerin yanında biyolojik olay ve olgularla uğraşan kadınlar, sağlığını en çok koruması gereken süreçte birçok sorunla karşı karşıya kalmakta ve buna bağlı sağlıklı yaşam bilincinden yoksun kalabilmektedirler (Karakuş 2006).

Postmenapozal dönemdeki cinsel yaşamın belirlenmesinde kadının bu dönemi cinsel yönden nasıl algıladığı çok önemlidir. Örneğin, bazı kadınlar menopoşu her şeyin sonu gibi algılayabilir ve her yönüyle olumsuz düşünceye sahip olabilirler. Bazı kadınlar ise bu dönemi normal bir şekilde karşılayabilir ve yaşam şeklini ona göre düzenleyebilirler (Seyisoğlu 2001, Amore ve ark. 2006). Yaşanan değişimler bazı kadınların kimliklerini, kendilerine olan güvenlerini, aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını etkileyerek önemli ölçüde stres yaratıcı durumlara neden olmaktadır. Bir başka grup ise bu olayları farklı sorumluluk gerektiren ilişkiler ve olumlu psikolojik gelişmeler için yeni fırsatlar olarak

değerlendirmektedir. Bu dönemin gebe kalma korkusunun olmaması, büyükanne olmanın mutluluğu, çocukların evden ayrılması ile özgürlüğün yeniden keşfi, büyük amaçlar için uzun zamandır beklenen fırsatların doğması, evlilik yaşantısının kalitesindeki değişiklikler ve aile yönelimli yaşam biçiminden ev dışına çıkış noktaları bulabilme gibi olumlu etkileri de vardır (Güney 2006). Dolayısı ile diğer tüm bulgularda olduğu gibi cinsel fonksiyon açısından da bu farklılığın görülmesi doğaldır (Seyisoğlu 2001, Astbury 2003, Api 2005).

Yılların alışkanlığıyla evliliğin sıkıcı bir ilişki haline gelmesi, çocukların büyüyerek evden ayrılmasıyla oluşan boşluk, kocanın yaş dönümü bunalımına girmesi, eşin ilgisinde azalma, emeklilik nedeniyle yaşam koşullarında, sosyal ve ekonomik durumda değişme ve daralmaya bağlı olarak yaşamı canlı tutan uyaranların azalması cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Çalışan kadında ise iş yaşamında artık baş etmesi ya da kabullenmesi zor gelen güçlükler, çatışmalar, gelecek beklentilerindeki azalmalar ve emekli olup işten ayrılma ile meydana gelen boşluk, işe yaramazlık duygusu, doğrudan veya dolaylı olarak cinselliği etkileyebilmektedir. Bazı kişiler tarafından cinselliğin doğurganlık ile aynı anlamda algılanması, fertilitenin kaybolduğu bu dönemlerde cinsel düşüncenin anlamını yitirmesine de neden olabilmektedir (Yücel 2006). Tortumluoğlu (2003), klimakterik dönemi kötü algılayanlarda eklem-kas ağrısı, cinsel ilgide azalma ile sık ve ağrılı miksiyon şikayetlerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Yaygın inancın tersine, evlilikler zamanla duygusal seks arkadaşlığı yakınlığını artırmamaktadır. Yirmili yaşlarda cinsel ilişkide çok aktif olan çift için kırklı yaşlarda cinsel çekiciliğini kaybetmesi olağandışı değildir. Orta yaşlardaki sevgisiz bir ilişki veya evlilik, daha sonra cinsel denemeleri veya ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Evlilik anlaşmazlıkları, ilişkilerdeki dengesizlik, sorumluluklar, cinsel ilişki ve iletişim sorunları, güven eksikliği, cinsel istekte uyumsuzluk, can sıkıntısı ve yetersiz seks teknikleri, tüm yaşlardaki çiftler arasında farkına varılan topluma ait seksle ilgili mutsuzluk kaynaklarından bazılarıdır. Yaşlı insanlarda ayrılma seçeneği artık geçerli görünmüyorsa, bu faktörler öfke ve yıllarca birikmiş dargınlık ve boyun eğme nedenleriyle gücünü artırabilir (Cohen ve ark. 2005, Yücel 2006, Bayam ve ark. 2007).

1.3.8. Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşama Etkisi

Klimakterium son menstruasyon olan menopoza da içine alan hormonal durumdaki değişikliklerin yanı sıra fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin de yaşandığı kritik bir dönemdir. Bütüncül bir yaklaşımla bakıldığında cinsellik, fizyolojik, emosyonel ve sosyal özellikler taşıyan, yaşamı ve iyilik halini etkileyen bir konumdur (Oskay 2004, Şahin ve ark. 2008). Bu dönemde tüm kadınlarda ortak olan hormonal değişim ve kişisel değişiklik gösteren özelliklerden (yaşam tarzı, cinselliğe ilişkin deneyimler, sosyokültürel ve çevresel faktörler, dini inanışlar, eşin durumu, mevcut ve geçirilmiş hastalık ve operasyonlar vb.) dolayı cinsel yaşam etkilenmektedir (Oskay 2004, Tortumluoğlu 2004a, Woods ve Mitchell 2005, Shea 2006, Varma ve ark. 2006, Yücel 2006, Şahin ve ark. 2008). Ancak, literatürde menopoz döneminde yaşanan cinsel sorunların hormonal durum ve kişisel özelliklerden kaynaklanan cinsel sorunlardan ayırıştırarak sadece menopozal semptomların etkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir. Bu çalışmalarda da genellikle menopoz semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital) her biri tek başına ele alınmıştır (Laumann ve ark. 1999, Yiğit 2002, Çağlayan 2004, Handa ve ark. 2004, Salonia ve ark. 2004a, Salonia ve ark. 2004b, Zippe ve ark. 2004, Gürkan 2005, Moller ve Lose 2005, Amore ve ark. 2006, Patel ve ark. 2006, Varma ve ark. 2006, Gallicchio ve ark. 2007).

1.3.8.1. Somatik Semptomların Cinsel Yaşama Etkisi

Somatik belirtiler klimakteriumun en belirgin özelliğidir. Sıcak basması, terleme nöbetleri kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi, uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma, eklemlerde ağrı ve romatizma şikayetleri olarak kendini gösterir (Gürkan 2005). Bir çalışmada sıcak basması şikayeti olan katılımcıların cinsel aktiviteden duydukları tatmin skoru düşük bulunmuştur (Gallicchio ve ark. 2007). Varma ve ark. (2006), somatik menopozal semptomları yaşayan kadınların partnerlerine dokunmada sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir.

1.3.8.2. Psikolojik Semptomların Cinsel Yaşama Etkisi

Menopozla birlikte başlayan yaşam sürecinde ortaya çıkan değişiklikler ve bunların kadın psikolojisine yansımaları, bu sürecin önemli semptomlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Çağlayan 2004). Bunlar kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik, fiziksel ve zihinsel olarak genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık, endişe, kaygı, huzursuzluk, panik hissi, sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme olarak kendini gösterir (Gürkan 2005). Menopoz döneminde yaşanan psikolojik semptomların cinsel yaşamda etkili olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (Yiğit 2002, Amore ve ark. 2006, Varma ve ark. 2006).

1.3.8.3. Ürogenital Semptomların Cinsel Yaşama Etkisi

Postmenopozal dönemde cinsel fonksiyonları etkileyen en önemli faktörlerden biri de ürogenital atrofilerdir. Bu atrofiler cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada azalma, idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma, vajinada kuruluk, yanma hissi ve cinsel birleşimde zorlanma ile ilişkilidirler (Gürkan 2005).

Ürolojik sorunları olan kadınlarda cinsel aktivite sırasında aşırı idrar yapma isteği ve koitus sırasında idrar kaçırma en sık görülen yakınmalardır. Çalışmalarda üriner inkontinansı olan, rekürren veya kalıcı alt üriner sistem semptomları bulunan, aşırı aktif mesane tanısı alan ve radikal sistektomi gibi bir ameliyat geçiren kadınlarda cinsel istek azlığı, uyarılma bozukluğu, vajinal duyarlılıkta azalma veya kayıp, vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm bozukluğu, anorgazmi ve disparoni saptanmıştır (Laumann ve ark. 1999, Handa ve ark. 2004, Salonia ve ark. 2004a, Salonia ve ark. 2004b, Zippe ve ark. 2004, Moller ve Lose 2005, Patel ve ark. 2006).

1.3.9. Menopoz Dönemindeki Cinsel Fonksiyon Kayıplarında Tedavi Yaklaşımları

Cinsel terapi, menopoz döneminde cinsellik hakkında danışmanlık ve temel eğitim ile başlar. Yaşlanan yetişkinlerde cinsel aktivitenin normalleştirilmesi, cinsel istek veya aktiviteye engel olan semptomlar veya sorunların tıbbi yönetimi ile eşin fiziksel veya psikolojik sorununun tedavisi için sevk ve danışmanlık hizmetini içerir. Ayrıca kişinin veya çiftin cinsel performansında değişiklik gerektiren kronik fiziksel bir sorunun yönetimi de sağlanarak cinsel disfonksiyon tedavi edilir (Palacios ve ark. 2002). Yaşlanma ve menopoza karşı olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesi, ayrıca sağlıklı yaşam biçimi ve stresle baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi kişisel bakımın parçası olarak kullanılabilmektedir (Palacios ve ark. 2002, Krajewska ve ark. 2007).

1.3.9.1. Hormon Replasman Tedavisi

Klimakterium döneminde overlerin fonksiyonlarını kaybetmesi ve östrojenin yetersizliği ile ortaya çıkan rahatsız edici semptomları ortadan kaldırmak, osteoporozu önlemek ve kardiyovasküler hastalıklardan korunmak amacıyla dışarıdan östrojen ve progesteron hormonlarının verilmesine HRT denir (Altınsoy 2002). HRT'nin amacı kadın hayatını uzatmak değil, premenopozal-menopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini artırmaktır (Güngör 2003).

Menopozal dönemdeki kadınlarda vazomotor semptomların, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkların riskini azaltabilmek için uygun tedavi yöntemleri sunulmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde menopoz dönemindeki kadınların yarısının depresyon ya da sinirlilik durumu yaşadıkları ve her üç kadından birinde disparonoya, vajinal kuruluk ya da libido kaybının ortaya çıktığı bildirilmektedir (Huffman 2001). Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınlara yaşadıkları sıkıntıları azaltmaya yönelik geleneksel bir tedavi olan HRT'nin kullanımı önerilmektedir. Bugün dünyadaki kadınların %10'nun HRT tedavisi aldığı düşünülmektedir (WHO-HEN 2009). Ancak, menopozal dönem sıkıntılarında kullanılan HRT'nin bu alandaki rolü hala tartışmalıdır (Erdem 2006). HRT'nin kullanım süresinde zorunlu bir kısıtlama yoktur. HRT'ye devam etme kararı her

kadının bireysel ihtiyaçlarına göre ve menopozal takip protokollerinin bir parçası olarak yapılmalıdır (The North American Menopause Society (NAMS) 2008). HRT sadece östrojen, sadece progestin ve östrojen+progestin kombinasyonları şeklinde uygulanmaktadır.

Östrojen

Östrojen vajinanın mukazal doku bütünlüğünü sağlamakta, vajinal sensasyonu, vazokonjesyonu ve sekresyonu, sonuç olarak seksüel uyarılmayı ve lubrikasyonu düzenlemektedir (nem ve Kadioğlu 2005). Östrojenler en iyi sonucu vajinal hücreleri, pH'ı ve kan akışını yeniden yapılandırarak vajinal kuruluğa bağlı dispareninin giderilmesinde ve menapozla ilişkili vulvar ve vajinal atrofi tedavisinde verir (Palacios ve ark. 2002, Krajewska ve ark. 2007).

Östrojen eksikliği olan kadınlardaki genital uyarılma bozukluğunun tedavisinde birinci basamak olarak lokal östrojenler önerilmektedir. 17 ̢-stradiol (E₂) preparatlarının oral, transdermal, subkutan, intranazal ve vajinal formları vajinal sekresyonları artırmada, ürogenital atrofi ve dispareninin giderilmesinde etkili grlmektedir (Ekinci ve ark. 2007). Östrojen sistemik ve genital etkileri ile sıcak basmasını, osteoporozu önler, klitoral hassasiyeti ve vazokonjesyonu düzenleyerek ilişki sırasında ağrı ve yanma hissini azaltır (nem ve Kadioğlu 2005). Östrojenin aynı zamanda kadınlara önemli bir kısımda cinsel isteği geliştirdiği rapor edilmiştir (WHO-HEN 2009). Ancak, uzun süreli kullanımlarda etkinliği bazı kadınlarda zamanla kaybolabilmektedir (Sarrel 2000).

Progestinler

Progesteron ve onun gibi etki yapan ilaçlara progestinler veya progestagenler adı verilir. Günümüzde progestin, progesteron benzeri etki yapan sentetik steroidal ilaçlar için genel ad olarak kullanılır (ağlayan 2004). Sherwin (1991), progestinlerle tedavinin ikinci haftasından itibaren cinsel istek ve uyarılmada artış bildirmiştir. Cinsel fonksiyonları negatif yönde etkilediği, kuruluk ve dispareninin tekrarlanmasına neden olabildiği de gösterilmiştir (Sarrel 2000).

Östrojen+Progestin Kombinasyonları

HRT’de genellikle 0.625 mg konjuge östrojen ve 5 mg progesteron asetat kullanılmakta, ancak farklı kombinasyonlar ve dozlar da kullanılabilir (Ekinci ve ark. 2007, Pinkerton ve ark 2003). Sadece östrojen alanlara göre östrojen ve progesteronu birlikte kullanan hastalarda cinsel fonksiyonlarda iyileşmenin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Çağlayan 2004). Ancak, östrojenlere eklenen progestinlerin cinsel sorunları iyi ya da kötü yönde etkilediğini gösteren az sayıda kanıt bulunmaktadır (Ekinci ve ark. 2007).

1.3.9.2. Androjen

Nonseksüel hormonlar normal sınırlarda olduğunda, seksüel hayatı etkileyecek başka bir patolojik faktör bulunmadığında ve partner ilişkileri normal olduğunda androjen replasman tedavisi en iyi seksüel biyolojik cevabı verecek yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu konuda yapılmış östrojen, östrojen+androjen ve tibolon ile yapılmış karşılaştırmalı araştırmalarda iyilik hali, enerji düzeyindeki artış ve seksüel fonksiyonlardaki düzelmenin androjen içerikli tedavi gruplarında anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca fizyolojik dozdaki androjen replasman tedavilerinde meme başı ve klitoris cevabının arttığı, ancak suprafizyolojik dozlara çıkıldığında klitoral hipersensitivite görülebileceği bildirilmiştir (Seyisoğlu 2001, Pinkerton ve ark 2003).

Androjen eksikliği olan kadınlarda spesifik olarak kadın seksüel ilgi/istek bozukluğuna özgü bir ilaç olmamasına rağmen, androjen tedavisi libido azalması ve seksüel disfonksiyonu olan kadınlarda 40 yıldır uygulanmaktadır. Testosteron oral, subkutan, intramüsküler, transdermal yolla ya da jel, krem, sprey şeklinde veya sublingual şekilde uygulanabilir. Oral formlarda karaciğer toksisitesi oluşabilirken, uzun etkili enjektabl formlarda ani hormon artışları oluşabilir. Topikal tedavilerin uygulanımı kolaydır, ancak etkinlik ve güvenilirlikleri ile ilgili geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır. Testosteron preparatlarının yüksek dozda kullanılması hirsutizm, akne, alopesi ve hepatotoksisite gibi sorunlara yol açmaktadır. Kadınlarda uzun süreli testosteron kullanımının kardiyovasküler sistem üzerine etkileri de netleşmemiştir. Uzun süreli

androjen kullanımının meme dokusu ve meme kanseri oluşumuna etkisi de tartışmalıdır (Soyupek ve Armağan 2005).

Bununla birlikte serum testosteron düzeyi ile seksüel davranış arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Sherwin (1991), sadece östrojen replasmanı yapılanlara göre östrojen+testosteron replasmanı uygulanan cerrahi menopoz olgularında kişilerin daha enerjik olduklarını, kendilerini daha iyi hissettiklerini, somatik ve psikolojik semptomların çok daha az görüldüğünü saptamışlardır. Androjen replasmanlarında orgazm sayısında ve koitus sayısında anlamlı bir değişim olmazken, seksüel istekteki artış dikkati çekmektedir. Çünkü testosteronun esas etkisi psikolojik davranış ve istek üzerinde gerçekleşmekte, seksüel istek ve fantezileri artırmaktadır. Oysa periferik fizyolojik etkisi aynı güçte değildir (Seyisoğlu 2001). Testosteron desteği ile kadınların %65'inde libido, cinsel istek, fanteziler ve erojen bölgelerde duyarlılığın arttığı ve cinsel ilişkinin sıklaştığı görülmüştür (Kömürcü ve Yıldız 2006). Shifren ve ark. (2001), libidosu azalmış cerrahi menopoz hastalarında östrojen replasmanına eklenen transdermal testosteron tedavisi ile seksüel fonksiyonun önemli derecede arttığını göstermişlerdir. Androjen replasman tedavisinde libidosu azalmış kadınlarda testosteron tedavisinin sonuçları randomize, plasebo kontrollü bir çalışmada ilk olarak Greenblatt (1950) tarafından bildirilmiştir. Kendini iyi hissetme, libido, uyarılma ve memnuniyet durumunun metil-testosteronla tedavi edilen kadınlarda düzeldiği saptanmıştır. Total histerektomi ve bilateral ooforektomi yapılmış hipoaktif cinsel arzu bozukluğu olan kadınlarda 300 µg/gün testosteron bandının, tatminkar cinsel aktiviteyi anlamlı ölçüde artırırken, kişisel stresi azalttığı ve 24 haftaya kadar kullanımının da oldukça iyi tolere edildiği bildirilmiştir (Buster ve ark. 2005).

1.3.9.3. Tibolon

Tibolon zayıf östrojenik, progestojenik ve androjenik etkileri olan sentetik bir steroiddir (Yeni 2007, Doğan ve ark. 2008). Tibolon, farklı dokular tarafından selektif olarak metabolize edilerek östrojenik, progestojenik, androjenik metabolitlerine indirgenir ve böylece doku spesifik hormonal etki gösterir (Genazzani ve ark. 2004). Postmenopozal kadınlarda klimakterium semptomlarını, osteoporozu ve cinsel fonksiyonları artırmak için kullanılmaktadır (Önem ve Kadioğlu 2005). Tibolonun cinsel fonksiyonları düzeltmedeki

etkisi SHBG düzeylerini düşürmesi ve endojen serbest testosteron düzeylerini yükseltmesine bağlanmıştır (Ekinci ve ark. 2007). Tibolonun bu özellikleri vajinal lubrikasyonda, cinsel arzuda, uyarılmada, cinsel fantezilerde ve cinsel tatminde iyileşme sağlamaktadır (Api 2005). Egarter ve ark. (2002) postmenopozal hasta grubunda dört aylık tibolon tedavisiyle orgazm güçlüğü, koital ağrı, vajinal kuruluk ve libido kaybı gibi seksüel problemlerde iyileşme belirlemişlerdir. Kökçü ve ark. (2000), postmenopozal kadınlarda karşılaştırmalı olarak tibolon ve konjuge östrojen-medroksiprogesteron asetat ile HRT yapmışlar ve her iki grupta anlamlı iyileşme olduğunu, seksüel istek ve ilişki sıklığında tibolon grubunda daha iyi sonuçlar alındığını rapor etmişlerdir.

Doğal menopozdaki kadınlarda tibolonun cinsel işlevler üzerine östrojen-progesteron kombinasyonundan daha etkili olduğu da bildirilmektedir (Osmanağaoğlu ve ark. 2006). Tibolon iyi tolere edilebilmekle birlikte en sık yan etkisi kilo alımı, vajinal kanama ve lekelenmedir (Doğan ve ark. 2008). Kazandı ve Akman (2007), klimakterik şikayetleri nedeniyle tibolon başlanan postmenopozal kadınların toplam %20'sinde vajinal kanama/lekelenme şikayeti, %13'ünde de memede hassasiyet tespit etmişlerdir.

1.3.9.4. Raloksifen

Raloksifen, osteoporoz ve meme kanserini önlediği gösterilen ve uterusu östrojen antagonist etkisi olan tek selektif östrojen reseptör modülatörü (SERM)'dür. SERM'lerin doku spesifik etkilerinin mekanizması bilinmemektedir. Ancak dokularda östrojen reseptör (ER) subtiplerinin dağılımıyla bir ilgisi olduğu düşünülmektedir (Ertunç ve ark. 2004, İlter 2005).

Kessel ve ark. (2003) doğal yoldan menopoza girmiş, genitoüriner atrofi belirtileri gösteren 42–80 yaşları arasındaki postmenopozal kadınlarda 6. ayda vajinal kurulukta iyileşme görüldüğü ve cinsel aktivite sırasındaki rahatsızlığın azaldığı, cinsel tatminin arttığı, ayrıca raloksifenin vajinal östrojen kremi ile beraber kullanılmasıyla cinsel işlevin olumsuz etkilenmediği görülmüştür. Pinkerton ve ark. (2003), raloksifenin genitoüriner atrofi belirti ve semptomlarının baskılanmasında estradiol içeren vajinal halkanın etkilerini değiştirmedigini bulmuşlardır. Ertunç ve ark. (2004), herhangi bir topikal östrojen tedavisi

almayan hastalarda altı aylık raloksifen tedavisi sonrası cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiğini, vajinal atrofiye artış olduğunu, inkontinans tipleri, sıklıkları ve şiddetinde ise bir değişikliğin olmadığını saptamışlardır. Buna karşın Çiftçi ve ark. (2005), osteoporoz nedeniyle raloksifen kullanan postmenopozal kadınlarda bir yıl sonra uyarılma ve orgazmdan tatmin olma durumunda anlamlı bir iyileşme saptamışlardır.

1.3.9.5. Vazoaktif Ajanlar

Fosfodiesteraz inhibitörleri

PDE-5 inhibitörü olan sildenafil'in 1998 yılında erkeklerde ereksiyon bozukluğunun tedavisinde kullanılmasının sağladığı başarıdan sonra, kadın cinsel işlev bozukluklarında aynı başarıyı gösterip göstermeyeceği yönünde araştırmalar başlamıştır (Doğan ve ark. 2008).

Bir araştırmada, sildenafil'in insan vajinal düz kas şeridinde relaksasyona, köpek vajina ve klitorisinde kan akımında artışa neden olduğu gösterilmiştir (Uckert ve ark.2005). Berman ve ark. (2001), uyarılma bozukluğu olan doğal ve cerrahi menopoza grubunda sildenafil (25–100 mg) verilen grupta daha fazla doyum saptamışlardır. Doğal menopozdaki, herhangi bir HRT almayan ve cinsel problemleri bulunan 204 hasta ile yapılan randomize plasebo kontrollü bir diğer çalışmada ise sildenafil tedavisinin lubrikasyon, genital duyarlılık, cinsel haz veya doyuma ilişkin cinsel işlevlerde düzelme sağlamadığı gösterilmiştir (Basson ve ark. 2002). Sildenafil'in sadece kadınların belli bir grubunda, özellikle uyarılma problemleri olan ancak eş zamanlı istek problemleri olmayanlar üzerinde etkisinin olabileceği bildirilmiştir (Doğan ve ark. 2008). Buna karşın, sildenafil'in kullanımı ile baş ağrısı, yüzde kızarıklık, baş dönmesi, rinit, dispepsi ve görme bozukluğu gibi yan etkiler bildirilmiştir. Bu yan etkilerin hafif ve geçici olduğu belirtilmektedir (Berman ve ark. 2001, Basson ve ark. 2002).

Nöronal endopeptitaz inhibitörleri

Vazoaktif intestinal peptit (VIP) vajina vasküler yapısında bulunan majör vazoaktif nörotransmitterlerden biridir. Vajinal kan akımının kontrolünde rolü olan potent bir vazodilatör olduğu kabul edilmektedir. VIP'i parçalayan başlıca enzim vajina ve klitoris

dokularında da bulunan nötral endoptidaz (NEP)'dir. NEP inhibitörlerinin dolaşımdaki VİP düzeylerini artırarak cinsel stimülasyon varlığında vajina ve klitorise kan akımı artışını kolaylaştıracağı hipotezinden hareketle potansiyel bir tedavi olarak araştırılmaktadır. Henüz, NEP inhibitörlerinin kadın cinsel uyarılma bozukluğunda veya vajina/klitoris kan akımında etkisini gösteren klinik çalışmalar bildirilmemiştir (Önem ve Kadioğlu 2005, Doğan ve ark. 2008).

Kadın cinsel uyarılma bozukluğunun medikal tedavisinde kullanılan ajanlar (L-arjinin, zestra, l-arjinin+yohimbin, bupropion, apomorfın, alprostadil, avlimil, vardenefil ve tadalafil) geniş bir ilgi alanı bulmuş, ancak kadın cinsel fonksiyon bozukluğu için etkisi ve güvenilirliği kanıtlanmamıştır. Bu ilaçların bir çoğu lokal kan akımını artırmaya yöneliktir (Önem ve Kadioğlu 2005, Yücel 2006, Doğan ve ark. 2008).

1.3.9.6. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri

Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler, geleneksel ve günümüz batı tıbbının her ikisinin de dışında kalan geniş yelpazedeki uygulamaları içermektedir. Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler, günümüz batı tıbbıyla birlikte onun etkisini azaltmadan hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılmaktadır. İyileşmede olumlu etkileri olabilmektedir. Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler, bilim dışı bir kavram olmamakla beraber bu konudaki araştırma ve çalışmalar sürmektedir (Erdem 2006).

Klitoral Vakum Cihazı

Cinsel uyarılma ve orgazmik fonksiyon bozukluğunda kullanılan ve kadında seksüel cevabı artıran mekanik cihazdır. Bu mekanik cihaz etkisini vakum özelliği ile klitoral vasküler engorjmanı artırarak gösterir. Non-farmakolojik bir yaklaşım olan klitoral vakum cihazı ile klitoral engorjman ve beraberinde vajinal lubrikasyon ile artmış klitoral sensasyon sonucunda orgazm ve genel seksüel tatmin sağlanır. Kadın vakum cihazını klitorisi içine alacak şekilde çalıştırır ve vakum şiddetini ayarlayabilir. Önceleri ilişkiden hemen önce kullanılması gerektiği düşünülmekteydi, ancak daha sonra bağımsız olarak

haftada 3-4 kez ve en az 2-3 ay süreyle kullanılması gerektiği belirtilmiştir (Önem ve Kadioğlu 2005, Yücel 2006, Ekinci ve ark. 2007, Doğan ve ark. 2008).

Sakral Kök Stimulasyonu

Sakral köklerin direkt elektrik stimulasyonu ile uyarılma prensibine dayanır. Genital uyarıların duyusunu pudendal sinir alır. Sakral kök stimulasyonu pudendal sinirin çıktığı kök direkt olarak uyarılır ve hedef organlarda VIP ve NO gibi nörotransmitterlerin salınmasına neden olarak vajinal vasküler ve non-vasküler düz kas gevşemesinin olacağı ve bu sayede ilişkiyi kolaylaştıracak vajinal kayganlık ve relaksasyonun sağlanacağı tahmin edilmektedir. Sinir stimulasyonu direkt olarak yapılabildiği gibi, transkutanöz sinir stimulasyonu (TENS) sayesinde indirekt olarak da yapılabilmektedir (Önem ve Kadioğlu 2005, Yücel 2006, Ekinci ve ark. 2007, Doğan ve ark. 2008).

Akupunktur

Günümüzde zayıflama, sigara bıraktırma ve başta migren olmak üzere ağrı oluşturan hastalıklardaki başarısı ile bilinen akupunktur cinsel isteksizlik ve menopoza semptomlarının tedavisinde de kullanılmaktadır. Yağcı (2006), kadınlara vücut ve kulak akupunktur tedavisi uygulandığında ani terleme, sıcak basmaları, unutkanlık, uyku bozuklukları, alınganlık, cinsel istek azlığı, depresif ruh hali, kilo alma gibi menopoza dönemi semptomlarında düzelme olduğunu bildirmiştir.

1.3.10. Menopoz Döneminde Cinsel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Ebelik/Hemşirelik Yaklaşımları

Menopoz döneminde cinselliğin sağlık bakımının bir parçası olduğu tüm sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmektedir. Ancak, sağlık çalışanlarının zaman sınırlılığı, bilgi-eğitim eksikliği ve cinsel davranış konusunda kişisel anksiyete nedeniyle hastaların cinsel davranışlarını görüşmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Aygin ve Aslan 2005).

Ebe ve hemşirelerin cinselliğe ilişkin davranışları, önyargıları ve yanılığları konuşma tarzı ve tartışma biçimiyle bireye kolayca yansır. Ebe ve hemşirenin cinsel konular konusunda sahip oldukları bilgi seviyesi cinsel sağlığın tartışılmasını kolaylaştırabilir veya zorlaştırabilir. Üreme anatomi-fizyolojisi, menopozda cinsel yanıt, cinsel ifade ve cinsellikle ilgili diğer konularda bilgisi olmayan ebe/hemşire bireye bu konularda etkili tanılama, öğretme ve danışmanlık yapamaz (Gökyıldız 2002). Cinsel sağlık konusunun sağlık bakım vericileri tarafından ele alınmasını engelleyen unsurların araştırıldığı bir çalışmada hastaların bu konuyu konuşmak istemedikleri, sağlık profesyonellerinin hastaya cinsel sorunlar hakkında soru sormada, gereksinimi olup olmadığını algılamada ve sorunu belirleyip uygun yanıtı verme konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir (Albaugh ve Kellogg-Spadt 2003).

Sağlık profesyonelleri genellikle cinsel yaşam konusundaki bilgi eksiklikleri nedeniyle hastalara öneride bulunmak ve danışmanlık hizmeti vermekte isteksiz davranabilmektedirler. Kişinin mahremiyetiyle ilgili konulara girilmesine karşı gösterilen doğal isteksizlik, cinsellikle ilgili negatif tutumlarla da birleşince cinsel konuların tartışılması daha da zorlaşmaktadır. Sağlık profesyonellerinin hastalara ilk görüşmede verdikleri genel bilgiler, yazılı materyaller, yargılayıcı bir tutum içinde olmamaları ve konuyu özümsemeden gelişi güzel yorumlarda bulunmama gibi yaklaşımları hastaların kendilerini daha rahat ve güvenli hissetmelerini sağlayarak daha belirgin ve özel sorunlarını açıklamalarını ve yaşadıkları güçlüklerle baş etmelerini kolaylaştırabilir (Aygin ve Aslan 2005). Ebe ve hemşirelerin menopoz dönemindeki cinsel sağlığın geliştirilmesinde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermeleri, izlem yapmaları ve erken tanı ve tedavileri için bilinç kazandırmaları beklenir. Ebe ve hemşireler bu işlevleri yerine getirirken danışman, eğitici, araştırmacı ve yönetici rollerini kullanırlar (Altınsoy 2002, Aygin 2005, Aygin ve Aslan 2005).

Danışmanlık Rolü

Ebe ve hemşireler danışmanlık rolü ile kadınların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve sürdürölmesi için yardımcı olurlar. Kadınların sorunlarını açıklamasına izin vererek onları doğal karşılmalı ve önyargılı olmamalıdırlar. Kadınların cinsellikle ilgili sorunları kesintisiz bir şekilde sessiz ve rahat bir ortamda ele alınmalıdır (Altınsoy 2002, İşler 2004, Aygin 2005).

Eğitici Rolü

Eğitimi veren ebe ve hemşireler klimakterium ve bu dönemde yaşanan sorunlar, cinselliğin temel unsurları ve tedavi yaklaşımları hakkında bilgili olmalı, bunların dışında iyi bir dinleyici, sabırlı ve anlayışlı olmalıdırlar. Menopoz döneminde cinsel yaşam değişiklikleri konusundaki eğitimlere kadının eşinin de katılımını sağlamalıdırlar. Eğitimin sadece bilgi aktarımı ile sınırlı kalmamasına dikkat etmeli ve iletişimin çift yönlü olması için çaba göstermelidirler (Altınsoy 2002, Aygin 2005, Aygin ve Aslan 2005).

Araştırmacı rolü

Ebe ve hemşireler yeniliklere açık olmalı, yurt içi ve yurt dışı gelişmeleri yakından takip etmelidirler. Medya ve basında çıkan araştırmaları izlemeli, bağımsız ve gerektiğinde farklı disiplinlerle işbirliği içinde araştırmalar yapmalı ve yeni bakım ve yöntemler konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar (Altınsoy 2002, İşler 2004, Aygin 2005, Aygin ve Aslan 2005).

Yönetici Rolü

Sağlık hizmeti sunulan her kurumda hemşirelik hizmetlerinin yönetimi yönetici hemşireye aittir. Yönetici hemşire menopoz dönemindeki kadının cinsel sorun ve gereksinimlerini saptamak ve tedavisini yürütmek için diğer sağlık üyelerini de koordine edebilmelidir (Altınsoy 2002, İşler 2004).

1.3.10.1. Menopozda Cinsel Veri Toplama

Ebe ve hemşirenin kadına destek ve danışmanlık yaparken izleyeceği yol kadını dinlemek ve onunla bilgi alışverişinde bulunmaktır. Ebe ve hemşire kadının anksiyetesini azaltmak için kadınların endişeleri ve sorunlarını konuşmasına olanak tanımalı, ilgiyle ve yargılamadan dinlemelidir. Bu konuşmalar sırasında üzerinde durulması gereken diğer bir nokta da kadının duygularını ifade etmesine izin verilmesidir. Ebe ve hemşireler bireylerin cinsel fonksiyonla ilişkili değerlerini ve inanç sistemlerini kabul etmek zorundadır. Kendi değerlerini hastaya dayatmamalıdır. Burada ebe ve hemşirenin amacı yargılayıcı olmadan gerekli hizmet ve desteği sağlamak olmalıdır (Altınsoy 2002, İşler 2004, Oskay 2004).

Uygun Görüşme Ortamının Hazırlanması

Kadının cinsel sağlığının korunup sürdürülebilmesi için öncelikle sorunlarını, gereksinimlerini rahatça ifade edebileceği sıcak, özel ve duyarlı bir ortam sağlanmalıdır. Hastane koşullarında gizliliğin sağlandığından emin olmak için görüşme, diğer bireylerin bulunmadığı ve kimsenin görüşmeyi duyamayacağı bir ortamda yürütülmelidir. Kapılar kapatılmalı ve müdahaleye izin verilmemelidir. Bireyden tekrarlı şekilde özel konuları tartışmasını istemek anksiyete, utanma ya da suçluluk duygusuna neden olabilir. İdeal olarak tek bir sağlık çalışanı görüşmeyi yapmalı ve uygun bilgiyi diğer sağlık çalışanlarıyla paylaşmalıdır. Bireyin başlangıçta cinsellikle ilgili tarama sorularına verdiği cevaplara bağlı olarak, gerektiğinde daha derin görüşmeyi kimin yapacağı konusunda karar verilmelidir (İşler 2004, Oskay 2004).

Ebe/Hemşire-Hasta İletişimi

Eğer hasta ebe/hemşirenin gizliliğe bağlı kaldığını hissederse daha işbirlikçi bir yaklaşım sergiler. Kadına yakın oturulmalı, rahat ve alçak bir ses tonu kullanılmalıdır. Birey verdiği bilginin ne amaçla kullanılacağı ve bu bilgiye kimlerin ulaşacağını bilmek isteyebilir. Ebe/hemşirenin, bireye gerekmedikçe bu bilgiye hiç kimsenin ulaşamayacağını söylemesi gereklidir. Ebe/hemşirenin sahip olduğu cinsel bilginin derecesi cinsel sağlık konusunu tartışmayı engelleyebilir ya da teşvik edebilir (Altınsoy 2002, İşler 2004, Oskay 2004, Karakoyunlu 2007). Bu aşamada karşılaşılan başka bir zorluk da terminoloji seçimidir. Hastanın ve partnerinin amaçlarını ve beklentilerini belirlemek son derece önemlidir. Cinsel vurgular yapılmaksızın cinsiyeti kapsayan terimlerin kullanımı tercih edilmelidir. Hastalar kendi cinselliklerini ve cinsel tecrübelerini ifade etmek için çeşitli deyimler kullanabilirler. Ebe/hemşire hastanın kullandığı terimlere yabancılik çekerse, hastanın açıklama yapmasını istemeli ve hastanın kullandığı dili kullanmalıdır. Eğer bunu yapmazsa hastalar bazı terimleri anlamadıklarında aptal görünecekleri korkusuyla isteksiz olabilirler. Örneğin; hasta “gelmek” terimini orgazma tercih edebilir. Cinsel aktivitenin tanımlanması ya da anlaşılmasında ortak bir zemin bulunması, bilgiye daha doğal şekilde ulaşmayı sağlayacaktır. Kullanılan ifadelerin açıklığa kavuşturulması ve anlaşılması zorunludur. Görüşme süresince aşağılayıcı ya da yargı içeren ifadelerden kaçınılmalıdır. Rastgele, gerçek dışı ya da yetersiz gibi ifadelerin kullanılması karşı tarafta yargılandığı duygusunu uyandıracak ve ileri tartışmanın yapılmasına engel oluşturacaktır. Karı, koca terimleri yerine cinsel partner ya da eş gibi genel ifadelerin kullanılması ebe/hemşirenin

daha tarafsız bir yaklaşım sürdürmesine yardımcı olacaktır. Ebe/hemşire aynı zamanda sözsüz iletişime de önem vermelidir (Karakoyunlu 2007).

Ebe/hemşireler klimakterik dönemdeki kadın ve eşine cinsel yaşamlarını tartışma fırsatı yaratarak aşağıdaki konularda eğitim, danışmanlık ve destek sağlamalıdır (Oskay 2004):

- Cinsellikle ilgili temel eğitimi verme
- Sağlıklı yaşam ve stresi azaltma gibi bireye özgü bakım konusunda bilgilendirme
- Çiftin diğer sağlık sorunlarının tedavisi için uygun birimlere yönlendirme
- Cinsel arzu ve aktivite ile ilgili semptom ve problemleri tedavi etme
- Cinsel sorunları olan çiftleri cinsel danışmanlık ve seks terapisi için yönlendirme
- Yaşlı yetişkinlerde cinsel aktivitenin devamının normal ve sağlıklı bir durum olduğunu benimsetme
- Kadının menopoz ve yaşlılığa karşı olumlu tavır geliştirmesi için eksik ve yanlış bilgilerini giderme
- Kadının cinsel iyilik sağlayan ve libidoyu artırmada etkili olan uygun HRT için ilgili merkezlere sevk etme.

1.3.10.2. Menopoz Dönemindeki Cinsel Yaşam Değişiklikleri ile Başa Çıkma Yöntemleri

Menopoz dönemindeki yakınmalarla baş etmek ve cinsel fonksiyonları sürdürmek için uygulanabilecek çeşitli yöntemler vardır. Daha doyurucu bir cinsel yaşam için çiftlere aşağıdaki önerilerde bulunulmalıdır.

İyi yürümeyen ilişkiler sürdüren, hakkını aramak için sesini çıkarmasını bilmeyen kadınların çok sınırlı cinsel istek hissettiği ve çok az orgazm olduğu bilinmektedir. Buna karşılık cinsel açıdan hakkını arayan kadınların, ilişkilerinin diğer yönlerinde olduğu gibi cinsel yönden de daha fazla istekli oldukları ve daha sık orgazm yaşadıkları bildirilmektedir (Amore 2006, Kömürcü ve Yıldız 2006). Bu dönemde eşler ilişkilerinde

yürümeyen yönleri sorgulamaya ve gerekli değişiklikleri yapmaya hazırsa yaşam enerjilerini canlandıracak kapıyı açabilir, cinsel ve diğer duygularını harekete geçirebilirler. İyileşme iki tarafın da çabasını gerektirir. İlişkiyi yeniden canlandırabilmek ve yürütebilmek için çiftlerin ikisi de soru sormaya ve soruların yanıtlarını dinlemeye hazır olmalıdırlar (Kömürcü ve Yıldız 2006).

Kegel egzersizleri vajina kaslarını canlandırıp güçlendirmeye yarar. Çalışmalar, bu egzersizlerin kan akımını artırarak vajina duvarını kalınlaştırdığını ve klitoris duyarlılığını artırıp orgazmı da güçlendirdiğini göstermiştir (Şahin 1998, Kömürcü ve Yıldız 2006).

Partneri olmayan ya da fiziksel sınırlılığı olan kadınlar için mastürbasyon cinsel gerginliği çözen, doku dolaşımı ve lubrikasyonu artıran yararlı bir cinsel aktivitedir. Ayrıca düzenli masturbasyonun kan akımı ve kas tonusünü artırdığı unutulmamalıdır. Cinsellik çok geniş boyutlara sahiptir (Fitzpatrick 2004). Cinsel ilişki sadece koitustan ibaret değildir. Ön sevişmenin uzun tutulması, oral seks, seksüel ilişkide farklı alternatiflerin denenmesi ve klitoral orgazmın önemi konularında çiftlere bilgi verilmelidir. Ayrıca seksüel aktiviteye başlamadan önce değişik tekniklerle (sıcak uygulama, sıcak duş vb.) gevşeme yararlı olacaktır. Cinsel ilişki esnasında girişte darlık varsa masaj, şefkat veya ortak mastürbasyon gibi diğer teknikler daha uygun olabilir. Düzenli cinsel stimulasyon genital bölgeye kan akımını uyararak vajina sağlığının korunmasında yararlıdır (Altınsoy 2002, Reis 2003, Kömürcü ve Yıldız 2006). Vajinaya sirke, yoğurt veya laktobasil kültürlerinin uygulanması yararlı nemlendirici yöntemler değildir. Allerji tedavisinde kullanılan ilaçlar (antihistaminik tabletler) vajinal doku dahil bütün müköz zarla kaplı dokularda kurutucu etkiye sahiptir. Ayrıca sabun, banyo yağı ve köpük banyolarının sınırlandırılması önerilmektedir (Saylam 2005, Taşkın 2007).

Menopoz yakınmalarını gidermenin diğer bir yolu stresi sürekli azaltmaya çalışmaktır. Çünkü stresin hormon düzeylerini etkilediği bilinmektedir. Stresi azaltmak için bilinen birçok yöntem vardır. Bireysellik göz önüne alınarak bu yöntemlerden kadına uygun olan yöntem ya da yöntemler seçilebilir. Ayrıca psikolojik destek tedavileri verilebilir. Ebe/hemşireler ihtiyaç duyulduğunda kadınları psikoloğa yönlendirmelidirler (Kömürcü ve Yıldız 2006).

Kayganlık gerektiğinde vajinal kullanım için özellikle tasarlanmış ürünler tercih edilmelidir. Birçok el-cilt kremi, içerdği alkol ve parfüm benzeri maddeler nedeniyle vajina dokusunda tahriş yaparlar (Taşkın 2007). Yağ bazlı ürünler de tahrişe sebep olabilirler. Ayrıca, vajina duvarlarına yapışarak enfeksiyon ortamı yaratabilirler (Kömürcü ve Yıldız 2006). Bu durumun tek istisnası E vitamini yağı olabilir. E vitamini yağının yan etki olmaksızın kayganlık yarattığı, vulvovajinal kaşınma ve tahriş şikayetlerinde de rahatlama sağladığı gösterilmiştir (Özer 2006).

Hormonal olmayan vajinal kayganlaştırıcılar ve nemlendiriciler vajinal kuruluğun tedavisi için kullanılabilir. Su bazlı vajinal kayganlaştırıcılar sürtünmeyi azaltarak ilişkideki rahatsızlığı azaltır (Albaugh ve Kellogg-Spadt 2003). Nemlendiriciler ise kayganlaştırıcılardan farklı bir yolla, direkt olarak dokulara etki ederek kuruluğu azaltmak yoluyla rahatlatırlar. Nemlendiriciler, tahriş ve yanma şikayetlerini cinsel ilişki olmadığı zaman yaşayan kadınlar tarafından da tercih edilebilir. Çünkü bu ürünler vajinanın asidik ortamını korurlar ve tekrarlayan vajinal enfeksiyonların oluşmasını engellemeye yardımcı olurlar (Kömürcü ve Yıldız 2006).

Kayganlaştırıcı veya nemlendiriciye cevap vermeyen şiddetli vajinal kuruluk ve atrofi östrojen tedavisine cevap verebilir. Çünkü sıklıkla östrojen eksikliği problemin sebebidir. Östrojen tedavisi vajinal dokuların kalınlığını ve elastikiyetini düzeltir, sağlıklı vajinal pH yaratır ve vajinal kuruluğu giderir. Düzelme genellikle tedavi başladıktan 1-2 hafta sonra oluşur, ancak şiddetli atrofiden rahatlama çok daha uzun sürebilir. Bütün ürünlerdeki östrojen dozları yeterli etkinliktedir. Sistemik olarak veya nonsistemik olarak (kan seviyelerini ve yan etkilerini azaltmak için düşük dozlarda direkt vajinaya uygulama) kullanılabilir. Şiddetli vajinal atrofi halinde vajinal östrojen formları (krem, tablet veya halka) ağızdan alınan tabletler veya cilde yapıştırılan flasterlerden daha etkilidir (Pinkerton ve ark. 2003).

Vajinal östrojen uzun dönemdeki tedaviler için de uygundur. Çünkü kan dolaşımına Emilimi çok azdır. Üreme sistemi kanseri nedeniyle ameliyat olmuş kadınlarda, sıcak basması veya diğer vajinal olmayan menopoza bağlı durumlar için etkin olmasa da kısa dönem vajinal östrojen tedavisi bir seçenek olabilir. Yarar ve zararları her hasta için tartışılmalı ve hastayla tartışılmalıdır. Östrojen tedavisi kullanırken vajinal kayganlaştırıcı

veya nemlendiriciler de gerekli olabilir. Bazen östrojenle dokular daha sağlıklı hal aldığında hormon tedavisi kesilebilir ve gerektiğinde kayganlaştırıcı veya nemlendiriciler tek başına kullanılabilir. Ebe ve hemşireler bu preparatların nasıl kullanıldıklarını, yarar ve zararlarını kadınlara anlatmalı ve düzenli sağlık kontrolü hakkında kadınları bilinçlendirmelidirler (Fitzpatrick 2004, Tortumluoğlu 2004b).

Genital bölge kanlanmasını artırarak cinsel isteği artıran ilaçlar uygulanabilir (Ertunç ve ark. 2004, İlter 2005). Cinsel isteği ve orgazm duyusunu artıran bitkisel kökenli ilaçlar da doktor istemine göre kullanılabilir (Özer 2006).

Vazgeçilmez insan gereksinimi olan beslenmenin menopozal kadın için sağlığı sürdürme ve yükseltmede önemli rolü vardır. Nikotin, kafein, alkol, şeker ve işlenmiş yiyeceklerden kaçınmak ve yağ oranı düşük organik bir diyet uygulamak, östrojen kaynağı olan adrenalinin sağlıklı işlemesine yardımcı olur (Güreş 2006). Yüksek kolesterolü yiyeceklerden kaçınmak kalp hastalığı riskini en aza indirirken, kalsiyum yönünden zengin yiyecekler osteoporoz riskini azaltacaktır (Stamfer ve ark. 1991, Güreş 2006). Düzenli olarak soya ürünleri tüketen kadınlar vajina esnekliği ve kayganlığının yerine geldiğini bildirmişlerdir (Güreş 2006).

Alkol ve kafeinli içecekler deride ve vajen çevresinde kuruluğa neden olduklarından cinsel ilişki üzerinde olumsuz etkileri vardır (Eker ve ark. 2007). Sigara hem erken menopozun yaşanmasına hem de yarattığı damar değişiklikleri nedeniyle genital organların daha az kanlanmasına neden olarak genel sağlık ve cinsel sağlık üzerine olumsuz etki eder (İlter 2005, Güreş 2006). Bu nedenle sigara, alkol gibi bağımlılıklar varsa bunlar bırakılmalı, bilinen bir kronik hastalık varsa bunlara yönelik tedaviler planlanmalıdır (Kömürcü ve Yıldız 2006).

Yaşamın her dönemi için olumlu sağlık davranışlarından biri olan fiziksel aktivitenin kemik kütlesinin oluşmasında önemli yeri vardır (Güngör 2003, İlter 2005). Ayrıca, kardiyovasküler sağlığı koruma ve yükseltme, özgüveni artırma ve sigarayı bırakma gibi birçok yararı vardır (Onat ve ark. 2004). Günde en az 20 dakika egzersiz veya düzenli olarak yürümek kas gücü yitimini ve kilo artışını engeller (Tortumluoğlu 2004b). Egzersiz

yapan menopozal kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda fiziksel yanıtta artış, iş performansında yükselme, sosyal ilişkilerde iyileşme ve depresyonda azalma saptanmıştır (Şahin 1998, Quilliam 2004). Egzersizin yanı sıra gevşeme, meditasyon ve otojenik antrenman gibi zihinsel yaklaşımlar da cinsel sorunların çözümünde etkili olabilmektedir (Kömürcü ve Yıldız 2006).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kadınların menopozal semptomları ile cinsel yaşamları arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesi'nde yapılmıştır. Çalışma alanı olarak bu hastanenin seçilmesinin nedeni 1991 yılında kurulan Türkiye'deki ilk menopoz polikliniği ve yılda ortalama 15.000 menopoz çağındaki hastaya hizmet veren bir eğitim hastanesi olmasıdır. Ayrıca bölgedeki en kapsamlı kadın hastalıkları ve doğum hastanesi olması nedeniyle çeşitli sosyokültürel özelliklere sahip kadınlara hizmet vermesi tercih nedeni olmuştur.

Menopoz ünitesinde dört menopoz polikliniği olup çalışma ekibinde iki uzman hekim, üç asistan doktor, bir diyetisyen, bir psikolog ve beş hemşire bulunmaktadır. Ünite her gün ortalama 100-120 kadın muayene edilmektedir (her bir poliklinikte ortalama 25-30 kadın). Ünitenin çalışma saatleri hafta içi her gün 08.00–17.00 arasındadır.

Menopoz ünitesine en az altı aydır menstruasyon görmeyen, 40 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük kadınlar başvurabilmektedir. Menopoz ünitesine bir ayda ortalama 2000-2500 kadın başvurmaktadır. Ünite randevulu çalışma sistemi vardır ve kadınlar polikliniğe gelerek veya telefon ile randevu alabilmektedirler. Her hastaya yaklaşık 20

dakika ayrılmaktadır. İlk kez üniteye başvuran tüm kadınlara açlık kan şekeri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, lipid profili gibi biyokimya testleri, idrarda ve kanda kemik yıkım belirteçleri, tam kan sayımı ve sedimentasyon, pelvik muayene ve ultrasonografi, pap smear testi, meme muayenesi, bilateral mamografi, meme ultrasonografisi ve kemik mineral dansitometresi işlemleri yapılmaktadır. Kan alma 08.00-11.00, ultrasonografi ve genital bölge biyopsisi ve müdahaleleri 08.00-12.00, ofis histeroskopi ise 14.30-15.30 saatleri arasında gerçekleştirilmektedir. Tahlil sonuçlarına genelde saat 15.00'den sonra bakılmakta, ancak başka saatlerde gelen hastalar da geri çevrilmemektedir. Poliklinik hizmetleri içinde kadınlara diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme hakkında bilgi verilmektedir. Ayrıca psikolog tarafından da menopozal psikolojik semptomlar ve bireye özgü sorunlar hakkında birebir görüşme yapılmaktadır. Hemşireler kayıt, kadının muayeneye hazırlanması, danışmanlık ve eğitim hizmetlerini yürütmektedirler. Üniteye başvuran hastalara gerekli durumlarda dahiliye, fizik tedavi, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, dermatoloji, göğüs hastalıkları, üroloji, genel cerrahi, nöroloji ve diş ünitesi polikliniklerinden konsültasyon istenmektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma sürecinde yapılan işlemler ve tarihleri Çizelge 2.3.1'de özetlenmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırma sürecinde yapılan işlemler ve tarihleri

İşlemler	Tarihler
Konuya karar verilmesi	Mayıs- Haziran 2007
Soru formunun oluşturulması	Haziran- Temmuz 2007
Soru formu için uzman görüşü alınması	Ağustos 2007
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınması	24.09.2007
Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon (EPK) Kurulu'ndan izin alınması	29.11.2007
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul ön onayı alınması	30.11.2007
Soru formunun ön uygulaması	22-24.01.2008

Çizelge 2.3.1. (Devam) Araştırma sürecinde yapılan işlemler ve tarihleri

İşlemler	Tarihler
Verilerin toplanması	18.02.2008-28.03.2008
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınması	05.06.2008

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz ünitesine 18.02.2008 tarihinden itibaren 30 iş günü içinde başvuran (18.02.2008-28.03.2008) 2298 kadın oluşturmaktadır.

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesi'ne 18.02.2008 tarihinden itibaren 30 iş günü içinde başvuran (18.02.2008-28.03.2008) ve araştırmaya katılmayı kabul eden 249 kadın oluşturmuştur (Evrenin %10.8'i).

Örnekleme alma kriterlerine uymayan 1773 kadın çıkarıldığında, örnekleme 525 kadın oluşturmuştur. Bu gruptan bilgilendirilmiş onay formunu imzalamak istemeyen (87 kişi), ev adresi ve telefon gibi iletişim bilgilerini vermekten çekinen (65 kişi), acele yapılması gereken işleri olan ve beklemek istemeyen (43 kişi), beraber oldukları arkadaş, akraba, torun gibi yakınlarından çekinmeleri ve yanlarında okuma gözlüğünün olmaması gibi nedenlerle çalışmaya katılmaya isteksiz olan (37 kişi) ve muayene öncesinde stresli olma nedeniyle araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (44 kişi) toplam 276 kadın (%52.6) örnekleme alınmamıştır.

2.5.1. Araştırmaya Alma ve Dışlama Kriterleri

2.5.1.1. Araştırmaya Alma Kriterleri

Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların araştırmaya alınma kriterleri şunlardır:

- 40-65 yaşları arasında olma
- Son adet tarihinin üzerinden en az bir yıl geçmesi
- En az ilkokul mezunu olma
- Cinsel yönden aktif olma
- Eşin cinsel aktivitelerinde problem olmaması
- Kalp hastalığı, diabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek hastalığı ve ruhsal hastalık gibi kronik bir hastalık olmaması
- HRT almamış olma veya almışsa tedavisinin en az bir ay önce sonlanmış olması

2.5.1.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Menopoz ünitesinin hasta kabul yaş grubu ile çalışma örnekleminin yaş grubu ortak olduğu için tüm kadınlarla ön görüşme yapılmış, ancak araştırmaya alma kriterlerini sağlamayan kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir.

2.6. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatüre göre oluşturulan Soru Formu (EK III), Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ, Menopause Rating Scale: MRS) (EK IV) ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (KCFSİ, Index of Female Sexual Function: IFSF) (EK V) ile toplanmıştır.

2.6.1. Soru Formu (EK III)

Verilerin toplanmasını sağlayan soru formu, araştırmacı tarafından literatürden yararlanarak geliştirilmiştir. Soru formu katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (9 soru), obstetrik ve jinekolojik öykülerini (8 soru), menopoza ve HRT alma durumunu (6 soru), menopoza öncesi ve sonrası cinsel yaşamını (4 soru) ve menopoza sonrası cinsel yaşamla ilgili sorunların çözümüne yönelik uygulamaları (4 soru) içeren toplam 31 sorudan oluşmaktadır.

2.6.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (Menopause Rating Scale: MRS) (EK IV)

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği (MSDÖ) ilk olarak 1992 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir (Schneider ve Behre 2002, Schneider ve ark. 2002). Schneider ve arkadaşları 1996 yılında ölçeği İngilizce'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini yapmışlardır (Schneider ve ark. 2002).

MSDÖ Kupperman Menopoz Ölçeği (KMÖ) ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) ölçeklerinin güvenilirlik ve yanıtlama etki büyüklüklerini karşılaştırmak (Bekiroğlu ve ark. 2008), Polonya, Yunanistan ve Belarus'taki menopoz dönemindeki kadınların klimakterik semptomlarını, aktivite ve hayat kalitelerini değerlendirmek (Krajewska ve ark 2007), menopoz döneminde yaşam kalitesini belirlemek (Tokuç ve ark 2006), evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisini belirlemek (Çoban ve ark 2007) yaşanan menopozal semptomlar ve başa çıkma yollarını belirlemek (Özgür 2007) için çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır.

MSDÖ, Gürkan tarafından 2005 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik ölçümü Pearson momentler çarpımı kullanılarak

yapılmıştır. Ölçeğin toplam puan korelasyon katsayısı $r=0.92$, somatik şikayetler için $r=0.89$, psikolojik şikayetler için $r=0.91$ ve ürogenital şikayetler için $r=0.81$ 'dir ($p=0.000$). Tüm ölçek maddelerinin iç tutarlılığı Cronbach's alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. MSDÖ'nün tüm maddelerine verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0.84, somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği temel bileşenler analizi (Principal component analysis) ile faktör çözümlemesi ise varimax rotasyonu ile yapılmıştır. Yapılan çözümleme sonucunda 11 maddeli ölçeğin tüm maddelerinin faktör ağırlıkları 40'ın üzerinde bulunmuş ve bu nedenle ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

MSDÖ;

- Menopoz dönemindeki bir kadının yaşadığı menopozal yakınmaların şiddetini ölçmek,
- Farklı koşullarda yaşayan kadınların menopozal semptomlarının düzeylerini karşılaştırmak,
- Menopoz döneminde tedavi öncesi ve sonrası semptomların şiddetini karşılaştırmak,
- Menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini belirlemek ve
- Menopozal semptomlardaki değişiklikleri sayısal olarak değerlendirmek amacıyla klinik uygulamalarda kolaylıkla kullanılmaktadır.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan Likert tipi ölçekte her bir madde için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Gürkan 2005).

Menopozal yakınmaları içeren ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır.

1- Somatik şikayetler alt ölçeği

Ölçekteki 1., 2., 3. ve 11. maddelerden oluşmaktadır. Somatik şikayetler alt ölçeği, sıcak basması, terleme nöbetleri, kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi, uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma, eklemlerde ağrı ve romatizma şikayetlerini sorgulamaktadır.

2- Psikolojik şikayetler alt ölçeği

Ölçekte yer alan 4., 5., 6. ve 7. maddeleri içerir. Kendini kötü, üzgün ve ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik, fiziksel ve zihinsel olarak genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık, endişe, kaygı, huzursuzluk, panik hissi, sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme şikayetlerini içerir.

3- Ürogenital şikayetler alt ölçeği

Ölçeğin 8., 9. ve 10. maddelerinin değerlendirilmesi ile ölçülür. Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada azalma, idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma, vajinada kuruluk ve yanma hissi ile cinsel birleşmede zorlanma gibi menopozal semptomları sorgular.

2.6.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (KCFSİ) (Index of Female Sexual Function: IFSF) (EK V)

Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (KCFSİ) 1999 yılında Kaplan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Kaplan ve ark. 1999). Ölçek diyabetik kadınlarda (Erol ve ark. 2003), Aile Planlaması Polikliği'ne başvuran kadınlarda (Yılmaz 2003), sağlıklı evli kadınlarda (Güvel ve ark. 2003, Karakoyunlu 2007), menopoz dönemindeki kadınlarda (Arslan ve Altınsoy 2004), gebe kadınlarda (Gürkan 2007), infertil kadınlarda (Tashbulatova 2007, Arslan ve ark. 2008), radikal sistektomi geçirmiş cinsel olarak aktif kadınlarda (Zippe ve ark. 2004) ve miyokard infarktüsülü hastalarda (Yıldız ve Pınar 2004) kullanılmıştır.

KCFSİ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz ve Eryılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Çalışmada KCFSİ'nin iç tutarlılığı Cronbach's alpha ile değerlendirilmiş ve güvenirlik katsayısı $r=0.82$ olarak bulunmuştur. Cinsel ilişkinin istek, uyarılma, orgazm ve ağrı alanlarının araştırılmasına olanak sağladığı belirtilen KCFSİ'nin yapı geçerliği için varimax rotasyon faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizinde KCFSİ'nin üç alt boyutta toplandığı görülmüştür. Buna göre ölçeğin kadın cinsel fonksiyonunun “cinsel doyum”, “cinsel ilişki sıklığı/libido” ve “cinsel ilişkide rahatsızlık” alanlarının incelenmesine olanak sağladığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda KCFSİ'nin Türk toplumunda güvenli olarak kullanılabileceği kararı verilmiştir (Yılmaz ve Eryılmaz 2004).

Ölçek, kadının son dört hafta içindeki cinsel isteği, doyumunu ve rahatsızlığını değerlendiren dokuz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar;

1- Cinsel doyum alt ölçeği

Bu alt ölçek 6., 7. ve 8. maddeleri içermektedir. Bu süre içindeki cinsel ilişkiden alınan doyumunu (1-5 puan), cinsel yaşamdan alınan genel doyumunu (1-5 puan) ve orgazm sıklıklarını (1-6 puan) sorgulamaktadır.

2- Cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği

Üç, 4, 5 ve 9. maddelerden oluşan bu alt ölçek, son dört hafta içindeki cinsel ilişki (1-6 puan) ve cinsel istek sıklığını (1-5 puan), cinsel istek düzeyini (1-5 puan) ve uyarılma ve birleşme sırasındaki klitoral duyarlılığı (1-5 puan) değerlendirmektedir.

3- Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği

Ölçeğin ilk iki maddesini (1. ve 2. madde) içerir. Cinsel birleşme sırasında duyulan rahatsızlık (1-6 puan) ve vajinal kuruluk sıklığını (1-6 puan) değerlendirmektedir. Bu alt ölçeğin ters değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu alt ölçekten alınan toplam puanın artışı yaşanan cinsel rahatsızlığın daha az olduğunu göstermektedir.

Likert tipinde olan ölçekte her bir maddenin 1-5 ya da 1-6 şıkkı olup, 1'den 5'e ya da 1'den 6'ya kadar puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 10, maksimum puan ise 49'dur. Ölçekten alınan puan 30'un altında ise cinsel disfonksiyon olarak değerlendirilmekte, ancak Türkiye'de cinsel disfonksiyon tanısı için KCFSİ ile ilgili net bir eşik değeri bildirilmemektedir (Güvel ve ark. 2003, Yılmaz 2003, Erol ve ark. 2003).

2.6.4. Soru Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan soru formu kapsam geçerliği ve anlaşılabilirlik yönünden Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında dört öğretim üyesi ve İstatistik alanında iki öğretim üyesi tarafından incelenmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda soru formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Düzenlenen soru formu 22.01.2008–24.01.2008 tarihleri arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran 10 kadına uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda herhangi bir değişiklik yapılmasına gereksinim duyulmamış ve form veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

2.6.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Menopoz polikliniğine başvuran tüm kadınlarla muayene öncesinde bir ön görüşme yapılarak araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Kadınlara soru formu ve ölçekler hakkında da bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya alma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla görüşme yapılmıştır.

Soru formu (EK III), araştırmacı tarafından her gün çalışma saatleri içinde menopoz ünitesine başvuran ve muayene olmayı bekleyen kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 15-20 dakikada toplanmıştır. Soru formunu takiben MSDÖ (EK IV) ve KCFSİ (EK V) uygulanmıştır. MSDÖ ve KCFSİ araştırmacı tarafından cinsellikle ilgili bazı kavramlar (klitoris, orgazm, vagina vb.) açıklandıktan sonra kadınların kendileri tarafından

öz bildirimlerine dayalı olarak yaklaşık 15 dakikada doldurulmuştur. Veri toplama süreci 18.02.2008-28.03.2008 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

2.6.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler istatistik paket programı SPSS for Windows 13.0 (Statistical Package for Social Sciences, Lead Technologies, Inc., Chicago, IL, USA) ile değerlendirilmiştir (Adnan Menderes Üniversitesi 2008). Yanılma düzeyi 0.05 alınmıştır, dolayısıyla tüm bulgular %95 güven aralığında incelenmiştir.

MSDÖ ve KCFSİ için genel ve alt ölçek puanları toplanarak toplam ölçek puanları elde edilmiştir. İleri analiz tekniklerine karar vermek için tekil ve toplama ölçekleri için normallik testleri yapılmıştır. Normallik testi olarak Kolmogorov Smirnov normallik testi yapılmıştır. Değişkenlerin tekil olarak normalliği incelendiğinde dört değişkenin (Yaş, eşin eğitim durumu, evlilik süresi, menopoza girme yaşı) normal dağıldığı, diğerlerinin normal dağılmadığı görülmüştür. Toplama ölçeklerinin tamamının normal dağılmadığı tespit edilmiştir.

Örneklem grubu için MSDÖ ve KCFSİ genel ve alt ölçeklerine güvenirlik analizleri yapılmıştır. Güvenirlik analizi sonucu elde edilen cronbach's alpha değerleri Çizelge 2.6.6.1. ve Çizelge 2.6.6.2'de sunulmuştur. MSDÖ ve KCFSİ cronbach's alpha değerleri .70'in üzerindedir. Sadece MSDÖ somatik şikayetler (.51) ve ürogenital şikayetler (.50) alt ölçek cronbach's alpha değerleri .70'in altında bulunmuştur.

Çizelge 2.6.6.1. MSDÖ için güvenirlik analizi sonuçları (N=249)

MSDÖ ve Alt Ölçekleri	Cronbach's Alpha Değeri
MSDÖ	0.75
Alt Ölçekler	
Somatik şikayetler	0.51
Psikolojik şikayetler	0.73
Ürogenital şikayetler	0.50

Çizelge 2.6.6.2. KCFSİ için güvenirlik analizi sonuçları (N=249)

KCFSİ ve Alt Ölçekleri	Cronbach's Alpha Değeri
KCFSİ	0.89
Alt Ölçekler	
Cinsel doyum	0.91
Cinsel ilişki sıklığı/libido	0.79
Cinsel ilişkide rahatsızlık	0.91

Verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri olarak frekans dağılım tabloları ve yüzdeler, merkezi eğilim ve değişim ölçüleri ve histogram grafikleri kullanılmıştır. Ölçeklerin alt ölçekleri arasındaki ve ölçeklerin birbirleriyle ilişkileri Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin ölçekler ve alt ölçeklerinde anlamlı fark yaratıp yaratmadığının tespiti için nonparametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Burada Mann Whitney U bağımsız örnekler testi ve Kuruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır.

2.6.6.1. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri şunlardır:

- Yaş
- Eğitim durumu
- Menopoz yaşı
- Menopoz döneminde hormon replasman tedavisi alma durumu
- Hormon tedavisi alanların tedavi süresi
- Kadınların menopoza girmeden önceki cinsel yaşam algıları
- Kadınların menopozun cinsel yaşamı etkileme durumu ile ilgili algıları
- Cinsel sorunlar nedeniyle doktora başvurma durumu
- Cinsel sorunlar nedeniyle ilaç kullanma durumu
- Cinsel sorunlar nedeniyle ilaç dışındaki ürünleri kullanma durumu
- MSDÖ genel ve alt ölçeklerinden alınan puanlar

2.6.6.2. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

KCFSİ genel ölçek ve alt ölçeklerinden alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenidir.

2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmayla ilgili bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Çalışma Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz ünitesine başvuran 40-65 yaş arasındaki kadınlarda yapıldığı için elde edilen sonuçlar örneklem ile sınırlıdır ve tüm ülkeye genellenemez. Soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

Kurum olanakları dahilinde görüşmenin yapılacağı uygun bir odanın sağlanamaması nedeniyle soru formu kadınlar muayene öncesi bekleme salonunda sıra beklerken doldurulmuştur. Ortamın kalabalık ve gürültülü olması ve kadınların muayene öncesi gergin ve stresli olma olasılıkları cevaplara yansımış olabilir. Ayrıca cinsel yaşamla ilgili sorular özel ve mahrem konular olduğu için kadınlar rahat yanıt verememiş olabilirler. Kadınlardan olur formunun yazılı alınması, araştırmaya katılmaya kuşkulu ve isteksiz olmalarına neden olmuş olabilir. Bunun yanında MSDÖ ve KCFSİ ölçeği kadınların öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle elde edilen veriler, birebir görüşmelerin yapılacağı niteliksel araştırma bulgularından farklı olabilir. Soru formu ile ölçekteki madde sayılarının toplamda fazla olması kadınların sıkılmalarına neden olabileceğinden, verdikleri yanıtlara yansımış olabilir.

2.7.1. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ile Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPK Kurulu'ndan resmi izinlerin alınması ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ön onayın alınması işlemleri öngörülen süreden daha uzun sürmüştür (2 ay), bu da veri toplama sürecine

planlanan tarihte başlanamamasına neden olmuştur. Dolayısıyla veri toplama, verilerin işlenmesi ve rapor yazımı süreçlerine 2 ay gecikmeli olarak başlanmıştır.

Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarının hastane ile paylaşılmamasının hastane yönetimini rahatsız ettiği çalışanlar tarafından sözlü olarak belirtilmiştir. Ancak, çalışma sonuçlarının paylaşılacağına onay verildikten sonra araştırma izni alınabilmiştir.

Veri toplama sürecinde kadınlarla birebir ve rahatça görüşme yapabilmek için ayrı oda istenmiş, ancak kurum olanakları bunu sağlayamamıştır. Veriler, kalabalık ve gürültülü bir ortam olan bekleme salonunda ve muayene öncesinde toplandığı için zaman zaman kadınlarla iletişimde kopukluk ve zorlanma yaşanmış, bu durum bazı kadınlarda çalışmaya katılmaya karşı isteksizlik yaratmış ve bu nedenlerle araştırmaya katılmayan kadın sayısı fazla olmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay alınmıştır. Etik Kurul Başkanlığı kadınlardan bilgilendirilmiş olur metninin yazılı olarak alınmasını şart koşmuştur. Kadınlar formlara imza atmak ve ev adresi, telefon gibi iletişim bilgilerini paylaşmak istememişlerdir. Sözlü onam verdiği halde yazılı onam vermekten çekinen kadınların örnekleme dahil edilememesi veri kayıplarına neden olmuştur. Ayrıca kadınların yapılacak işlerinin olması, beraber oldukları arkadaş, akraba, torun gibi yakınlarından çekinmeleri ve yanlarında okuma gözlüğü olmaması gibi etkenlerle de çalışmaya katılmaya isteksiz davranabildikleri gözlenmiştir.

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPK Kurulu'ndan 29.11.2007 tarihinde yazılı izin (EK VIII), ayrıca Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 05.06.2008 tarihinde etik onay alınmıştır (EK VII). Menopoz

ünitesine başvuran tüm kadınlarla bir ön görüşme yapılarak araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerle görüşme yapılmıştır. Araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak katılımcılardan yazılı onamları (bilgilendirilmiş onam metni ve formu) (EK I, EK II) alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.1.1’de özetlenmiştir.

Çizelge 3.1.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri (N= 249)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
40-44	25	10.0
45-49	62	24.9
50-54	74	29.7
55-59	50	20.1
60-65	38	15.3
Eşin Yaşı		
35-44	9	3.6
45-49	35	14.1
50-54	56	22.5
55-59	62	24.9
60-65	57	22.9
66 ve üzeri	30	12.0
Eğitim Durumu		
İlkokul	180	72.3
Ortaokul	14	5.6
Lise	33	13.3
Üniversite	22	8.8
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil+Okur-yazar	16	6.4
İlkokul	116	46.6
Ortaokul	35	14.0
Lise	43	17.3
Üniversite	39	15.7

Çizelge 3.1.1. (Devam) Kadınların sosyodemografik özellikleri (N= 249)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Çalışma Durumu		
Çalışan	70	32.1
Çalışmayan	169	67.9
Eşin Mesleği		
İşçi	37	14.9
Memur	32	12.9
Serbest meslek	18	7.2
Emekli	161	64.6
Çalışmayan	1	0.4
Evlilik Yılı		
5-20 yıl	26	10.4
21-30 yıl	104	41.8
31-40 yıl	96	38.6
41 yıl ve üzeri	23	9.2
Sosyal Güvence		
Olan	238	95.6
Olmayan	11	4.4
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	71	28.5
Gelir gidere eşit	159	63.9
Gelir giderden fazla	19	7.6
Aile Tipi		
Geniş	26	10.4
Çekirdek	223	89.6
Evde Bakıma Muhtaç Bireyler		
Var	22	8.8
Yok	227	91.2

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 52.30 ± 6.06 'dır. Medyan değerleri aritmetik ortalamaya paraleldir. Mod değerlerine göre kadınların çoğu 48 yaş grubundadır. Yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde en yüksek oranı %29.7 ile 50-54, %24.9 ile 45-49 yaş ve %20.1 ile 55-59 yaş arasındaki katılımcılar oluşturmaktadır. Eşlerin yaş ortalaması 56.56 ± 7.10 'dur ve en çok 55-59 yaş (%24.9), 60-65 yaş (%22.9) ve 50-54 (%22.5) grubunda oldukları görülmektedir (Çizelge 3.1.1). Eşin yaşı için mod değeri 55'dir ve bu değer ortalamaya yakındır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu ilkokul mezunudur (%72.3). Eşlerin eğitim düzeyleri kadınlara göre biraz daha yüksek olup, ilkokul mezunu olanların oranı daha

düşüktür (%46.6) (Çizelge 3.1.1). Kadınlar ortalama 30.89 ± 8.11 yıldır evli olup, %41.8'i 21-30, %38.6'sı da 31-40 yıldır evlidir (Çizelge 3.1.1).

Kadınların %67.9'u ev hanımı ve %19.3'ü emeklidir. Katılımcıların sadece %12'si çalışan kadın statüsündedir. Kadınların eşlerinin mesleği incelendiğinde, en büyük oranın %64.6 ile emeklilerden oluştuğu görülmektedir. Sadece bir erkek çalışmamakta, kalan %35'i çalışmaktadır. Örneklemeye alınan kadınların %63.9'u gelir ve giderlerinin eşit olduğunu bildirmişlerdir. Geliri yetmeyenler tüm kadınların %28.5'ini oluşturmaktadır. Kadınların %95.6'sının bir sosyal güvencesi vardır (Çizelge 3.1.1).

Kadınların %89.6'sı çekirdek aileye sahiptir. Geniş aile özelliğine sahip (%10.4) kadınların %8.8'inin evinde sürekli bakıma muhtaç birileri yaşamaktadır (Çizelge 3.1.1). Evde sürekli bakıma muhtaç kişilerin yakınlığı incelendiğinde %36.4 oranı ile çocuk ilk sırada gelmektedir. Bunu kayınvalide (%18.2) ve kayınpeder (%18.2) izlemektedir. Bazı kadınlar da eşlerinin (%9.1), torun (%9.1) ve annelerinin (%9.1) bakımını üstlenmişlerdir.

3.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Öyküleri

Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri (N= 249)

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	n	%
Gebelik		
Olmayan	4	1.6
1-3 kez	93	37.4
4-5 kez	76	30.5
6 kez ve üzeri	76	30.5
Yaşayan Çocuk		
Olmayan	7	2.9
1 çocuk	27	10.8
2 çocuk	87	34.9
3 çocuk	52	20.9
4 ve üzeri çocuk	76	30.5
Spontan Düşük		
Olmayan	155	62.3
1 kez	54	21.7
2 kez	18	7.2
3 kez ve üzeri	22	8.8

Çizelge 3.2.1. (Devam) Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri (N= 249)

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	n	%
Dilatasyon&Küretaj		
Olmayan	134	53.8
1 kez	57	22.9
2 kez	37	14.9
3 kez ve üzeri	21	8.4
Jinekolojik Problem		
Olan	43	17.3
Olmayan	206	82.7
Jinekolojik Operasyon		
Olan	58	23.3
Olmayan	191	76.7

Çizelge 3.2.1’de kadınların obstetrik ve jinekolojik öyküleri ile ilgili bilgileri yer almaktadır. Kadınların ortalama gebelik sayısı 4.61 ± 2.91 olup, %37.4’ünün 1-3 kez, %61’inin de 4 kez ve üzerinde gebe kaldığı saptanmıştır. Katılımcıların ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.89 ± 1.58 ’dir ve %66.6’sının yaşayan 1-3 çocuğu, %30.5’inin de 4 ve üzerinde çocuğu vardır. Kadınların %35.1’i spontan düşük (ortalama 0.68 ± 1.13), %46.2’si istemli düşük (ortalama 0.91 ± 1.58) yapmışlardır (Çizelge 3.2.1).

Örneklemdaki 43 kadının (%17.3) herhangi bir jinekolojik problemi bulunmaktadır (Çizelge 3.2.1). Jinekolojik sorunu olanların %69.7’sinde myom, %13.9’unda uterus prolapsusu, %16.4’ünde de diğer jinekolojik problemler (over kisti, idrar kaçırma, serviks erezyonu) bulunmaktadır. Katılımcıların %9.6’sında da memede kitle vardır. Katılımcıların %23.3’ü jinekolojik operasyon geçirmişlerdir (Çizelge 3.2.1). Jinekolojik operasyon olarak kadınların %43.6’sına Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi (TAH+BSO) ve %4.5’ine histerektomi yapılmıştır. Diğer operasyon geçiren kadınların %14’üne myomektomi, %14’üne uterus prolapsusu tamiri, %12.7’sine tüp ligasyonu, %11.2’sine kistektomi (ovaryumdan) yapılmıştır. Araştırma grubunda yedi kadına (%2.8) mastektomi yapılmıştır.

3.3. Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri

Çizelge 3.3.1. Kadınların menopoza ilişkin özellikleri (N=249)

Menopoz Yaşı	n	%
39 ve altı	26	10.5
40-44	72	28.9
45-49	92	36.9
50 ve üzeri	59	23.7
Hormon Replasman Tedavisi (HRT)		
Alan	47	18.9
Almayan	202	81.1
HRT Alma Süresi (n=47)*		
1 yıldan az	19	40.4
1-2 yıl	13	27.7
3-4 yıl	8	17.0
5 yıl ve üzeri	7	14.9

* HRT almayan kadınlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Örnekleme oluşturan kadınların ortalama menopoz yaşı 45.34 ± 4.87 olup, %36.9'u 45-49, %28.9'u 40-44 yaş arasında ve %23.7'si 50 yaş ve üzerinde menopoza girmişlerdir. Katılımcıların %18.9'u menopoz döneminde HRT aldığını belirtmiştir. Bunların %40.4'ü 1 yıldan az, %27.7'si 1-2 yıl, %17'si 3-4 yıl, %14.9'u da 5 yıldan fazla HRT almışlardır (Çizelge 3.3.1). HRT alan kadınların %40.4'ü hangi ilacı kullandığını bilmemektedir. Kullandığı ilacı bilen kadınlar (n = 28) arasında %31.9'u hormon ilaçlarını ve kalsiyumu bir arada kullandıklarını, %21.3'ü de sadece hormon kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 3.3.2. Kadınların menopoz döneminde doktora başvurma nedenleri (N= 248)*

Doktora başvurma nedenleri	n	%
Sıcak basması, terleme	205	82.7
Sinirlilik	191	77.0
Uyku sorunları	153	61.7
Cinsel Sorunlar	152	61.3
Eklemler ve kas sorunları	147	59.3
Kalpde sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi	146	58.9
Vajinal kuruluk	145	58.5
İdrar sorunları	139	56.0
Keyifsizlik hali	129	52.0
Endişe, kaygı	119	48.0
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	113	45.6

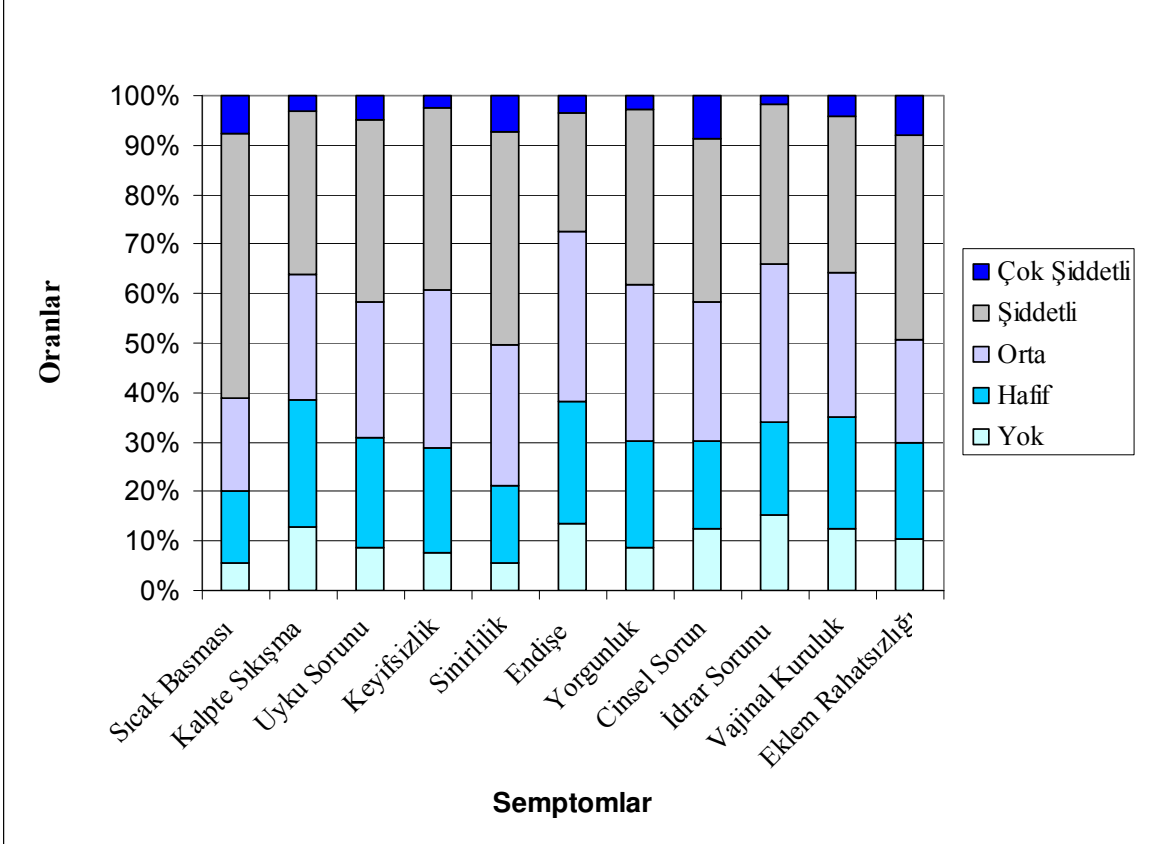
* Bir kadın neden belirtmemiştir

Çizelge 3.3.2. menopoz döneminde kadınların doktora gitme nedenlerini göstermektedir. Kadınların birden fazla yakınma nedeniyle doktora başvurdukları görülmektedir. Menopoz döneminde en sık doktora gitme nedenleri terleme ve sıcak basmasıdır (%82.7). Bunu sinirli olma (%77), uyku sorunları (%61.7) ve cinsel sorunlar (%61.3) izlemiştir. Ayrıca kadınların %59.3'ü eklem ve kas sorunları, %58.9'u kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi, %58.5'i vajinal kuruluk, %56'sı idrar sorunları ve %52'si de keyifsizlik nedeniyle doktora gittiklerini ifade etmişlerdir.

3.4. Kadınların Menopozal Semptomları

Kadınların menopozal semptomları MSDÖ'ye göre değerlendirilmiştir. MSDÖ'deki her bir maddeye verilen yanıtların frekans dağılımları, MSDÖ'nin her bir maddesi ile genel ölçek ve alt ölçeklerinin merkezi eğilim ve değişim ölçüleri incelenmiştir.

Grafik 3.4.1. Menopozal Semptomlar



Grafik 3.4.1'de kadınların MSDÖ'deki her bir maddeye verdikleri yanıtların yaşadıkları şiddet düzeyine göre yüzde dağılımları görülmektedir. Kadınların yaşadıkları

menopozal semptomların şiddet düzeyine göre frekans dağılımları EK IX.'da yer alan Tablo 1'de verilmiştir. Yaşanan menopozal semptomların ağırlıklı olarak şiddetli ve orta şiddette toplandığı dikkati çekmektedir. Somatik semptomlar alt ölçeğinde bulunan sıcak basması ve terleme şikayeti tüm kadınlar tarafından en çok yaşanan semptomdur ve her iki kadından biri (%53.4) tarafından şiddetli olarak yaşanmaktadır. Bu alt ölçekte yer alan eklem ve kas rahatsızlıkları (%41.4), uyku sorunları (%36.9) ve kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissi yine kadınların (%32.9) önemli bir bölümü tarafından şiddetli olarak yaşanmaktadır (Grafik 3.4.1, Tablo 1).

Psikolojik şikayetler alt ölçeğinde ise sinirlilik (%43), keyifsizlik (%36.9), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%35.3) şiddetli olarak yaşanırken, endişe/kaygı yaklaşık her üç kadından biri (%34.5) tarafından orta şiddette yaşanmaktadır (Grafik 3.4.1, Tablo 1).

Ürogenital semptomlar alt ölçeğini oluşturan cinsel sorunları kadınların %32.9'u, idrar sorunlarını %32.5'i ve vajinal kuruluğu %31.7'sinin şiddetli olarak yaşadıkları bulunmuştur (Grafik 3.4.1, Tablo 1).

Çizelge 3.4.1. MSDÖ merkezi eğilim ve değişim ölçüleri (N=249)

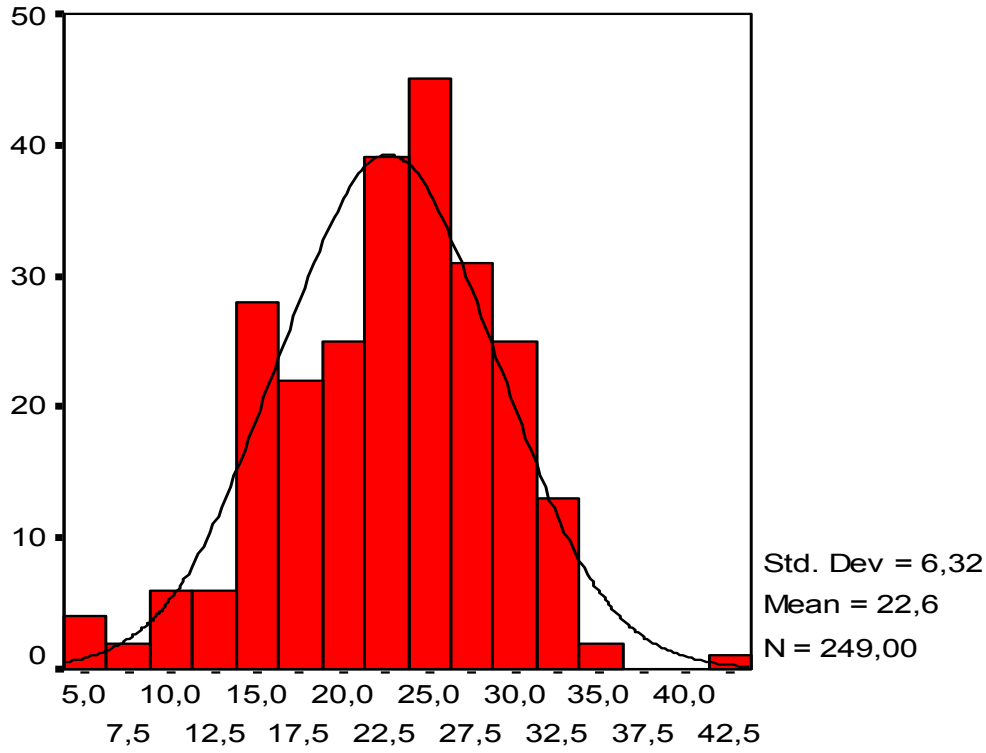
Genel ve Alt Ölçekler	Merkezi Eğilim ve Değişim Ölçüleri				
	$\bar{x} \pm SS$	Medyan	Mod	Min .	Max.
MSDÖ	22.58±6.31	23.00	27.00	5.00	43.00
Alt Ölçekler					
Somatik Şikayetler	8.55±2.77	9.00	12.00	1.00	15.00
Sıcak basması, terleme	2.42±1.01	3.00	3.00	0.00	4.00
Eklem ve kas sorunları	2.17±1.14	2.00	3.00	0.00	4.00
Uyku sorunları	2.06±1.06	2.00	3.00	0.00	4.00
Kalpde sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi	1.87±1.10	2.00	3.00	0.00	4.00
Psikolojik Şikayetler	8.16±3.04	9.00	10.00	1.00	15.00
Sinirlilik	2.30±1.00	3.00	3.00	0.00	4.00
Keyifsizlik hali	2.05±.099	2.00	3.00	0.00	4.00

Çizelge 3.4.1. (Devam) MSDÖ merkezi eğilim ve değişim ölçüleri (N=249)

Genel ve Alt Ölçekler	Merkezi Eğilim ve Değişim Ölçüleri				
	$\bar{x}$ $\pm$ SS	Medyan	Mod	Min .	Max.
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	2.02 $\pm$ 1.01	2.00	3.00	0.00	4.00
Endişe/kaygı	1.79 $\pm$ 1.06	2.00	2.00	0.00	4.00
Ürogenital Şikayetler	5.86$\pm$2.36	6.00	6.00	0.00	12.00
Cinsel sorunlar	2.08 $\pm$ 1.16	2.00	3.00	0.00	4.00
Vajinal kuruluk	1.92 $\pm$ 1.09	2.00	3.00	0.00	4.00

Kadınların MSDÖ'den aldıkları puan ortalaması 22.58 $\pm$ 6.31 olarak bulunmuştur. Kadınların %47'si ortalamanın üstünde puan almıştır. Ayrıca, toplamsal ortalama ölçeğinin standart sapma değeri kadınlar arasında yaklaşık altı puanlık menopozal semptom yaşama farkı olduğunu göstermektedir (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.2). Bununla birlikte mod değeri olan 27 puan, kadınların çoğunlukla menopoz semptomlarını ortalamadan biraz daha fazla, medyan değeri (23 puan) ise ortalamaya yakın menopoz semptomları yaşandığını ortaya koymaktadır (Çizelge 3.4.1).

Grafik 3.4.2. MSDÖ dağılımı (Ortalama)

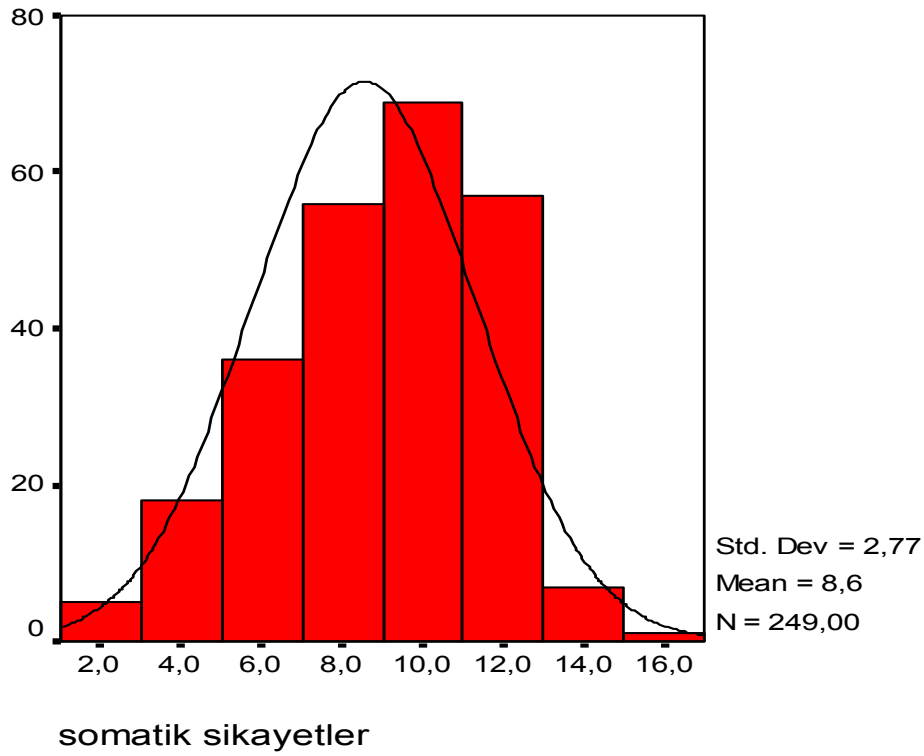


MSDÖ

Ölçekten alınan maksimum puan 43 ve minimum puan beş olarak bulunmuştur. Bu değerler teorik maksimum 44 ve minimum 0 puan ile karşılaştırıldığında, menopozal semptomu hiç yaşamayan kadın yoktur ve maksimum seviyeye yakın olarak yaşayan kadınlar bulunmaktadır. (Çizelge 3.4.1).

MSDÖ'nün ilk alt ölçeği olan Somatik Şikayetler alt ölçeğinin ortalama değeri 8.55 ± 2.77 'dir. Kadınların %39,8'i ortalama değerin üstünde puan almıştır. Standart sapma değeri kadınlar arasında yaklaşık üç puanlık somatik semptom yaşama farkı olduğunu ortaya koymaktadır (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.3). Bununla birlikte medyan değeri olan dokuz puan kadınların ortalamaya yakın somatik semptom yaşadığını, mod değeri olan 12 puan da çoğunluğun ortalamadan bir derece daha şiddetli somatik semptom yaşadığını göstermektedir (Çizelge 3.4.1).

Grafik 3.4.3. Somatik şikayetler alt ölçeği dağılımı (Ortalama)



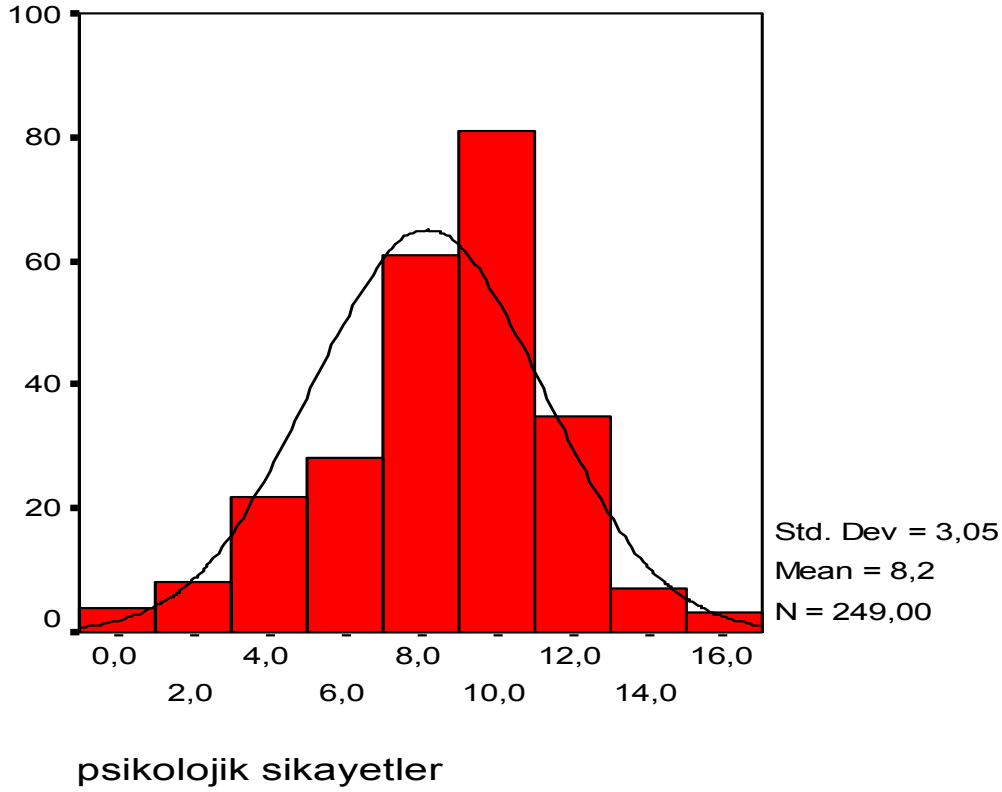
Somatik şikayetler alt ölçeğinden alınan maksimum puan 15 ve minimum puan bir olarak bulunmuştur. Bu değerler teorik maksimum 16 ve minimum 0 puan ile karşılaştırılırsa somatik menopoz semptomu hiç yaşamayan kadın yoktur ve maksimum seviyeye yakın olarak yaşayan kadınlar bulunmaktadır. (Çizelge 3.4.1).

Somatik şikayetler alt ölçeğini oluşturan bileşenler arasında en yüksek ortalama sıcak basması ve terleme semptomuna aittir (2.42 ± 1.01). Bu semptomu sırasıyla eklem ve kas sorunları (2.17 ± 1.14), uyku sorunları (2.06 ± 1.06) ve kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissi (1.87 ± 1.10) izlemektedir (Çizelge 3.4.1).

MSDÖ'nün ikinci alt ölçeği olan psikolojik şikayetler alt ölçeğinin aritmetik ortalama değeri 8.16 ± 3.04 olarak bulunmuştur. Kadınların yaklaşık 1/3'ü (%37.3) ortalamanın üzerinde puan almıştır. Standart sapma değeri ise kadınlar arasında üç puanlık psikolojik semptom yaşama farkı olduğunu ifade etmektedir (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.4). Bununla birlikte ölçeğin medyan değerinin aritmetik ortalama değerinden yaklaşık bir puan fazla olması, kadınların bir kısmının ortalamanın bir puan üstünde psikolojik semptom

yaşadığını göstermektedir. Mod değeri olan 10 puan ise çoğunluğun psikolojik menopoz semptomlarını ortalamadan yarım derece daha şiddetli yaşadığına işaret etmektedir (Çizelge 3.4.1).

Grafik 3.4.4. Psikolojik şikayetler alt ölçeği dağılımı (Ortalama)



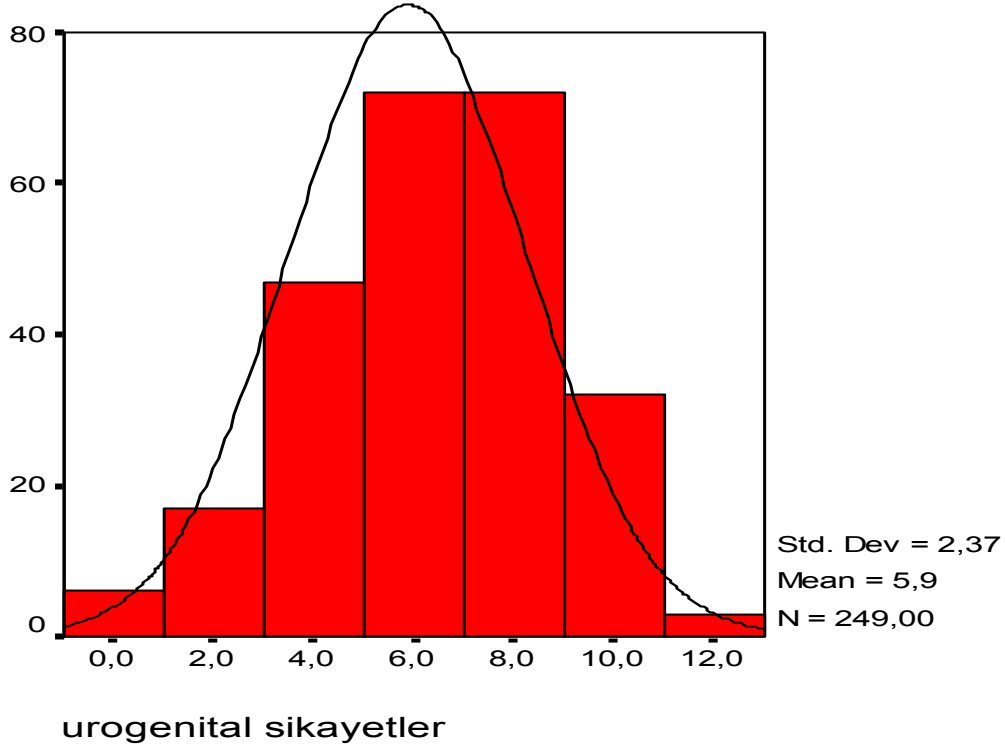
Psikolojik şikayetler alt ölçeğinden alınan maksimum puan 16 ve minimum puan 0'dır. Teorik olarak elde edilen maksimum 16 ve minimum 0 puan ile karşılaştırıldığında bu değerler örneklemede psikolojik semptomları olmayan kadınların (%1.6) ve psikolojik sorunları maksimum seviyede yaşayan kadınların bulunduğu işaret etmektedir (%1.2) (Çizelge 3.4.1).

Psikolojik semptomlar içerisinde en yüksek ortalamanın sinirlilik (2.30 ± 1.00) olduğu, takip eden diğer semptomların ise keyifsizlik hali ($2.05 \pm .99$), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (2.02 ± 1.01) ve endişe/kaygı (1.79 ± 1.06) olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.4.1).

MSDÖ'nün üçüncü alt ölçeği olan ürogenital şikayetler alt ölçeğinin aritmetik ortalama değeri 5.86 ± 2.36 'dir. Kadınların yaklaşık yarısı (%43) bu değer üstünde puan

almıştır. Toplamsal ortalama ölçeğinin standart sapma değeri, kadınlar arasında iki puanlık ürogenital semptom yaşama farkı olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca, medyan ve mod değeri olan altı puan hem kadınların çoğunluğunun ve hem de merkez noktasında bulunan kadınların ortalamaya yakın ürogenital semptom yaşadıklarını göstermektedir (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.5).

Grafik 3.4.5. Ürogenital şikayetler alt ölçeği dağılımı (Ortalama)



Ölçekten alınan maksimum puan 12 ve minimum puan 0'dır. Teorik olarak ürogenital şikayetler alt ölçeğinden alınacak maksimum 12 puan ve minimum 0 puan ile karşılaştırıldığında, bu değerler hiç ürogenital yakınması olmayan (%2.4) ve maksimum seviyede ürogenital yakınması olan kadınların bulunduğunu (%0.4), ancak bunların çok düşük oranlarda olduğunu ortaya koymaktadır. (Çizelge 3.4.1).

Ürogenital semptom bileşenleri içinde en yüksek ortalama cinsel sorunlar (2.08 ± 1.16)'a aittir. Bunu sırasıyla vajinal kuruluk (1.92 ± 1.09) ve idrar sorunları (1.86 ± 1.08) izlemektedir (Çizelge 3.4.1).

3.5. Kadınların Menopoz Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Düşünceleri

Çizelge 3.5.1. Kadınların menopoz öncesi ve sonrası cinsel yaşamlarına ilişkin düşünceleri (N=249)

Cinsel Yaşama İlişkin Düşünceler	n	%
Menopoz Öncesi Cinsel Yaşam		
Düzenli ve Tatmin Edici	229	92.0
Düzenli ve Tatmin Edici Değil	20	8.0
Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamı		
Olumlu	3	1.2
Olumsuz	192	77.1
Değişmedi	54	21.7
Menopoz Sonrası Eşe Karşı Duyulan Cinsel İstek		
Arttı	2	0.8
Azaldı	190	76.3
Değişmedi	57	22.9
Menopoz Sonrası Cinsel İlişki Sıklığı		
Arttı	1	0.4
Azaldı	197	79.1
Değişmedi	51	20.5
Cinsel Sorunlar İçin Sağlık Kuruluşuna		
Başvuran	11	4.4
Başvurmayan	238	95.6
Cinsel Sorunlar İçin İlaç		
Kullanan	1	0.4
Kullanmayan	248	99.6
Cinsel Sorunlar İçin İlaç Dışı Ürün		
Kullanan	33	13.3
Kullanmayan	216	86.7

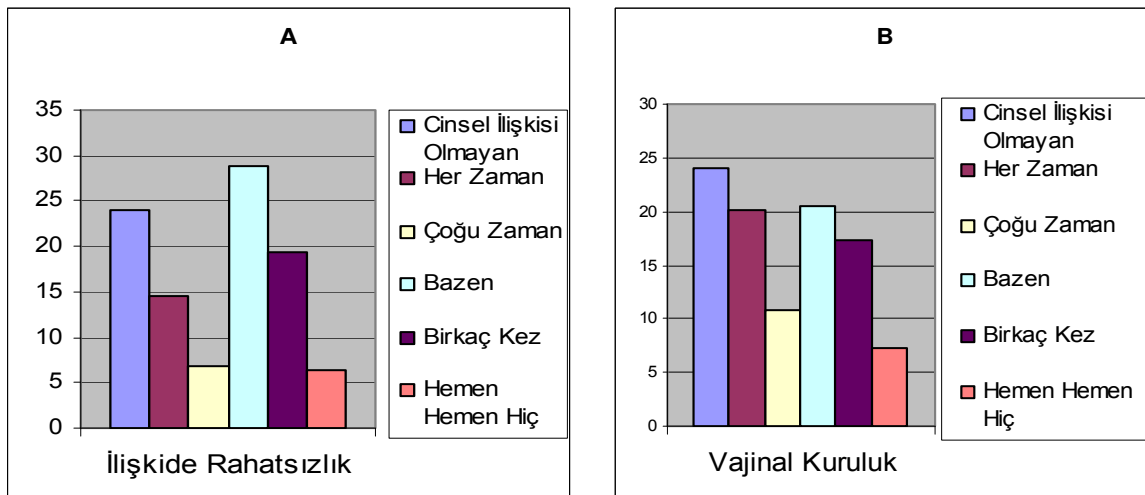
Kadınların %92'si menopoz öncesi düzenli ve tatmin edici bir cinsel yaşamları olduğunu, buna karşın %77.1'i menopoz sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini. %21.7'si etkilendiğini, sadece üçü ise olumlu etkilendiğini belirtmiştir. Kadınların %76.3'ü menopoz sonrası eşe karşı duyulan cinsel isteğin azaldığını, %22.9'u değişmediğini ve sadece iki kadın eşlerine karşı cinsel isteklerinin arttığını ifade etmiştir. Örneklemdeki kadınların %79.1'i menopoz sonrasında cinsel ilişki sıklığının azaldığını, %20.5'i ise etkilendiğini belirtmektedir. Cinsel ilişki sıklığında artma tek bir kadın tarafından dile getirilmiştir (Çizelge 3.5.1).

Kadınların sadece %4.4'ü cinsel problemleri için sağlık kuruluşuna başvurduğunu ve bunlardan biri anestetik etkili bir pomad kullandığını bildirmiştir. Buna karşın cinsel sorunlar için ağırlıklı olarak (%13.3) ilaç dışı başka ürünler kullanıldığı görülmüştür (Çizelge 3.5.1). Başka ürün kullanan 33 kadının 21'i (%63.7) bitkisel çayları, beşi (%15.2) bitkisel vajinal ürünleri, dördü (%12.1) eczaneden aldıkları kayganlaştırıcıları, biri (%3) bitkisel çayları ve bitkisel vajinal ürünleri, biri (%3) bitkisel vajinal ürünleri ve eczaneden aldıkları kayganlaştırıcıları ve biri de (%3) bitkisel çayları, bitkisel vajinal ürünleri ve eczaneden aldıkları kayganlaştırıcıları kullanmışlardır. On iki kadın (%36.5) bu ürünlerin kullanımı konusunda hiç kimseden öneri almadıklarını belirtirlerken, on kadın (%30.3) arkadaşlarından, beş kadın (%15,2) kitap, dergi, internet, televizyon gibi kitle iletişim araçlarından, iki kadın (%6) eşinden, iki kadın (%6) arkadaşları ve kitap, dergi, internet, televizyon gibi kitle iletişim araçlarından, bir kadın (%3) aile üyelerinden ve sadece bir kadın da (%3) sağlık personelinin öneri aldıklarını ifade etmişlerdir.

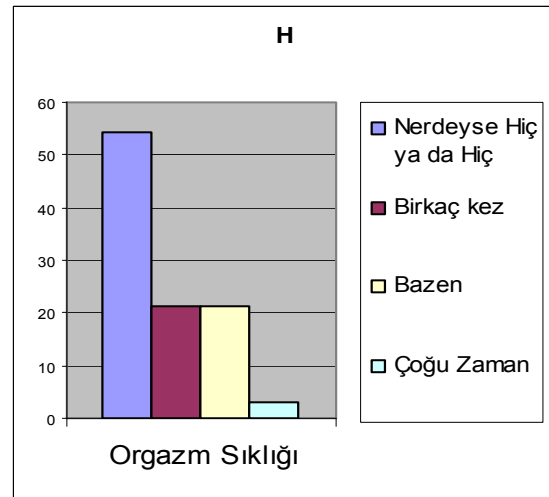
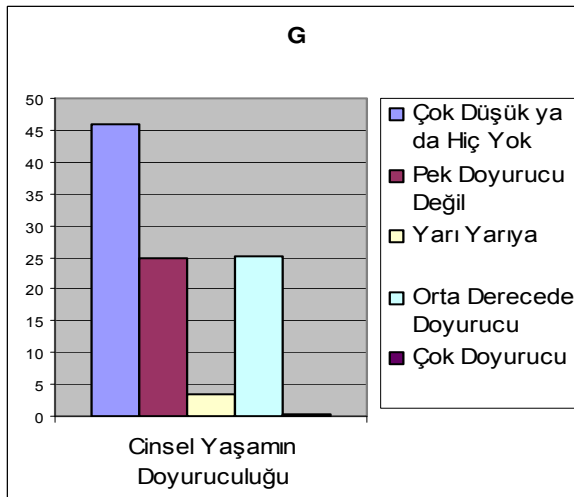
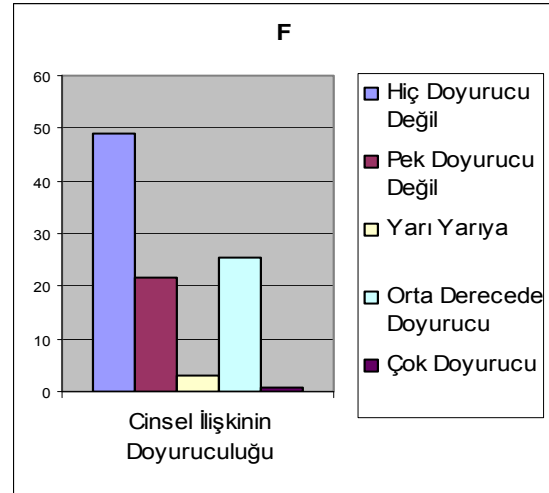
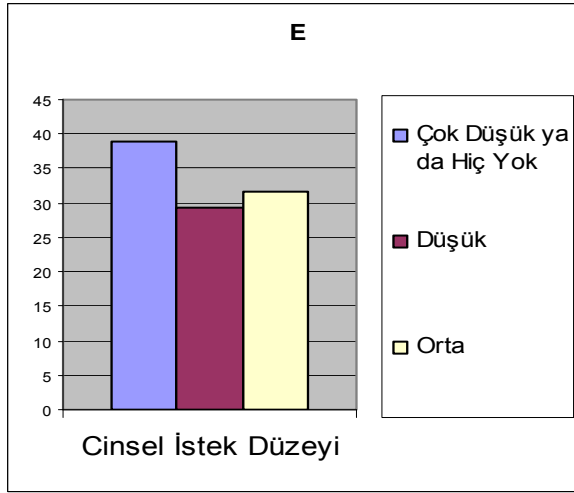
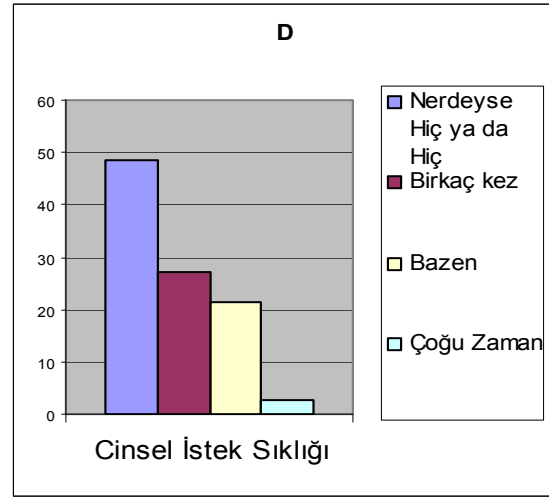
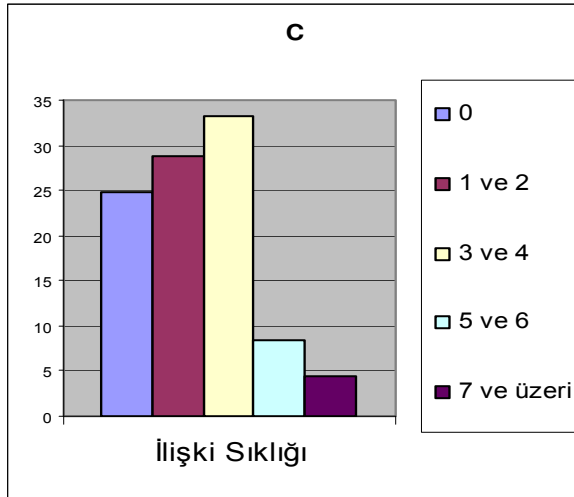
3.6. Kadınların Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamları

Kadınların menopoz sonrası cinsel yaşamları KCFSİ'ye göre değerlendirilmiştir. Grafik 3.6.1'de kadınların KCFSİ'de yer alan her bir maddeye verdikleri yanıtların dağılımları görülmektedir. Kadınların yaşadıkları cinsel sorunların şiddet düzeyine göre dağılımları EK X'da Tablo 2'de verilmiştir.

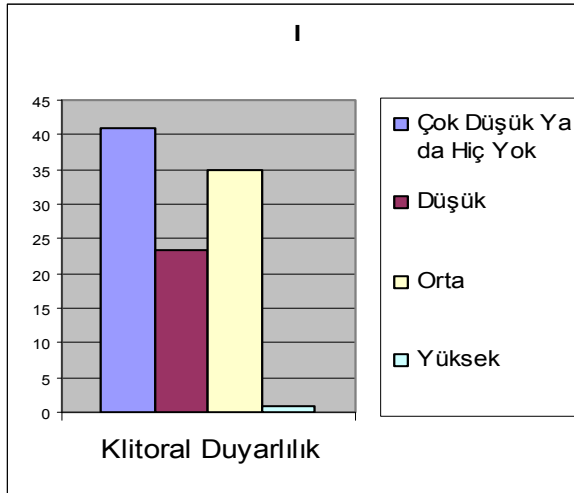
Grafik 3. 6. 1. Menopoz sonrası yaşanan cinsel sorunlar



Grafik 3. 6. 1. (Devam) Menopoz sonrası yaşanan cinsel sorunlar



Grafik 3. 6. 1. (Devam) Menopoz sonrası yaşanan cinsel sorunlar



Menopoz sonrası kadınların %24.1'inin son dört hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadığı, %33.3'ünün 3-4 kez, %28.9'unun 1-2 kez cinsel birleşme girişiminde bulunduğu, %51.4'ünün az ya da çok düzeyde vajinal kuruluk yaşadığı ve cinsel birleşme sırasında %28.9'unun bazen, %19.3'ünün de birkaç kez rahatsızlık yaşadığı saptanmıştır (Grafik 3.6.1 A,B,C, Tablo 2).

Kadınların yaklaşık yarısı (%48.6) son dört hafta içinde neredeyse hiç cinsel istek duymamış, buna paralel olarak %39'u son dört hafta içinde cinsel istek düzeyini çok düşük ya da hiç yok olarak ifade etmişlerdir (Grafik 3.6.1 D,E, Tablo 2).

Kadınların yaklaşık yarısı (%49) son dört hafta içindeki cinsel ilişkilerinin hiç doyurucu olmadığını, buna paralel olarak %45.8'i de aynı süre içindeki cinsel yaşamlarının genel olarak hiç doyurucu olmadığını belirtmişlerdir (Grafik 3.6.1 F,G, Tablo 2).

Kadınların %41'i cinsel birleşme sırasında klitoris duyarlılığını çok düşük ya da hiç yok olarak değerlendirmiş ve %54.2'si hiç orgazm olmamıştır (Grafik 3.6.1 H,I, Tablo 2).

Çizelge 3.6.1. KCFSİ merkezi eğilim ve değişim ölçüleri (N=249)

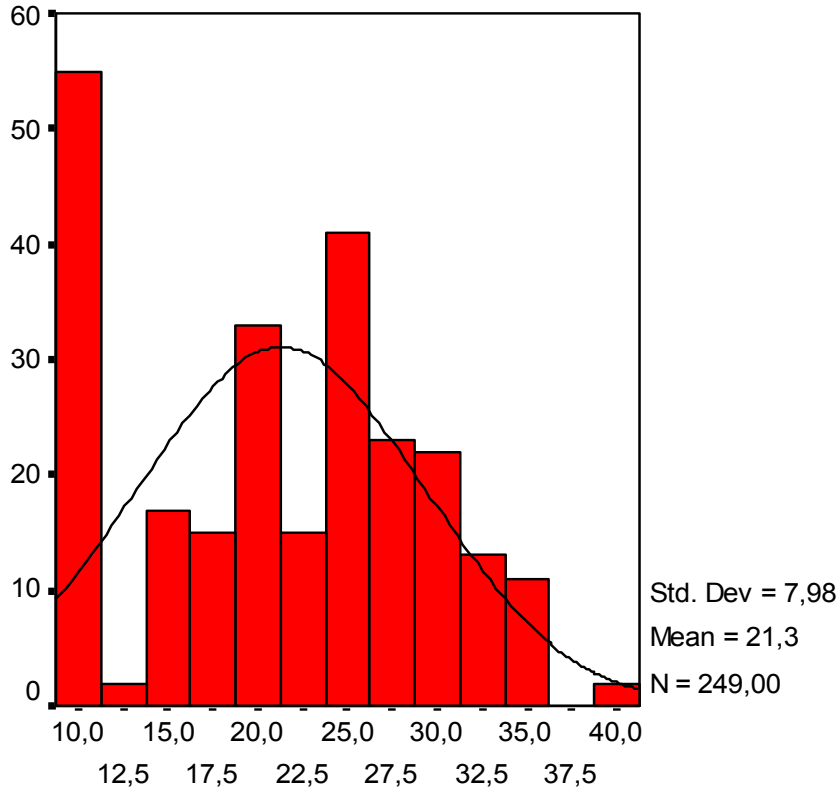
KCFSİ	Merkezi Eğilim ve Değişim Ölçüleri				
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan	Mod	Min .	Max.
KCFSİ	21.29±7.98	22.00	10.00	10.00	41.00
Alt Ölçekler					
Cinsel Doyum	6.90±3.19	6.00	4.00	4.00	15.00
Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?	2.07±1.26	2.00	1.00	1.00	5.00
Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?	2.09±1.24	2.00	1.00	1.00	5.00
Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz?	2.73±0.90	2.00	2.00	1.00	5.00
Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	8.06±2.94	9.00	4.00	4.00	15.00
Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duyduunuz?	1.78±0.87	2.00	1.00	1.00	4.00
Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?	1.92±0.83	2.00	1.00	1.00	3.00
Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?	1.95±0.89	2.00	1.00	1.00	4.00
Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?	2.39±1.11	2.00	3.00	1.00	6.00
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	6.32±3.15	6.00	2.00	2.00	12.00
Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?	3.08±1.64	3.00	1.00	1.00	6.00
Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?	3.24±1.64	4.00	4.00	1.00	6.00

Kadınların KCFSİ'nden aldıkları toplam puan ortalaması 21.29±7.98'dir. Kadınların %49'u ortalama değerden daha düşük puan almıştır. Dolayısıyla, menopoz döneminde bulunan her iki kadından birinin cinsel problemi olduğunu söylemek mümkündür.

Toplamsal ortalama ölçeğinin standart sapma değeri kadınlar arasında yaklaşık 8 puanlık cinsel fonksiyon yaşama farkı olduğunu göstermektedir. Medyan değeri olan 22 puan merkezde olan kadınların ortalama değere çok yakın cinsel fonksiyon yaşadıklarını göstermektedir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.2)

Bununla birlikte mod değerine (10 puan) göre örneklemin çoğunluğunun menopoz sonrası minimum düzeyde cinsel aktivite yaşadığı anlaşılmaktadır (Çizelge 3.6.1).

Grafik 3.6.2. KCFSİ dağılımı (Ortalama)



KCFSİ

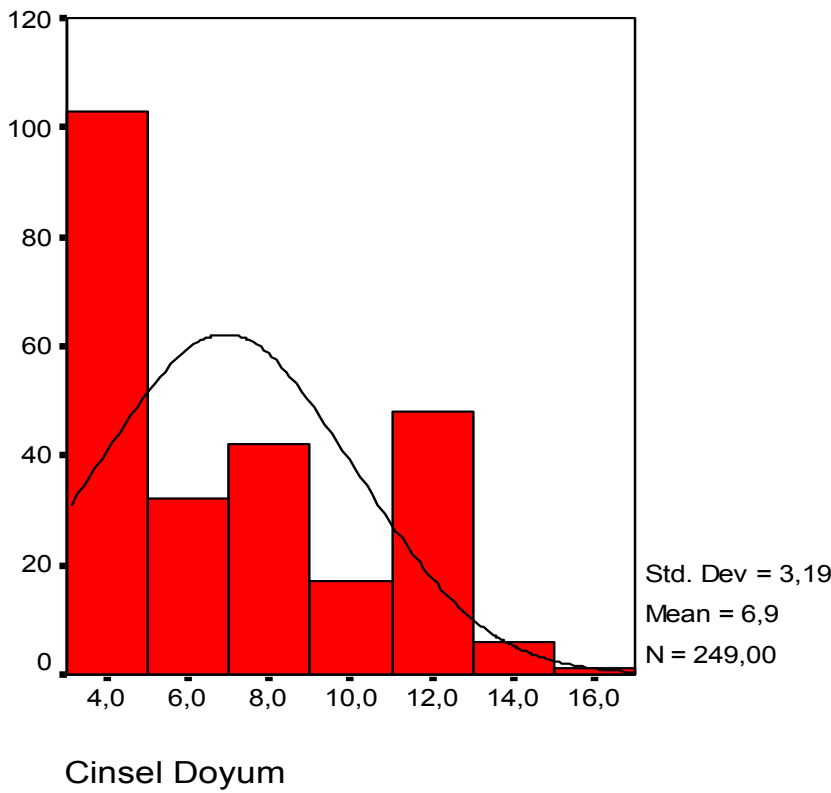
Ölçekten alınan maksimum puan 41 ve minimum puan 10 olarak bulunmuştur. Bu değerler teorik olarak elde edilen maksimum 49 ve minimum 10 puan ile karşılaştırılırsa, neredeyse cinsel aktivitesi hiç olmayan kadınlar bulunmaktadır ve yaklaşık her beş kadından biri bu durumdadır (%21.7). Buna karşın, maksimum seviyeye yakın cinsellik yaşayan kadınlar yok denecek kadar azdır. (Çizelge 3.6.1).

Cinsel Doyum alt ölçeğinin ortalama değeri 6.90 ± 3.19 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçekten kadınların %54.2'si ortalamanın altında puan almıştır. Buna göre menopoz

döneminde bulunan her iki kadından birinin cinsel doyum problemi olduğu söylenebilir. Toplamsal ortalama ölçeğinin standart sapma değeri ise kadınlar arasında yaklaşık üç puanlık cinsel doyum yaşama farkı olduğunu ifade etmektedir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.3).

Bununla birlikte mod değeri (4 puan), çoğunluk olan kesimin en az düzeyde cinsel doyum yaşadığını, medyan değeri (6 puan) ise merkezde olan kadınların ortalamadan yaklaşık bir puan daha az cinsel doyum yaşadığını göstermektedir (Çizelge 3.6.1).

Grafik 3.6.3. Cinsel doyum alt ölçeği dağılımı (Ortalama)

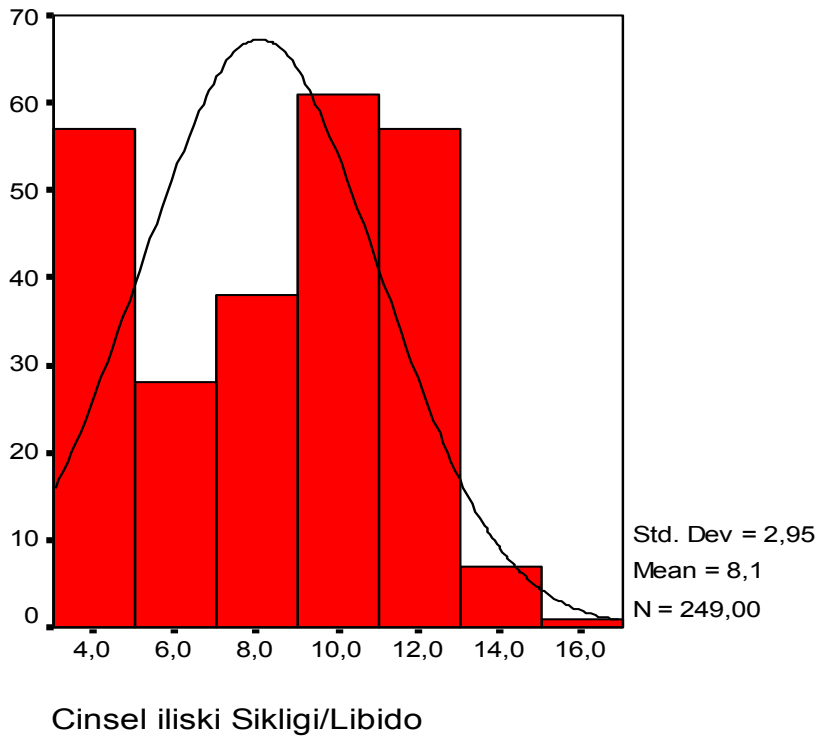


Ölçekten alınan maksimum puan 15 ve minimum puan 4'dür. Bu değerler teorik maksimum 16 ve minimum 4 puan ile karşılaştırılırsa, cinsel doyumunu hiç olmayan kadınlar bulunmaktadır ve yaklaşık her beş kadından ikisi bu durumdadır (%41.4). Buna karşın, maksimum seviyeye yakın cinsel doyum yaşayan kadınlar yok denecek kadar azdır (Çizelge 3.6.1).

Cinsel doyum alt ölçeğinde en düşük puan ortalaması cinsel ilişkinin doyuruculuğu (2.07 ± 1.26) alanına aittir. Bunu sırasıyla cinsel yaşamın doyuruculuğu (2.09 ± 1.24) ve orgazm sıklığı (2.73 ± 0.90) izlemektedir (Çizelge 3.6.1).

Cinsel İlişki Sıklığı/Libido alt ölçeğinden elde edilen ortalama değer 8.06 ± 2.94 'dir. Alt ölçeğinin standart sapma değeri kadınlar arasında yaklaşık üç puanlık ilişki sıklığı ve libido farkı olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte mod değeri olan dört puan, çoğunluğun minimum düzeyde, medyan değeri olan dokuz puan ise merkezde olan kadınların ortalama değere yakın olarak cinsel ilişki sıklığı/libido yaşadığını göstermektedir. (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.4). Ortalama puandan daha düşük olan kadınlar tüm örneklemin %49.4'ünü oluşturmaktadır. Buna göre menopoza döneminde bulunan her iki kadından birinin cinsel ilişki sıklığı/libido problemi olduğunu söylemek mümkündür (Çizelge 3.6.1).

Grafik 3.6.4. Cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği dağılımı (Ortalama)

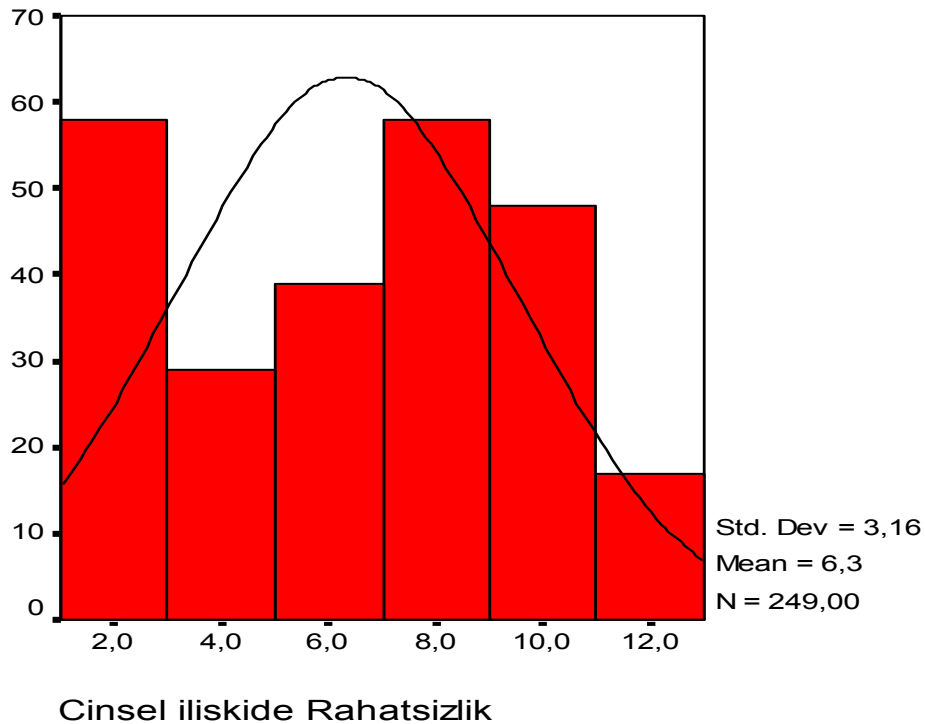


Ölçekten alınan maksimum puan 15 ve minimum puan dördtür. Bu değerler teorik maksimum 21 ve minimum dört puan ile karşılaştırılırsa, cinsel ilişkisi hemen hiç olmayan kadınlar bulunmaktadır ve yaklaşık her beş kadından biri böyledir (%22.9). Ayrıca, maksimum seviyeye yakın olarak cinsel ilişki yaşayan kadınlar yok denecek kadar azdır (%0.4) (Çizelge 3.6.1).

Kadınlar cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği içinde en düşük puan ortalamasını cinsel istek sıklığından (1.78 ± 0.87) almışlardır. Bunu cinsel istek düzeyi, klitoral duyarlılık, cinsel ilişki sıklığı (Sırası ile puan ortalamaları= 1.92 ± 0.83 , 1.95 ± 0.89 ve 2.39 ± 1.11) izlemiştir (Çizelge 3.6.1).

Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeğinden elde edilen aritmetik ortalama değeri 6.32 ± 3.15 'dir. Kadınların %50.6'sı ortalamadan daha düşük puan almıştır. Buna göre menopoza dönemindeki her iki kadından birinin cinsel ilişkide rahatsızlık yaşadığı söylenebilir. Toplamsal ortalama ölçeğinin standart sapma değeri ise cinsel ilişkiden rahatsız olma durumu açısından kadınlar arasında yaklaşık üç puanlık fark olduğunu ifade etmektedir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.5). Medyan değeri olan altı puan merkezdeki kadınların ortalama değere yakın, mod değeri olan iki puan ise kadınların çoğunun maksimum seviyede cinsel rahatsızlık yaşadığına işaret etmektedir (Çizelge 3.6.1).

Grafik 3.6.5. Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği dağılımı (Ortalama)



Ölçekten alınan maksimum puan iki ve minimum puan 12'dir. Bu değerler teorik maksimum iki ve minimum 12 puan ile karşılaştırılırsa, cinsel rahatsızlığı yok denecek kadar az olan kadınların bulunduğu anlaşılmaktadır. Ancak bunların oranı oldukça azdır

(%4.4). Ayrıca, maksimum seviyede cinsel rahatsızlık yaşayan kadınlar bulunmaktadır ve neredeyse her dört-beş kadından biri bu seviyededir (%23.3) (Çizelge 3.6.1).

Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeğinde vajinal kuruluk puan ortalaması 3.08 ± 1.64 ve cinsel ilişkide rahatsızlık puan ortalaması 3.24 ± 1.64 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.6.1).

3.7. Menopozal Semptomlar ve Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler

MSDÖ genel ve alt ölçekleri ile KCFSİ genel ve alt ölçekleri arasında bir ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Çizelge 3.7.1. MSDÖ ve KCFSİ genel ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiler (N=249)

MSDÖ \ KCFSİ		KCFSİ	Cinsel Doyum	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	Cinsel İlişkide Rahatsızlık
MSDÖ	r	-0.088	-0.009	0.006	-0.219
	p	0.167	0.893	0.931	0.001
Somatik Şikayetler	r	-0.089	-0.007	-0.027	-0.194
	p	0.161	0.916	0.677	0.002
Psikolojik Şikayetler	r	0.038	0.073	0.110	-0.081
	p	0.548	0.249	0.082	0.204
Ürogenital Şikayetler	r	-0.179	-0.109	-0.096	-0.253
	p	0.005	0.085	0.130	0.000

Çizelge 3.7.1, MSDÖ ve KCFSİ genel ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. MSDÖ ve KCFSİ arasında bir ilişki yoktur ya da yok denecek kadar azdır ($r=0.088$, $p=0.167$). Ölçekler arasındaki ilişkilerde bazı katsayıların (-) olduğu görülmektedir. Bu iki kavramın birbirine ters bir ilişki sergilediğini ifade etmektedir. Söz konusu negatif ilişkiler menopozal semptomların artmasının cinsel fonksiyonların azalmasına neden olması ile ilgilidir.

MSDÖ ile KCFSİ'nin cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında negatif ve ileri derecede anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($r=-0.219$, $p=0.001$). Menopoz semptomları arttıkça cinsel ilişkide rahatsızlık artmaktadır (Çizelge 3.7.1).

MSDÖ'nin somatik şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ'nin cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında da ileri derecede anlamlı negatif bir korelasyon vardır ($r=-0.194$, $p=0.002$). Somatik menopozal semptomlar arttıkça cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama da artmaktadır (Çizelge 3.7.1).

MSDÖ'nin ürogenital şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ ölçeği arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0.179$, $p=0.05$). Ürogenital semptomlar arttıkça cinsel fonksiyon anlamlı olarak azalmaktadır (Çizelge 3.7.1).

MSDÖ'nin ürogenital şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ'nin cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında da ileri derecede anlamlı, negatif bir korelasyon bulunmaktadır ($r=-0.253$, $p=0.000$). Menopoz döneminde yaşanan ürogenital semptomlar arttıkça cinsel ilişkide yaşanan rahatsızlık anlamlı olarak artmaktadır (Çizelge 3.7.1).

Buna karşın MSDÖ ile KCFSİ, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri, somatik şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri, psikolojik şikayetler ile KCFSİ ve alt ölçekleri ve ürogenital şikayetler alt ölçeği ile cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Çizelge 3.7.1).

3.8. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamları

Kadınların bazı özelliklerine göre menopoz sonrası cinsel yaşamları arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. KCFSİ genel ve alt toplama ölçeklerinin hepsi de normal dağılıma uygunluk göstermemektedir. Bu nedenle kullanılan hipotez testlerinin hepsi nonparametrik yöntemlerdir. İstatistiksel teknik olarak test edilen bağımsız değişkenin alt grupları iki şıklı ise (örneğin; evet-hayır) Mann Whitney U bağımsız örnekler testi, test

edilen bağımsız değişkenin alt grupları üç ve daha fazla şıklı ise (örneğin; yaş grupları) Kruskal Wallis H (KWH) bağımsız örnekler testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunan değişkenler için farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığı incelenmiştir. Bazı sosyodemografik değişkenler ve alt ölçekler için sıfır hipotezi, bazıları için alternatif hipotez kabul edilmiştir. Alternatif hipotezin kabul edildiği durumlarda farkın hangi değişkenden kaynaklandığının anlaşılması için post hoc testleri gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 3.8.1. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların yaşlarına göre dağılımı (N=249)

Yaş Grupları		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
40-44	n	25	25	25	25
	Medyan (Min-Max)	25.00 (10.00-41.00)	7.00 (4.00-14.00)	10.00 (4.00-15.00)	6.00 (2.00-12.00)
45-49	n	62	62	62	62
	Medyan (Min-Max)	25.00 (10.00-40.00)	6.50 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-14.00)	8.00 (2.00-12.00)
50-54	n	74	74	74	74
	Medyan (Min-Max)	24.00 (10.00-35.00)	7.00 (4.00-13.00)	9.00 (4.00-13.00)	8.00 (2.00-12.00)
55-59	n	50	50	50	50
	Medyan (Min-Max)	18.00 (10.00-33.00)	4.00 (4.00-12.00)	7.00 (4.00-13.00)	6.00 (2.00-11.00)
60-65	n	38	38	38	38
	Medyan (Min-Max)	19.50 (10.00-34.00)	4.50 (4.00-13.00)	6.50 (4.00-12.00)	5.00 (2.00-12.00)
KWH	p	0.008	0.04	0.001	0.148

Çizelge 3.8.1’de kadınların yaşı ile KCFSİ ve alt ölçekleri arasındaki ilişki görülmektedir. Kadınların yaşı ile cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). KCFSİ medyan değeri 40-44 ve 45-49 yaş grubunda 25.00 (10.00-41.00 ve 10.00-40.00), 50-54 yaş grubunda 24.00 (10.00-33.00) iken, 55-59 yaş grubunda 18.00 (10.00-33.00)’e düşmektedir. Yapılan ileri analizlerde farkın 55-59 ve 60-65 yaş gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yaş arttıkça cinsel fonksiyon medyan puanları düşmekte, diğer ifade ile cinsel problemler artmaktadır ($p=0.008$). Ayrıca, yaşın artışı cinsel doyumun azalmasına da neden olmaktadır ($p=0.04$). Cinsel doyum alt ölçeğinden alınan medyan değeri 40-44 yaş grubunda 7.00 (4.00-14.00) ve 45-49 yaş grubunda 6.50 (4.00-15.00) iken, 55-59 yaş grubunda 4.00 (4.00-12.00)’e düşmektedir. Farklılık yine 55-59 ve 60-65 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Cinsel ilişki

sıklığı/libido alt ölçeği medyan değeri 40-44 yaş grubunda 10.00 (4.00-15.00) iken, 45-49 ve 50-54 yaş grubunda 9.00 (4.00-14.00 ve 4.00-13.00)'a, 55-59 yaş grubunda 7.00 (4.00-13.00)'ye ve 60-65 yaş grubunda 6.50 (4.00-12.00)'ye düşmektedir ($p=0.001$). Farklılığı yaratan gruplar 55-59 ve 60-65 yaşdır.

Çizelge 3.8.2. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı (N=249)

Eğitim Durumu		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
İlkokul+ ortaokul	n	194	194	194	194
	Medyan (Min-Max)	21.00 (10.00-36.00)	6.00 (4.00-13.00)	8.00 (4.00-14.00)	6.00 (2.00-12.00)
Lise ve üzeri	n	55	55	55	55
	Medyan (Min-Max)	24.00 (10.00-41.00)	7.00 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-15.00)	7.00 (2.00-12.00)
Mann Whitney U	p	0.174	0.123	0.215	0.373

Kadınların eğitim durumları KCFSİ ve alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$). Kadınların KCFSİ medyan değeri eğitim düzeyine paralel olarak bir artış göstermiştir [İlkokul+ortaokul=21.00 (10.00-36.00), Lise ve üzeri=24.00 (10.00-41.00)]. Ancak, bu artış gruplar arasında cinsel fonksiyon açısından anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Cinsel doyum, cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeklerinde de eğitim düzeyi yükseldikçe medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur, ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Çizelge 3.8.2).

Çizelge 3.8.3. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların menopoz yaşına göre dağılımı
(N=249)

Menopoz Yaşı		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
≤ 39 yaş	n	26	26	26	26
	Medyan (Min-Max)	25.00 (10.00-35.00)	7.00 (4.00-12.00)	10.00 (4.00-13.00)	8.00 (2.00-12.00)
40-44 yaş	n	72	72	72	72
	Medyan (Min-Max)	21.50 (10.00-41.00)	5.50 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-15.00)	6.00 (2.00-12.00)
45-49 yaş	n	92	92	92	92
	Medyan (Min-Max)	21.00 (10.00-36.00)	6.00 (4.00-13.00)	8.00 (4.00-14.00)	6.00 (2.00-12.00)
≥ 50 yaş	n	59	59	59	59
	Medyan (Min-Max)	22.00 (10.00-35.00)	6.00 (4.00-13.00)	9.00 (4.00-13.00)	7.00 (2.00-11.00)
KWH	p	0.477	0.471	0.213	0.843

Çizelge 3.8.3, kadınların menopoz yaşının KCFSİ ve tüm alt ölçekleri üzerindeki etkilerini özetlemektedir. Otuz dokuz yaş ve altında menopoza giren kadınların cinsel fonksiyon medyan değeri 25.00 (10.00-35.00) iken, 40-44 yaşlarında 21.50 (10.00-41.00)'ye, 45-49 yaşlarında da 21.00 (10.00-36.00)'e düşmektedir. Menopoz yaşı arttıkça KCFSİ medyan değeri düşme eğilimi göstermiştir. Otuz dokuz yaş ve altı grupta cinsel doyum alt ölçeği medyan değeri 7.00 (4.00-12.00) iken, 50 yaş ve üzerinde 6.00 (4.00-13.00)'ya düşmektedir. Cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeğinde de benzer bir durum vardır. Otuz dokuz yaş ve daha erken yaşta menopoza girmiş kadınların medyan değerleri 10.00 (4.00-13.00) iken, 45-49 yaş grubunda 8.00 (4.00-14.00) olmuştur. Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeğinde en yüksek medyan değeri 39 yaş ve altında menopoza giren kadınlara aittir [8.00 (2.00-12.00)]. 40-44 ve 45-49 yaş grubunda bu değer 6.00 (2.00-12.00), 50 yaş ve üzerinde 7.00 (2.00-11.00)'dir. Ancak, menopoz yaşı ile KCFSİ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$, Çizelge 3.8.3).

Çizelge 3.8.4. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların HRT almalarına göre dağılımı
(N=249)

HRT		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
Alan	n	47	47	47	47
	Medyan (Min-Max)	21.00 (10.00-36.00)	6.00 (4.00-13.00)	8.00 (4.00-13.00)	6.00 (2.00-12.00)
Almayan	n	202	202	202	202
	Medyan (Min-Max)	22.00 (10.00-41.00)	6.00 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-15.00)	7.00 (2.00-12.00)
Mann Whitney U	p	0.610	0.620	0.488	0.861

HRT alan ve almayan kadınların cinsel doyum medyan değerleri aynıdır. Cinsel fonksiyon açısından değerlendirildiğinde HRT almayanların medyan değeri [22.00 (10.00-41.00)], alanlardan [21.00 (10.00-36.00)] bir puan fazladır. Aynı şekilde HRT alan ve almayan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido [8.00 (4.00-13.00)-9.00 (4.00-15.00)] ve cinsel ilişkide rahatsızlık [6.00 (2.00-12.00)-7.00 (2.00-12.00)] alt ölçek medyan değerleri arasında da birer puanlık fark vardır. Ancak, kadınların menopoz döneminde HRT almaları, KCFSİ ve alt ölçeklerinde istatistiksel olarak önemli bir farklılığa neden olmamıştır ($p>0.05$, Çizelge 3.8.4).

Çizelge 3.8.5. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların HRT alma sürelerine göre dağılımı (N=249)

HRT Süresi		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
< 1 yıl	n	19	19	19	19
	Medyan (Min-Max)	20.00 (10.00-35.00)	6.00 (4.00-13.00)	9.00 (4.00-13.00)	6.00 (2.00-12.00)
1-2 yıl	n	13	13	13	13
	Medyan (Min-Max)	21.00 (10.00-36.00)	5.00 (4.00-12.00)	8.00 (4.00-12.00)	6.00 (2.00-12.00)
3-4 yıl	n	8	8	8	8
	Medyan (Min-Max)	14.00 (10.00-27.00)	4.00 (4.00-10.00)	5.00 (4.00-11.00)	4.00 (2.00-10.00)
5 yıl	n	2	2	2	2
	Medyan (Min-Max)	33.50 (33.00-34.00)	12.00 (12.00-12.00)	12.50 (12.00-13.00)	9.00 (8.00-10.00)
≥ 6 yıl	n	5	5	5	5
	Medyan (Min-Max)	27.00 (15.00-31.00)	7.00 (4.00-12.00)	9.00 (5.00-11.00)	10.00 (4.00-12.00)
KWH		p	0.077	0.199	0.062

Çizelge 3.8.5’deki medyan değerleri incelendiğinde, kadınların HRT alma sürelerinin KCFSİ ve alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Bir yıldan daha kısa süre HRT alan kadınların genel cinsel fonksiyon medyan değerleri 20.00 (10.00-35.00) iken, 1-2 yıl alanların 21.00 (10.00-36.00), 3-4 yıl alanların 14.00 (10.00-27.00), beş yıl alanların 33.50 (33.00-34.00) ve 6 yıl ve üzerinde alanların 27.00 (15.00-31.00) olarak bulunmuştur. Cinsel doyum [1 yıldan az alanlar = 6.00 (4.00-13.00), 1-2 yıl alanlar = 5.00 (4.00-12.00), 3-4 yıl alanlar = 4.00 (4.00-10.00), 5 yıl alanlar = 12.00 (12.00-12.00) ve 6 yıl ve daha fazla alanlar = 7.00 (4.00-12.00)], cinsel ilişki sıklığı/libido [1 yıldan az alanlar = 9.00 (4.00-13.00), 1-2 yıl alanlar = 8.00 (4.00-12.00), 3-4 yıl alanlar = 5.00 (4.00-11.00), 5 yıl alanlar = 12.50 (12.00-13.00), 6 yıl ve üzerinde alanlar = 9.00 (5.00-11.00)] ve cinsel ilişkide rahatsızlık [1 yıldan az alanlar = 6.00 (2.00-12.00), 1-2 yıl alanlar = 6.00 (2.00-12.00), 3-4 yıl alanlar = 4.00 (2.00-10.00), 5 yıl alanlar = 9.00 (8.00-10.00), 6 yıl ve daha fazla alanlar = 10.00 (4.00-12.00)] alt ölçeklerinde de benzer bulgular elde edilmiştir. Genel cinsel fonksiyonlar, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido alanlarında en yüksek medyan değerinin 5 yıl süreyle, cinsel ilişkide rahatsızlık alanında ise 6 yıl ve daha fazla süreyle HRT kullananlarda olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$, Çizelge 3.8.5).

Çizelge 3.8.6. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların menopoz öncesi cinsel yaşamları ile ilgili düşüncelerine göre dağılımı (N=249)

Menopoz Öncesi Cinsel Yaşam		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
Düzenli ve tatmin edici	n	229	229	229	229
	Medyan (Min-Max)	22.00 (10.00-41.00)	6.00 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-15.00)	7.00 (2.00-12.00)
Düzenli ve tatmin edici değil	n	20	20	20	20
	Medyan (Min-Max)	13.00 (10.00-32.00)	4.00 (4.00-12.00)	4.50 (4.00-12.00)	3.00 (2.00-10.00)
Mann Whitney U	p	0.053	0.167	0.042	0.06

Kadınların menopoza girmeden önceki cinsel yaşamları ile ilgili düşünceleri cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır ($p=0.042$). Menopoz öncesi düzenli ve tatmin edici cinsel yaşantısı olanların menopoz sonrası cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği medyan değeri, düzenli ve tatmin edici cinsel yaşantısı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur [9.00 (4.00-15.00)-4.50 (4.00-12.00)]. Buna karşın, kadınların menopoz öncesi cinsel yaşamları KCFSİ, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçekleri medyan değerlerini istatistiksel olarak etkilememiştir ($p>0.05$, Çizelge 3.8.6).

Çizelge 3.8.7. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların menopozun cinsel yaşamlarına etkisiyle ilgili düşüncelerine göre dağılımı (N=249)

Menopozun Cinsel Yaşama Etkisi		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
Öncesine göre olumlu	n	3	3	3	3
	Medyan (Min-Max)	31.00 (21.00-32.00)	10.00 (7.00-12.00)	10.00 (9.00-12.00)	8.00 (4.00-12.00)
Öncesine göre olumsuz	n	192	192	192	192
	Medyan (Min-Max)	21.00 (10.00-41.00)	5.00 (4.00-14.00)	8.00 (4.00-15.00)	6.00 (2.00-12.00)
Etkilemedi	n	54	54	54	54
	Medyan (Min-Max)	25.00 (10.00-40.00)	7.00 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-13.00)	8.00 (2.00-12.00)
KWH	p	0.01	0.038	0.101	0.009

Kadınların menopozun cinsel yaşamlarına etkisine yönelik düşünceleri KCFSİ ($p=0.01$), cinsel doyum ($p=0.038$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçek ($p=0.009$) medyan değerlerini etkilemektedir. Menopoz öncesine göre menopoz sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınların KCFSİ medyan değeri [21.00 (10.00-41.00)], menopozun cinsel yaşamlarını etkilemediğini [25.00 (10.00-40.00)] ve olumsuz etkilediğini belirten [31.00 (21.00-32.00)] kadınlara göre daha düşüktür. Menopoz öncesine göre cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini bildiren kadınların cinsel doyum medyan değeri [5.00 (4.00-14.00)], etkilemediğini [7.00 (4.00-15.00)] ve olumlu etkilediğini [10.00 (7.00-12.00)] belirtenlere göre düşük bulunmuştur. Menopozla birlikte cinsel yaşamı etkilenmeyenlerin ve öncesine göre olumlu etkilenenlerin cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği medyan değerleri [8.00 (2.00-12.00)-8.00 (4.00-12.00)], olumsuz etkilenenlerden [6.00 (2.00-12.00)] daha fazladır. Menopoz döneminde cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini düşünenlerin hem cinsel fonksiyonları, hem de cinsel doyumları daha azdır. Ayrıca bu kişiler cinsel ilişkilerinde daha fazla rahatsızlık yaşamaktadırlar. Menopoz öncesine göre cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçek medyan değeri [8.00 (4.00-15.00)] etkilemediğini ve olumlu etkilediğini belirten kadınlara göre düşük bulunmuştur [9.00 (4.00-13.00)-10.00 (9.00-12.00)], ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$, Çizelge 3.8.7).

Çizelge 3.8.8. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların cinsel problemler için sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına göre dağılımı (N=249)

Cinsel Problemler İçin Sağlık Kuruluşuna		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt Ölçeği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt Ölçeği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt Ölçeği
Başvuran	n	11	11	11	11
	Medyan (Min-Max)	27.00 (10.00-40.00)	11.00 (4.00-15.00)	9.00 (4.00-13.00)	8.00 (2.00-12.00)
Başvurmayan	n	238	238	238	238
	Medyan (Min-Max)	22.00 (10.00-41.00)	6.00 (4.00-14.00)	9.00 (4.00-15.00)	6.00 (2.00-12.00)
Mann Whitney U	p	0.133	0.071	0.28	0.434

Cinsel problemler için sağlık kuruluşuna başvuran kadınların genel cinsel fonksiyon medyan değeri başvurmayanlara göre yüksek bulunmuştur [27.00 (10.00-40.00)-22.00 (10.00-41.00)]. Ancak, gruplar arasındaki fark önemsizdir ($p>0.05$). Aynı durum cinsel doyum [11.00 (4.00-15.00)-6.00 (4.00-14.00)], ve cinsel ilişkide rahatsızlık [8.00 (2.00-12.00)-6.00 (2.00-12.00)] alt ölçekleri için de söz konusudur. Cinsel ilişki sıklığı/libido alt leği medyan değerleri aynıdır [9.00 (4.00-13.00)-9.00 (4.00-15.00)]. Kadınların menopoş döneminde cinsel sorunları için sağlık kuruluşuna başvurma durumunun KCFSİ ve alt ölçek medyan değerlerini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$, izelge 3.8.8).

Çizelge 3.8.9. KCFSİ ve alt ölçek puanlarının kadınların ilaç dışı ürün kullanma durumlarına göre dağılımı (N=249)

İlaç Dışı rn		KCFSİ	Cinsel Doyum Alt leği	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido Alt leği	Cinsel İlişkide Rahatsızlık Alt leği
Kullanan	n	33	33	33	33
	Medyan (Min-Max)	21.00 (10.00-40.00)	6.00 (4.00-15.00)	8.00 (4.00-13.00)	6.00 (2.00-12.00)
Kullanmayan	n	216	216	216	216
	Medyan (Min-Max)	22.00 (10.00-41.00)	6.00 (4.00-14.00)	9.00 (4.00-15.00)	6.00 (2.00-12.00)
Mann Whitney U	p	0.575	0.458	0.231	0.996

Kadınların menopoş dönemindeki cinsel sorunları için kullandıkları ilaç dışı ürünler ile KCFSİ ve alt ölçekleri medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). KCFSİ ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt leği medyan değeri ilaç dışındaki ürünleri kullananlarda [21.00 (10.00-40.00)-8.00 (4.00-13.00)] kullanmayanlardan [22.00 (10.00-41.00)-9.00 (4.00-15.00)] birer puan düşük bulunmuştur. Cinsel doyum [6.00 (4.00-15.00)-6.00 (4.00-14.00)] ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçek medyan değerleri [6.00 (2.00-12.00)-6.00 (2.00-12.00)] açısından iki grup arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (izelge 3.8.9). Ayrıca kadınların cinsel problemleri için ilaç kullanma durumları KCFSİ ve alt ölçekleri medyan değerleri arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark ortaya koymamıştır ($p>0.05$).

4. TARTIŞMA

Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoza polikliniğine başvuran kadınların menopozal semptomlarının cinsel yaşamları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

4.1. Kadınların Menopoz ve Menopozal Semptomlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Örnekleme oluşturan kadınların menopoz yaşı ortalaması 45.34 ± 4.87 'dir. Kadınların %36.9'u 45-49 yaşlarında, %28.9'u 40-44 yaşlarında, %23.7'si de 50 yaş ve üzerinde menopoza girmiştir (Çizelge 3.3.1). Buna göre kadınların %39.4'ü erken (44 ve öncesi) ve %60.2'si beklenen normal yaşlarda (45-55) menopoza girmiştir (Çizelge 3.3.1). Türkiye Menopoz Derneği, Türkiye'deki menopoz yaşının 46.4 ± 1.9 olduğunu bildirmektedir (Ertüngealp 2003). Değişik çalışmalardan elde edilen bilgilere göre Türk kadınının menopoz yaşı 45-55 yaşları arasında değişmekte ve genellikle 45-47 yaşları arasında yoğunluk göstermektedir (Özeren ve ark. 1998, Güngör 2003, Arslan ve ark. 2004, Bezircioğlu ve ark. 2004, Çiçek ve ark. 2004, Hassa 2004, Tekin ve Eştürk 2005, Yücel ve ark. 2005, Güney 2006, Tokuç ve ark. 2006, Bayam ve ark. 2007, Çoban ve ark. 2007, Hotun Şahin ve Coşkun 2007, Şahin ve ark. 2008). Gelişmiş ülkelerde menopoz daha geç yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48) (Amore ve ark. 2006), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44) görülmektedir (Hidayet ve ark. 1999, Kazerooni ve ark. 2000). Bu bakımdan bulgular gelişmekte olan ülkelerin bulguları ile uyumludur.

Katılımcıların %18.9'u menopoz döneminde HRT almıştır. HRT'yi kadınların %40.4'ü bir yıldan daha kısa süre, %44.7'si 1-4 yıl, %14.9'u da 5 yıl ve üzerinde kullanmışlardır (Çizelge 3.3.1). Benzer şekilde Tokuç ve ark. (2006) kadınların %18.9'unun, Erdem (2006) %17'sinin HRT aldıklarını bildirmişlerdir. Güngör (2003), kadınların %12.3'ünün HRT kullandığını ve ortalama HRT alma süresinin 16.4 ± 21.9 ay olduğunu bildirmiştir. Timur (2008), HRT kullanma oranının %10.3 olduğunu ve kadınların %86.8'inin üç yıldan daha kısa sürede tedaviyi sonlandırdığını bulmuştur. Buna karşın Kızıltepe (2006) HRT kullanan kadınların oranını %26.7, Hotun Şahin ve Coşkun (2007) %31.8 ve Varma ve ark. (2006) ise %40 olarak bildirmiş ve %40.4'ünün bir yıldan kısa süre HRT kullandığını saptamıştır. Yücel (2006), kadınların %45.7'sinin tedaviyi kendi isteği ile bıraktıklarını bildirmiştir. Günümüzde HRT'nin kullanım süresinde zorunlu bir kısıtlama olmadığı, devam etme kararının her kadının bireysel ihtiyaçlarına göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (The North American Menopause Society 2008). Örneklerin HRT kullanma oranı Güngör (2003) ve Timur (2008)'un bildirdiğinden biraz yüksek, buna karşın Kızıltepe (2006), Hotun Şahin ve Coşkun (2007) ve Varma ve ark. (2006)'nın bildirdiğinden ise daha düşüktür. HRT süresi ise HRT'nin kısa süreli kullanıldığı yönündeki literatürle (Güngör 2003, Erdem 2006, Tokuç ve ark. 2006, Timur 2008) benzerlik göstermektedir. Çalışmada kadınların HRT kullanmama nedenleri sorgulanmamakla birlikte, elde edilen bulgulara HRT'nin kansere neden olacağı yönündeki endişelerinin etkili olabileceği düşünülmektedir (Stamfer ve ark. 1991, Farquhar ve ark. 2009, Furness ve ark. 2009). Bulgular, kadınların HRT ve HRT'nin uzun süreli kullanımı ile ilgili eğitim gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

MSDÖ puan ortalaması 22.58 ± 6.31 olarak bulunmuştur. Kadınların %47'si bu ortalama değerden daha fazla puan almıştır. Bu da kadınların yarıya yakının daha fazla menopozal semptom yaşadığını göstermektedir. Somatik şikayetler alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 8.55 ± 2.77 'dir. Kadınların %39.8'i bu değerden daha yüksek puan almışlardır. Dolayısıyla her üç kadından birinin somatik semptomları daha yoğun yaşadığı söylenebilir. Psikolojik şikayetler alt ölçeğinin ortalama puanı 8.16 ± 3.04 olarak bulunmuş, kadınların yaklaşık 1/3 (%37.3)'ünün ortalamanın üzerinde puan aldığı ve daha fazla psikolojik semptom yaşadığı görülmüştür. MSDÖ'nün üçüncü alt ölçeği olan ürogenital şikayetlerin aritmetik ortalama değeri 5.86 ± 2.36 'dır. Kadınların yaklaşık yarısının (%43) bu değer üstünde puan aldığı, dolayısıyla ürogenital semptomları daha yoğun olarak

yaşadıkları tespit edilmiştir (Çizelge 3.4.1). Tokuç ve ark. (2006), kadınların menopozal semptomları önemli ölçülerde yaşadıklarını ve buna bağlı yaşam kaliteleri ile beden ve ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiğini bildirmektedirler. Özgür (2007), menopoz semptomlarının orta şiddette yaşandığını belirtmektedir. Araştırmacı MSDÖ puan ortalamalarını genel ölçek için 15.32 ± 8.14 , somatik şikayetler alt ölçeği için 6.02 ± 3.28 , psikolojik şikayetler alt ölçeği için 6.87 ± 3.89 ve ürogenital şikayetler alt ölçeği için de 2.43 ± 2.18 bulmuştur. Çoban ve ark. (2007) kadınların toplam ölçekten 18.0 ± 8.7 , somatik şikayetler alt ölçeğinden 6.6 ± 3.8 , psikolojik şikayetler alt ölçeğinden 7.6 ± 4.0 ve ürogenital şikayetler alt ölçeğinden 3.7 ± 2.9 puan aldıklarını saptamışlardır. Monterrosa ve ark. (2008), MSDÖ puanını Kolombiyalı kadınlarda daha düşük (10.6 ± 6.7) bulmuştur. Heinemann ve ark. (2004), yaş ortalaması 49.8 ± 6.4 ve %51.9'u perimenopozal, %48.1'i de postmenopozal evrede olan kadınlarla gerçekleştirdikleri çalışmada, MSDÖ puanını 11.0 ± 8.2 , somatik şikayetler alt ölçeği puan ortalamasını 4.2 ± 3.2 , psikolojik şikayetler alt ölçeği puan ortalamasını 4.5 ± 4.1 ve ürogenital şikayetler alt ölçeği puan ortalamasını 2.3 ± 2.6 bulmuşlardır. Araştırmadan elde edilen bulgular literatürle karşılaştırıldığında, örneklemdaki kadınların menopozal semptomları çok daha yoğun yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Özellikle Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığında kadınların menopozal semptomları yoğun yaşamlarının nedeni, yoğun değişimlerin yaşandığı menopozal döneme yeterince hazırlanamadan ve daha erken yaşlarda (Çizelge 3.3.1) girmelerine bağlı olabilir. Ayrıca sahip olunan kültürün menopoza yüklediği anlam, gelir ve refah düzeyi arasındaki farklar da semptomların yoğun yaşanmasında etkili olabilir. Kadınların bu çalışma kapsamında sorgulanmamış olan menopoz algısındaki olumsuz düşünceler, baş etme yöntemlerindeki yetersizlikler ve menopoza eşlik eden kişisel ve ailesel sorunlarının da etkili olabileceği, bu nedenle menopozal semptomlarla baş etme konusunda eğitim gereksinimlerinin olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada menopozal semptomların ağırlıklı olarak şiddetli yaşandığı bulunmuştur. Somatik şikayetler grubunda bulunan sıcak basması ve terleme şikayetinin tüm kadınlar tarafından en çok yaşanan semptom olduğu ($\bar{x} = 2.42 \pm 1.01$) ve her iki kadından birinin (%53.4) bunu şiddetli olarak yaşadığı saptanmıştır. Somatik grupta yer alan eklem ve kas rahatsızlıkları ($\bar{x} = 2.17 \pm 1.14$) kadınların %41.4'ü, uyku sorunları ($\bar{x} = 2.06 \pm 1.06$) %36.9'u ve kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissi ($\bar{x} = 1.87 \pm 1.10$) %32.9'u tarafından şiddetli olarak yaşanmaktadır (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1).

Psikolojik şikayetler içinde kadınların %43'ü sinirliliği ($\bar{x} = 2.30 \pm 1.00$), %36.9'u keyifsizliği ($\bar{x} = 2.05 \pm .99$), %35.3'ü fiziksel ve zihinsel yorgunluğu ($\bar{x} = 2.02 \pm 1.01$) şiddetli olarak yaşarken, endişe/kaygıyı ($\bar{x} = 1.79 \pm 1.06$) %34.5'i orta şiddette yaşamaktadır (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1).

Ürogenital semptomlar olarak cinsel sorunlar (2.08 ± 1.16) kadınların %32.9'u, idrar sorunları ($\bar{x} = 1.86 \pm 1.08$) %32.5'i ve vajinal kuruluk ($\bar{x} = 1.92 \pm 1.09$) %31.7'si tarafından şiddetli olarak yaşanmaktadır (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1).

Nappi ve Nijland (2008) menopoza döneminde kadınların %52'sinin sıcak basması, %44'ünün uykusuzluk, %37'sinin ruhsal dalgalanmalar, %25'inin depresyon ve %21'inin vajinal kuruluk yaşadıklarını bildirmişlerdir. Shea (2006), Çin'de yaşayan kadınların %13.5'inin, Japonya'da yaşayan kadınların ise %12.3'ünün sıcak basması sorununu yaşadığını bildirmiştir. Çinli kadınlarda yapılan başka bir çalışmada ise kadınların %10'unun sıcak basması, %15'inin vajinal kuruluk, %16'sının da uyku problemlerini yaşadıkları, diğer menopoza dönemi sorunlarının ise %1-4 arasında değiştiği saptanmıştır (Woods ve Mitchell 2005). Krajewska ve ark. (2007) Belarus, Polonya ve Yunanistan'da 45 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada üç ülkede de kadınların en çok yakındıkları menopoza semptomunun sıcak basması/terleme şikayeti olduğunu (Belarus %60, Polonya %54.4 ve Yunanistan %70.6), ancak orta şiddette yaşandığını saptamışlardır. Ayrıca, kadınların en az oranda eklem ve kas sorunlarını yaşadıkları bulunmuştur (Belarus %64, Polonya %63.6 ve Yunanistan %51.8). Monterrosa ve ark. (2008), siyah ırkta kalp rahatsızlıkları ve eklem-kas ağrıları gibi somatik menopozal semptomların beyaz ırktan daha az (%26.8 ve %38.8), buna karşın ürogenital semptomların ise daha fazla (%24.9 - %14.9) yaşandığını saptamışlardır. Wijewardena ve ark. (2009), kadınların eklem ve kas ağrıları (%74.7), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%53.9) ve sıcak basması (%39.1) şikayetlerini yaşadıklarını, ayrıca sıcak basması, uyku problemleri ve eklem ve kas ağrılarının postmenopozal kadınlarda premenopozal kadınlara göre daha fazla yaşandığını bulmuşlardır.

Türkiye'de farklı yerleşim birimlerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre en yaygın görülen yakınmalar eklem-kas ağrısı (%77-%83), sıcak basması/gece terlemesi (%73-

%87), uykusuzluk/yorgunluk (%71-%82), sinirlilik/gerginlik (%71-%78) ve baş ağrısı/baş dönmesi (%62-%73.6) olarak belirlenmiştir (Şahin 1998, Ertem ve Şirin 2000, Ergöl ve Eroğlu 2001, Işık ve Vural 2001, Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003, Hotun Şahin ve Coşkun 2007). Erzurum’da bir sağlık ocağı bölgesindeki kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların en yaygın olarak yaşadıkları menopozal yakınmaların uykusuzluk/yorgunluk (%74.8), baş ağrısı/baş dönmesi (%74.5), sıcak basması/gece terlemesi (%72.7), eklem/kas ağrıları (%69.4), sinirlilik/gerginlik (%68.5) ve çarpıntı (%61.1) olduğu belirlenmiştir (Tortumluoğlu 2003). Güngör (2003), kadınlarda en sık görülen ilk üç şikayeti ateş basması (%78.1), terleme (%76.2) ve unutkanlık (%71.9) olarak saptamıştır. Buna karşın Yiğit (2002), doğal menopoza giren kadınlarda sırasıyla en sık sıcak basması-gece terlemesi (%90), baş ağrısı (%86.7) ve eklem/kas ağrısı (%70) şikayetlerinin yaşandığını bulmuştur. Varma ve ark. (2006), kadınların konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik ve gerginlik gibi anksiyete belirtileri (%60-%72), yorgunluk-güçsüzlük, mutsuzluk, ağlama nöbetleri, isteksizlik ve çabuk sinirlenme gibi depresif belirtiler (%52-%60), sıcak basması, gece terlemesi gibi vazomotor belirtiler (%54-64) ile cinsel isteksizlik (%68) ve baş ağrısı (%50) şikayetlerini yaşadıklarını bildirmişlerdir. Erdem (2006), kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç sorunun sırasıyla %97 ile vazomotor, %91 ile emosyonel ve %79 ile merkezi sinir sistemi, en az yaşadıkları sağlık sorunlarını ise %65 ile kardiyovasküler, %52 ile ürogenital ve %40 ile gastrointestinal sistem sorunları olduğunu bulmuştur. Yazar, ürogenital sorunlar içinde sırasıyla %55.8 ile sık üriner sistem enfeksiyonu, %53.8 ile üriner inkontinans ve %36.5 ile disparanoyaya bağlı cinsel isteksizlik yaşandığını belirtmektedir. Güney (2006), kadınların %46.7’sinin’ünün ateş basması ve terleme, sıkıntı ve stres ve baş ve eklem ağrısı problemlerinin üçünü de yaşadığını, ayrıca %25.4’ünün sadece ateş basması ve terleme, %15.6’sının sıkıntı ve stres ve %12.3’ünün de baş ve eklem ağrısı problemlerini yaşadığını, %5.1’inin ise hiç şikayeti bulunmadığını tespit etmiştir. Özgür (2007) sıcak basması, terleme (%37.6), sinirlilik (%38.6), eklem ve kas rahatsızlıkları (%38.0), uyku sorunları (%27.1), keyifsizlik (%36.4), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%35.7), endişe/kaygı (%36.4) şikayetlerinin orta şiddette, kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi (%22.0), cinsel sorunlar (%27.7), idrar sorunları (%21.4) ve vajinal kuruluk (%23.6) şikayetlerinin ise hafif düzeyde yaşandığını bildirmiştir.

Literatürle karşılaştırıldığında araştırmadan elde edilen bulgular kadınların en sık dile getirdikleri menopozal semptomların genel olarak benzer olduğunu, ancak daha şiddetli olarak yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu çalışmada en fazla sıcak basması ve terleme şikayetinin yaşandığı, ancak şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bulgular kadınların %41.4'ünün eklem ve kas rahatsızlıklarını şiddetli olarak yaşadığını ortaya koymaktadır (Grafik 3.4.1). Menopozal semptomların daha şiddetli olarak yaşanması, örnekleme oluşturan kadınların farklı sosyokültürel özellikte olması ve sağlık yardımı almak için hastaneye başvuranlardan oluşması ile açıklanabilir.

Araştırmada kadınların birden fazla menopozal yakınma nedeniyle doktora başvurdıkları saptanmıştır. Menopoz döneminde en sık doktora gitme nedenleri sıcak basması ve terlemedir (%82.7). Bunu sinirli olma (%77), uyku sorunları (%61.7) ve cinsel sorunlar (%61.3) izlemiştir. Ayrıca eklem ve kas sorunları (%59.3), kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissi (%58.9), vajinal kuruluk (%58.5), idrar sorunları (%56) ve keyifsizlik (%52) de sağlık kuruluşuna başvurma nedenleri arasında önemli yer tutmaktadır. Kadınlar endişe, kaygı (%48) ve fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%45) nedeniyle daha düşük oranda sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır (Çizelge 3.3.3).

Saha çalışmaları kadınların menopozal şikayetleri için sağlık yardımı alma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir (Güney 2006, Yücel 2006). Güney (2006), Ankara'da bir sağlık ocağı bölgesinde yaptığı çalışmada kadınların menopoz döneminde en çok ateş basması ve terleme şikayeti (%25.4), daha sonra sıkıntı ve stres (%15.6) ve baş ve eklem ağrısı (%12.3) nedeniyle doktora gittiklerini saptamıştır. Yücel (2006) ise Ankara'da başka bir sağlık ocağı bölgesinde yaptığı çalışmada kadınların idrar sorunları (%32.5) ve vajinal kuruluk (%16.8) şikayetlerinin çözümü için doktora gittiklerini ve ilaç kullandıklarını bildirmiştir. Özgür (2007) İstanbul'da bir hastanenin menopoz polikliniğine başvuran kadınların sadece ürogenital şikayetleri için doktora başvurdıklarını (idrar sorunları %7.9, vajinal kuruluk %6.7), vazomotor ve psikolojik alanlardaki sorunları ile kendilerinin baş etmeye çalıştıklarını saptamıştır. Çalışmada ise kadınların somatik şikayetler başta olmak üzere tüm alanlardaki yakınmaları için tıbbi yardıma gereksinim duydukları saptanmıştır. Ayrıca oranlar da literatürlere göre daha yüksektir. Cinsel sorunların 4. sırada dile getirilmesi olumlu bir bulgudur, ancak yeterli değildir. Bulgular, kadınların menopozal yakınmaları için doktora gitme oranlarındaki artışa işaret etmesi ve

kadınların şikayetlerini rahatlıkla dile getirebildiklerini göstermesi bakımından olumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak, çalışmanın menopoz polikliniğine herhangi bir şikayetle gelen kadınlarla yürütülmüş olması da oranların yüksek olmasında etkili olabilir.

4.2. Kadınların Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Menopoz dönemindeki kadınların %92'sinin menopoz öncesi düzenli ve tatmin edici bir cinsel yaşamı olduğu, buna karşın %77.1'inin menopoz sonrası cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği, %76.3'ünün menopoz sonrasında eşine karşı cinsel isteğinin azaldığı ve %79.1'inin de cinsel ilişki sıklığının azaldığı saptanmıştır (Çizelge 3.5.1).

Doğal menopoz yaşayan kadınların %53.3'ünün postmenopozal cinsel sorunu olduğu belirtilmektedir (Yiğit 2002). Ankara'daki 45-65 yaş grubu kadınların %87.7'sinin menopoz öncesi düzenli cinsel yaşamı olduğu ve menopoz sonrası bu oranın %51.5'e düştüğü bulunmuştur. Ayrıca menopoz ile %79.3'ünün cinsel ilişki sıklığında, %68'inin cinsel istek ve %62.1'inin de zevk almada azalma sorunu yaşadığı saptanmıştır (Yücel 2006). Arslan ve ark. (2004), menopozun kadınların %57'sinin cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Gonzales ve ark. (2004), seksüel olarak aktif olan premenopozal ve postmenopozal kadınların %50.3'ünün bir veya daha fazla cinsel sıkıntısının olduğunu saptamışlardır. Çalışmada menopoz öncesine göre menopoz sonrası cinsel ilgide (%30.6-%69.4) ve haftada ortalama 3-4 olan cinsel ilişki sıklığında (%42.4-%5.2) azalma olduğu, cinsel birleşme sorunlarında (%18.4-%36.7), vajinal kurulukta (%12.2-%57.1), dispareni (%24.4-%40.8) ve orgazm olamamada (%32.6-%67.4) ise artış olduğu bildirilmiştir. Nappi ve Nijland (2008) altı Avrupa ülkesinden 50-60 yaş arasında 1803 kadın ile menopozda cinselliğin algılanışı ve cinsel davranışların belirlenmesi için yaptıkları çalışmada, kadınların %35'inde cinsel istekte azalma olduğunu ve cinsel ilişkinin sıklığı ile cinsel memnuniyet derecesi arasında bir korelasyonun olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmaların aksine yaşın artması ile cinsel fonksiyonların etkilenmediğini ve menopoz ile cinsel disfonksiyon arasında ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Osborn ve ark. 1988, Laumann ve ark. 1999, Palacios ve ark. 2002).

Östrojen kadın cinsel fonksiyonlarının düzenlenmesinde çok önemli rol oynar (Yücel 2006). Kandaki östrodiol düzeyi 50 pg/ml'nin altına düştüğünde libidoyu azaltan etki yaratmaktadır. Ayrıca androjen seviyesindeki azalma da cinsel fonksiyon, iyilik hali, enerji ve cinsel fantezilerin kaybına ve sonuçta libido azalmasına neden olmaktadır (Oskay 2004, Atasü ve Güreli 2007). Araştırmadan elde edilen bulgular, cinsel ilişkinin menopoza ve artan yaşa bağlı etkilenmediğini bildiren çalışmaların dışında (Osborn ve ark. 1988, Laumann ve ark. 1999, Palacios ve ark. 2002) menopoza sonra cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini ve cinsel istek ile cinsel ilişki sıklığının azaldığını vurgulayan literatürle uyumludur. Ancak, bu çalışmada olumsuz cinsel yaşam etkilenmesi ve cinsel yaşamla ilgili sorunların oranı biraz daha yüksek bulunmuştur. Bulgular, menopoza döneminde cinsel yaşamın sona ereceği yönündeki yanlış inanışların aksine, menopoza cinsel yaşamın ve cinsel yaşamla ilgili sorunların önemli olduğunu ve kadınların bu yönden danışmanlığa gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kadınların %4.4 gibi çok küçük bir oranının cinsel problemleri için sağlık kuruluşuna başvurduğu ve sadece bir kadının cinsel ilişki problemleri için ilaç kullandığı, söz konusu ilacın lokal anestetik etkili bir pomat olduğu bulunmuştur. Buna karşın kadınların %13.3'ünün menopoza sonrası yaşadıkları cinsel sorunlar için geleneksel olarak ilaç olmayan ürünlerden yararlandıkları saptanmıştır (Çizelge 3.5.1). Kadınların kullandıkları bu ürünler arasında en çok bitkisel çaylar yer almaktadır (%69.7). Bunun dışında vajinaya uygulanan bitkisel ürünler (%24.2) ve eczaneden aldıkları kayganlaştırıcılar (%18.2) kullanılmaktadır. Katılımcılar cinsel problemler için kullandıkları ürünleri daha çok arkadaşlarının önerisi ile almışlardır (%30.3).

Berman ve ark. (2003) cinsel yakınmaları bulunan kadınların %42'sinin doktora başvururken, bu konuda yardım almayan kadınların %54'ünün aslında doktora gitme isteklerinin olduğunu saptamışlardır. Bir başka çalışmada kadınların %49'unun hayatları boyunca en az bir cinsel problemle karşılaşmalarına rağmen, sadece %18.8'inin tıbbi yardım için başvurdukları, %39'unun problemlerini sadece partnerleriyle paylaştıkları ve %16'sının magazin dergileri, telefonla bilgilendirme hatları ve internetten bilgi aldıkları ortaya konmuştur (Laumann ve ark. 2005). Benzer şekilde Nappi ve Nijland (2008), kadınların sadece %11'nin cinsel uyarılmalarında azalma, vajinal ağrı, vajinal kuruluk ve cinsel ilişkide rahatsızlık sorunları nedeniyle tedavi aldıklarını ve tedavi görme oranının

Avrupa ülkeleri arasında değişiklik gösterdiğini bildirmişlerdir. Vajinal ağrı ve kuruluk olgularının sadece %25'inde HRT uygulanırken, %67'sinde vajinal kayganlığı artırıcı kremlerin kullanıldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınlar cinsel uyarılmada azalma, vajinal ağrı, vajinal kuruluk ve irritabilite gibi şikayetleri nedeniyle tedaviye ihtiyaç duymadıkları, %31'nin yaşlı oldukları için bu sorunları yaşamaları gerektiği, %16'sının bu sorunların onları henüz tedavi alacak kadar rahatsız etmediği, %15'inin hiçbir zaman tedaviyi düşünmediği, %14'ünün bu sorunları yaşlanmanın kaçınılmaz bir parçası olarak gördükleri ve %13'ünün çok utangaç oldukları için tedavi almadıkları bildirilmiştir. Yücel (2006), kadınların ilişki sırasında ağrı-vajinada yanma ve vajende kuruluk şikayetlerini değişik oranlarda yaşadıklarını (%16.8-%42.4) ve bu problemlerin çözümü için büyük oranda hiçbirşey yapmadıklarını (%71.8-%76.6), sadece çok azının doktora başvurduklarını (%12.9-%16.8) bildirmiştir. Altınsoy (2002), cinsel yardım alan kadınların oranını %24 olarak saptamıştır. Araştırmada cinsel problemler için kadınların çok azının sağlık kuruluşuna başvurması, sadece birinin ilaç kullanması ve daha çok bitkisel ve diğer ürünleri kullanmaları, ayrıca bu ürünlerin kullanımı için sağlık personelinde neredeyse hiç yardım almamaları kadınların geleneksel yaklaşımları tercih etme yönündeki eğilimlerine dikkat çekmektedir. Kadınların HRT'yi de düşük oranda ve kısa süre kullanmaları (Çizelge 3.3.1) da bunu desteklemektedir. Ayrıca bulgular, kadınların menopozal semptomları için rahatlıkla kliniğe başvurmalarına rağmen, menopoz sonrasında yaşadıkları cinsel sorunlarını rahatlıkla dile getiremediklerini ortaya koymaktadır. Örneklemdeki kadınların daha çok düşük eğitim düzeyinde olmaları ve çoğunun hiç çalışmayan ev hanımı olması hem sorunlarını fark etmelerine, hem de çözüm arayışına girmelerine engel oluşturan faktörler olabilir. Ayrıca, bulgular hala tabu olan cinsel sorunların kişisel utanma duygusu, aile yapısı ve geleneksel sosyokültürel özellikler nedeniyle gizlendiğini düşündürmektedir.

Kadınların kendi düşüncelerine göre ifade ettikleri cinsel sorunlar ile KCFSİ'ye göre saptanan cinsel sorunlar arasında benzerlikler vardır. Büyük çoğunluğu (%77.1) menopoz sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade eden örneklem grubunun %49'u ortalama değerden (KCFSİ $\bar{x} = 21.29 \pm 7.98$) daha düşük puan almıştır. Buna göre kadınların yaklaşık yarısının cinsel sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Cinsel doyum alt ölçeği ortalama puanından ($\bar{x} = 6.90 \pm 3.19$) daha düşük puan alan kadınlar tüm örneklem %54.2'sini oluşturmaktadır. Ayrıca kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeğinden

aldıkları puan ortalaması 8.06 ± 2.94 bulunmuş ve %49.4'ü bu ortalama değerden daha düşük puan almışlardır. Cinsel ilişkide rahatsızlığı ortalama değerden ($\bar{x} = 6.32 \pm 3.15$) daha fazla yaşayan kadınların oranı ise %50.6 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.6.1). Araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların yaklaşık yarısının cinsel problemi vardır. Cinsel problemler olarak kadınların yarıdan fazlası cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık, yaklaşık yarısı da cinsel ilişki sıklığı/libido ile ilgili problemler yaşamaktadırlar.

Columbia Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalında Kaplan ve ark. (1999) tarafından yapılan çalışmada, menopoz sonrası 33 kadının KCFSİ puan ortalaması 24.8 ± 9.8 olarak bulunmuştur. Kızıltepe (2006), histerektomi yaşayan kadınlarda %73.3 ve benzer olarak doğal menopoz yaşayan kadınlarda %76.3 oranında cinsel işlev problemleri tespit etmiştir. Bu çalışmada da literatürle benzer olarak kadınların yaklaşık yarısının menopozda cinsel problem yaşadıklarının saptanması sorunun boyutunu göstermesi açısından çarpıcıdır. Bu çalışmada cinsel sorun yaşayan kadın oranının Kızıltepe'nin çalışmasından biraz düşük bulunması örneklemin yaşı ve eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği gibi, dini ve kültürel faktörler ile aile ve çevresel faktörlerin etkisini de akla getirmektedir. Ayrıca, tabu olarak görülen kadın cinselliğinin kuşaktan kuşağa aktarılan yanlış bilgilerden etkilenme olasılığı da söz konusu olabilir.

Cinsel doyum alt ölçeğinde kadınların %49'u son dört hafta sürecinde cinsel ilişkiden hiç doyum almadığını ($\bar{x} = 2.07 \pm 1.26$), %45.8'i genel cinsel yaşamdan hiç doyum almadığını ($\bar{x} = 2.09 \pm 1.24$) ve %54.2'si hiç orgazm olmadığını ($\bar{x} = 2.73 \pm 0.90$) ifade etmiştir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1).

Cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeğinde kadınların %48.6'sı son dört hafta içinde hiç cinsel istek duymadığını ($\bar{x} = 1.78 \pm 0.87$), %39'u cinsel istek düzeyini çok düşük bulduğunu ($\bar{x} = 1.92 \pm 0.83$) ifade etmiş ve buna paralel olarak %24.9'u hiç cinsel birleşme yaşamadığını ($\bar{x} = 2.39 \pm 1.11$) belirtmiştir. Bu süre içinde kadınların %41'i klitoral duyarlılıklarının çok düşük olduğunu ($\bar{x} = 1.95 \pm 0.89$) belirtmişlerdir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1).

Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeğinde kadınların %30.9'u çoğunlukla ve her zaman vajinal kuruluk yaşadığını ($\bar{x} = 3.08 \pm 1.64$) ve %28.9'u bazen, %21.3'ü de çoğu ve her zaman cinsel birleşme sırasında rahatsızlık yaşadığını ($\bar{x} = 3.24 \pm 1.64$) ifade etmiştir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1).

Gallicchio ve ark. (2007), 45-54 yaş arası 441 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların %24.5'inin vajinal kuruluktan şikayetçi olduğunu, ayrıca %13.4'ünün cinsel aktivitelerinin biraz veya çok tatminsiz olduğunu saptamışlardır. Patel ve ark. (2006), menopozun uyarılma ve seksüel haz için önemli bir belirleyici olduğunu ve postmenopozal kadınların premenopozal kadınlara göre yaklaşık beş kat daha fazla oranda "haz vermeyen" seksüel aktivite yaşadığını bulmuşlardır. Varma ve ark. (2006), 32'si doğal, 18'i cerrahi olarak menopoza girmiş toplam 50 kadının cinsel sıklık, kaçınma, dokunma ve anorgazmi sorunları olduğunu belirlemişlerdir. Tortumluoğlu (2003) ise kadınların %18.4'ünün dispareni ve %53.5'inin cinsel ilgi azlığı yaşadığını bildirmiştir.

Çalışmada kadınların son dört haftada birçok cinsel sorunla karşılaştığı ve bunların yaklaşık her iki kadından biri tarafından yaşandığı saptanmıştır (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1). Bulgular, kadınların menopoz döneminde cinselliklerinin azalacağı yönündeki yaygın inancı destekler yöndedir. Menopoz çoğu kadın tarafından üretkenliğin kaybı, neslini devam ettirememesi ve dişilik özelliklerini yerine getirememesi olarak yorumlanabilmektedir. Bu düşünce ile eşlerin birbirlerine cinsel olarak uzak kalabildikleri ve hatta yataklarını bile ayırdıkları gözlenebilmektedir. Bu durum da menopozla birlikte cinsel problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Bulgularda cinsel sorunları yaşama oranının literatüre göre yüksek bulunması, kadınların postmenopozal evrede olmalarına bağlı fizyolojik etkilere ve toplumun kendilerinden beklediği tutumlarla ilişkili olabilir. Bununla birlikte çalışmanın yapıldığı hastanenin özellikleri gereği menopoz ünitesine çok geniş bir hasta profilinin başvurusu da cinsel sorunların fazla olmasında etkili olabilir. Ayrıca menopozal semptomların cinsel sorunların saptanmasında ve rahat dile getirilmesinde önemli olabileceği ve bunun cinsel sorunların saptanması açısından bir fırsat olduğu göz ardı edilmemelidir.

4.3. Kadınların Menopoz Semptomları ve Cinsel Yaşamları Arasındaki İlişkilere Ait Verilerin Tartışılması

Menopozal semptomlar ile genel cinsel fonksiyon, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri arasında önemli bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), MSDÖ ile cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır ($r=-0.219$, $p=0.001$). Menopozal semptomlar arttıkça cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama da artmaktadır ($p>0.05$, Çizelge 3.7.1).

Varma ve ark. (2006) somatik menopozal semptomları olan kadınların partnerlerine dokunma ile ilgili sorun yaşadıklarını, ayrıca menopozal dönemde cinsel istek azlığı olan kadınların dokunma, kaçınma ve anorgazmi sorunlarını yaşadıklarını saptamışlardır. Bir çalışmada sıcak basması şikayeti olan menopozal dönemdeki kadınların cinsel aktiviteden duydukları tatmin skoru düşük bulunmuştur (Gallicchio ve ark. 2007). Bu çalışmada kadınlar somatik semptomları arttıkça cinsel ilişkide daha fazla rahatsızlık yaşadıklarını dile getirmişlerdir ($r=-0.194$, $p=0.002$). Ancak, kadınların somatik şikayetleri ile genel cinsel fonksiyonları, cinsel doyumları ve cinsel ilişki sıklığı/cinsel istekleri arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır ($p<0.05$, (Çizelge 3.7.1). Somatik semptomların kadınlar tarafından sık yaşanan ve önemli bir sorun olarak dile getirilmesi (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1), bu sorunların geçici bir süre de olsa menopoz döneminde kaliteli bir cinsel yaşamın sürdürülmesi açısından ele alınması gerekliliğini göstermektedir.

Kadınların menopoz dönemindeki ürogenital şikayetleri ile genel cinsel fonksiyonları ($r=-0.179$, $p=0.05$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği ($r=-0.253$, $p=0.000$) arasında önemli, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği arasında ise önemsiz ($p>0.05$) bir ilişki bulunmaktadır. Ürogenital şikayetlerin artması bir yandan cinsel ilişkiden duyulan rahatsızlığı artırırken, diğer yandan genel cinsel fonksiyonun olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Çizelge 3.7.1). Ürolojik sorunları olan kadınlarda cinsel aktivite sırasında aşırı idrar yapma isteği ve koitus sırasında idrar kaçırma en sık görülen yakınmalardır (Moller ve Lose 2005). Bir araştırmada ortalama yaşı 52 olan 227 alt üriner sistem semptomlu veya üriner inkontinanslı kadında cinsel işlev bozukluğu sıklığı %46 bulunurken, cinsel ilgi/arzu azlığının en yaygın görülen sorun olduğu saptanmıştır. Ayrıca urge inkontinansı olan kadınların %46'sında orgazmik bozukluk da saptanmıştır (Salonia ve ark. 2004a). Moller

ve Lose (2005), urge inkontinansı olan 40-60 yaş grubu kadınların alt üriner sistem semptomu olmayan kadınlara göre 3.7 kez daha az cinsel aktivitede bulunduklarını, ayrıca cinsel yönden inaktif olanların sayısının altı kez daha fazla olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde Salonia ve ark. (2004b), üriner inkontinansı ve rekürren veya kalıcı alt üriner sistem semptomları olan 40-55 yaşlarındaki kadınlarda cinsel istek azlığı, uyarılma bozukluğu, vajinal duyarlılıkta azalma veya kayıp, vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm bozukluğu, anorgazmi ve ağrı şikayetlerini saptamışlardır. Handa ve ark. (2004) da şiddetli üriner inkontinansı olan menopoz dönemindeki kadınlarda istek/arzu azlığı, vajinal kuruluk ve cinsel ağrı bozukluklarının daha sık görüldüğünü rapor etmişlerdir. Zippe ve ark. (2004), ortalama yaşı 54.79 ± 12.7 olan kadınlarda radikal sistektomiden 24.2 ay sonra KCFSİ ölçek ortalaması ve tüm alt ölçeklerinde düşüş olduğunu, yani cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir. Patel ve ark. (2006), aşırı aktif mesane tanısı konmuş 78 kadının %24'ünde seksüel uyarılma, %27'sinde orgazm ve %27'sinde seksüel hazda güçlük yaşadıklarını saptamışlardır. Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırmasında 18-59 yaş grubundan 1749 kadının %43'ünde cinsel işlev bozukluğu saptanmış ve postmenopozal dönemdeki üriner sistem semptomlarının cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği bulunmuştur (Laumann ve ark. 1999). Buna karşın Yücel (2006), 45-65 yaşlarındaki menopozlu kadınlarda üriner sorunlar ile cinsel yaşam sorunları arasında bir ilişki tespit edememiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, cinsel fonksiyonların üriner semptomlardan etkilenmesi açısından Yücel'in bulgularını desteklememekte, ancak genelde literatürle benzerlik göstermektedir. Araştırmada cinsel istek, ilişki sıklığı, cinsel doyum, vajinal kuruluk, ilişkiden duyulan rahatsızlık ve klitoristeki hassasiyet gibi birçok alanı içeren cinsel fonksiyonla ilgili sorunlar ile ürogenital semptomlar arasında önemli bir ilişki bulunması, kadınların cinsel yaşamlarının ürolojik sorunlardan dolayı olumsuz etkilendiğini ve ürolojik sorunların önemsendiğini düşündürmektedir.

Menopozal dönemdeki psikolojik semptomlar ile kadınların genel cinsel fonksiyonları, cinsel doyumları, cinsel ilişki sıklığı/cinsel istekleri ve cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama durumları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$, Çizelge 3.7.1). Varma ve ark. (2006), doğal menopozlu kadınlarda anksiyete sorunu yaşayanların anorgazmi, depresif belirtiler gösterenlerin ise kaçınma ve anorgazmi sorunlarını yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. İtalya'da 40-55 yaş arasındaki 1414 kadın ile yapılan bir çalışmada seksüel disfonksiyonun postmenopozal dönemde yaygın olduğu ve depresif

semptomları fazla olanların cinsel fonksiyonlarının daha çok zarara uğradığı bulunmuştur (Amore ve ark. 2006). Yiğit (2002), Erzurum’da üniversite hastanesine başvuran 40-60 yaş arası kadınlarda menopoz sonrası cinsel problem varlığı ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Danacı ve ark. (2003) %37’si postmenopozal, %27.2’si perimenopozal ve %35.8’i premenopozal evrede olan 40-60 yaş arasındaki 324 kadınla gerçekleştirdikleri çalışmada, yaşanan depresyon ve anksiyete ile cinsel fonksiyon arasında herhangi bir önemli ilişki saptamamışlardır. Ancak, depresyon puanı yüksek olanların ve anksiyete yaşayanların cinsel sorunları daha çok yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada literatürün aksine kadınların menopozal dönemde yaşadıkları psikolojik semptomlar ile cinsel sorunları arasında bir ilişki bulunmaması, cinsel sorunlarda diğer menopozal semptomların etkisinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu durum kadınların menopoza bakış açıları ve kültürel özellikleri ile ilişkili olabileceği için psikolojik sorunların ve bunun cinsel sorunlarla ilişkisinin daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

4.4. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Kadınların yaşı ile kadın cinsel fonksiyonu ($p= 0.008$), cinsel doyum ($p=0.04$) ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçek ($p=0.001$) medyan değerleri arasında anlamlı bir fark olduğu, cinsel ilişkide rahatsızlık medyan değeri arasında ise önemli bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). KCFSİ medyan değeri 40-44 ve 45-49 yaş grubunda 25.00 (10.00-41.00 ve 10.00-40.00), 50-54 yaş grubunda 24.00 (10.00-33.00) iken, 55-59 yaş grubunda 18.00 (10.00-33.00)’e düşmektedir Yaş arttıkça cinsel fonksiyon puanları düşmekte, diğer ifade ile cinsel problemler artmaktadır. Ayrıca, yaşın artışı cinsel doyumun azalmasına ve cinsel ilişki sıklığının düşmesine neden olmaktadır (Çizelge 3.8.1). Ancak, menopoz yaşının, dolayısıyla menopozda geçirilen sürenin KCFSİ ve alt ölçeklerinin medyan değerleri üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Çizelge 3.8.3).

Kadınlarda menopoz döneminden sonra cinsel istek ve uyarılmada azalma olması östrojen ve androjen hormonlarındaki azalmaya bağlı olarak beklenen fizyolojik bir durumdur. Cinsel istek ve uyarılma bozuklukları yaşlı kadınlarda genç kadınlardan daha

yaygındır. Yaşın artmasıyla birlikte kadınlarda hem hormon seviyesindeki düşüş, hem de menopozun getirdiği ürogenital atrofi ve kas-iskelet sistemi sorunları gibi nedenlerle cinsel ilgi giderek azalır (Bartlik ve Goldstein 2000, Buster ve ark. 2005, Amore ve ark. 2006, Yücel 2006). Cinsel ilginin 20-29 yaş arası kadınlarda %60, 60-70 yaş arası kadınlarda ise %27 olduğu bildirilmiştir (Hartmann ve ark. 2004). Çayan ve ark. (2001) cinsel fonksiyon problemlerinin yaş ilerledikçe arttığını saptamışlardır (18-27 yaş %21.7, 28-37 yaş %25.5, 38-47 yaş %3.5, 48-57 yaş %65.9, 58-67 yaş %92.9). Benzer olarak Öksüz ve Malhan (2006), cinsel disfonksiyonun yaş ile artış gösterdiğini bulmuşlardır. Cinsel disfonksiyon oranları 18-30 yaş arasında %41 ve 31-45 yaş arasında %53.1 iken, 46-55 yaş arasında %67.9'a yükselmiştir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bir çalışmada artan yaşın kadınlarda lubrikasyon problemlerine neden olduğu bulunmuştur (Laumann ve ark. 2005). Ayrıca cinsel işlev bozukluğunun ilerleyen menopozla arttığı ve premenopozal kadınlarla karşılaştırıldığında postmenopozal kadınlardaki cinsel işlev bozukluğunun 2.3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Gracia ve ark. 2007). Kadının yaşının ve doğal olarak menopozda geçen sürenin artması ile cinsel fonksiyon bozuklukları arasında ilişki bulunmuştur (Kesim ve ark. 2008). Bir başka çalışmada da yaşın artması ile cinsel fonksiyon bozuklukları sıklığının arttığı bildirilmektedir (Karakoyunlu 2007).

Bazı çalışmalar kadınların cinsel fonksiyon değişikliklerinin ilerleyen yaşın etkisiyle mi, yoksa menopozal durumla mı ilgili olduğu konusunu birbirinden ayırmaya çalışmıştır. Hallstrom (1977)'un Gothenburg çalışmasında kadınlar yaş grupları yerine yaş tabakalarına ayrılmıştır. Buna göre her yaş grubunda premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal kadınları içeren 38, 46, 50 ve 54 yaş grupları oluşturulmuştur. Yaş kontrol edildiğinde menopozal durum ve düşük cinsel işlevsellik arasındaki ilişki anlamlılığını korurken, menopozal dönem sabit tutulduğunda yaş ve cinsel işlevsellik arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu durum cinsel fonksiyon üzerinde menopozun önemli bir bağımsız katkısı olduğunu düşündürmektedir. Diğer bazı kesitsel çalışmalar da menopozal durumun cinsel işlevsellik üzerinde anlamlı bağımsız etkisini destekler şekildedir (Hunter ve ark. 1986, Dennerstein ve ark. 1994). Benzer şekilde Nappi ve Nijland (2008), libidoda azalma ve vajinal kuruluk gibi menopozal belirtilerin görülmediği kadınların yaştan etkilenmediklerini ve cinsel hayatlarından son derece memnun olduklarını belirtmişlerdir. Altınsoy (2002) menopoz yaşının cinsel yaşam üzerine etkili olduğunu ve klimakteriuma geç girenlerin cinsel yaşamla ilgili sorunlarının daha az

olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, menopozda geçirilen süre arttıkça cinsel doyumun azaldığı vurgulanmaktadır (Varma ve ark. 2006). Buna karşın yaşın cinsel yaşam üzerinde etkili olmadığını (Güvel ve ark.2003, Tortumluoğlu 2003, Yücel 2006) ve menopozda geçirilen sürenin disparoni ve cinsel istekte azalmaya neden olmadığını (Yücel 2006, Erdem 2006) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada yaş veya menopozun bağımsız etkileri kontrol edilmemiş, yaş arttıkça cinsel doyum, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek ve genel cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaya alınan kadınların tümünün postmenopozal evrede olmasıdır. Çalışma bulguları, cinsel fonksiyonlarda saptanan azalmanın yukarıdaki bilgiler doğrultusunda yaşın yanında menopozun olumsuz etkilerinden de kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Örneklemdaki kadınların KCFSİ medyan değeri eğitim düzeyi yükseldikçe artış göstermiştir [İlkokul+ortaokul=21.00 (10.00-36.00), Lise ve üzeri=24.00 (10.00-41.00)]. Ancak, eğitim düzeyinin KCFSİ ve alt ölçekleri üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Çizelge 3.8.2). Araştırma bulguları ile paralel şekilde bazı çalışmalar eğitim düzeyi ile cinsel fonksiyonlar arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir (Güvel ve ark. 2003, Tortumluoğlu 2003 ve Yücel 2006). Buna karşın Demirezen ve ark. (2006) eğitim durumunun cinsel fonksiyon üzerinde etkili olduğunu, ilkokul mezunu olan kadınların cinsel fonksiyon puanlarının lise mezunu kadınlara göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Yeni ve ark. (2001) ve Karakoyunlu (2007) da düşük eğitim düzeyi ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki olduğunu belirtmektedirler. Tashbulatova (2007) ise eğitim düzeyi arttıkça cinsel istek, tatmin ve orgazm olmada artış olduğunu saptamıştır. Bu çalışmaya en az ilkokul mezunu olan kadınların alınması, literatüre göre örneklemin eğitim düzeyinin görece daha yüksek olmasına neden olmuştur. Araştırma bulguları, kadınların eğitim düzeyinin postmenopozal dönemde yaşanan cinsel sorunlardaki tartışmalı rolünün sosyokültürel özellikler gibi diğer değişkenler de göz önünde bulundurularak incelenmesi gereksinimine işaret etmektedir.

Örneklemdaki kadınların menopoz döneminde HRT alma durumu (Çizelge 3.8.4) ve HRT süresi (Çizelge 3.8.5) KCFSİ ve alt ölçeklerinde önemli bir etki oluşturmamıştır ($p>0.05$). Yücel (2006), HRT kullanımı ile cinsel sorun yaşama arasındaki farkı anlamlı, ancak tedavi süresi ile cinsel sorun yaşama arasındaki farkı anlamsız bulmuştur (Yücel 2006). Bununla birlikte Varma ve ark. (2006) çalışma bulgularına paralel olarak, HRT

kullanan ve kullanmayan kadınlarda cinsel doyum açısından bir farklılık saptamamışlardır. Benzer olarak Erdem (2006) menopoza yönelik bir tedavi almanın ve alınan tedavi türünün cinsel istek ve disporoni üzerine etkisinin olmadığını bildirmiştir. Çalışmada HRT kullanma oranı düşük bulunmuştur (%18.9) ve HRT kullananların yarıya yakını (%40.4) tedaviyi bir yıldan kısa sürede bırakmışlardır (Çizelge 3.3.1). Ayrıca çalışmada kadınların HRT'yi düzenli kullanıp kullanmadıkları sorgulanmamıştır. Burada HRT kullanma süresinin cinsel fonksiyonun olumlu yönde gelişmesini etkileyecek kadar uzun olmadığı düşünülebilir.

Katılımcıların menopoza girmeden önceki cinsel yaşamlarına ilişkin düşünceleri, menopoz sonrası sadece cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği medyan değerlerini etkilemiştir ($p=0.042$) (Çizelge 3.8.6). Menopoz öncesi düzenli ve tatmin edici cinsel yaşantısı olanların düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olmayanlara göre, menopoz sonrası cinsel ilişki sıklığı/cinsel istek medyan değerlerinin daha fazla olduğu [9.00 (4.00-15.00)-4.50 (4.00-12.00)], yani cinsel ilişki sıklığı/cinsel isteklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoz öncesi cinsel yaşamlarının nasıl olduğuna ilişkin düşünceleri KCFSİ'ye göre menopoz sonrası cinsel fonksiyonlarını, cinsel doyumlarını ve cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama durumlarını etkilememiştir ($p>0.05$). Bir çalışmada klimakterium öncesi cinsel sorunları olan kadınların klimakteriuma girdikten sonra sorunlarının arttığı bulunmuştur. Klimakterium sonrası kadınların %52.3'ünün cinsel sorun yaşadığı ve cinsel ilgide ve cinsel ilişki sıklığında azalmanın sıkça görüldüğü bildirilmiştir (Altınsoy 2002). Yücel (2006), menopoz öncesi düzenli cinsel yaşamın menopoz sonrası cinsel sorun yaşama durumuna etkisinin olmadığını, ancak menopoz sonrası düzenli cinsel yaşamı olmayanların cinsel sorun yaşadıklarını tespit etmiştir. Çalışmada da literatürle paralel bulguların elde edilmesi beklenen bir durumdur.

Kadınların menopozun cinsel yaşamlarına etkisiyle ilgili düşünceleri, genel cinsel fonksiyonlarını ($p=0.01$), cinsel doyumlarını ($p=0.038$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama durumlarını ($p=0.009$) anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür. Menopoz öncesine göre menopoz sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade eden kişilerin cinsel problemler [medyan=21.00 (10.00-41.00)] ile cinsel ilişkide rahatsızlık problemlerini [medyan=6.00 (2.00-12.00)] daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca, bu kişilerin cinsel doyumları da daha düşük saptanmıştır [medyan=5.00 (4.00-14.00)] (Çizelge 3.8.7).

Güngör (2003) kadınların %47.9'unun menopozda cinsel isteğin azalacağını, ayrıca %49.9'unun cinselliğin sadece gençlik çağına özgü olduğunu ifade ettiklerini belirlemiştir. Dennerstein ve ark. (2001) 45-55 yaş arası 86 kadında yaptıkları çalışmada, menopoz öncesine göre postmenopozal dönemde cinsel aktivite sıklığında ve libidoda azalma, dispareniye ise artış olduğunu saptamışlardır. Menopoz dönemindeki kadınların cinselliğe bakış açılarının cinsel disfonksiyon görülme üzerinde etkili olduğu, böyle düşünen kadınların cinsel yaşamlarında problem olduğu ve menopozun cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği, ayrıca menopoz sonrası cinsel ilişkinin ayıp/uygunsuz olduğunu ifade eden kadınların cinsel fonksiyon puanlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Aslan ve ark. 2008). Çalışmadan elde edilen bulgular genel olarak literatürle benzerdir. Örneklemi oluşturan kadınların farklı sosyoekonomik düzeydeki (Çizelge 3.1.1) ve farklı bölgelerde yaşayan kadınlardan oluştuğu dikkate alınırsa bulgular, kadınların menopozla birlikte cinsel yaşama ilişkin olumsuz yargılarının olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Kadınların menopoz sonrası cinsel sorunları için sağlık kuruluşuna gitme durumları ile menopoz dönemindeki cinsel problemleri için ilaç ve ilaç niteliği taşımayan ürün kullanma durumları KCFSİ ve alt ölçek medyan değerlerinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.8.8, Çizelge 3.8.9). Kara yılan otu, meyan kökü ve ginseng'in menopoz sırasında enerji ve bedende iyilik duygusu ile cinsel isteği arttırdığı, ayrıca içerdikleri fitoöstrojen nedeniyle cinsel problemler için kullanılabileceği, ancak mutlaka hekim bilgisi ve kontrolünde kullanılması gerektiği bildirilmektedir (Eker ve ark. 2007). Ancak, çalışmada kullanılan bitkisel ürünlerin cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (Çizelge 3.8.10). Bu durum kadınların bu ürünleri kullanmak için herhangi bir sağlık personelinden profesyonel öneri almamış olmaları, daha çok kendi kendilerine ya da arkadaşlarının önerileri ile hareket etmelerinin sonucu olabilir. Cinsel sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma durumunun cinsel fonksiyon üzerine etkisinin olmaması ise kadınların tedavilerini düzenli kullanmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca önyargı/tabu, gelenek/görenekler ve stres gibi birçok faktör de etkili olabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesi'ne başvuran kadınlarla menopozal semptomlar ile cinsel yaşamları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

5.1.1. Kadınların Menopoz ve Menopozal Semptomlarına İlişkin Sonuçlar

Kadınların menopoz yaşı ortalaması 45.34 ± 4.87 'dir. Beklendiği gibi kadınların %36.9'u 45-49 yaşlarında menopoza girmişlerdir (Çizelge 3.3.1.).

Katılımcıların %18.9'u menopoz döneminde HRT görmüşlerdir. HRT büyük oranda beş yıldan daha kısa süre kullanılmaktadır. Örneklemin %40.4'ü bir yıldan daha kısa süre, %44.7'si ise 1-4 yıl HRT kullanmıştır (Çizelge 3.3.1.).

MSDÖ puan ortalaması 22.58 ± 6.31 , somatik şikayetler alt ölçeği puan ortalaması 8.55 ± 2.77 , psikolojik şikayetler alt ölçeği puan ortalaması 8.16 ± 3.04 , ürogenital şikayetler alt ölçeği puan ortalaması da 5.86 ± 2.36 'dır. Kadınların yarıya yakınının menopozal ve ürogenital semptomları, her üç kadından birinin de somatik ve psikolojik semptomları daha yoğun yaşadıkları tespit edilmiştir (Çizelge 3.4.1).

Kadınlar menopozal semptomları şiddetli olarak yaşamaktadırlar. Somatik semptomlardan sıcak basması ve terleme şikayeti tüm kadınlar tarafından en çok yaşanan ($\bar{x} = 2.42 \pm 1.01$) semptomdur. Kadınların yarısından fazlası (%53.4) bunu şiddetli olarak yaşamaktadır. Kadınların %41.4'ü eklem ve kas rahatsızlıklarını ($\bar{x} = 2.17 \pm 1.14$), %36.9'u uyku sorunlarını ($\bar{x} = 2.06 \pm 1.06$) ve %32.9'u kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissini ($\bar{x} = 1.87 \pm 1.10$) şiddetli olarak yaşamaktadırlar (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1).

Psikolojik şikayetlerden endişe/kaygı kadınların ($\bar{x} = 1.79 \pm 1.06$) %34.5'i tarafından orta şiddette yaşanırken, sinirlilik %43'ü ($\bar{x} = 2.30 \pm 1.00$), keyifsizlik %36.9'u ($\bar{x} = 2.05 \pm 0.99$) ve fiziksel ve zihinsel yorgunluk %35.3'ü ($\bar{x} = 2.02 \pm 1.01$) tarafından şiddetli olarak yaşanmaktadır (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1).

Ürogenital semptomlardan cinsel sorunlar (2.08 ± 1.16) kadınların %32.9'u, idrar sorunları ($\bar{x} = 1.86 \pm 1.08$) %32.5'i ve vajinal kuruluk ($\bar{x} = 1.92 \pm 1.09$) %31.7'si tarafından şiddetli olarak yaşanmaktadır (Çizelge 3.4.1, Grafik 3.4.1).

Kadınların birden fazla menopozal yakınma nedeniyle doktora başvurdıkları, en sık terleme ve sıcak basması (%82.7), sinirli olma (%77), uyku sorunları (%61.7), cinsel sorunlar (%61.3), eklem ve kas sorunları (%59.3), kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissi (%58.9), vajinal kuruluk (%58.5), idrar sorunları (%56) ve keyifsizlik (%52) nedeniyle doktora gittikleri saptanmıştır. Endişe, kaygı (%48) ve fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%45) nedeniyle daha düşük oranda doktora başvurulmuştur (Çizelge 3.3.2)

5.1.2. Kadınların Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sonuçlar

Menopoz öncesi kadınların %92'sinin düzenli ve tatmin edici bir cinsel yaşamları olduğu, menopoz sonrası ise %77.1'inin cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Kadınların menopoz sonrası eşine karşı cinsel isteği (%76.3) ve cinsel ilişki sıklığı (%79.1) azalmıştır (Çizelge 3.5.1).

Kadınların %49'u KCFSİ'den ($\bar{x}=21.29\pm7.98$), %54.2'si cinsel doyum alt ölçeğinden ($\bar{x}=6.90\pm3.19$), %49.4'ü cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeğinden ($\bar{x}=8.06\pm2.94$) ve %50.6'sı cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeğinden ($\bar{x}=6.32\pm3.15$) ortalama puandan daha düşük puan almışlardır. Buna göre kadınların yarıdan fazlasının cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık, yaklaşık yarısının da cinsel ilişki sıklığı/libido ve genel cinsel sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.6.1).

Cinsel doyum alt ölçeğinde kadınların yaklaşık yarısının (%49) son dört hafta içindeki cinsel ilişkilerinin hiç doyurucu olmadığı ($\bar{x}=2.07\pm1.26$), %45.8'inin aynı süre içindeki cinsel yaşamlarının genel olarak hiç doyurucu olmadığı ($\bar{x}=2.09\pm1.24$) ve %54.2'sinin hiç orgazm olmadığı ($\bar{x}=2.73\pm0.90$) saptanmıştır (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1).

Cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeğinden kadınların aldığı en düşük puan ortalaması cinsel istek sıklığına ($\bar{x}=1.78\pm0.87$) aittir. Kadınların %48.6'sı son dört hafta içinde hiç cinsel istek duymamıştır. Bunu cinsel istek düzeyi, klitoral duyarlılık, cinsel ilişki sıklığı (Sırası ile puan ortalamaları = 1.92 ± 0.83 , 1.95 ± 0.89 ve 2.39 ± 1.11) izlemiştir (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1).

Cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeğinde vajinal kuruluk puan ortalaması 3.08 ± 1.64 ve cinsel ilişkide rahatsızlık puan ortalaması 3.24 ± 1.64 olarak bulunmuştur. Kadınların %30.9'unun çoğunlukla ve her zaman vajinal kuruluk yaşadığı ve %28.9'unun bazen, %21.3'ünün de çoğu ve her zaman cinsel birleşme sırasında rahatsızlık yaşadığı bulunmuştur (Çizelge 3.6.1, Grafik 3.6.1).

Kadınların sadece %4.4'ü cinsel problemleri için sağlık kuruluşuna başvurmuş, sadece bir kadın cinsel ilişki problemleri için ilaç kullanmıştır. Kadınların %13.3'ü cinsel problemleri için ilaç niteliği taşımayan ürünler kullanmışlar (Çizelge 3.5.1) ve en çok bitkisel çaylar (%69.7) ile vajinal olarak uygulanan bitkisel ürünler (%24.2) ve kayganlaştırıcılar (%18.2) tercih edilmiştir. Bu ürünleri en çok (%30.3) arkadaşlarının önerisi ile kullanmışlardır.

5.1.3. Kadınların Menopoz Semptomları ve Cinsel Yaşamları Arasındaki İlişkilere Ait Sonuçlar

MSDÖ ile KCFSİ'nin cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında negatif bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.219$, $p=0.001$). Menopoz semptomları arttıkça cinsel ilişkide rahatsızlık da artmaktadır. MSDÖ ile KCFSİ cinsel doyum ve ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Çizelge 3.7.1).

MSDÖ somatik şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ'nin cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında da negatif bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.194$, $p=0.002$). Somatik menopozal şikayetler arttıkça cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama da artmaktadır. MSDÖ somatik şikayetler ölçeği ile KCFSİ, cinsel doyum ve ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Çizelge 3.7.1).

MSDÖ psikolojik şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ genel, cinsel doyum, cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasındaki ilişkiler de önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Çizelge 3.7.1).

MSDÖ ürogenital şikayetler alt ölçeği ile KCFSİ ($r=-0.179$, $p=0.05$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği ($r=-0.253$, $p=0.000$) arasında oldukça önemli negatif ilişkiler bulunmuştur. Ürogenital şikayetlerin artışı bir yandan cinsel ilişkiden duyulan rahatsızlığı artırırken, diğer yandan da genel cinsel fonksiyonun olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Buna karşın, MSDÖ ürogenital şikayetler alt ölçeği ile cinsel doyum ve ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri arasında önemli bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Çizelge 3.7.1).

5.1.4. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Menopoz Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sonuçlar

Kadınların yaşı ile KCFSİ ($p= 0.008$), cinsel doyum ($p=0.04$) ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçekleri ($p=0.001$) arasında anlamlılık saptanmıştır. Yaş arttıkça cinsel

fonksiyon puanları düşmekte, yani cinsel problemler artmaktadır. Ayrıca, yaşı artışı cinsel doyumun azalmasına ve cinsel ilişki sıklığının düşmesine neden olmaktadır (Çizelge 3.8.1).

Menopoza girmeden önceki cinsel yaşam cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği medyan değerlerini etkilemektedir. Menopoz öncesi düzenli ve tatmin edici cinsel yaşantısı olanların olmayanlara göre menopoz sonrası cinsel ilişki sıklıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.042$, Çizelge 3.8.6).

Menopoz öncesine göre cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınların cinsel problemleri ($p=0.01$) ve cinsel ilişkide rahatsızlıkları ($p=0.009$) daha fazla, cinsel doyumları ise daha düşüktür ($p=0.038$, Çizelge 3.8.7).

Kadınların eğitim düzeyi (Çizelge 3.8.2), menopoz yaşı (Çizelge 3.8.3), menopoz döneminde hormon replasman tedavisi alma durumu (Çizelge 3.8.4) ve tedavi süresi (Çizelge 3.8.5), cinsel sorunları için sağlık kuruluşuna başvurma durumu (Çizelge 3.8.8), menopoz dönemindeki cinsel problemleri için ilaç dışı ürün kullanma durumu (Çizelge 3.8.9) KCFSİ ve alt ölçek medyan değerlerinde önemli bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$).

5.2. Öneriler

Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- ❖ Kadınlar düşük oranda ve beş yıldan daha kısa süre HRT kullandıkları için, menopoz ünitesine başvuran kadınlara HRT, etki ve yan etkileri, kullanım süreleri ve dikkat edilecek noktalar hakkında bilgi verilmesi,
- ❖ Menopozal semptomlar kadınların önemli bir bölümü tarafından şiddetli olarak yaşandığı için, menopozal semptomların şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltmaya ve bunlarla baş etmeye yönelik bilgilendirme ve eğitimlerin yapılması ve kadınların bu konularda desteklenmeleri,
- ❖ Kadınlar başta somatik semptomlar olmak üzere psikolojik ve ürogenital menopoz semptomlarını fazla oranda yaşadıkları ve en çok bu nedenlerle doktora başvurdıkları için, kadınlara menopozal semptomların sağlığa olan olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik planlı eğitimler verilmesi ve bu konularda olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması,
- ❖ Kadınlar menopozal semptomlar içinde cinsel problemleri de önemli oranda ve şiddetli şekilde yaşadıkları ve menopoz sonrası cinsel yaşamları olumsuz etkilendiği için, eğitimlerde özellikle cinsel sorunlara da yer verilmesi, menopozun cinsel yaşama olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik bilgilendirme ve eğitimlerin yapılması ve cinsel danışmanlık hizmetlerinin bu doğrultuda geliştirilmesi,
- ❖ Kadınların menopoz öncesine göre menopoz sonrası cinsel yaşamları olumsuz etkilendiği için, cinsel danışmanlık hizmetlerinin menopoz dönemindeki kadınlara verilecek danışmanlık hizmetleri içine entegre edilmesi ve kurumlarda poliklinikler dışında cinsellik gibi kadınların paylaşımda zorluk yaşadıkları konuların görüşüleceği uygun fiziksel ortamın yaratıldığı bir oda oluşturulması ve ayrıca danışmanlık hatları kurulması,
- ❖ Kadınların yaklaşık yarısının menopoz sonrası cinsel problemi vardır ve çok az bir kısmı cinsel problemleri için sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar. Ayrıca, cinsel problemleri için daha çok tıbbi olmayan ajanları kullanmaktadırlar. Bu nedenle menopoz polikliniğine başvuran kadınların cinsel problemleri ve davranışları yönünden sorgulanması, cinsel problemlerini azaltmaya yönelik girişimlerde

- ❖ Kadınların yarıdan fazlasının cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık, yaklaşık yarısının da cinsel ilişki sıklığı/libido ve genel cinsel sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Kadınların yarıdan fazlasının son dört haftada vajinal kuruluk ve cinsel ilişkide rahatsızlık yaşadığı, yarısının hiç orgazm olmadığı, yaklaşık yarısının cinsel ilişkilerinin hiç doyurucu olmadığı ve hiç cinsel istek duymadığı saptanmıştır. Bu nedenle menopozun cinsel yaşama olan etkilerinin anlaşılması ve bu sorunlarla baş etmelerini sağlamak için neler yapılacağı konusunda eğitimlerin yapılması,
- ❖ MSDÖ, somatik semptomlar ve ürogenital ile cinsel ilişkide rahatsızlık ve ürogenital semptomlar ile KCFSİ arasında negatif ve önemli bir ilişki saptanmıştır. Bu nedenle polikliniğe başvuran kadınlarda yaşanan menopozal semptomların cinsel yaşama etkilerinin sorgulanması, bunun için standart formların geliştirilerek kayıtların tutulması, kadınların cinsel sorunlar yönünden izlenmeleri ve bu sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- ❖ Kadınların yaşı ve menopoz öncesi cinsel yaşamları menopoz sonrası cinsel yaşam üzerinde önemli etkilere sahip olduğundan, cinsel sorunların çözümüne yönelik olarak yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde kadınların bireysel ve sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınması,
- ❖ Menopoz sonrası cinsel yaşamın menopoz öncesine göre olumsuz etkilendiğinin belirtilmesi nedeniyle, cinsel sorunların ve nedenlerinin net olarak belirlenebilmesi için bu konuda niteliksel araştırmaların yapılması,
- ❖ MSDÖ ve KCFSİ'nin normal dağılım göstermemesi kadınların sosyokültürel özellikleri nedeniyle cinsel sorunları farklı algılamalarından, ayrıca görüşmenin muayene öncesi bekleme salonunda yapılmasına bağlı endişeli olmalarından kaynaklanabilir. Bu nedenle araştırmanın daha büyük bir örneklem grubunda ve cinsel sorunların daha rahat görüşülebileceği kurum içindeki özel bir danışmanlık odasında veya ev ortamında tekrar edilmesi,
- ❖ Araştırmada somatik ve ürogenital şikayetler alt ölçeğinin cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0.70'in altında bulunmuştur. MSDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışmasının farklı sosyokültürel özelliklere sahip gruplarda tekrarlanması,
- ❖ Araştırmanın örneklemini Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran kadınlarla sınırlı olduğu ve sonuçlar

- ❖ Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 52.30 ± 6.06 ve menopoz yaşı 45.34 ± 4.87 'dir ve yaş ile menopoz yaşının etkileri ayırt edilememiştir. Bu nedenle menopoz yaşını ya da yaşın etkisini sabit tutarak menopozun cinsel yaşama etkisini ortaya çıkaracak çalışmaların yapılması,
- ❖ Farklı yaş gruplarında bulunan kadınların farklı cinsel sorunları belirtmeleri nedeniyle, çalışmanın farklı yaş gruplarında karşılaştırmalı olarak yapılması,
- ❖ Çalışmada çalışan kadın sayısı azdır ve ilkokul ve altı eğitim gören kadınlar örnekleme bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmanın farklı sosyokültürel gruplardaki kadınlarda ve karşılaştırmalı olarak tekrar edilmesi,
- ❖ Kadınların menopoz öncesi cinsel yaşamları ayrıntılı olarak sorgulanmadığından, menopoz sonrası belirtilen cinsel sorunların menopoz öncesinde yaşanan cinsel sorunlardan mı, yoksa menopozal semptomlardan mı kaynaklandığı net bir şekilde ortaya konulamamıştır. Bu nedenle menopoz öncesi ve sonrası cinsel yaşamın sorgulandığı karşılaştırmalı çalışmaların yapılması,
- ❖ Çalışmada kadınların menopoz semptomlarını ve cinsel yaşamla ilgili sorunları yoğun olarak yaşadıkları, özellikle cinsel ilişkide yaşanan rahatsızlığın somatik ve ürogenital menopozal semptomlar ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. İlgili değişkenlerin cinsel fonksiyonlar üzerinde yarattığı söz konusu etkilerin nedenlerini araştırmaya yönelik klinik araştırma, olgu incelemesi/alan araştırması ve niteliksel araştırmaların yapılması sorunların çözümüne ışık tutacaktır.

ÖZET

Araştırma, menopozal semptomlarla cinsel yaşam arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesi'nde yapılmıştır. Örneklem 249 kadından oluşmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından literatüre göre oluşturulan soru formu, MSDÖ ve KCFSİ ile 18.02.2008–28.03.2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma için resmi izinler, etik onay ve katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Veriler betimsel istatistik yöntemleri, güvenirlilik analizi, Kolmogorov-Smirnov testi, Pearson korelasyon analizi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Yaş ortalaması 52.30 ± 6.06 olan kadınların %72.3'ü ilkokul mezunu ve %67.9'u ev hanımıdır. Menopoz yaşı ortalaması 45.34 ± 4.87 'dir. Kadınların %18.9'u HRT almıştır.

Kadınların yarıya yakını menopozal ($\bar{x} = 22.58 \pm 6.31$) ve ürogenital semptomları ($\bar{x} = 5.86 \pm 2.36$), üç kadından biri somatik ($\bar{x} = 8.55 \pm 2.77$) ve psikolojik semptomları ($\bar{x} = 8.16 \pm 3.04$) şiddetli olarak yaşamaktadır. En çok sıcak basması/terleme (%53.4), en az (%34.5) endişe/kaygı yaşanmaktadır.

Kadınların %77.1'inin cinsel yaşamı olumsuz etkilenmiş, %76.3'ünün eşine karşı cinsel isteği, %79.1'inin cinsel ilişki sıklığı azalmıştır. Kadınların yarıdan fazlası cinsel doyum ($\bar{x} = 6.90 \pm 3.19$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($\bar{x} = 6.32 \pm 3.15$), yaklaşık yarısı da cinsel ilişki sıklığı/libido ($\bar{x} = 8.06 \pm 2.94$) ve genel cinsel sorunlar ($\bar{x} = 21.29 \pm 7.98$) yaşamaktadırlar. En fazla cinsel ilişkide rahatsızlık (%69.5) ve vajinal kuruluk (%68.7) saptanmıştır. Sadece %4.4'ü cinsel problemleri için sağlık kuruluşuna başvurmuş, %13.3'ü ilaç dışı ürünler kullanmışlardır.

MSDÖ ve MSDÖ'nün somatik şikayetler alt ölçeği ile cinsel ilişkide rahatsızlık, ürogenital şikayetler ile KCFSİ ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği arasında önemli ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.05$)

Yaşın artması, menopoza girmeden önceki cinsel yaşamın doyuruculuğu ve menopoz sonrası cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi cinsel fonksiyon puanlarını düşürmektedir ($p < 0.05$).

Anahtar kelimeler: Menopoz, menopozal semptomlar, cinsel yaşam, kadın

SUMMARY

This research has been conducted in Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesi in order to determine the relation between the menopausal symptoms and sexual life both descriptively and sectionally. The sampling was composed of 249 women. The data has been collected by the researcher, with MSDÖ and KCFSİ, between 18.02.2008 and 28.03.2008, via the surveys which were prepared in accordance with the literature.

The data has been evaluated by descriptive statistical methods, reliability analysis, Kolmogorov-Smirnov test, Pearson correlation analysis and Kruskal Wallis and Mann Whitney U test. The official permits, ethical approvals and written and oral agreements from the contributors are taken for the research.

The women had an age average of 52.30 ± 6.06 of which 72.3% were primary school graduates and 67.9% were housewives. The average of menopause is 45.34 ± 4.87 . The %18.9 of women took HRT.

Approximately half of the women are experiencing menopausal ($\bar{x} = 22.58 \pm 6.31$) and urogenital ($\bar{x} = 5.86 \pm 2.36$), one third of the women are experiencing somatic ($\bar{x} = 8.55 \pm 2.77$), and psychological ($\bar{x} = 8.16 \pm 3.04$) symptoms violently. The most fever / sweating (53.4%) and the least (34.5%) anxiety/worry is seen.

77.1 % of the women's sexual lives were affected negatively; %76.3 of the women's sexual desires and %79.1 of the women's sexual intercourse frequency decreased. More than the half of the women experienced sexual dissatisfaction ($\bar{x} = 6.90 \pm 3.19$) and discomfort in sexual intercourse ($\bar{x} = 6.32 \pm 3.15$) and the other half experienced sexual intercourse frequency / libido ($\bar{x} = 8.06 \pm 2.94$) and general sexual problems ($\bar{x} = 21.29 \pm 7.98$). The most experienced problems are discomfort in sexual intercourse (%69.5) and vaginal dryness (%68.7). However only 4.4 % have applied to medical institutions and 13.3% have tried any products other than medicine for their sexual problems.

Important relationships have been found between MSDÖ general scale and KCFSİ general scale and problems in sexual intercourse, urogenital complaints and KCFSİ general scale and sexual intercourse, somatic complaints and KCFSİ general scale and sexual intercourse lower scale. ($p < 0.05$)

The increase of age, the satisfaction of sexual life before menopause and negatively influence of sexual life after menopause decreases the sexual function scores. ($p < 0.05$)

Key Words: Menopause, menopausal symptoms, sexual life, women

KAYNAKLAR

Albaugh JA, Kellogg-Spadt S (2003) *Sexuality and sexual health: the nurse's role and initial approach to patient*, Urologic Nursing, 23(3): 227-228.

Altınsoy N (2002) *Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Amore M, Donato PD, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, Zucchini S (2006), *Sexual and psychological symptoms in the climacteric years*, Maturitas, 56(3): 303-311.

Api M (2005), *Menopause and sexuality*, Journal Turkish German Gynecol Assoc, 6(3): 28-36.

Aristotelis G, Davis A, Ghafar M, Bunchardt M, Shabsigh R (2002) *The epidemiology and definition of female sexual disorders*, World Journal Urology, 20(2): 74-78.

Arslan H, Altınsoy N (2004) *Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi*, Androloji Bülteni, 19: 360-363.

Arslan H, Ergin AB, Potur DC, Bilgin NÇ (2008) *İnfertil çiftlerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi*, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 18(6): 364-371.

Arslan H, Gürkan CÖ, Yiğit FE, Ekşi Z (2004) *Menopoz dönemindeki kadınların cinsel yaşamlarının değerlendirilmesi*, Sağlık ve Toplum, 14(4): 67-74.

Aslan E, Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T (2008) *Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi*, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 5(4): 263-268.

Astbury EM (2003) *Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience?*, Sexual and Relationship Therapy, 18(4): 437-445.

Atasü T, Güreli N (2007), *Sağlıklı Menopoz*, Özgür Yayınları, s: 92-100, İstanbul.

Avis NE (2003) *Depression during the menopausal transition*, Psychology of Women Quarterly, 27(5): 91-100.

Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA (2005) *Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*, Menopause, 12(4): 385-398.

Aygin D (2005) *Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Aygin D, Aslan FE (2005) *Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız?* Androloji Bülteni, 22: 264-267.

Bartlik B, Goldstein MZ (2000) *Practical geriatrics: maintaining sexual health after menopause* Psychiatr Services, 51(6): 751-753.

Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N (2002) *Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder*, J Women's Health Gend Based Med, 11(4): 367-377.

Bastos CA, Oppermann K, Fuchs SC, Donato GB, Spritzer PM (2006) *Determinants of ovarian volume in pre-menopausal transition, and post-menopausal women: a population-based study*, Maturitas, 53(4): 405-412.

Baştürk M, Tayyar M, Kuğu N, Gönül AS, Reyhancan M, Yabanoğlu İ (1996) *Menopoz kliniğine başvuran kadınlarda psikiyatrik değerlendirme*, 4. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi, 1996, İstanbul, Bildiriler, s: 273-280.

Bayam L, Eğici MT, Bayam FB, Yenigün M (2007) *Postmenopozal olgularda psikiyatrik depresyon, anksiyete envanterleri ile hormon seviyeleri arasında ilişki varlığı* Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17: 73-80.

Bayram GO (2005) *Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bekiroğlu N, Gürbüz A, Konyahoğlu R, Ayas S, Alkan A, Eren S (2008) *The comparison of menopause rating scale, kupperman index and nottingham health profile by means of reliability measures and responsiveness indexes among menopausal women*, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 39(1): 11-16.

Berger G, Wenzel E (2001) *Women, body and society. Cross-cultural differans in menopause experiences*, Erişim Adresi: [http://www.ldb.org/menopaus.htm], Erişim Tarihi: 25.07.2009.

Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, Cantey-Kiser J (2001) *Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder*, J Sex Marital Ther, 27(5): 411-420.

Berman LA, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA (2003) *Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience*, Fertil Steril, 79(3): 572-576.

Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öñiz A, Kindiroğlu N (2004) *Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi*, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(3): 199-207.

Burger H, Bovlet MA (1991) *Portrait of the menopause*, The Parthenon Publishing Group, 23-43, London.

Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, Rodenberg CA, Wekselman K, Casson P (2005) *Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial*, Obstet Gynecol, 105 (5): 944-952.

Cairu L, Göran S (2003) *Menopause-related symptoms*, Am J Obstet Gynecol, 189(6): 1646-1653.

Carolan M (2000) *Menopause: Irish women's voices*, Journal of Obsteric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 29(4): 397-404.

Casini ML, Marelli G, Papaleo E, Ferrari A, D'Ambrosio F, Unfer V (2006) *Psychological assesment of the effects of treatment with phytestrogens on postmenopausal women: a randomized, double-blind, crossover, placebo-controlled study*, Fertility and Sterility, 85(4): 972-978.

Castelo BC, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, Gramegna G (2003) *Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy*, J Obstet Gynaecol, 23(4): 426-430.

Chervenak J, Santoro N (1999) *Prenopausal changes: what are they and how can we manage the symptoms and problems*, Infertility and Reproductive Medicine, 10(2): 343-358.

Cohen LS, Soares CN, Joffe H (2005) *Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition*, The American Journal of Medicine, 118(12): 93-97.

Connell K, Guess MK, Bleustein CB, Powers K, Lazarou G, Mikhail M, Melman A (2005) *Effects of age, menopause, and comorbidities on neurological function of the female genitalia*, Int J Impot Res, 17(1): 63-70.

Çağlayan EK (2004) *Hormon replasman tedavisinin perimenopoz ve postmenopozal kadınlarda psikolojik semptomlara etkisi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E (2001) *Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri*, 4. Ulusal Androloji Kongresi, 2001, Ankara, Bildiriler, s: 24.

Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A (2004) *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, s: 1163-1180, Ankara.

Çiftçi B, Erdem A, Erdem M, Himmetoğlu Ö, Yıldırım M (2005) *Raloxifene kullanımının cinsel fonksiyon üzerine etkisi*, Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 2(2): 103-106.

Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü (2007) *Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi*, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Bildiriler s: 343-349.

Danacı AE, Oruç S, Adıgüzel H, Yıldırım Y, Aydemir Ö (2000) *Menopoz döneminde cinsel, psikolojik ve hormonal değişikliklerin ilişkisi*, Türk Psikoloji Dergisi, 11(4) 293-299.

Danacı AE, Oruç S, Adıgüzel H, Yıldırım Y, Aydemir Ö (2003) *Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period*, West Indian Med J, 52(1): 27-30.

Demirezen E, Erdoğan S, Önem K (2006) *Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi*, STED, 15(5): 79-81.

Dennerstein L, Dudley E, Burger H (2001) *Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?*, Fertility and Sterility, 76(3): 456-460.

Dennerstein L, Lehert P (2004) *Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age and menopause in 12 European countries*, Menopause, 11(6 Pt 2): 778-785.

Dennerstein L, Smith A, Morse C, Burger H (1994) *Sexuality and the menopause*, J Psychosom Obstet Gynaecol, 15(1): 59-66.

Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Söylemez A, Çetin G (2008) *Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey*, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28(4): 494-499.

Doğan FŞ (2004) *Hormon replasman tedavisi ilk kez Kırşehir Doğumevi'nde başlanan kadınların tedaviye ilişkin algılama ve bilgilendirilme özelliklerinin değerlendirilmesi*, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 24(4): 350-356.

Doğan S, Altınyazar V, Eker E (2008) *Kadın cinsel işlev bozukluklarında farmakolojik tedavilerin yeri*, Yeni Symposium Journal, 46(4): 188-199.

Doruk H, Akbay E, Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Acar D (2005) *Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors*, Arch Androl, 51(1): 1-6.

DSM-IV-TR (2001) *Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Egarter C, Topcuoğlu A, Vogl S, Sator M (2002) *Hormone replacement therapy with tibolone: effects on sexual functioning in postmenopausal women*, Acta Obstet Gynecol Scand, 81(7): 649-653.

Eker E, Ertüngealp E, Kayır A (2007) *Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), 3. Bilgilendirme Dosyası*.

Ekinci M, Hoşcan B, Armağan A (2007) *Kadın cinsel işlev bozukluğu tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar*, Androloji Bülteni, 28: 77-79.

Erdem Ö (2006) *Menapoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Erel CT (2004) *Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir?*, Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 6: 53-57.

Ergöl Ş, Eroğlu K (2001) *Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları*, Sağlık ve Toplum Dergisi, 11(1): 49-57.

Erol B, Tefekli A, Armağan A, Kendirci M, Eryaşar B, Kadioğlu A (2003) *Diabetik kadında somatik sensorial sistem hasarı ile seksüel fonksiyon bozukluğu ilişkili mi?*, J Im Res, 15: 198-202.

Ertem GK, Şirin A (2000) *Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi*, I. Uluslararası VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi, 29 Ekim- 2 Kasım 2000, Antalya, Bildiriler, s: 256-259.

Ertunç D, Tok E, Evrücke C, Dilek S, Kadayıfçı O (2004) *Raloksifenin postmenopozal hastalarda ürojenital semptomlar ve cinsel fonksiyon üzerine etkisinin değerlendirilmesi*, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 14: 305-310.

Ertüngealp E, Seyisoğlu H, Erel CT, Şentürk LM, Gezer A (1999) *Changes in bone mineral density with age, menopausal status and body mass index in Turkish women*, Climacteric, 2(1): 245-251.

Ertüngealp E (2003) *Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği & Türk Jinekoloji Derneği "Hormon Replasman Tedavisi" Konsensus Grubu Kararları*, Artemis, 4(1): 7-8.

Ertüngealp E, Seyisoğlu H (1996) *Klimakterium ve Menopoz*, Kışnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürgan T, Önderoğlu LS, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, s: 1319-1351, Ankara.

Farquhar C, Marjoribanks J, Lethaby A, Suckling JA, Lamberts Q (2009) *Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women*, The Cochrane Library, Erişim Adresi: [<http://www.thecochranelibrary.com/>], Erişim Tarihi 30.06.2009.

Fitzpatrick LA (2004) *Libido and the perimenopausal women*, Menopause, 11(2): 136-137.

Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A, Hickey M, Farquhar C (2009) *Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia*, The Cochrane Library, Erişim Adresi: [<http://www.thecochranelibrary.com/>], Erişim Tarihi 30.06.2009.

Gabriel Sanchez R, Sanchez Gomez LM, Carmona L, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X (2009) *Hormone replacement therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women*, The Cochrane Library, Erişim Adresi: [<http://www.thecochranelibrary.com/>], Erişim Tarihi 30.06.2009.

Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA (2007) *Correlates of sexual functioning among mid-life women*, Climacteric: The Journal of The International Menopause Society, 10(2): 132-142.

Genazzani AR, Pluchino N, Bernardi F, Valentino V (2004) *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 2(4): 204-208.

Glaizer MG, Bowman MA (2001) *A review of the evidence for the use of phytoestrogens as a replacement for traditional estrogen replacement therapy*, Arch Intern Med, 161(9): 1161-1172.

Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM (2006) *Women's Sexual Function and Dysfunction*, Taylor & Francis, s: 895-897, London.

Gonzales M, Viafara G, Caba F, Molina E (2004) *Sexual function, menopause and hormone replacement therapy*, Maturitas, 48(4): 411–420.

Gökyıldız Ş (2001) *Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Gökyıldız Ş (2002) *Cinsel sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin etkinliği nasıl sağlanır?*, FNHYO Hemşirelik Dergisi, 12 (49): 91-98.

Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M (2007) *Hormones and sexuality during transition to menopause*, Obstet Gynecol, 109 (4): 831–840.

Greenblatt RB (1950) *Evaluation of an androgen, estrogen, estrogen–androgen combination and a placebo in the treatment of menopause*, J Clin Endocrinol Metab, 10(12): 1547–1558.

Guthrie C (1999) *Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care*, Journal of Clinical Nursing, 8(3): 313-321.

Güney N, (2006) *Park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomların tespiti*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Güngör L (2003) *Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.

Güreş BŞ (2006) *Menopoz dönemindeki osteoporozlu kadınlarda beslenme durumlarının araştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gürkan ÖC (2005) *Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği*, Hemşirelik Forumu Dergisi, Mayıs-Haziran: 30-35.

Gürkan ÖC (2007) *Gebelik döneminde cinsellik nasıl etkileniyor?*, Androloji Bülteni, 28: 80-85.

Güvel S, Çulha F, Yaşar F, Volkan Ş, Boyam F, Peşkircioğlu L (2005) *Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması*, Androloji Bülteni, 20: 82-83.

Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H (2003) *Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler*, Türk Üroloji Dergisi, 29(1): 43-48.

Haboubi NHJ, Lincoln N (2003) *Views of health professionals on discussing sexual issues with patient*, Disability and Rehabilitation, 25(6): 291-296.

Hallstrom T (1977) *Sexuality in the climacteric*, Clin Obstet Gynecol, 4(1): 227–239.

Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH (2004) *Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse*, Am J Obstet Gynecol, 191(3): 751-756.

Hartmann U, Philippssohn S, Heiser K, Rüffer-Hesse C (2004) *Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality*, Menopause, 11(6): 726-740.

Hassa H (2004) *Menopoz olgularında tedavi yaklaşımını etkileyen (HERS, WHI,MWS) çalışmalar ve güncel durum*, Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi, 1:39-50.

Heinemann LAJ, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HPG (2004), *The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study*, Health and Quality of Life Outcomes 22(2):67.

Hidayet NM, Sharaf SA, Aref TA, Tawfik TA, Moubarak II (1999) *Correlates of age at natural menopause: a community-based study in Alexandria*, Eastern Mediterranean Health Journal, 5(2): 307-319.

Hotun Şahin N, Coşkun A (2007) *The menopausal age, Related factors and climacteric, complaints in Turkish women*, Revista Referenc'a, 4: 91-99

Huffman SB, Myers JE, Bond L (2001) *Menopause and African-American Women: Attitudes and Symptom Reporting* Erişim Adresi: [http://csi.affiniscape.com/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=93], [http://www.insanbilimleri.com], Erişim Tarihi: 07.01.2009.

Hunter M, Battersby R, Whitehead M (1986) *Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status*, Maturitas, 8(3): 217–228.

Hurd W, Amesse LS, Randolph JF (2004), *Menopoz*, Berek JS, Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, s: 1109-1139, İstanbul.

International Menopause Society (2009) *Menopause Terminology*, Erişim Adresi: [http://www.imsociety.org/index.html], Erişim Tarihi:21.06.2009.

Işık G, Vural G (2001) *Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri*, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 1(1): 39-48.

İlter E (2005) *Raloksifen hidroklorid'in postmenopozal düşük kemik mineral yoğunluklu kadınlarda kullanımı ve etkileri*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

İncesu C (2004) *Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları*, Klinik Psikiyatri Ek 3: 3-13.

İşler S (2004) *Diyabetin cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Türk (2004), *Kadın cinsel fonksiyonun patofizyolojisi*, Önem K, Ahmedov I, Kadioğlu A, *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*, Androloji Derneği Yayını, s: 620-629, İstanbul.

Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, (1999) *Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction*, Urology, 53(3): 481-486.

Karakoyunlu FB (2007), *Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Karakuş E (2006) *Menopoz döneminde kadınların yaşadığı sorunlar ve bunlara dayalı eğitim gereksinimleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kaymak Y, Tırnaksız F (2006) *Menapoz ve deri*, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 26(6): 675-684.

Kazandı M, Akman L (2007) *Postmenopozal kadınlarda Tibolon'un tolerebilitesi, vajinal kanama oranı ve meme semptomları*, Ege Tıp Dergisi, 46(3) : 141-144.

Kazerooni T, Talei AR, Sadeghi-Hassanabadi A, Arasteh MM, Saalabian J (2000) *Reproductive behaviour in women in Shiraz, Islamic Republic of Iran*, Eastern Mediterranean Health Journal, 6(2/3): 517-521.

Kesim MD, Atış A, Aydın Y, Atış G, Dalkılıç A, Özdemir G, Tandoğan T (2008) *Abdominal ve vajinal histerektomi+bilateral ooforektomi sonrası kadınlarda seksüel fonksiyon indeksleri (FSFI), Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(1): 62- 64.

Kessel B, Nachtigall L, Plouffe L, Siddhanti S, Rosen A, Parsons A (2003) *Effect of raloxifene on sexual function in postmenopausal women*, Climacteric, 6(3): 248-256.

Kızıltepe A (2006) *Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Kong EH, Pike AC, Hubbard, RE (2003) *Structure and mechanism of the estrogens receptor*. Biochem, Soc Trans, 31(1): 56-59.

Koster A, Eplov LF, Garde K (2002) *Anticipations and experiences of menopause in a Danish female general population cohort born in 1936*, Arch Womens Ment Health, 5(1): 9-13.

Kökçü A, Çetinkaya MB, Yanık F, Alper T, Malatyahoğlu E (2000) *The comparison of effects of tibolone and conjugated estrogen-medroxyprogesterone acetate therapy on sexual performance in postmenopausal women*, Maturitas, 36(1): 75-80.

Kömürcü N, Yıldız NK (2006) *Menopozda cinsel yaşam*, Androloji Bülteni, 25: 173-176.

Krajewska K, Krajewska-Kulak E, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodosopoyloy E, Euframidu EN, Kruszewa R, Szpakow A, Jankowiak B, Rolka H, Klimaszewska K, Kowalczyk K, Kondzior D, Baranowska A (2007) *Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS scale*, Preliminary report Advances in Medical Sciences, 52(1): 140-143.

Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Kılıç N, Tezcan AE (2000) *Antidepresan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri*, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10(2): 97-102.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T (2005) *Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*, Int J Impot Res, 17(1): 39-57.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999) *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*, JAMA, 281(6): 537-544

Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J (2009) *Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms*, The Cochrane Library, Erişim Adresi: [<http://www.thecochranelibrary.com/>], Erişim Tarihi 30.06.2009.

Meyer AR, Fugl-Meyer KS (1999) *Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old swedes*, Scand J Sexol, 2: 79-97.

Moller LA, Lose G (2005) *Sexual activity and lower urinary tract symptoms*, Int Urogynecol J, 17(1): 18-21.

Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P (2008) *Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale*, Maturitas, 59(2): 182-190.

Nappi RE, Nijland EA (2008) *Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey*, Eur. J. Obstet. Gynecol, Reprod Biol, 137(1): 10-16.

Nappi RE, Verde JB, Polatti F, Genazzani AR, Zara C (2002) *Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics*, Gynecol Obstet Invest, 53(3): 181-187.

Neff MJ (2004) *NAMS Releases position statement on the treatment of vasomotor sympoms associated with menopause*, American Family Physician Practice Guidelines, Erişim Adresi: [www.aafp.org/afp/20040715/practice.html], Erişim Tarihi: 05.12.2008.

Northrup C (2005), *Menopoz Gerçeği*, Altın Kitaplar Yayınevi, s: 290-315, İstanbul.

Onat A, Sansoy V, Uyarel H, Keleş İ, Hergenç G (2004) *Türklerde hdl-kolesterol düzeyleri, çevresel etkenler ve metabolik sendrom kriterleri*, Türk Kardiyoloji Derneği Dergisi, 32(5): 273-278.

Osborn M, Hawton K, Oath D (1988) *Sexual dysfunction among middle aged women in the community*, Br Med J, 296(6627): 959-962.

Oskay ÜY (2004), *Klimakterium döneminde cinsellik*, İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi, 12(52): 59-66.

Osmanağaoğlu MA, Atasaral T, Baltacı D, Bozkaya H (2006) *Effect of different preparations of hormone therapy on sexual dysfunction in naturally postmenopausal women*, Climacteric, 9(6): 464-472.

Öksüz E, Malhan S (2006) *Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women*, J Urol, 175(2): 654-658.

Önem K, Kadioğlu A (2005) *Kadın orgazmik işlev bozukluğunda hormon replasman tedavisi*, Androloji Bülteni, 23: 248-251.

Özer Ö (2006) *Menopoz ve fitoöstrojenler*, Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakognozi Anabilim Dalı, Ankara.

Özeren S, Çorakçı A, Eren L, Gümüştas G, Karabacak (1998) *The clinical features of 320 postmenopausal women who seek medical care*, Türkiye Klinikleri J Med Res, 16(1): 29-31.

Özgür N (2007) *Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özkan S, Alataş E (2004) *Menopoz döneminde cinsellik*, Türk Fertilite Dergisi, 12(4): 370-375.

Palacios S, Tobar AC, Menendez C (2002) *Sexuality in the climacteric years*, Maturitas, 43(1): 69-77.

Panay N, Rees M (2005) *Alternatives to hormone replacement therapy for management of menopause symptoms*, Current Obstet. Gynecol, 15(4): 259-266.

Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krane RJ, Azadzo KM (1997) *Vasculogenic female sexual dysfunction: the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency*, Int J Impot Res, 9(1): 27-37.

Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ, Leng WW, Chancellor MB, Patel SG, Borello-France D, (2006) *The relationship between overactive bladder and sexual activity in women*, Int Braz J Urol, 32(1): 77-87.

Pekru Y (2005) *Multipl sklerozlu kadın hastaların cinsel fonksiyonları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Pinkerton JV, Shifren JL, La Valleur J, Rosen A, Roesinger M, Siddhanti S (2003) *Influence of raloxifene on the efficacy of an estradiol-releasing ring for treating vaginal atrophy in postmenopausal women*, Menopause, 10(1): 45-52.

Position statement of The North American Menopause Society Menopause (2008) *Position Statement Estrogen and progestogen use in postmenopausal women*, 15 (4): 584-603 Erişim Adresi: [http://www.menopause.org/PSHT08.pdf] DOI: 10.1097/gme.0b013e31817b076a, Erişim Tarihi:24.07.2009

Quilliam S (2004) *Kadın, Aşk ve Cinsellik*, CSA Global Yayın Ajansı, s:174-181, İstanbul.

Reis N (2003) *Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağığına etkileri*, Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi, 7(2): 35-40.

Sağılık Bakanlığı (2001) *Herkese Sağılık-Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Sağılık 21)* Barok Matbaacılık, Aralık 2001, Ankara.

Salonia A, Zanni G, Briganti A, Fabbri F, Rigatti P, Montorsi F (2004a) *The role of the urologist in the management of female sexual dysfunctions*, Curr Opin Urol, 14(6): 389-393.

Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F (2004b) *Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study*, Eur Urol, 45(5): 642-648.

Sarrel PM (2000) *Effects of hormone replacement therapy on sexual psychology and behavior in postmenopause*, J Womens Health Gend Based Med, 9(1): 25-32.

Saylam M (2005) *Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağılık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Schneider HPG, Behre HM (2002) *In Hormone Replacement Therapy And Quality Of Life*, The Parthenon Publishing Group, s: 35-43, Newyork.

Schneider HPG, Heinemann LAJ, Thiele K (2002) *The menopause rating scale (MRS): cultural and linguistic translation into english*, Life and Medical Science Online 2002, 3: DOI:10.1072/LO0305326.

Serter R, Çulha C (2006) *Osteoporoz Tedavisi*, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2(31): 5-11.

Seyisoğılu H (2001) *Menopoz ve Seksüel Yaşam*, Atasü T, Menopoz ve Kansere Tedavisi, Nobel Tıp Kitabevi, s: 385-395, İstanbul.

Seyisoğılu H, Ertüngealp E (2002) *Klimakterium*, Yıldırım M, Klinik Jinekoloji, Çağıdaş Kitabevi, 3. Baskı, s: 187-217, Ankara.

Shea JL (2006) *Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes*, Climacteric, 9(1): 30-39.

Sherwin BB (1991) *The impact of different doses of estrogen and progestin of mood and sexual behavior in postmenopausal women*, J.Clin. Endoc Metab, 72(2): 336-343.

Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, Burki RE, Ginsburg ES, Rosen RC, Leiblum SR, Caramelli KE, Mazer NA (2001) *Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy*, Curr Psychiatry Rep, 3(3): 179-180.

Soyupek S, Armağan A (2005) *Libido Kaybı Olan Kadınlarda Androjenlerin Durumu ve Androjen Replasman Tedavisi*, Androloji Bülteni, 23: 344-347.

SPSS for Windows 13.0 (Statistical Package for Social Sciences, Lead Technologies, Inc., Chicago, IL, USA), Adnan Menderes Üniversitesi, 2008.

Stamfer MJ, Colditz, GA, Willet, WC (1991) *Post menopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten year follow-up from the nurses's health study*, N Eng J Med, 325(11): 756-762.

Şahin NH (1998) *Bir Km Taşı: Menopoz*, İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları, Yayın No: 2, Çevik Matbaacılık, İstanbul.

Şahin S, Sözeri CU, Cevahir R (2008) *Menopoz ve Cinsel Yaşam*, Androloji Bülteni, 33: 171-173.

Şahmay S (2008) *Postmenopozal dönem ve ürogenital atrofi*, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 1(3): 35-44.

Şentürk L (2007) *Menopozda hormon tedavisinde derneklerin güncel kılavuz bilgileri*, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 3(52): 8-13.

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (Tüik), (2007) *Demografik İstatistikler*, Erişim Adresi [http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3713&metod=IlgiliGosterge], Erişim Tarihi: 21.06.2009.

Tashbulatova D (2007) *İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Adana.

Taşkın L, (2007) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, VIII. Baskı, Sistem Ofset, s: 451-464, Ankara.

Taşpınar İ (2006) *Kadın ve hayat*, Köprü Dergisi, 1 (5):10

Tekin NS, Eştürk E (2005) *Menopause and the Skin*, J Turkish German Gynecol Assoc, 6(4): 18-26.

Thunell L, Stadbrg E, Milsom I, Mattsson LA (2004) *A longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of swedish women*, Climacteric, 7(4): 357-365.

Timur S (2008) *Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H (2006) *Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi*, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi, 3(4): 281-287.

Tortumluoğlu G (2003), *Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Tortumluoğlu G (2004a) *Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz*, İnsan Bilimleri Dergisi, Erişim Adresi: [http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/viewFile/118/118], Erişim Tarihi: 15.03.2009

Tortumluoğlu G (2004b) *Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü*, Erişim Adresi: [http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/viewArticle/121], Erişim Tarihi: 20.06.2009.

Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T (2003) *Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3): 64-75.

Tot Ş (2004) *Menopozun psikiyatrik yönleri*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5(2): 114-119.

Tuna V (2005) *Cerrahi menopoz ve doğal menopoz olgularında kan lipid profili, trombotik sistem, arteriyel elastisite ve psikoseksüel parametrelerdeki değişiklikler*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Uckert S, Ehlers V, Nüser V, Oelke M, Kauffels W, Scheller F, Jonas U (2005) *In vitro functional responses of isolated human vaginal tissue to selective phosphodiesterase inhibitors*, World J Urol, 23(6): 398-404.

Uslu H (2004) *Postmenopozal raloksifen HCI kullanımının serum kemik mineral yoğunluğu skorlarına etkisi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Zeynep Kamil Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Kökten SS (2006), *Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki*, Yeni Symposium Dergisi, 44(4): 182-188.

Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T (2005) *Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki*, Klinik Psikiyatri Dergisi, 8(3): 109-115.

WHO (2003), *Ageing and Health: A Health Promotion Approach for Developing Countries*, (2003) Erişim Adresi: [http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290610662.htm], Erişim Tarihi: 21.06.2009

WHO (2004) *World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population*, Erişim Adresi: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en/], Erişim Tarihi:24.07.2009.

WHO (2009), *The world is ageing fast - have we noticed?*, Programmes and projects, Ageing and life course, Erişim Adresi: [http://www.who.int/ageing/en/], Erişim Tarihi: 24.07.2009.

WHO Health Evidence Network (HEN) (2009) *Prevention by calcium supplementation and vitamins*, Erişim Adresi: [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/osteoporosis/20060503_7], Erişim Tarihi: 21.06.2009.

Wijewardena K, Lindmark G, Naessen T (2009) *Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women*, Menopause, 16(1): 164-170

Wines N, Willstead E (2001) *Menopause and the skin*, Australas J Dermatol, 42(3): 149-160.

Woods NF, Mitchell ES (2005) *Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives*, The American Journal of Medicine, 118(12): 14-24.

Wroblewsky LL, Cooke JP (2000) *Phytoestrogens and cardiovascular health*, J. Am. Coll. Cardiol, 35(6): 1403-1410.

Yağcı AT (2006) *Menopozda akupunktur tedavisi*, Uluslararası katılımlı 4. Ulusal Akupunktur Kongresi, Eylül 2006, Antalya, Bildiriler, s:32-35

Yeni E (2007) *Menopoza girmiş kadınlarda azalmış cinsel istek bozukluğu*, Androloji Bülteni 31: 353-357.

Yeni E, Ünal D, Verit A, Çiftçi H, Karataşlı ÖF, Keser MS (2001) *Evli hemşire grubunda kadın cinsel işlev indeksi ile cinsel işlevlerin değerlendirilmesi*, 4. Ulusal Androloji Kongresi, Ankara, Bildiriler, 2001, s.27.

Yıldız H (2007) *Yaşlı kadınlarda cinsellik*, Androloji Bülteni, 31: 365-368.

Yıldız H, Pınar R (2004) *Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon*, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4: 309-317.

Yılmaz CA (2003) *Kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadınların cinsel fonsiyonu üzerine etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz CA, Eryılmaz HY (2004) *Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlik - güvenirlik çalışması*, Androloji Bülteni, 18: 275-276.

Yiğit EA (2002) *Doğal ve cerrahi menopozda psikiyatrik bozukluklar*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum.

Yücel A, Noyan V, Uçar B, Sağsöz N (2005) *Postmenopozal kadınlarda androjenik seks steroidleri ile kemik mineral dansitometresi ölçümleri ilişkisi*, Türkiye Klinikleri J, Gynecol Obst, 15: 140-145.

Yücel Ç (2006), *Postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başetme durumlarının incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Zippe CD, Raina R, Shah AD, Massanyi EZ, Agarwal A (2004) *Female sexual dysfunction after radical cystectomy: A new outcome measure* Urology, 63(6):1153-1157.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1980 yılında Aydın’da doğmuş, ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamlamıştır. 2001 yılında Kocaeli Üniversitesi’nde Ebelik eğitimine başlamış, 2002 yılında Adnan Menderes Üniversite’sine yatay geçiş yapmış ve 2006 yılında Ebelik Bölümü en yüksek derecesi ile mezun olmuştur. Aynı yıl Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ne bağlı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. Araştırmacı 01.09.2007-01.01.2009 tarihleri arasında HRS Ankara Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi’nde Kalite/Eğitim Sorumlu Hemşireliği görevinde bulunmuştur.

Araştırmacı Mart 2009’dan itibaren Libya’nın Tripoli şehrinde ikamet etmekte ve işyeri hemşireliği görevini yerine getirmektedir.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her an yanımda olan, sonsuz bilgi ve deneyimleri ile hem bilgilenmeme hem de ufkumun açılmasına katkıları olan, ayrıca tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında yol gösterici katkıları ve tükenmez sabrı için değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Tezimde kullandığım ölçeklerin kullanım izinlerini ve beraberinde her türlü bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan hocalarım Dr.Özlem CAN GÜRKAN ve Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ ERYILMAZ'a,

Tezimin istatistiki değerlendirme aşamasında değerli bilgi ve tavsiyelerinden yararlandığım Doç.Dr. Mevlüt TÜRE'ye ve Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA'ya,

Tezimin veri toplama aşamasında isteklerimi hiç geri çevirmeyip, çalışma saatlerime düzenlemeler yapan ve desteğini esirgemeyen HRS Ankara Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu Sayın Deniz SELVİ'ye ve İcra Kurulu Başkanı Sayın Prof. Dr. Tarık AKSU'ya ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Ünitesi'nin tüm çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm hocalarıma,

Beni bu günlere getiren, tüm kararlarımda yanımda olup destekleyen, şefkatini ve sevgisini koşulsuz veren annem Şerife ATİK ve babam Nuri ATİK'e, ayrıca eğitim yıllarımın tamamında ve tezimin her aşamasında isteklerimin hepsini sevgi ve özveriyle yerine getiren canım ablam Hülya ARAS ve sevgili eşim Önder NALBANT'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

EKLER

EK I. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Değerli Katılımcı;

“Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler” başlıklı çalışma sadece bilimsel amaçla düzenlenmiş bir araştırmadır. Menopoz döneminde sıcak basmaları, gece terlemeleri, uyku düzeninde bozukluklar gibi birçok sıkıntı yaşanmaktadır. Araştırmada sizin yaşadığınız sıkıntıları ve bu sıkıntıların cinsel yaşamınızı etkileyip etkilemediğini belirlemeyi amaçlamaktayız. Bu amaçla hazırlanan veri toplama formunda sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler ile menopoz döneminde yaşadığınız şikayetlerinizi ve cinsel yaşamınızla ilgili sorunlarınızı belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Bu araştırmada size herhangi bir tıbbi girişim ya da tedavi yapılmayacaktır.

Veri toplama formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir. Her bir soruyu eksiksiz olarak doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Sizinle ilgili bilgiler araştırma izleyicileri ile yoklama yapanlar, etik kurul üyeleri ve resmi makamlar tarafından ulaşılabilir olacaktır. Ancak bu bilgiler kimlik bilgilerinizi içermemektedir. Ayrıca bu bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Siz bilgilendirilmiş olur formunu imzalamakla bunu kabul etmiş olursunuz.

Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğiniz dâhilinde olacaktır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle sorumlu olacaksınız. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan ayrılmanız cezaya ya da sizin yararınıza engel olan bir duruma yol açmaz. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılmakla harcadığınız zaman ve emek için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Ancak araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede, araştırmacı olarak size kadın sağlığı konularında danışmanlık yapabiliriz. Daha sonra da size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilir ve danışmanlık alabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, size ve ailenize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telf no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi:

+ Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve araştırmacıya verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK II. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Yrd. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA ve Meral ATİK çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Meral ATİK’e çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Meral ATİK’e hastalığımızın geçmişini ve kullandığım ilaçları anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, gizlilik ve etik kurallara uygun olmak kaydıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Meral ATİK ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
6. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi .

İmza, tarih :

Araştırmacının adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve araştırmacıya verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK III. SORU FORMU

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız

2. Eşinizin yaşı

3. Sizin ve eşinizin eğitim durumu?

Eğitimi	<u>Okur-yazar</u> <u>değil</u>	<u>Okur-</u> <u>yazar</u>	<u>İlkokul</u>	<u>Ortaokul</u>	<u>Lise</u>	<u>Üniversite</u>
Kendisinin	()	()	()	()	()	()
Eşinin	()	()	()	()	()	()

4. Sizin ve eşinizin mesleği?

Mesleği	<u>1.Ev hanımı</u>	<u>2. İşçi</u>	<u>3. Memur</u>	<u>4. Esnaf</u>	<u>5. Emekli</u>
Kendisinin	()	()	()	()	()
Eşinin	()	()	()	()	()

5. Kaç yıldır evlisiniz?

6. Ekonomik durumunuz nasıl?

1. Gelir, giderden az
2. Gelir, gidere eşit
3. Gelir, giderden fazla

7. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet
2. Hayır

8. Evde eşiniz dışında sizinle sürekli yaşayan kişi/kişiler var mı?

1. Evet (Lütfen belirtiniz)
2. Hayır

9. Evde sürekli bakıma muhtaç olan kişi/kişiler var mı?

1. Evet (Lütfen belirtiniz)
2. Hayır

B. Obstetrik/Jinekolojik Öykü

10. Gebelik sayınız: ...

11. Yaşayan çocuk sayınız:.....

12. Düşük sayınız:

13. Kürtaj sayınız:.....

14. Herhangi bir kadın hastalığınız var mı?

1. Evet

2. Hayır (16. soruya geçiniz)

15. Cevabınız evet ise, ne tür bir kadın hastalığınız var?

16. Kadın hastalıkları ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi?

1. Evet

2. Hayır (18. soruya geçiniz)

17. Aşağıdaki ameliyatlardan hangisini geçirdiniz?

1. Rahim ve yumurtalıkların birlikte alınması

2. Sadece rahmin alınması

3. Yumurtalıklardan kist alınması

4. Rahimden ur/myom alınması

5. Üreme organlarının sarkmasının tamiri

6. Memenin alınması

7. Tüplerin bağlanması

8. Diğer(Lütfen belirtiniz)

18. Kaç yaşında menopoza girdiniz?

19. Menopoz döneminde hormon tedavisi aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır (22. soruya geçiniz)

20. Cevabınız evet ise, hangi ilaçları kullandınız?

21. Hormon tedaviniz ne kadar sürdü?

22. Menopoz dönemindeki şikayetleriniz için hiç doktora gittiniz mi?

1. Evet

2. Hayır (24. soruya geçiniz)

23. Cevabınız evet ise, hangi şikayetleriniz için gittiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sıcak basması, terleme

2. Kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi

3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)

4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)

5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)

6. Endişe/Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)

7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)

8. Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)

9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)

10. Haznede kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)

11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikayetleri)

12. Diğer (Lütfen belirtiniz)

C. Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam

24. Menopoza girmeden önce düzenli ve tatmin edici bir cinsel yaşamınız var mıydı?
1. Evet
 2. Hayır
25. Menopoz genel olarak cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?
1. Öncesine göre olumsuz
 2. Öncesine göre olumlu
 3. Etkilemedi
26. Menopoz cinsel açıdan eşinize karşı isteğinizi nasıl etkiledi?
1. Öncesine göre azaldı
 2. Öncesine göre arttı
 3. Etkilemedi
27. Menopoz cinsel ilişkinizin sıklığını/sayısını nasıl etkiledi?
1. Öncesine göre azaldı
 2. Öncesine göre arttı
 3. Etkilemedi
28. Menopoz sonrası cinsel problemlerinizi için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?
1. Evet
 2. Hayır
29. Cinsel problemlerinizi için kullandığınız bir ilaç var mı?
1. Evet (Lütfen belirtiniz.....)
 2. Hayır
30. Cinsel problemlerinizi için ilaç dışında neler kullanıyorsunuz?
1. Hiçbir şey kullanmıyorum
 2. Bitkisel çaylar
 3. Eczaneden alınan kayganlaştırıcılar
 4. Hazneye uygulanan bitkisel ürünler (Zeytin yağı, Hindistan cevizi yağı vs.)
 5. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
31. Bunları kullanmanızı kim/kimler önerdi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1. Hiç kimse
 2. Eşim
 3. Ailem ve aile yakınlarım
 4. Arkadaş/komşularım
 5. Kitap/ dergi/ internet/ TV
 6. Sağlık personeli
 7. Diğer(Lütfen belirtiniz.....)

EK IV. MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Sevgili hanımlar,

Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa, lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	Puanlar	Hiç yok 0	Hafif 1	Orta 2	Şiddetli 3	Çok şiddetli 4
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)		☐	☐	☐	☐	☐
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)		☐	☐	☐	☐	☐
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)		☐	☐	☐	☐	☐
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)		☐	☐	☐	☐	☐
Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)		☐	☐	☐	☐	☐
Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)		☐	☐	☐	☐	☐
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)		☐	☐	☐	☐	☐
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)		☐	☐	☐	☐	☐
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırmama)		☐	☐	☐	☐	☐
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)		☐	☐	☐	☐	☐
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikayetleri)		☐	☐	☐	☐	☐

EK V. KADIN CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA İNDEKSİ(IFSİ)

1. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?
 1. Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
 2. Hemen her zaman ya da her zaman
 3. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
 4. Bazen (yaklaşık yarısında)
 5. Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
 6. Hemen hemen hiç
2. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?
 1. Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
 2. Hemen her zaman ya da her zaman
 3. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
 4. Bazen (yaklaşık yarısında)
 5. Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
 6. Hemen hemen hiç
3. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?
 1. 0
 2. 1-2
 3. 3-4
 4. 5-6
 5. 7-10
 6. 11 ve üzeri
4. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duyduunuz?
 1. Neredeyse hiç ya da hiç
 2. Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
 3. Bazen (yaklaşık yarısında)
 4. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
 5. Hemen hemen her zaman ya da her zaman
5. Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?
 1. Çok düşük ya da hiç yok
 2. Düşük
 3. Orta
 4. Yüksek
 5. Çok yüksek
6. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?
 1. Hiç doyurucu değil
 2. Pek doyurucu değil
 3. Yarı yarıya
 4. Orta derecede doyurucu
 5. Çok doyurucu
7. Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?
 1. Hiç doyurucu değil
 2. Pek doyurucu değil
 3. Yarı yarıya
 4. Orta derecede doyurucu
 5. Çok doyurucu

8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz?
1. Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
 2. Neredeyse hiç ya da hiç
 3. Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
 4. Bazen (yaklaşık yarısında)
 5. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
 6. Hemen hemen her zaman ya da her zaman
9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Çok düşük ya da hiç yok
 2. Düşük
 3. Orta.
 4. Yüksek
 5. Çok yüksek

EK VI. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00
Konu :

2007

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Nevin AKDOLUN-
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemş.AD- AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 30.11.2007 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan II nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR II

Protokol No : 2007/00191

Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Nevin AKDOLUN-
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemş.AD-AYDIN

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Nevin AKDOLUN'un "Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler" isimli araştırması yeniden görüşüldü.

Dilekçesinde dosyasında eksik olan kurum izin belgesinin geldiği ve dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi Ön onay verilen çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

09100 AYDIN Tel: 256- 225 31 66/ 140- 149
internet adresi: <http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

Faks : 256- 212 31 69
e-posta: etik@adu.edu.tr

EK VII. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Say: : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-153
Konu :

5.6.2008

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Nevin BALKAYA-
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemş.AD-AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 03.06.2008 tarihinde yapılan olağan toplantısında
çalışmanızla ilgili alınan XIII nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR XIII

Protokol No : 2007/00191

Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Nevin BALKAYA-
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemş.AD-AYDIN

Etik Kurulun 30.11.2007 tarih, 16 sayılı ve II nolu kararıyla ön onay verilen; Aydın
Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr. Nevin BALKAYA'nın "Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki
ilişkiler" isimli tek merkezli araştırmasının sonuç raporu görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin
tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

09100 AYDIN

Tel: 256- 225 31 66/ 140- 149

Faks : 256- 212 31 69

internet adresi: <http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/mod/>

e-posta: etik@adu.edu.tr

EK VIII. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞTABIPLIĞI



Sayı: BI04ISM4060022 / 8179
Konu :

29.11/2007

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANKARA

İlgi:24.09.2007 tarih ve 34839 sayılı yazınız.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Aenebilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meral Atik'in "Menopozal Septomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler" konulu araştırma çalışmasını Hastanemizde yapabilme isteği EPK Kurulunda görüşülmüş olup, EPK Kurulunun almış olduğu karar yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Başhekim

Ek:EPK kararı,

29/11/2007 Hast.Md.Yrd. 6
.....2007 Hast.Md.E.BAL
PAGE 01

ZT2 EGT VE APTT HAST

903123124931 11:11 31/01/2008



Sayı:266
Konu:

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi
Baştabipliği



Ulusal Kalite Hareketi

19/11/2007

E.P.K. KURULU KARARIDIR

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ,Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ,Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meral Atik'in "Menapozal Semptomlar İle Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler" konulu araştırmasının Hastanemiz menapoz polikliniğinde yapılması talebi Hastanemiz EPK Kurulunca görüşüldü, çalışmaya Hastanemiz Başhemşire Yardımcısı Songül Ağaya'nın katılımları ve her bir hasta için bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmak koşuluyla yapılmasına karar verildi.

Doç.Dr. Havva ORAL
Klinik Şefi/EPK Üyesi

Op.Dr. Ümit BİLGE
Klinik Şefi /EPK Üyesi

Doç.Dr.Nuri İAĞIŞMAN
Klinik Şefi/EPK Üyesi

Prof.Dr. Uğur DİLMEN
Klinik Şefi/EPK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Başhekim/EPK Başkanı

EK IX.**Tablo 1.** Kadınların menopozal semptomlarının yaşadıkları şiddet düzeylerine göre dağılımları (N=249)

Menopozal Semptomlar	Yaşanan Şiddet Düzeyi									
	Hiç yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Çok Şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sıcak basması, terleme	14	5.6	36	14.5	47	18.9	133	53.4	19	7.6
Kalpde sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi	32	12.9	64	25.7	63	25.3	82	32.9	8	3.2
Uyku sorunları	22	8.8	55	22.1	68	27.3	92	36.9	12	4.8
Keyifsizlik hali	19	7.6	53	21.3	79	31.7	92	36.9	6	2.4
Sinirlilik	14	5.6	39	15.7	71	28.5	107	43.0	18	7.2
Endişe/Kaygı	34	13.7	61	24.5	86	34.5	59	23.7	9	3.6
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	22	8.8	53	21.3	79	31.7	88	35.3	7	2.8
Cinsel sorunlar	31	12.4	44	17.7	70	28.1	82	32.9	22	8.8
İdrar sorunları	38	15.3	47	18.9	79	31.7	81	32.5	4	1.6
Vajinal kuruluk	31	12.4	56	22.5	73	29.3	79	31.7	10	4.0
Eklemler ve kas rahatsızlıkları	26	10.4	48	19.3	52	20.9	103	41.4	20	8.0

EK X.**Tablo 2.** Kadınların yaşadıkları cinsel sorunların dağılımları (N=249)

KCFSİ	Maddeler	n	%
Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?	Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım	60	24.1
	Hemen her zaman ya da her zaman	36	14.5
	Çoğu zaman	17	6.8
	Bazen	72	28.9
	Bir kaç kez	48	19.3
	Hemen hemen hiç	16	6.4
Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?	Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım	60	24.1
	Hemen her zaman ya da her zaman	50	20.1
	Çoğu zaman	27	10.8
	Bazen	51	20.5
	Bir kaç kez	43	17.3
	Hemen hemen hiç	18	7.2
Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?	0	62	24.9
	1-2	72	28.9
	3-4	83	33.3
	5-6	21	8.4
	7 ve üzeri	11	4.4
Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duyduunuz?	Neredeyse hiç ya da hiç	121	48.6
	Bir kaç kez	68	27.3
	Bazen	53	21.3
	Çoğu zaman	7	2.8
Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?	Çok düşük ya da hiç yok	97	39.0
	Düşük	73	29.3
	Orta	79	31.7
Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?	Hiç doyurucu değil	122	49.0
	Pek doyurucu değil	54	21.7
	Yarı yarıya	8	3.2
	Orta derecede doyurucu	63	25.3
	Çok doyurucu	2	0.8
Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?	Çok düşük ya da hiç yok	114	45.8
	Pek doyurucu değil	62	24.9
	Yarı yarıya	9	3.6
	Orta derecede doyurucu	63	25.3
	Çok doyurucu	1	0.4
Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz?	Neredeyse hiç ya da hiç	135	54.2
	Birkaç kere	53	21.3
	Bazen	53	21.3
	Çoğu zaman	8	3.2
Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok düşük ya da hiç yok	102	41.0
	Düşük	58	23.3
	Orta	87	34.9
	Yüksek	2	0.8