LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLAR İLE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yeşim KÖMÜRCÜ

EKİM, 2022

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLAR İLE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yeşim KÖMÜRCÜ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

EKİM, 2022

ONAY SAYFASI

Tez Başlığı : **Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Menopozal Semptomlar İle Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Tezi Hazırlayan: **Yeşim KÖMÜRCÜ**

Tez Savunma Tarihi: 06/10/2022

İmza
Üye (Jüri Başkanı): Doç. Dr. Sena KAPLAN
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

İmza
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE
Ebelik Ana Bilim Dalı, Ebelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,
Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

İmza
Üye (Danışman): Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,
Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

_____

Prof. Dr. Sulhiye YILDIZ
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimdeyer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

( ) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmıveya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin/Raporumun ……. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin/Raporumun…… tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

…./…./….

İmza

Yeşim KÖMÜRCÜ

ETİK BEYAN

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (……/……/2022).

Yeşim KÖMÜRCÜ

İmza:

ÖZET

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLAR İLE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yeşim KÖMÜRCÜ

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

Ankara, EKİM 2022

Bu çalışma, klimakterik dönemdeki kadınlarda menopozal semptomlar ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran klimakterik dönemdeki 40-60 yaş arası 285 evli kadın ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 01.11.2021-31.12.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü ANOVA, Spearman korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 48,63 (SD=5,06) ve menopoz yaş ortalaması 49,16 (SD=2,39) olarak bulunmuştur. Kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması 16,39 (SD=9,13) olarak tespit edilmiştir. MSDÖ alt boyutları puan ortalaması ise psikolojik şikâyetler alt boyutu için 6,92 (SD=3,54), somatik şikâyetler alt boyutu için 5,85 (SD=3,70) ve ürogenital şikâyetler alt boyutu için 3,61 (SD=3,06) bulunmuştur. Kadınların CYKÖ puan ortalaması 69,54 (SD=16,89) olarak bulunmuştur. Kadınların yaş, eğitim durumu, evlilik süresi, çalışma durumu, eş eğitimi ve çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, evlenme şekli, gelir seviyesi, kronik hastalık varlığı, jinekolojik hastalık varlığı, menopoza girme durumu, menopoz şekli, hormon tedavisi (HT) alma durumlarına göre hem MSDÖ puanı hem de CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). MSDÖ puan ortalaması ile CYKÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Regresyon analizi sonucuna göre menopozal semptomların üç alt boyutunun cinsel yaşam kalitesinin yaklaşık %63'ünü açıklamaktadır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar klimakterik dönemdeki kadınların yaşadığı menopozal semptomların cinsel yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bu nedenle klimakterik dönemdeki kadınların menopoz dönemi konusunda bilgilendirilmesi ve menopozal semptomlarla baş etmeye yönelik müdahalelerin kadınlara yönelik sağlık hizmetleri içine entegre edilmesi önemlidir. Bu hizmetler klimakterik dönemdeki kadınların cinsel yaşam kalitesini de pozitif olarak etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Klimakterik Dönem, Menopoz, Cinsellik, Cinsel Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

THE REVIEW OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE MENOPAUSAL SYMPTOMS AND QUALITY OF SEXUAL LIFE IN WOMEN IN CLIMACTERIC PERIOD

Yesim KOMURCU

Master Thesis

Institute of Health Sciences

Department of Nursing

Thesis Advisor Prof. Dr. Zehra GOLBASI

Ankara, OCTOBER 2022

This study aimed to examine the relationship between menopausal symptoms and the quality of sexual life in women during the climacteric period.

The study was conducted between the dates 01.11.2021-31.12.2021with 285 married women aged 40-60 years who applied to Konya Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital gynecological outpatient clinic during the climacteric period using face-to-face technique. Data were collected using Personal Information Form, Menopause Rating Scale (MRS) and Quality of Sexual Life Scale-Woman (QSLS). Data were statistically analyzed with independent t-test, one-way ANOVA, Spearman correlation and regression analyses.

Average age of women enrolled in the study was 48.63 (SS=5.06), average age of menopause was 49.16 (SS=2.39). The mean MRS total score of women was 16.39 (SS=9.13). The mean MRS subscale score was 6.92 (SS=3.54) for psychological complaint subscale, 5.85 (SS=3.70) for somatic complaint subscale and 3.61 (3.06) for urogenital complaint subscale. The mean QSLS score of women was 69.54 (SS=16.89). There was no statistically significant difference between mean MRS and QSLS scores of women in terms of age, educational status, duration of the marriage, occupational status, spousal education and occupational status, residential place, type of family, form of the marriage, level of income, accompanying chronic disease, presence of gynecological disease, the status of menopause, type of menopause, and the status of taking hormone treatment (HT) ($p<0.05$). There was a negative, moderately significant relationship between mean MRS scores and mean QSLS scores ($p<0.05$). As a result of regression analysis, it was understood that three subscales of MRS were responsible for approximately 63% of the quality of sexual life.

The results of this study demonstrated that menopausal symptoms experienced by women in climacteric period negatively and significantly affect quality of sexual life. Thus, it is important to inform women in the climacteric period about the menopausal period and to integrate interventions to cope with menopausal symptoms into health services for women. These services will positively affect the quality of sexual life of women in the climacteric period.

Keywords: Climacteric Period, Menopause, Sexuality, Quality of Sexual Life

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince kendisini tanımaktan onur duyduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, değerli zamanını ve görüşlerini benimle paylaşan çalışma ahlakıyla bizlere örnek olan, kendisini tanıma ve çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim ve daima saygıyla hatırlayacağım değerli hocam Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na

Tez savunma sınavımda yer alan ve akademik gelişimime katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Sena KAPLAN'a ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE'ye,

Öğrenim hayatım boyunca bugünlere gelmemde emeği olan bütün hocalarıma,

Tez çalışmam sırasında, bilgisinden ve deneyiminden çok fazla yararlandığım, ilgisini ve desteğini esirgemeyen, iyi niyetli ve mütevazi arkadaşım Öğr. Gör. Hafize DAĞ TÜZMEN'e,

Çalışmamın sürdürülmesinde beni destekleyerek yanımda olan beni motive eden hemşire arkadaşlarıma,

Her koşulda desteğini hissettiğim, en büyük eğitimi kendisinden aldığım, hayatım boyunca bana olan güvenini eksik etmeyen, geldiğim her noktada emeği olan canım anneme ve hayatımın her aşamasında beni yalnız bırakmayan, bir insanın sahip olabileceği en iyi aile oldukları için kardeşlerime,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sevgili katılımcılarıma,

Tez çalışmam sırasında maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, çalışmamın her sayfasında teknik desteği olan ve benimle hayatı paylaşan en kıymetlim eşim Mustafa Gökhan KÖMÜRCÜ'ye

Beni hayata bağlayan, yaşama sevincim, çocuklarım Ali ve Alper'e içten teşekkürlerimle, saygılarımla…

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ... **ii**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI ... **iii**

ETİK BEYAN ... **iv**

ÖZET ... **v**

ABSTRACT ... **vi**

TEŞEKKÜR ... **vii**

İÇİNDEKİLER ... **viii**

TABLOLAR LİSTESİ ... **xi**

KISALTMALAR LİSTESİ ... **xii**

1. GİRİŞ ... **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ... 1

1.2. Araştırmanın Amacı ... 4

1.3. Araştırma Soruları ... 4

2. GENEL BİLGİLER ... **5**

2.1. Klimakterik Dönem ... 5

2.1.1. Premenopoz ... 6

2.1.2. Menopoz ... 6

2.1.3. Perimenopoz ... 8

2.1.4. Postmenopoz ... 8

2.2. Menopozun Fizyolojisi ... 8

2.3. Klimakterik Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler ... 9

2.3.1. Menstrual Değişiklikler ... 9

2.3.2. Vazomotor Değişiklikler ... 10

2.3.3. Psikolojik Değişiklikler ... 11

2.3.4. Ürogenital Değişiklikler ... 13

2.3.5. Saç ve Deri Değişiklikleri ... 14

2.3.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ... 15

2.3.7. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri ... 16

2.3.8. Sindirim Sistemi Değişiklikleri ... 17

2.3.9. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri ... 18

2.4. Menopozda Tedavi ... 18

2.4.1. Hormon Tedavisi ... 18

2.4.2. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedaviler ... 19

2.5. Klimakterik Dönem ve Cinsel Yaşam ... 20

2.6. Klimakterik Dönemde Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler 21
2.6.1. Sosyo Demografik Özellikler 21
2.6.2. Hormonal Değişiklikler 21
2.6.3. Sağlık Durumu ile İlgili Değişiklikler 23
2.6.4. Psikolojik Değişiklikler 24
2.6.5. Menopoz Tipi 25
2.7. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Yaygın Görülen Cinsel Sorunlar 26
2.7.1. Cinsel Yanıtta Yavaşlama, Uyarılma Ve Orgazm Güçlüğü 26
2.7.2. Libido Kaybı 26
2.7.3. Ağrılı Cinsel İlişki 26
2.7.4. Cinsel İlişki Sıklığında Azalma 26
2.8. Menopozda Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi 27
2.9. Klimakterik Dönem ve Cinsel Yaşam Kalitesi 28
2.10. Klimakterik Dönemdeki kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü 30

3. GEREÇ VE YÖNTEM 33
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı 33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 33
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi 33
3.4. Verilerin Toplanma Araçları 34
3.5.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu 34
3.5.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği 34
3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği 35
3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması 35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 35
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 36

4. BULGULAR 37

5. TARTIŞMA 54

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 64
6.1. Sonuçlar 64
6.2. Öneriler 65

KAYNAKLAR 67

EKLER 81
EK-1 Tanımlayıcı Özellikler Formu 81
EK-2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği 82
EK-3 Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Türkçe Formu Ölçeği 83
EK-4 Etik Kurul Onayı 84

EK-5 Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kullanım İzini 85
EK-6 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzini 86
EK-7 Cinsel Yaşam Kalitesi –Kadın Türkçe Formu Ölçeği Kullanım İzni..... 87
EK-8 Orijinallik Raporu..... 88

ÖZGEÇMİŞ..... 91

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı 37
Tablo 2. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı 38
Tablo 3. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Cinsel Yaşam Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması..... 39
Tablo 4. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları 40
Tablo 5. Kadınların Menopoz özelliklerine Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları..... 45
Tablo 6. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması..... 47
Tablo 7. Kadınların Menopoz Özelliklerine Göre Cinsel yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalaması..... 50
Tablo 8. Kadınların MSDÖ Ve CYKÖ Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon ... 52
Tablo 9. Kadınların Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşam Kalitesini Yordama Durumu 53

KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ : Beden Kitle İndeksi
CYKÖ : Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
CTD : Clitoral Vacuum Device
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA : Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç Dairesi)
FSH : Folikül Stimülan Hormon
HT : Hormon Tedavisi
LH : Luteinizan Hormon
MSDÖ : Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
STRAW : Staging Reproductive Aging in Women
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UV : Ultraviyole
VEL : Vaginal Erbium Laser
WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın yaşamı, intrauterin dönemden ölüme kadar her biri kendine özgü gelişimsel yaşam dönemlerinden oluşmaktadır. Çocukluk dönemini izleyen ergenlikle birlikte kadına özgü menarş, menstruasyon, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemler gibi üreme ile ilgili olayların yaşandığı reprodüktif dönem; ardından ise nonreprodüktif döneme geçişin yaşandığı klimakterik dönem gelmektedir. Kadın üreme dönemlerinin ilk standardize sınıflaması 2002 yılında Üreme Yaşlarının Evrelemeleri Çalıştayı'nda (Stages of Reproductive Aging Workshop; STRAW) gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştayda normal üreme dönemlerini adlandırılarak evreler sınıflandırılmıştır (Tozlu, 2019). Buna göre üreme çağının sonlarına doğru başlayarak menopoz sonrasına kadar olan dönem, klimakterik dönem olarak adlandırılmıştır (Harlow, Gass, Hall, Lobo, Maki, Rebar, Sherman, Sluss, De Villiers ve Group, 2012). Klimakterik dönemde yaşanan en önemli gelişimsel olay ise menopozdur (Durukan Duran, 2020; Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre menopoz, östrojen hormon düzeyinin azalmasıyla overial fonksiyonların durmasına bağlı kadının bir yıl süreyle menstruasyon görmemesi durumu olarak tanımlamaktadır (WHO, 1996). Menopoz yaşı ise dünyanın farklı bölgelerinde değişmektedir. Avrupa'da 50,1-52,8 yaş, Kuzey Amerika'da 50,5-54 yaş, Latin Amerika'da 43,8-53 yaş ve Asya'da 42,1-49,5 yaş arasındadır (Vural ve Yangın, 2016). Türkiye'de birçok çalışmada menopoza girme yaşının 48-51 arasında değiştiği bildirilmektedir (Durukan Duran, 2020; Ertekin Pınar ve Polat, 2020; Kahveci, 2020; Darici Koçan, 2021). Dünyada zamanla menopozda olan kadınların sayısının artacağı ve 2030'da bu sayısının yaklaşık olarak 1,2 milyara yükseleceği belirtilmektedir. Üreme çağındaki kadın sayısının gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmasından dolayı gelecekte menopozda olan kadınların %76'sının dünyanın gelişmekte olan bölgelerinde yaşayacağı düşünülmektedir (Çelikkanat ve Sohbet, 2020).

Kadınlar yaşamlarının üçte birini klimakterik dönem ve bu döneme özgü problemlerle geçirmektedirler. İnsan yaşamı için azımsanmayacak olan bu dönemi kadınların sağlıklı atlatabilmeleri için sorunlarla baş etme stratejilerini öğrenmeleri gerekmektedir. Klimakterik dönemdeki değişimlerin iyi anlaşılabilmesi için

biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etmenlerin irdelenmesi ve kadının bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Çünkü bu dönemde benzer hormonal değişimleri yaşayan kadınlar bu değişimlerden farklı şekilde etkilenerek farklı şekilde tepki verebilmektedirler (Durukan Duran, 2020; Ertekin Pınar ve Polat, 2020).

Menopoz fizyolojik ve psikolojik birçok değişikliği beraberinde getirmektedir. Bunlar arasında sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor yakınmalar; konstüpasyon, şişkinlik ve dispepsi gibi gastrointestinal sisteme değişimleri; kemik erimesi, kırıklar, kas ve eklem ağrısı gibi lokomotor sitem sorunları; ritm bozukluğu ve çarpıntı gibi kardiyovasküler belirtiler; üreme organlarında atrofik değişiklikler, vajinal kuruluk, kaşıntı; cildin hidrasyonunun azalması, kırışması ve esnekliğin kaybı gibi deri değişiklikleri ve anksiyete, depresyon ve uykusuzlu gibi psikiyatrik belirtiler yer almaktadır (Atik Nalbant, 2009; Çetin ve Eroğlu, 2015; Çoban, Nehir, Demirci, Özbaşaran ve İnceboz, 2008; Görmüş, 2017; Sözeri Varma, 2006).

Klimakterik dönemdeki kadınlarda artış gösteren bu belirtilerin yanında diğer bir sorun alanı ise cinsel yaşamla ilgilidir. Cinsellik bireylerin hem önemli bir günlük yaşam aktivitesi hem de temel bir ihtiyacıdır (Ertekin Pınar ve Polat, 2020). Yaşamsal bir zorunluluk olmasa da cinsellik, insanın bireysel varlığını devam ettirebilmesi ve yaşam kalitesini artırması yönünden oldukça önemlidir. Klimakterik dönemde yaşanan değişikliklerden dolayı kadın cinsel yaşam kalitesi de negatif yönde etkilenebilmektedir. Kadın bu dönemde cinselliğe olan ilgisini hem olumsuz beden imajı kaygısı hem de kadınlık fonksiyonlarının son bulacağı kaygısıyla zamanla kaybedebilmektedir (Yanıkkerem, Göker, Çakır ve Esmeray, 2018). Ayrıca kadınların kültürel inançları, değerleri ve tutumlarına bağlı olarak menopoz olumlu algı yaratabileceği gibi önemsiz, travmatik ve olumsuz algılanarak cinsel sorunlarıda beraberinde getirebilmektedir (Erbaş ve Demirel, 2017). Altundağ ve diğerleri (2016) tarafından yapılan bir çalışmada bu dönemde ilerleyen yaşla birlikte menopozal semptomların şiddetinin artmasıyla cinsel yaşam kalitesinde de azalma meydana geldiği görülmüştür (Altundağ, Ege, Akın, Koçak ve Benli, 2016).

Klimakterik dönemdeki kadının sağlık bakımının önemli hedefleri arasında kadınların cinsel yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi yer almaktadır. Bunun için bu dönemdeki kadınlar biyolojik, psikolojik aynı zamanda sosyokültürel açıdan

bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli, cinsel yaşam da dahil olmak üzere menopozal semptomların olumsuz etkileyeceği yaşam alanları dikkate alınarak bakım uygulanmalıdır. Böylece sorunlar oluşmadan önlenebileceği gibi erken dönemde tespit edilmesi de çözümü kolaylaştırmada fayda sağlayacaktır. Bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin klimakterik dönemdeki kadınlarda sağlığın geliştirilmesi için cinsel yaşam kalitesi ilişkili etmenleri belirlemesi önemli sorumluluklarındandır (Ertekin Pınar ve Polat, 2020). Cinsel yaşam, menopozal semptomların etkilediği önemli ancak bir o kadar ifade edilemeyen bir alandır. Klimakterik dönemdeki kadınlara sunulan sağlık bakım hizmetleri incelendiğinde; kadınların cinsel yaşamlarının daha az ele alındığı ya da cinsellik konusunda hiç konuşulmadığı görülmektedir.Bu durumun kadınların cinsel konularda rahat ve açık olarak konuşamamaları, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğuna bağlı zaman kısıtlılığı, konu ile ilgili bilgi eksikliği ve danışmanlığı nasıl sağlayacağını bilmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Aygın ve Aslan, 2005; Tuğut ve Gölbaşı, 2010).

Hemşireler bütüncül bakım felsefesine dayalı olarak cinsel sağlığı değerlendirecek, bu alana özgü hemşirelik tanılarını koyabilecek ve çözüm üretecek en önemli sağlık profesyonelleridir. Ayrıca hemşirelik tanıları içerisinde cinsel işlev bozukluklarının yer alması hemşirelerin cinsellikle ilgili çalışmalarının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle cinsel sağlık açısından klimakterik dönemdeki kadınlara öncelik verilmesi de oldukça önemlidir (Kömürcü ve İşbilen, 2011). Son yıllarda hemşireliğe özgü cinsel sağlık alanında araştırmalarda artış olmakla birlikte model kullanımına dayalı müdahale çalışmalarında da artış bulunmaktadır. Uygun bakım girişimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılacak bu araştırmalar, bu dönemdeki kadınların cinsel sağlık sorunlarının belirlenmesi ve tanılanmasında alanda çalışan hemşirelere rehberlik sağlayacaktır. Literatüre bakıldığında; klimakterik dönemde yaşanan menopozal semptomlarla cinsel yaşam kalitesi arasındaki bağlantıyı ortaya koymaya yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu dikkati çekmektedir (Akbay Kısa, 2021; Atik Nalbant, 2009; Görmüş, 2017; Tezce ve Beydağ, 2021).Bu bağlamda çalışma bulgularının literatürü desteklemesinin yanında özellikle bu alanda çalışan birçok hemşireye de rehberlik sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı klimakterik dönemdeki kadınlarda menopozal semptomlar ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımdadır.

.

1.3. Araştırma Soruları

1 Klimakterik dönemde kadınlarda menopozal semptom yaygınlığı nedir?

2.Klimakterik dönemdeki kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeyi nedir?

3.Klimakterik dönemdeki kadınlarda menopozal semptomlar ile cinsel yaşam kalitesi arasında bir korelasyon var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakterik Dönem

Kadının yaşam döngüsü doğumdan itibaren başlayarak bebeklik ve çocukluk, adölesan, doğurganlık, klimakterik ve yaşlılık gibi birçok dönemden meydana gelmektedir. Bu yaşam dönemlerinden her biri kendi içinde farklı fiziksel, sosyal ve ruhsal değişiklikleri barındırmaktadır (Eskicioğlu, 2020). Kadın yaşam dönemlerinden biri olan klimakterik dönem merdiven basamağı manasına gelen ve Yunanca bir kelime olan "klimakter" kelimesinden türemiştir (Görmüş, 2017). DSÖ ise bir geçiş dönemi olan klimakterik dönemi fertil ve infertil peryotlar arasında kadınların yaşlanmasının başlangıcı olarak işaret etmektedir (WHO, 1996).

Klimakterik dönem kadının cinsel olgunluğa eriştiği dönemden üreme fonksiyonlarının yitirdiği döneme geçiş dönemidir. Ortalama 45 yaş civarında başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşa kadar sürmektedir (Aksoy Can, 2022). Bu dönemde psikolojik ve fizyolojik birçok değişiklik görülürken en önemli değişim ise menstruasyon kanamaların sonlanmasıdır (Kökkaya ve Demirci, 2018).

Klimakterik ve menopoz kelimeleri aynı anlamda ifade edilse de aslında iki faklı kavramı ifade etmektedir (Blümel ve diğerleri, 2014). Klimakterik dönem menopoza girme durumunun önce ve sonra dönemlerini içine alan bir dönem olup genellikle menopoz olarak adlandırılmaktadır. Oysa klimakterik döneminin sadece bir bölümü olan menopoz ise DSÖ'nün yaptığı tanımlamaya göre overlerin fonksiyon kaybı sonucu menstruasyonun sonlanmasıdır (WHO, 1996).

Kadının yaşam dönemlerinden klimakterik dönem, kadının reprodüktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında menopoz belirtileri ile karakterize hormonal dengenin değişiklik gösterdiği kadının yaşam kalitesini etkileyebilecek çok fazla semptomun görülebildiği kadın yaşamında önemli bir geçiş dönemidir (Andaç, 2015). En önemlisi ise bu dönemde yaşanan değişiklikler, hem kadını hem de ailesini fiziken, ruhen, cinsel, sosyal ve kişilerarası ilişkiler açısından negatif etkilere neden olabilmektedir (Heidari, Shahbazi, Ghafourifard ve Sheikhi, 2017). Klimakterik dönem kendi içinde premenopozal dönem, menopozal dönem, perimenopozal dönem ve postmenopozal dönemlerden oluşmaktadır.

2.1.1. Premenopoz

Premenopoz, klimakterik dönemin ilk evresi olarak tanımlamaktadır. Vücutta östrojen hormonunun azalmasıyla ilk belirtilerin görülmeye başladığı bu dönem menopoza kadar sürmektedir. 2-6 yıllık süreyi kapsayan bu dönemde fertilite şansı azalmış olup menstrual siklus düzeni bozulmuştur. Kadının ovaryum aktivitesinin azalmasına bağlı fertilite şansı azalırken üreme yeteneğinin kaybolmaması ve menstrual siklustaki düzensizlikler nedeni bu dönemde plansız gebelikler görülebilmektedir (Darici Koçan, 2021; Kahveci, 2020).

2.1.2. Menopoz

Çok sayıda değişikliğin meydana geldiği menopoz, dünyada kadınların çoğunu etkileyen ve rahatsız edici olan bir yaşam olayıdır. Sözlük anlamı olarak ‘’son adet’’ olarak tanımlanırken Yunan dilinden geçen men (ay) ve pausis (kesilme) sözcüklerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir. Menopoz, yumurtalık foliküllerinin işlevini kaybetmesi ile birlikte mensturasyonun sonlanması durumudur. Kesin tanı koyulabilmesi için son menstrual tarihten sonra bir yıl süre geçmiş olması gerekmektedir (Tunçarslan, 2019).

DSÖ’e göre menopoz “*östrojen hormon düzeyinin azalması sonucu over fonksiyonlarının durmasına bağlı kadının bir sene süreyle menstruasyon görmemesi”* olarak tanımlamaktadır (WHO, 1996). Menopoz, doğurganlığın ve menstruasyonun tamamen sona erdiği anlamına gelmektedir. En sık 45-55 yaşları arasında görülmekte olup ortalama menopoza girme yaşı 51 olarak belirtilmiştir (The North American Menopause Society, 2021).

Menopoza girme yaşı, toplumsal ve bireysel değişiklikler göstermektedir (Özcan ve Beji Kızılkaya, 2014). Örneğin; kadınlar, Amerika’da 50 ile 53 yaş arasında, Asya’da ise 47 ile 52 yaşları arasında menopozu yaşamaktadırlar (Islam, Bell ve Davis, 2018). 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporunda ise ülkemizde menopoza giren kadınların %45,1’nin 48-49, %31,2’sinin 46-47 ve %15,9’unun 44-45 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (TNSA, 2018). Ayrıca Dünya geneline bakıldığında 1,2 milyar kadının 2030 senesine kadar menopozda olacağı ve bu rakamların yıllık 4,7 milyon artış göstereceği ileri sürülmektedir (Kahveci, 2020).

Ayrıca menopoz yaşını belirlemede kadınların yaklaşık %50'sinde genetik etmenlerin etkili olduğu tahmin edilmektedir. Genellikle menopoza girme yaşı en çok kalıtımdan etkilenirken yeterli beslenme, eğitim seviyesi, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey, fiziksel aktivite durumu, hamilelik sayısı ile beraber son gebelik zamanı, menarş yaşı, oral kontraseptif kullanımı, düzensiz adet döngüleri, beden kitle indeksi, radyoterapi ya da kemoterapi alma hikayesi, alkol-sigara kullanma durumu, histerektomi veya tek taraflı ooferektomininde belirleyici olabileceği düşünülmektedir (Kahveci, 2020).

Menopoz giriş şekillerine göre farklılık gösterebilmektedir.

Doğal menopoz, foliküllerin azalmasıyla beraber menstrual kanamaların gerçekleşmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte overlerde morfolojik ve fonksiyonel belirtiler meydana gelirken menstrual kanamanın durması bu sürecin en belirgin olayıdır (Taşkın, 2016).

Erken menopoz, 40 yaşından önce bilinmeyen sebeplerle meydana gelen ovaryen yetmezlikle adetten kesilme durumudur. Görülme oranı yaklaşık %8'dir. Erken menopoza neden olan sebeplerin başında overlerin çıkarılması, fazla radyasyon maruziyeti, emzirmenin uzaması, hipotiroidizm, obezite, kürtaj ve düşükler, sık gebelik durumu ve mevcut genel sağlığın bozulması gelmektedir (Abiç ve Yılmaz, 2020; Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Cerrahi menopoz ise farklı etmenlerden kaynaklı histerektomiyle beraber ya da overlerin iki taraflı olarak cerrahi müdahaleyle alınması sonucu görülen menopoz durumudur. Yapılan müdahalede kadına histerektomiyle beraber ooferektomi yapılmamışsa menopoza girmemektedir. Cerrahi olarak overlerin çıkarılması daha çok konjenital over bozuklukları veya profilaktik olarak uygulanmaktadır. Doğal menopozda foliküllerin azalması yavaşladığı için vücut bu değişime daha hızlı alışırken cerrahi menopozda ise bu durum aniden meydana geldiğinden doğal menopoza göre menopoz semptomları daha fazla görülebilmektedir. Ayrıca kemoterapi ve radyasyon gibi uygulamalar sonrasında da menopoz görülebilmektedir. Menopoz olayı radyasyon maruziyetinin overlere etkisiyle kalıcı olarak son bulurken kemoterapi tedavisi alanlarda ilacın tesir durumuna göre çoğunlukla birkaç sene sonrası düzelebilmektedir (Alpaslan, 2018; Rodriguez ve Shoupe, 2015).

2.1.3. Perimenopoz

Perimenopoz, menopoz ve postmenopoz arasındaki geçiş fazıdır. Menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsarken biyolojik, endokrinolojik ve klinik olarak çeşitli belirtilerin meydana geldiği dönemdir (Taşkıran, 2019).

2.1.4. Postmenopoz

Kadının menopoza girdikten 6 ile 8 yıl sonrasını içine alan yaşlılık dönemine kadar olan dönemdir. Bir yıllık menstrual kanama olmamasıyla bu dönemde semptomlar artmakta olup overler işlevini yitirmekte doğurganlık dönemi son bulmaktadır. Ayrıca bu dönemde östrojen eksikliği nedeni ile vajinal atrofi, osteoporoz, kardiyak hastalıklar ve cilt bozuklukları gibi birçok rahatsızlık meydana gelebilmektedir (Görmüş, 2017; Zerkinli, 2020).

2.2. Menopozun Fizyolojisi

Bir yeni doğanın overlerinde bulunan primer folikül içindeki yaklaşık iki milyon oositin puberteyle birlikte üç yüz bin düzeyine kadar gerilediği görülebilmektedir. Üreme döneminde atrezi ile oositlerin çoğunluğu kendiliğinden kaybolurken yaklaşık olarak 500'ü ovulasyonla atılmaktadır. Bu bağlamda ovulasyon ve atrezi nedeniyle yaşla beraber oosit miktarında giderek azalma meydana gelmektedir. Folikül tükenmesi menopozun fizyolojisinin ana sebebidir. Kadınlar menopoz olma sürecine girdikleri zaman tüm over foliküllerin tükenmesiyle östrojen salgılanamamakta atrofi görülen overlerde ovulasyon durmaktadır. Üreme dönemi proliferasyon fazı değerlerine göre luteinizan hormon (LH) 3 kat, folikül stimülan hormon (FSH) ise 13 kat daha artış gösterebilmektedir. Östrojenin giderek düşmesi ile beraber menstruasyon kesilerek postmenopozal dönem başlamaktadır (Avcı, 2013).Postmenopozal dönemde ise overlerden salınan asıl hormonlar testesteron ve androstenedion olup bu dönemde periferik aromatizasyon ile androstenedion estrona dönüşmektedir (Yağmur, 2018).

Çoğunlukla kadınlarda 40'lı yaşlara ulaştığı zaman anovulatuar sikluslar görülmekle beraber siklus sürelerinde artış gibi değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Hatta menopozdan yaklaşık 2 ile 8 sene öncesinde düzensiz siklusların başladığı görülebilmektedir (Ceylan, 2010).

2.3. Klimakterik Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler

Her kadının kendine has bir şekilde geçirdiği klimakterik dönem, çeşitli sağlık problemlerinin ortaya çıktığı fizyolojik bir dönemdir (Görmüş, 2017). Yaşlılık ve klimakterik dönemler birbirine paralel dönemler olduğundan semptomların ne kadarından menopozun ya da yaşlanmanın mesul olduğunu ayırt etmek zor olabilmektedir (Koyuncu, 2015). Bu dönemde görülen belirtiler kadınlar arasında değişiklik gösterebilmektedir. Kadınların yaklaşık %70-80'inde erken dönemde östrojen eksikliği ve over fonksiyonlarının bozulması kaynaklı menopoz semptomları görülebilmektedir (Atik Nalbant, 2009).

2.3.1. Menstrual Değişiklikler

Menstrual siklus değişiklikleri en sık premenopozal dönemde görülen değişikliklerdendir. Östrojenin kandaki seviyesi 40-45 yaşlarında azalmaya başlarken 60-65 yaşlarına doğru ise bu azalma artarak devam etmektedir (Sarı, 2021).

Bu durum tam olarak overlerdeki fonksiyonların durduğu anlamına gelmemekle birlikte menstruasyonlar ovulasyonsuz olarak hipomenore, hipermenore, polimenore ve amenore gibi çok çeşitli şekillerde yaşanabilmektedir. Bu dönemde kanda östrojen düzeyindeki dalgalanmalardan dolayı endometrial sikluslar gerçekleşememektedir. Anovulatuar sikluslardan ise sürekli östrojen salgılayan folliküller endometriumda sürekli prolifertif fazı oluşturmaktadır. Sonrasında endometrium yıkılmasıyla rejenerasyonu sağlayacak folikül oluşması olmadığından dolayı kanama artışı devamlı olarak yaşanmaktadır. Kanamalı peryotlar on günden daha uzun sürerken üç haftadan daha kısa sürelerde de karşımıza çıkmaktadır (Demirci, 2015; Taşkın, 2016).Menstrual sikluslarda yaşanan anomaliler; kanamanın işlevselliği, siklusların uzaması aynı zamanda kanama miktarının azalması menopozun ön belirtileri olarak değerlendirilmektedir (Görmüş, 2017).

Bu çeşit kanamalar, kanserin de başlıca belirtisi olabilmektedir. Sürekli östrojen uyarısına bağlı "hiperplazi" olarak adlandırılan endometriumda değişimler görülebilmektedir. Bu değişimlerde endometrial kanserler açısından predispozan bir etken olabilmektedir. Menstrual siklusların zamanla uzamasıyla beraber miktar olarak da azalması fonksiyonel kanamalar olduğu manasına gelmektedir (Taşkın, 2016).

2.3.2. Vazomotor Değişiklikler

Klimakterik dönemde en çok görülen değişiklikler,vazomotor değişikliklerdir. Menopoza giren kadınların yaklaşık olarak %60-80'inde vazomotor semptomlar görülmektedir (Reid, Abramson, Blake, Desindes, Dodin, Johnston ve Fortier, 2014). Menopoza girmeden iki veya üç yıl öncesinde genellikle şiddetli görülen bu semptomlar yıllarca devam edebilmektedir (Eskicioğlu, 2020).

Ülkeler ve kültürler arasında görülme sıklığı açısından farklılık gösteren vazomotor değişikliklerin başında gece terlemeleri ve sıcak basmaları gelmektedir. Çalışmalara bakıldığında; Kafkas kadınlarında vazomotor belirtilerin Japon ve Çinli kadınlara göre daha çok yaşandığı, Afrikalı ve Amerikalı kadınlara göre ise daha az sıklıkla yaşandığı görülmüştür (Ak Sözer, 2020; Ayers, Forshaw ve Hunter, 2010).

Kadınlarda sıcak basmalarının asıl sebebinin azalmış östrojen seviyesi kaynaklı olabileceği düşünülürken yaşanan gece terlemelerinin ise buna bağlı vazodilatasyon ve vazokonstrüksiyondan ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu değişiklikler ani olarak başlarken özellikle yüz, boyun, göğüste kızarıklıklar ve vücutta artan sıcaklık hissi ile kendisini göstermektedir (Tunçarslan, 2019).

Özellikle sıcak basması, kadınlarda en çok devam eden ve yaşanılan menopozal semptomlar arasında olduğu belirtilmiştir. Ertem (2010) tarafından yapılan çalışmada menopozal süreçte olan kadınların %79'unun sıcak basmaları yaşadığı tespit edilmiştir (Ertem, 2010). Menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan başka çalışmada ise Avrupa'da kadınların % 55'nin ve Amerika'da ise % 75'inin sıcak basması deneyimledikleri belirtilmiştir (Fredman, 2005). Perimenopozal kadınların ise yaklaşık %40'ı sıcak basması yaşarken postmenopozal kadınlarda bu oranın %75 olduğu görülmüştür. Sıcak basması daha çok yüzde kızarıklıklara neden olurken bedenin üst kısımlarında yüz bölgesinde ısı hissi yaratıp sonrasında üşüme görülebilmektedir (Yiğit, 2018).

Kadınlarda erken postmenopozal semptomların görülme sıklığı %70-80 oranlarında iken bu oran beşinci sene sonrasında %20-25'lere kadar gerilemektedir (Tunçarslan, 2019). Ayrıca cerrahi müdahale ile menopoza giren kadınlarda operasyon sonrası sıcak basmaları hemen başlarken doğal yolla menopoza girenlerde daha şiddetli ve uzun olarak yaşanabilmektedir (Kahveci, 2020). Yurt dışında yapılan bir çalışmada kadınların %80,0'ının sıcak basmasını orta ya da şiddetli düzeyde, %17,0'ının hafif düzeyde yaşadığını %3,0'ının ise hiç sıcak basması şikâyetini

yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada sıcak basması toplam devam etme süre ortalaması 10,2 sene şeklinde tespit edilmiştir (Freeman, Sammel ve Sanders, 2014). Obezite, fiziksel egzersiz azlığı, sigara kullanma durumu, sıcak ve kalabalık alanlar,alkollü, baharatlı ve sıcak yiyecek ve içecek gibi nedenler sıcak basmasının risk etmenlerinin başında gelmektedir (Reid ve diğerleri, 2014).

Sıcak basmaları beraberinde mide bulantısı, baş ağrısı ve dönmesi, kulak çınlaması, gözde uçuşma hissi, parmakta his kaybı ve karıncalanma hissi, terleme, titreme, nefes darlığı ve dikkat eksikliği gibi birçok problemi beraberinde getirebilmektedir (Demirci, 2015; Harris, 2019). Özellikle sıcak basması ataklarının sıklaşması durumunda endişe ve anksiyete, terleme ve çarpıntı gibi semptomlar kadında kaygıyla beraber uyku sorunlarına sebep olabilmektedir (Reid ve diğerleri, 2014).

Ege ve diğerlerinin (2014) araştırmasında kadınların % 69,5'inin sıcak basması, %55,3'ünün gece terlemesi ve %53,7'sinin uykusuzluk gibi problemler yaşadığı tespit edilmiştir (Ege ve diğerleri, 2014). Gözüyeşil ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre ise kadınların menopozal dönemde yaşadığı vazomotor değişikliklerin gündelik yaşama olumsuz yansıdığı tespit edilmiştir (Gözüyeşil, Gökyıldız Sürücü ve Alan, 2018). Sis Çelik ve Pasinlioğlu (2013) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların menopozal yakınmalarının başında sıcak basması ve terleme yaşadıkları saptanmıştır (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Literatüre baktığımız zaman bu çalışmaya ek olarak çoğu çalışmada ise menopozal şikayetleri çok yüksek seviyede yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin de paralel olarak negatif yönde etkilendiği görülmektedir (Ak Sözer, 2020; Abay ve Kaplan, 2015; Nehir ve diğerleri, 2009). Sonuç itibariyle sıcak basması ve vazomotor şikâyetlerin hafifletilmesinde düzenli olarak fiziksel egzersiz yapmak, sigaradan uzak durmak, sağlıklı diyet uygulamaları ile beraber rahatlama teknikleri fayda sağlayacaktır (Kahveci, 2020).

2.3.3. Psikolojik Değişiklikler

Menopozla beraber kadın yaşamında ruhsal yönden de birçok önemli değişiklik gözlenebilmektedir. Özellikle bu dönemde kadınlarda görülen duygu durum değişikliklerinin tüm yaşamları boyunca en sık premenopozal ve postmenopozal dönemler olduğu gözlemlenmiştir. Bu dönemde östrojen

hormonundaki azalmaya bağlı olarak merkezi sinir sistemini etkilendiği düşünülmektedir. Yaşanan bu değişiklikler premenopozal ve postmenopozal dönemde ruh hali değişimleri olarak görülürken duygu durum ve davranışlarının da etkilenebileceği öne sürülmektedir. Ancak kadınların yaşadıkları stres deneyimleri ve geçmiş problemleri başlıca bir etmen olup birçok kadın bu durumun farkına varamamaktadır (Aksoy Can, 2022; Regestein, Friebely ve Schiff, 2015).

Bu dönemde görülen birçok fiziksel veya psikososyal etkiyle ortaya çıkan ruhsal değişikliklerin beden imajındaki değişimler ve uyku bozukluklarından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Klimakterik dönemde kadınlarda en sık görülen belirtilerin psikolojik semptomlar; anksiyete, depresyon, ajitasyon, sinirlilik ve inişli, çıkışlı ruhsal durumlar olduğu görülmektedir (Kahveci, 2020). Ayrıca bu dönemde bu belirtilere ek olarak kadınlarda konsantrasyon azalması ve hafıza kaybı gibi değişikliklerde görülebilmektedir (Monteleone, Mascagni, Giannini, Genazzani ve Simoncini, 2018).

Çetin ve Eroğlu (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların menopoz döneminde yaşadığı emosyonel sağlık problemleri incelendiğinde; %81,3'nün hüzünlenme, %71,4'nün huzursuzluk ve sinirlilik, % 46,2'sinin korku, panik hissi ve % 46,2'sinin ağlama krizlerini yaşadıkları tespit edilmiştir (Çetin ve Eroğlu, 2015). Alpaslan (2018) tarafından yapılan çalışmada ise menopozal dönemde kadınların %31,8'inin hafif düzeyde keyifsizlik, %31,5'nin orta düzeyde fiziksel ve psikolojik yorgunluk, %30,4'nün hafif düzeyde sinirlilik ve %27,3'nün hafif düzeyde kaygı yaşadığı tespit edilmiştir (Alpaslan, 2018). Önder ve Durak Batıgün (2016) tarafından yapılan çalışmada erken menopoza girenler kadınlarda stresin daha çok yaşandığı bununla beraber stresle başa çıkma becerilerinin yetersiz olduğu evlilik uyum puanları ve iyimser yaklaşımların daha az olduğu tespit edilmiştir (Önder ve Durak Batıgün, 2016).

Kadınlar arasında özellikle menopozdan sonraki dönemde uyku problemleri daha çok görülürken uykuyla ilgili sorunların altında daha farklı sebeplerin olduğu gözlemlenmiştir. Japonya'da menopoz giren kadınlarla yapılan bir çalışmada uykusuzluk görülme sıklığının %50,8 oranında olduğu tespit edilmiş olup uyku sorunlarının kaynağı ise ruhsal çökkünlükle ilişkilendirilmiştir (Terauchi, Obayashi, Akiyoshi, Kato, Matsushima ve Kubota, 2010). Bu bağlamda klimakterik dönemde yaşanan anksiyete, depresyon gibi ruhsal şikâyetlerin hafifletilmesinde kitap okuma,

fiziksel egzersiz ve gevşeme tekniklerinin stresle baş etmede olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir (Kahveci, 2020).

2.3.4. Ürogenital Değişiklikler

Östrojen yetersizliği kaynaklı kadınlarda menopoz sonrası dokularda hyaluronik asit, kollajen ve elastin seviyesinde azalma, epitel dokularda incelme, düz kas hücrelerinin fonksiyonunda değişikliklerin beraberinde histolojik ve anatomik değişiklikler, bağ dokularında artma, vasküler yapılarda azalma gibi değişiklikler yaşanmaktadır. Tüm bu değişimler vajinal florada değişikliklere yol açarken vajinal esneklikte azalmaya, ph artışına, vajinal kayganlığın azalmasına beraberinde de hassasiyette artış ve fiziksel tahrişe neden olabilmektedir (Aksoy Can, 2022; Kim, Kang, Chung, Kim ve Kim, 2015). Görülen tüm bu değişiklikler menopoz döneminde genitoüriner sendrom olarak ifade edilmektedir. Genitoüriner sendrom, ph düzeyinde artmaya bağlı üretral prolapsus, atrofi, üretral polip, ürolojik ve genital komplikasyonlara, üriner sistem enfeksiyonlarına ve vajinite neden olabilmektedir (Aksoy Can, 2022; Gandhi, Chen, Dagur, Suh, Smith, Cali ve Khan, 2016). Östrojen ve diğer hormonların azalmasıyla kadınlarda vulvovajinal semptomlar artış görülürken bu semptomların özellikle orta ve ileri yaş kadınların %50'sinden fazlasında görüldüğü tespit edilmiştir (Tunçarslan, 2019). Klimakterik dönemde özellikle menopozla beraber vulva dokusu elastikiyetini kaybederken postmenopozal dönemde de endometriyum ve miyometriyum atrofiye uğrayarak uterusunda küçüldüğü görülmektedir. Ayrıca bu dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak kadınlarda genitoüriner enfeksiyonlar da sıklıkla görülebilmektedir (Razz, 2011).

Klimakterik dönemde görülen genitoüriner şikâyetlerin başında; genital kuruluk, vulva ve vajende irritasyon, yanma, kaşıntı, cinsel ilişki sırasında ağrı, hassasiyet ve rahatsızlık hissi, azalmış uyarılma, dizüri ve pollaküri gelmektedir (Tunçarslan, 2019). Sis Çelik ve Pasinlioğlu (2013) tarafından menopoz döneminde kadınlarla yaptığı çalışmada; kadınların %24,3'ünde cinsel problemler, %32,3'ünde idrarla ilgili rahatsızlıklar ve %27,8'inde vajinal kuruluk gibi semptomların orta seviyede yaşandığı tespit edilmiştir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Menopozlu kadınlarla İskoçya'da yapılan başka çalışmada ise kadınların %28,2'sinin vajinal kuruluktan şikâyet ettikleri görülmüştür (Duffy, Iversen ve Hannaford, 2012). Nappi ve diğerleri (2016) tarafından postmenopozal dönemdeki kadınları kapsayan bir

çalışmada ise yaşanan şiddetli atrofik vajinal semptomların yaşam kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Nappi, Cucinella, Martella, Rossi, Tiranini ve Martini, 2016). Ülkemizde menopozlu kadınlarla yürütülen bir çalışmada üriner inkontinans sıklığı oranı %45,3 olarak tespit edilmiştir (Şentürk ve Kara, 2010). Legendre ve diğerleri (2012) tarafından yapılan sistematik derlemede ise menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevelansı, %15-30 oranları arasında farklılık göstermektedir (Legendre, Fritel, Ringa, Lesavre ve Fernandez, 2012).

Klimakterik dönemdeki kadınlarda fizyolojik ve psikolojik etmenlerin cinsel birçok probleme sebebiyet verdiği ve bu nedenle kadınların cinsel yaşama uyumunun araştırıldığı bir çalışmada da yaşla beraber menopoz süresinin artmasıyla cinsel fonksiyonların da olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir (Kömürcü ve İşbilen, 2011). Yapılan benzer bir çalışmada da kadınların perimenopozal veya postmenopozal dönemlerde yaşadığı vajinal kuruluk, vajinal ve pelvik ağrılar nedeniyle cinsel istekte azalma yaşadığı tespit edilmiştir (Tunçarslan, 2019). Yapılan başka bir çalışmada ise kadınların perimenopozal dönemde en çok vajinal kuruluk, postmenopozal dönemde ise disparoni yaşadığı ve özellikle postmenopozal dönemde görülen vajinal kuruluğun cinsel yaşam kalitesine negatif yönde etki gösterdiği tespit edilmiştir (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018). Klimakterik dönemde kadınlar cinsel yaşamlarına aktif devam ederken yaş artışıyla beraber dönemin fiziksel değişikliklerine adapte olmaları kişiye olumlu yönde etki sağlayacağı düşünülmektedir (Holly Thomas, Rachell Hess ve Rebecca Thurston, 2015).

2.3.5. Saç ve Deri Değişiklikleri

Kadınlarda östrojen düzeyinde azalma nedeniyle klimakterik dönemde derinin elastikiyetinde azalma beraberinde derinin kuruması gibi derinin daha hızlı yaşlanmasına sebebiyet verebilecek durumlar ortaya çıkmaktadır (Sis Çelik ve Pasinlioğlu 2013). Bu dönemde derinin yağ ve nem oranında azalma, deride incelme, kırışıklık ve tırnakların daha kolay kırılması, dayanıksızlaşması en çok yaşanan sorunların başında gelmektedir (Zerkinli, 2020).

Adrenokortikal aktivitenin artışı ve estradiol düzeyin azalmasından dolayı da dudak üstü, çene, göğüs ve karın bölgesinde deride kalın tüylenmelerin oluştuğu gözlemlenmektedir. Koltuk altı ve pubik bölgelerde kıllar seyrelebilirken alopesi

olan kadınlarda bu dönemde şiddeti daha da artış gösterebilmektedir (Markopoulos, Kassi, Alexandraki, Mastorakos ve Kaltsas, 2015).

Cilt altı yağ dokusu güneş ışınlarına karşı koruma sağlarken bir yandan da ısı yalıtımı yapmaktır. Yaşlılıkla birlikte azalan yağ dokusu, soğuğa karşı tolerans düşüşüne ve derideki kırışıklıkların artmasına sebebiyet verebilmektedir. Ayrıca kan akımının azalması nedeniyle de vücutta ısı kaybı gerçekleşirken vücut kendini soğutamadığından ciltteki yaralar da daha zor iyileşebilmektedir. Bunun yanında melanosit dediğimiz pigment üreten hücrelerin azalması, cildin ultraviyole (UV) ve güneş ışınlarına karşı korumanın azalmasıdır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Derideki değişiklerle başlıca başetme yolları; kıyafet olarak daha çok pamuklu giysileri tercih etmek, yağlı kremler ile cilt bakımı yapmak, sabun yerine nemlendirici özelliği olan ürünler kullanmak, ılık banyo yapmak, güneş ışınlarından korunmak, gün içerisinde az 8 bardak su içmek, sağlıklı beslenme tarzı oluşturmak, sigara kullanmayı bırakmak, kişinin cildini düzenli takip ederek benlerinde belirgin değişim olduğunda sağlık kuruluşuna başvurması şeklindedir (Zerkinli, 2020).

2.3.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Klimakterik dönemde kadınlarda kas iskelet sistem değişikliklerinin başında eklem ve kas ağrısı, kemik kırıkları, vücut hacminde azalmayla beraber hareketlerde yavaşlama görülebilmektedir. Bu dönemde en çok kemik kaybı ilk yıllarda görülürken 5-8 yıllık ortalaması %4-8 olup sonraki senelerde bu oranın ortalama %1 şeklinde seyrettiği görülmüştür (Tunçarslan, 2019). Kemik metabolizmasında kemik hücrelerinin yapımının artışında östrojenin önemli bir etkisi bulunmaktadır. Hormon seviyelerindeki değişikler kaynaklı ortalama 40 yaş sonrası kemik kütlesinde kayıplar başlarken osteoporoz dediğimiz kemiklerin incelmesi, zayıflaması ve kırılması ile karakterize olan sorunlar sıklıkla görülmektedir. Postmenopozal dönemde kadınlarda osteoporoz görülme oranı %30-40 olarak görülmektedir (Darici Koçan, 2021). Bu dönemde yaşanan sağlık sorunlarının başında kemik mineral yoğunluğu kayıpları gelmektedir (Kaplan, Sergek ve Sertbaş, 2005). Kadınlar kemik kütlesinin %75'ini postmenopozal dönemin ilk 20 yılında kaybetmekte olup bu azalmanın özellikle 3-6 yıllık menopoz sonrasında daha çok görülerek 20 yıl daha sürebileceği öngörülmektedir. Kayıplar yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi %52-66 kadarı ile de östrojen eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Fraktür riski ise bu azalma sonucunda de artış göstermektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Türkiye Osteoporoz Derneği'nin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ile beraber yaptığı 26 bin kişinin tarandığı geniş epidemiyolojik, Fraktürk isimli çalışmada, Türkiye'de yaşam süren 50 yaşından büyük olan nüfusun %25'inde osteoporoz tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise osteoporoza ilişkin bilgi düzeyinde yetersizlik olduğu ve kadınlarda osteoporoz sağlık inanç ölçeği kullanılarak elde edilen duyarlılık skorunun erkeklerden daha fazla olduğu görülmüş olup bu bağlamda kadın hayatında osteoporozun ciddi sağlık problemi olabileceği düşünülmüştür (Eskicioğlu, 2020). Bu bağlamda menopoza girdikten sonra ilk beş yıl içerisinde koruyucu önlemlerin alınarak tedaviye başlanması oldukça önemlidir (Kaplan ve diğerleri, 2005).

Literatür bakıldığında kadınların bu dönemde alternatif tedavi yöntemlerine yöneldiği fiziksel aktivite ve soyalı gıda tüketiminin osteoporozdan korunmada etkin olduğu düşünülmektedir. Özellikle menopozal dönemde kullanılan A ve D vitaminlerinin kemik gücünde artış sağladığı böylelikle kemik kırıklarını önlemede de etkin olduğu görülmektedir (Eskicioğlu, 2020; Özcan ve Oskay, 2013; Velioğlu ve Gürkan, 2021). Pérez ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada, İspanya'da menopoz sürecindeki kadınlar için osteoporoz risk oranı %67,6 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada başlıca risk faktörlerinin ise %53,6'sının fiziksel aktivite yetersizliğiden, %30,1'inin süt ürünlerinin az tüketilmesinden ve %28,7'sinin sigara kullanımından kaynaklandığı görülmüştür (Pérez, Garcia, Palacios ve Pérez, 2009).

2.3.7. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar; koroner arter ve periferik arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve serebrovasküler hastalık gibi hastalıkların genel adı altında değerlendirilmektedirler. Özellikle kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi açısından östrojenin önemli rolü olduğu üreme dönemindeki kadınlarda erkeklere göre 2,5-4,5 kat kardiyak problemlerin daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Bundan dolayı menopozdan sonra östrojenin etkisi azalırken kan kolesterol miktarı ve vasküler sorunlar görülme riski de artmaktadır. Böylece kadınlarda kardiyak hastalıkların görülme durumu erkeklere göre hızla aynı düzeye ulaşır (Demirci, 2015).

Kadınlar üreme çağında östrojene bağlı kardiyak rahatsızlardan korunurken menopoza girdikten sonrasında kalp krizi ve damarlarda sertlik gibi rahatsızlıklarda artış görülmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Koroner kalp hastalıkları görülme sıklığı kadınlarda düşük gibi görülse de yaşla beraber belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Özellikle koroner kalp hastalıkları sıklığının 55-59 yaş arası kadınlarda 30-34 yaş grubuna göre 50 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tuçarslan, 2019). Ayrıca cerrahi ve erken menopoz yaşayan kadınlarda kardiyak hastalık görülme riskinin doğal menopoz yaşayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Sarı, 2021). Şanlıurfa'da 300 menopoza girmiş kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınlarda başlıca; heyecan, kalp çarpıntısı ve sıkışma gibi kardiyak problemler tespit edilmiştir. Çetin ve Eroğlu (2015) yaptığı başka bir çalışmada ise menopoza giren kadınlarda kadınların % 65,0'ının kardiyak rahatsızlıklar yaşadığı tamamının ise bu sorunlar içerisinde en çok heyecan hissi yaşandığı görülmüştür (Çetin ve Eroğlu, 2015). Koyuncu'nun (2015) kadınlarla yaptığı çalışmada ise %45,5'inin kardiyak sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir (Koyuncu, 2015).

Kadınlarda menopoz sonrası vücut yağ dağılımı erkek tipine benzeyerek yağ birikimi bel ve karın bölgesinde oluşmaya başlamaktadır. Bu durum kalp damar hastalıklarının görülmesi açısından büyük bir risk teşkil etmektedir (Tuçarslan, 2019). Myasoedova ve diğerleri (2016) çalışmasında; fitoöstrojen açısından zengin besinlerin kolesterolü azaltarak ateroskleroz riskini de azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Myasoedova, Kirichenko, Melnichenko, Orekhova, Ravani, Poggio, Sobenin, Bobryshev ve Orekhov, 2016). Özellikle bu dönemde kilo alımında artış, hareketsiz yaşam, sigara ve alkol kullanımı, beslenmedeki düzensizlikler, tansiyon yükselmesi, kolesterol düzeyinde artma ve genetik geçiş kadınlarda kardiyak hastalık riskini artıran önemli etmenlerdir (Atik Nalbant, 2009).

2.3.8. Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Östrojen eksikliğine bağlı olarak klimakterik dönemde kadınlarda görülen başlıca sindirim sistemi değişiklikleri; ağızda kuruma, kötü tat hissi, diş eti problemleri, kolon spazmına bağlı diyare, distansiyon veya konstipasyon hali bağırsak mukoza atrofisi, hemoroid varlığın da artış, gastrik reflü, mide sekresyonlarında azalma ve safra taşı oluşması gibi şikâyetlerdir (Andaç, 2015).

Östrojen düzeyindeki değişimler metabolizma hızını da doğrudan etkilemektedir. Bu dönemde metabolizma hızındaki değişimlere bağlı yeme alışkanlıklarının değişmesi, iştah artışı, dinlenme metabolik hızında azalma gibi sorunlara sebebiyet verebilmektedir (Reid ve diğerleri, 2014). Tüm bunların etkisiyle menopoz sonrasında kadınlarda vücuttaki toplam yağ miktarı düzeyi artış göstererek android tip şişmanlık görülebilmektedir (Demirtaş, 2017).

2.3.9. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri

Santral sinir sisteminin gelişim ve organizasyonunda östrojen hormonu oldukça etkilidir. Klimakterik dönemde östrojenin azalmasıyla ile birlikte beyin hücre sayısı da azalmakta olup buna bağlı geçici hafıza kayıpları, görme, işitme, koku ve tatta bozulma gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Östrojen hormonun uyarıcı etkisine karşılık progesteron hormonunun kuvvetli anestezik gücü görülmektedir (Görmüş, 2017).

2.4. Menopozda Tedavi

Kadınların menopoz döneminde maruz kaldığı şikâyetlerin ortadan kalkmasını hedefleyen menopozal tedavi azalan hormon düzeyinin yerine konmasını sağlamaktır. Bu tedavinin temel amacı menopoza has problemleri en aza indirgeyerek kadınların yaşam kalitelerini yükseltmektir (Pamuk, Kutlu ve Çivi, 2014). Menopozal semptom yaşayan klimakterik dönemdeki kadınlar, semptomlarla baş etmek ayrıca bu süreci konforlu geçirmek için farklı tedavi yöntemlerini aramaya yönelmişlerdir. Bu dönemde kadınların bazıları alternatif tedavi yöntemlerine yönelirken bazıları ise Hormon Tedavisi (HT) tercih etmektedirler. Kadınlarda HT ve alternatif yöntemleri birlikte kullanımda görülebilirken bazıları ise bu süreci uygulamasız geçirebilmektedir (Kökkaya ve Demirci, 2018).

2.4.1. Hormon Tedavisi

HT, klimakterik döneme yönelik kadınların yaşadığı şikâyetleri en aza indirgemek için kullanılan tıbbi bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi özellikle hastayla beraber kar ve zarar durumu değerlendirilerek verilmelidir. Kadınların tedavi öncesi kapsamlı olarak fizik bir muayeneden geçirilmesi, meme muayenesi, pelvik muayenesi, pap smear testi, osteodansimetrik analiz, kan kolesterol ve glikoz düzeyleri, kilo ve kan basıncı ölçümü gibi tetkiklerin muhakkak detaylı olarak

değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca HT'ye başlayan kadınların 3-9 ay gibi peryotlarda bu değerlendirmelerini tekrarlatması oldukça önemli ve gereklidir (Demirci, 2015).

Ayrıca histerektomi ameliyatı olan kadınlarda tedavide yalnızca östrojen kullanılırken uterusu alınmayanlarda endometrial uyarıyı engellemek için östrojen – progesteron birlikte kullanılarak tedavi edilmektedir. Kronik hastalıkların önlenmesi amacıyla HT'nin profilaktik kullanımı asla önerilmemektedir. HT kullanımı için gerekli endikasyonlar ürogenital atrofi ve vazomotor semptomların varlığı olarak kabul edilmiştir. Yapılan çalışmalarda östrojen kullanımının vazomotor şikâyetlerin azaltmasında en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir. 50'li yaşlarda orta ve yüksek düzey vazomotor şikâyeti olan kadınlar, HT için uygun adaylar olmasına rağmen meme kanseri, koroner arter hastalığı, venöz tromboemboli, serebrovasküler hastalık ve akciğer hastalığı gibi hastalık öykülerinin de olmaması gerekmektedir (Taşkıran, 2019).

İleri yaş menopoza girmiş kadınlarda uzun süre HT kullanımı kemik yoğunluğunda atışa neden olurken beraberinde kırık riski ve kolerektal kanser riskini azaltmaktadır. Ayrıca kardiovasküler kalp hastalıkları, tromboemboli, meme kanseri ve kolesistit gibi hastalıkların artışıyla da ilişkili olduğu tespit edilmiştir. HT'sinin 5 yıldan uzun dönem kullanılması meme kanserine yakalanma açısından risk teşkil ettiği belirtilmiştir (Demirci, 2015). 1950'li yıllardan bu yana HT, sıcak basması ile alakalı menopoz yönetiminde tedavinin temel taşı olarak görülmektedir. Özellikle sıcak basmasının hem sıklığını hem de şiddetini azaltmada östrojenin yararı olduğu bildirilmektedir (Kökkaya ve Demirci, 2018).

2.4.2. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedaviler

Menopozal şikâyetlerde HT yanı sıra alternatif tedavi yöntemlerine yönelim giderek artmaktadır. Kadınların klimakterik dönem sorunlarıyla baş etmek için son zamanlarda alternatif tıp yöntemlerin yöneldikleri görülmektedir (Çetin ve Eroğlu, 2015). Bu dönemde kadınlar tedavi alternatiflerini belirlerken daha çok kendi kültürel yaşamlarıyla örtüşenlere yönelim göstermektedirler. Doğal östrojen kaynağı olan bu alternatif bitkilerin başında; keten tohumu, soya ürünleri, siyah yılan otu kökü ekstresi, kırmızı yonca, melekotu gibi bitkiler gelmektedir. Ayrıca bunlarla beraber, yoga, akupunktur meditasyon, refleksoloji, homeopati, egzersiz, diyet,

vitaminler ve mineraller başlıca tercih edilen alternatif yöntemler arasında gelmektedirler (Demirci, 2015).

Kang ve diğerleri (2002) tarafından kadınlarla yapılan çalışmada kadınların HT'ye göre alternatif tedavi yöntemlerini daha güvenli bulduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmada HT istememe gerekçesi olarak kanama yapması ve kansere yakalanma riski gibi nedenleri belirtmişlerdir. Ayrıca 45–60 yaş kadınlarla yapılan aynı çalışmada alternatif tedavileri yöntemlerini %80'inin reçetesiz olarak uyguladıkları bu şikâyetlerini alternatif tedavi yöntemleriyle tedavi edilebildiklerini belirtilmişlerdir (Kang, Ansbacher ve Hammoud, 2002).

2.5. Klimakterik Dönem ve Cinsel Yaşam

Cinsel sağlık "*insanın cinsel bir varlık olarak sadece biyolojik değil; düşünsel, duygusal ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını pozitif yönde etkileyen ve arttıran sağlıklılık durumu*" olarak ifade edilmektedir (WHO, 2010). Cinsel sağlık; kişinin cinsel hayatının zarara uğramadan, zorlanmadan ve mutlu bir şekilde ettirebilmesidir. Bunlarla beraber cinsel sağlık, istem dışı hamilelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ayrımcılık ve şiddet gibi risk faktörlerinden uzak olarak cinselliğin yaşanmasıdır. Cinselliğin karşılıklı saygı içerisinde güvene dayalı ve mutlu ilişkiler içinde yaşanması, bireyleri zenginleştirmektedir (Dağ Tüzmen, 2021).

Canlıların yaşamında devamlılık için gerekli olan cinsellik üremeye yönelik en önemli koşul olup anne karnında başlayıp hayatın her döneminde ve ölüme kadar devam etmektedir (Atik Nalbant, 2009). Cinsel işlev bozukluğu ise kişinin kendisinin beklenti içinde olduğu cinsel birlikteliği yaşayamaması durumu olarak tanımlamaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psyhiatric Association) kadın cinsel işlev bozukluklarını DSM-5'de cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/ içe girme bozukluğu ve kadında orgazm bozukluğu şeklinde üç temel başlık altında incelenmektedir. Cinsellik ise sosyal, kültürel, hukuksal, politik, dini, ekonomik, biyolojik ve psikolojik olarak birçok faktörden etkilenebilmektedir (Kahveci, 2020).

Kadınların yaşam döngüsünce cinsel işlevliğinin baş etmenleri, cinsel hormonlardır. Menopoz ise androjen ve östrojen eksikliğine bağlı cinsel işlev dokuları içine alan sistemlerde birçok belirti ile kendini gösteren bir dönüm

noktasıdır (Al-Azzawi ve Palacios, 2009). Özellikle klimakterik ve yaşlılık gibi süreçlerde kadınların %30-77'nin cinsel işev bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir (Holanda, Abuchaim, Coca ve Abrão,2014). Cinsel işlev bozukluğu sorunu dünyada yaklaşık olarak %30-60 iken bu oran bireysel, psikolojik ve sosyokültürel birçok faktörlere bağlı olarak da değişmektedir (Cruz, Da Silva Nina ve Figuerêdo, 2017). Ayrıca Türkiye'deki birçok çalışmada prevelansın %40-%75 olarak değişlik gösterdiği tespit edilmiştir (Şen, Güneri, Sevil ve Çengel, 2012).

2.6. Klimakterik Dönemde Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler

2.6.1. Sosyo Demografik Özellikler

Kadınların yaşam süresinin artmasıyla beraber birçok çalışmada cinsel birliktelik sıklığının azaldığı ve cinsel olarak kadınların daha pasifleştiği bildirilmektedir (Kahveci, 2020). Amerika'da 40-99 yaş, 806 kadın ile yapılan bir çalışmada, %63'ünün postmenopozal dönemde olduğu; 55 yaşından küçük kadınların %83'ünün, 55-68 yaş arasında olanların %64'ünün, 68-79 yaş arası olanların %40'ının, 79 yaşından büyük olan kadınların ise %13'ünün cinsel yönden aktif olduklarını belirtmişlerdir (Cabral, Canário, Spyrides, Uchôa, Eleutério ve Gonçalves, 2013). Ayrıca yapılan birçok araştırmada düşük eğitim düzeyi, artan evlilik süresi, eşten ayrılmış olma, sedanter yaşam tarzı ve düşük yaşam kalitesi gibi faktörlerin cinsel disfonksiyonun artmasına neden olduğu saptanmıştır (Batır,2018; Durukan Duran, 2020; Kahveci, 2020).

2.6.2. Hormonal Değişiklikler

Östrojen seviyesindeki dalgalanmadan ötürü menopoza geçiş sürecinde menstrual sikluslarda değişiklikler görülmektedir. Kadınlar bu dönemde östrojen yetersizliği gibi sebeplerle menstrual siklus düzensizlikleri, yoğun kanama, vajinal kuruluk, vazomotor şikâyetler ve uyku bozuklukları, anksiyete, uyarılma veya sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar (Davis ve Jane, 2011). Bu dönemde östrojen azalmasına bağlı cinsel fonksiyonlar doğrudan etkilenerek vajinal kuruluğa neden olurken bir yandan da yaşanan gece terlemeleri ve ateş basmaları kadınlarda enerji kaybıyla libidoyu da düşürmektedir (NAMS, 2021).

Menopoz sonrası ilk senelerde ve cerrahi menopoza giren kadınlarda daha çok gözlenen gece terlemeleri ve sıcak basması daha çok uyku sırasında ortaya

çıkmakta olup eşleriyle yakın uyumayı seven kadınlar sıcak basmaları sebebi ile eşlerinden uzaklaşarak ayrı uyumayı tercih etmektedirler. Ayrıca kadınlar geceleri yeterince uyuyamadıkları için eşler arası uyum sorunlarına sebebiyet verebilmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Ayrıca östrojen düzeyinin düşmesiyle yaşanan vajende kuruluk ve atrofi, uzayan uyarılma, cinsel birliktelikte ağrıya neden olabilmektedir. Ağrının tekrarlayacağına dair yaşanan kaygılar cinsellikten uzaklaşmaya neden olurken vajinismus bile görülebilmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Özellikle penetratif cinsel ilişkide pasifleşmeye bağlı olarak vajinada daralmalar kısalmalar görülebilmektedir. Ayrıca yağ bezleri salgıları ve vajinal kan akışının belirgin azalmasından ötürü cinsel uyarılma esnasında lubrikasyon azalırken gecikmede olabilmektedir. Bunlarla beraber östrojen seviyesinin azalması, vasküler ve sinir sistemindeki değişimlere bağlı klitorisin ilk zamanlara göre hassasiyeti azalmaktadır. (NAMS, 2021). Ayrıca bu dönemde ileri yaşlarda atrofik daralmalardan ötürü bu değişikliklere ek olarak idrar sorunlarına neden olabilmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Kadınlarda bu dönemde yaşanan üriner inkontinansın kadınların cinsel yaşamı üzerinde olumsuz etkisiyle cinsel ilişki esnasında istemsiz idrar kaçırma, eşe karşı utanç ve yetememe hissi kadında suçluluk psikolojisi oluşmasına neden olabilmektedir. Kadınlar bu sebeple cinsel ilişkiden kaçınarak soğukluk yaşamaktadırlar. Üriner inkontinans ayrıca eşler arasında evlilik ilişkilerine olumsuz etkileyerek yakınlığın ve paylaşımın azalmasına sebebiyet verebilmektedir (Akyüz, Kök, Kılıç ve Güvenç, 2014).

Çalışmalara göre menopozal semptom yaşayan kadınların cinsel işlev bozukluklarını daha çok yaşadığı, lubrikant kullanan kadınların ise cinsel fonksiyonlarında düzelme görüldüğü tespit edilmiştir (Maserejian, Shifren, Parish, Segraves, Huang ve Rosen, 2012). Gözüyeşil ve diğerlerinin (2018) yaptıkları çalışmalarında bu dönemde ki kadınların %82'sinin cinsel disfonksiyon yaşadığı tespit edilmiştir. Klimakterik dönemde kadınların yaşadığı şikayetlerinin hem cinsel fonksiyonlar hem de kadının cinsel yaşam kalitesi üzerine önemli etkisi olduğu görülmektedir (Gözüyeşil ve diğerleri, 2018). Dinçer ve Oskay (2018) tarafından klimakterik kadınlarla yapılan araştırmada kadınlarda en fazla fizyolojik olarak sıcak basması, uykuda terleme ve uyku bozuklukları, halsizlik, huzursuzluk, baş ağrısı, çarpıntı hissi yaşanırken psikolojik kaynaklı cinsel soğukluk, isteksizlik, birliktelik sayısında ve cinsel memnuniyette azalma görülmektedir (Dinçer ve Oskay, 2018).

Şen ve diğerleri (2012) tarafından 40-65 yaş arası 385 kadınla yapılan çalışmada %74,6'sının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı, kadınların bu sorunları iyileştirmek amaçlı ise hiç bir yöntem uygulamadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca cinsel işlev bozukluğu olan kadınların mevcut yaşı ile menopoz yaşı arasında da istatistiksel açıdan ilişki bulunamamıştır (Şen ve diğerleri, 2012). Erbaş ve Demirel (2017) tarafından klimakterik dönemde 359 kadınla yapılan çalışmada ise menopoza bağlı yaşanan şikâyetlerden yorgunluk, uykusuzluk, sinir hali, eklem ağrıları, kabızlık, hemoroid, ciltte kuruma ve pullanma, yüz tüylerinde artış, pubik kıllarda azalma, disparoni, cinsel isteksizlik, ağrılı ve sık miksiyon, mesntrual düzensizliklerin cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etki oluşturduğu belirlenmiştir (Erbaş ve Demirel, 2017). Ayrıca premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz döneminde 45-60 yaş arası 225 kadınla yapılan başka bir çalışmada ise vajinada yaşanan kuruluk ve disparoni açısından anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu bağlamda menopozal döneme geçiş süreci arttıkça cinsel yaşam kalitesinin negatif yönde etki etkilendiği görülmektedir (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018)

2.6.3. Sağlık Durumu ile İlgili Değişiklikler

Yaşlılıkla birlikte görülebilecek nöronal, vasküler, metabolik ve malign rahatsızlıkların sıklığının artması ve tedavi amaçlı ilaç kullanımı, insanın benliğine ve kişiler arası ilişkilerine etki ederken cinsel işlevleri dolaylı yönden olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kahveci, 2020). Örneğin; diyabetli kadınların %15-85'inde cinsel istekte azalma görülürken %5-60'ında ise orgazmda zorlanmalar ve disparoni gibi problemler yaşanabilmektedir (Edwards, 2013). Owiredu ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada ise yüksek tansiyonu olan kişilerin yarısında cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir (Owiredu, Owusu, Amidu, Quaye, Gyasi-Sarpong, Dapare ve Alidu, 2015). Bunlarla beraber kadını ruhen ve bedenen etkileyen sistemik hastalıklar, ameliyatlar ve malign kitleler için uygulanan abdominal pelvik müdahalelerin de cinsel fonksiyonlara önemli etkisi olduğu tespit edilmiştir (Sadovsky, Basson, Krychman, Morales, Schover, Wang ve Incrocci, 2010). Ayrıca jinekolojik kanserde sadece hastalığın türü, evresi ve seyriyle ilişkili olmayıp özellikle tedavi olarak cerrahi girişim ve radyasyon tedavilerinin vajina epitel dokusunu ve kanal anatomisini bozarak vajen enfeksiyonlarına yatkınlığı artırmaktadır (NAMS, 2021).

Bu bağlamda klimakterik dönemde kadının cinsel işlevlerine etki göstererek işlev bozukluğuna neden olan durumlardan başlıcaları; cerrahi operasyonlar, jinekolojik operasyonlar, kronik hastalıklar (endokrin, diyabet, vasküler, renal, hepatik, nörolojik, immünolojik musküler) cerrahi menopoz, üriner inkontinans, ürolojik ve ürogenital sorunlar, kronik pelvik ağrı, disparoni, antihipertansif, kanser, kemoterapi, radyoterapi, antipsikotik ve antidepresan ilaçlar, alkol ve madde kullanımı, cinsel olarak istekli sağlıklı bir partnerin olmaması (Hotun Şahin, 2016).

2.6.4. Psikolojik Değişiklikler

Klimakterik kadınlarda emosyonel durumu etkileyen biyokimyasal ve fizyolojik farklılaşmalar, orta yaş sürecini etkileyen önemli etmenlerdir (Taşkın, 2016). Perimenopozal dönemdeki kadınlarda görülen ruhsal dalgalanmalar, anksiyete, çabuk sinirlenme ve depresyon en sık yaşanan belirtilerdir. Bu dönemde kadının iniş çıkışlı bir ruhsal durumu vardır. Bu dönemde kendi kontrolleri dışında yaşanan sinirli ve gergin durumlarından şikâyet eden kadınlarda özellikle ciddi depresif belirtiler yaşanabilmektedir (Özcan ve Beji Kızılkaya, 2014). Ayrıca bu dönemdeki orta yaş grubundaki kadınlarda stres yaratacak birçok etmen bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; ergen çocuklarıyla baş edebilme sorunları, çocukların evden ayrılışıyla boşluk hissi, beklenmedik zamanda yetişkin çocuklarının tekrar eve dönmeleri, istemsiz gebelikler, evlilikte yaşanan sorunlar veya boşanma durumu, torun, yaşlı ebeveyn bakımı ile ilgili alınan yükümlülükler, üst düzey bir kariyer döneminde olması, çocuklardan gelen maddi baskılar ve emekli olamama, yaşla gelen eş ya da kendinde görülebilecek sağlık soruları beraberinde gelen halsizlik, yorgunluk hissi oluşturabilmektedir. Sadece yorgunluk kaynaklı olmasa da gün içerisinde yaşanan stres cinselliğe önemli ölçüde engel olabilmektedir (Özcan ve Beji Kızılkaya, 2014).

Kişinin ruh hali ile cinsellik arasındaki ilişki karmaşık bir olaydır. Hem bir cinsel sorun nedenli ortaya çıkabilecekken hem de sonuç olarak depresyon yaşanabilmektedir. Örneğin; bir kadının arzu kaybı depresyona sebebiyet verirken öte yandan arzuları depresyonun bir nedeni olarak azalabilmektedir. Ayrıca cinsel sorunlar kaynaklı ruh hali, ilişki sorunlarına sebep olabilmektedir. Antidepresan ilaç kullanımı ise depresyon ve kaygıyı azaltmada etkin kullanılmasına rağmen birçok

kadın ve erkekte libidoda düşme, uyarılmayı başlatıp sürdürmede, orgazma ulaşmada zorlanma gibi yan etkilere sebep olabilmektedir (NAMS, 2021).

İspanya'da klimakterik dönemdeki kadınların anksiyete ve depresyon risk düzeyini saptamak amaçlı yapılan bir çalışmada anksiyete puanı % 40,2 olarak yüksek düzeyde bulunmuş olup yaklaşık olarak üçte birinde de cinsel işev bozukluğu tespit edilmiştir (Cabral ve diğerleri, 2013). Türkiye'de, Akman ve diğerleri (2019) tarafından postmenopozal dönemde kadınlarla yapılan bir çalışmada psikolojik şikâyetler ve cinsel işlev bozuklukları arasında pozitif yönlü ilişkili olduğu ayrıca menopozun yaşam kalitesine olumsuz yansıdığı görülmüştür (Akman, Çakıcı, Keskindağ ve Karaaziz, 2019). Yanıkkerem ve diğerleri (2018) tarafından 45-65 yaş arası 572 kadınla yapılan başka çalışmada ise %86,4'ünün cinsel disfonksiyon ve %54,9'unun depresif sıkıntılar yaşadığı tespit edilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların menopozal şikâyetleri daha yoğun olarak yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmada cinsel hayatlarından memnun kadınların oranı %50 olarak tespit edilmiştir (Yanıkkerem ve diğerleri, 2018). Bu süreçte 152 kadınla yapılan başka bir çalışmada ise kadınlarda en fazla psikolojik semptomlar yaşadığı sırasıyla somatik şikâyetler ve ürogenital şikâyetlerinde önemli yer ettiği tespit edilerek menopozal yakınmalarla baş etmek için de %58,6'sının herhangi bir şey yapmadığı, %25,7'sinin ise alternatif tedavi yöntemlerine başvurdukları görüşmüştür (Tümer ve Kartal, 2018).

2.6.5. Menopoz Tipi

Cinsel fonksiyonları etkileyen önemli faktörlerin başında menopoza girme yaşı ve tipi, premenopozal cinsel aktivite, beden ve ruh sağlığı, ilişki durumu ve eş uyumu, yaşam olayları gelmektedir. Özellikle HT'nin uygun olmadığı yaşı genç kadınlarda erken menopozun sonuçları daha ağır görülebilmektedir. Ayrıca cinsel işlev bozukluğu olasılığı cerrahi menopoza giren kadınlarda daha çok yaşandığı tespit edilmiştir (Nappi ve diğerleri, 2016). Çalışkan ve diğerleri (2010) tarafından menopozal süreçte 300 kadınla yapılan bir çalışmada doğal yolla ve erken menopoza giren kadınlara göre cerrahi menopoza girenlerde anorgazmi riskinin daha yüksek olduğu ve cinsel birliktelik sayısında azalma riskinin de arttığı bulunmuştur (Çalışkan, Çorakçı, Doğer, Coşkun, Özeren ve Çorapçıoğlu, 2010). Başka bir çalışmada ise cerrahi menopoz yaşamış 119 kadının cinsel işlev bozukluğu

prevalansı oranı %74 olarak tespit edilmiştir. En çok yaşanan cinsel şikâyetler arasında ise kadınların % 44'de vajinal kuruluk, % 41'inde azalan cinsel istek, % 28'de disparoni ve % 25'inde ise anorgazmi görülmektedir (Tucker, Bulsara, Salfinger, Tan, Green ve Cohen, 2016).

2.7. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Yaygın Görülen Cinsel Sorunlar

2.7.1. Cinsel Yanıtta Yavaşlama, Uyarılma Ve Orgazm Güçlüğü

Bu dönemde menopoza bağlı daha çok fizyopatolojik değişiklikler yaşanırken depresyon ve evlilik problemleri yüzünden cinsel istekte azalmayla beraber yetersizlik veya geç uyarılma, orgazm olmada zorlanma, orgazmik kasılma, orgazm yoğunluğunda azalma, cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans gibi şikayetler görülebilmektedir (Kontula ve Haavio-Mannila, 2009).

2.7.2. Libido Kaybı

Östrojen seviyelerinin azalmasıyla beraber menopozal sürece geçiş esnasında cinsel işlev, cinsel ilişki sayısı ve libido da azalma görülebilmektedir. Bir çalışmada menopozla birlikte kadınların %47-85'inde cinsel istek kaybı, %20'sinde ise orgazm sıklığında düşme olduğu görülmüştür (Hotun Şahin, 2016).

2.7.3. Ağrılı Cinsel İlişki

Cinsel aktivite sırasında sorun yaşamayan klimakterik dönemde birçok kadın menopozdan sonraki dönemde cinsel birleşme esnasında veya sonrasında fiziksel acı, sızı, uzayan cinsel birleşme sonrası vajinal yangı, alt karında hassasiyet veya pelviste ağrı hissi gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bunlarla beraber birleşme sonrası miksiyon esnasında yanma ve rahatsızlık hissi yaşanabilmektedir. Hatta ağrılı ilişki, miksiyon belirtileri, cinsel ilişkiden sonraki 24-36 saat süresince de devam edebilmektedir. Çalışmaların çoğunluğunda klimakterik dönemindeki kadınların %40'nın disparoni artışı yaşadığı tespit edilmiştir (Kontula ve Haavio-Mannila, 2009).

2.7.4. Cinsel İlişki Sıklığında Azalma

Cinsel işlev bozukluklarını postmenopozal kadınlarda ilk olarak Masters ve Johnson ile Kinsey ve diğerleri ele almıştır. Bu çalışmaların çoğunda menopozun

birkaç sene içinde cinsel ilişki sıklığının %40 oranından fazla düşme gösterdiği görülmüştür. Bazı çalışmalarda ise cinsel ilişki sıklığında %20-70 oranında azalma olduğu belirtilmiştir (Kantula, 2009). Cinsel istekte azalma, gevşeme ve uyarılmada zorlanma hissi, ilişki sırasında orgazm olamama durumu, ağrı menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı cinsel sıkıntıların başında gelmektedir. Ayrıca perpimenopozal dönemdeki kadınlarının %10-15'inde cinsel isteksizlik olduğu yaklaşık olarak ise %5'inden azında orgazm sorunları olduğu tespit edilmiştir (Avis, Brockwell, Randolph, Shen, Cain, Ory ve Greendale, 2009).

2.8. Menopozda Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi

Klimakterik dönemde cinsel işlev bozukluklarının tedavi yönetimi çok yönlü olup cinsel aktivasyonu harekete geçiren biyolojik uyaranları arttıran medikal tedavi, kişisel ve ilişkisel problemlerle baş edebilmek amacıyla kişiye özgü psikososyal tedaviler de içine alması gerekmektedir. Günümüzde özellikle cinsel işlev bozukluklarını tedavi etmek amacıyla farmakolojik müdahalelerde yetersizlik olduğu görülmektedir (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016).

Kadınların menopoz ve sonrası süreçte sağlıklarını korumak için gerekli girişimlerin başında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitasyon, alkol ve sigara v.b kötü madde kullanımı azaltmak ya da bırakmak olup 2011 yılı Uluslararası Menopoz Topluluğunun ilk ana maddesi olarak tüm girişimlerin yaşam tarzıyla ilgili tavsiyeleri de içine alan tüm stratejilerin parçası olması gerektiği ifade edilmiştir. (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016).

Over hormonlarının düzeyindeki düşüş menopoz süresince ortaya çıkan semptomların asıl sebebidir. HT, bu semptomların tedavisindeki yaklaşımlardan en önemlisi olup menopoz semptomlarını azaltmak amacıyla sadece östrojen veya östrojen progestin kombinesi şeklinde uygulanmaktadır (Jones, 2007).

HT, kişiye özgü, düzenli kontroller eşliğinde kadının ihtiyacına göre düzenlenmelidir. Kadınların beklenti ve ihtiyaçlarına binaen düzenlenen HT'nin güncel uluslararası tavsiyelere de uygun şekilde olması önerilmektedir (Demirel Bozkurt, 2016). HT'nin asıl amacı menopozal süreçteki kadınlarda yaşam kalitesini artırmak olup kadının yaşam süresini uzatmak değildir (Yıldırım, 2019). Kadınların özellikle menopoz sonrası dönemde yaşadığı cinsel işlev bozukluklarının hormonal tedavileri arasında sıklıkla kullanılan östrojenik fonksiyon düzenleyicisi ve sentetik

gruptan tibolon, farklı ülkelerde postmenapozal dönemdeki kadınlara tavsiye edilmektedir. Ayrıca çoklu doku ve organlarda değişik etkiler gösteren östrojen, androjen ve progesteron ruh halini ve cinsel isteği daha iyi hale getirdiği ve genital dolaşımı hızlandırmada oldukça etkili oldukları tespit edilmiştir. Bunlarla beraber menopozda topikal vajinal tedavi alternatifleri olarak reçeteli ya da reçetesiz nemlendiriciler, lokal östrojen tedavileri sıklıkla kullanılmaktadır (NAMS, 2021). Ayrıca menopozal süreçte jinekolojik kanserler ve meme kanserinden sonra psiko-eğitimsel programların menopozda da oldukça başarılı olduğu kanıtlanmış olup bu tür uygulamaların hem kadınlarda hem de eşlerle birlikte uygulanması uygun görülmüştür (Demirel Bozkurt, 2016).

Klitoral vakum cihazı [EROS-CTD (Clitoral Vacuum Device)] ise kadın cinsel işlev bozuklukları tedavisi için geliştirilmiş özelliklede vajinal kan akımı ve konjesyonu arttırması ile uyarılma, orgazm güçlüğü olan postmenopozal kadınlarda oldukça başarılı uygulamaların başında geldiği belirtilmiştir (Hotun Şahin, 2015). Kadınlarda cinselliği etkileyen vulvovajinal atrofinin tedavisinde Microablative fractional CO2 laser" (Radyo frekanslı fraksiyonel Karbondioksit lazer) kullanımının da olumlu düzeyde etkinliğini bildiren araştırmalarda bulunmaktadır (Hotun Şahin, 2015). Vajinal uygulama için tasarlanmış aplikatörleri bulunan noninvaziv bir lazer olan Vaginal Erbium Laser (VEL lazer ile vajina daraltma) de tedavi amaçlı sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlarla beraber cinsel işlevleri sürdürme veya geri kazanma amaçlı için varsa sigara ve alkol kullanımını kısıtlamak ve tespit edilebiliyorsa etiyolojik nedenlere yönelik tedaviler de düzenlenmelidir (Hotun Şahin, 2015). Klimakterik dönemdeki kadınlar için olası terapiler veya önerilerin başında; vajinal sağlığı ve kan akışını düzenlemek amaçlı düzenli cinsellik, cinsel ilişkiden önce ve sonra geçici bir rahatlama hissi sağlan vajinal lubrikanlar ve nemlendiricilerin kullanımı, atrofi ve kuruluğu azaltan vajinal tablet veya halka terapileri, kegel egzersizleri, vücutta relaksasyon sağlayan yoga gelmektedir (Demirel Bozkurt, 2016).

2.9. Klimakterik Dönem ve Cinsel Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü, Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu Yaşam Kalitesini; *"Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı"* olarak tanımlanmaktadır (WHO,1993). Yaşam kalitesine etki eden ana

faktörlerin başında cinsel yaşam kalitesi gelmektedir. Kaliteli bir cinsel yaşam ise üreme ve cinsel işlevleri etkileyen hastalık ve sakatlıkların olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve kişiler arası ilişkilerine olumsuz yönde etkide bulunan korku, utanç, suçluluk, batıl inanışların olmaması bunlarla beraber sosyal ve bireysel etikle uyumlu üreyebilme, cinsel davranışları kontrol edebilme ve memnun kalma durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişinin cinsel hayatından memnuniyet duyma durumunu cinsel yaşam kalitesi olarak ifade edilmektedir (Dağ Tüzmen, 2021).

Menopozal dönemdeki kadınlarının cinsel hayatları fizyolojik değişikliklerden dolayı hem yaşa hem de menopoz durumuna göre farklılık gösterebilmektedir (Hotun Şahin, 2015). Özellikle premenopozal dönemde yaşla beraber semptomların artması kadınların sorunlarıyla başetme sürecine girmesine dolaylı olarak olumsuz cinsel yaşam kalitesine sebep olabilmektedir. Menopozal geçiş dönemlerinde ve menopozdan sonra kadınların %45'inde östrojen düzeyinde azalmadan dolayı vajinal atrofi ortaya çıkabilmektedir (Woods, 2012). Ayrıca östrojen kaybı sonucu klimakterik dönemde vajinal lubrikasyon azalmasına yol açan vajinal atrofi, vajinal esneklik ve kayganlığı da azaltmaktadır. Bundan dolayı kadında vajinal kuruluk ve disparoni, cinsel ilişki esnasında sık yaşanmaktadır. Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya (2018) tarafından yapılan bir çalışmada perimenopozal dönemdeki kadınların %47,5'nin vajinal kuruluk, postmenopozal dönemdeki kadınların %56,3'nün ise disparoni yaşadığı tespit edilmiştir (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018).

Atik Nalbant'nın (2009) çalışmasında ise menopozal süreçteki kadınların % 69,5'inin disparoni,% 68,7'sinin vajinal kuruluk yaşadığı tespit etmiştir (Atik Nalbant, 2009). İspanya'da da postmenopozal dönem olan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada kadınların; % 62,9'unun disparoni, % 67,9'unun vajinal kuruluk sorunu yaşadığı ortaya çıkmıştır (Moral, Delgado, Carmona, Caballero, Guillán ve González, 2018). Özellikle postmenopozal evreye geçiş basamağı olan perimenopozal dönemde görülen cinsel problemler, olumsuz cinsel yaşam kalitesine sebep olabilmektedir (Novi and Book, 2009). Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya (2018) tarafından yapılan çalışma da premenopozal dönemdeki cinsel yaşam kalitesinin perimenopozal ve postmenopozal dönemlere göre daha iyi olduğu, menopozal döneme geçiş arttıkça cinsel yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği tespit edilmiştir (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018). Kömürcü ve İşbilen (2011)

tarafından yapılan çalışmada 55 yaşından büyük ve 5 yılı aşkın süredir postmenopozal dönemde olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür (Kömürcü ve İşbilen, 2011). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada klimakterik dönemde yaş artışı ile cinsel işlevlerin azaldığı görülmüştür (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018). Altundağ ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışmada bu dönemde cinsel yaşam kalitesinde yaş artışı ile azalma olduğu menopoz semptomlarının artış göstermesi ile cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini görülmüştür (Altundağ ve diğerleri, 2016). Gözüyeşil ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmada ise menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel sorunlar arttıkça cinsel yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği tespit edilmiştir (Gözüyeşil ve diğerleri, 2018).

2.10. Klimakterik Dönemdeki kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Klimakterik dönem kadınlık fonksiyonlarının son bulacağı ve olumsuz vücut imajı algısı yaratarak kadınlarda bazı kaygıların yaşanmasına sebebiyet verebilmektedir. Yaşam süresinin artmasıyla beraber kadının yaşamının üçte birlik kısmını klimakterik dönemde tamamlayacağı düşünülerek bu dönemde görülen cinsellikle ilgili sorunların tespit edilip kadının cinsel yaşam kalitesinin yükseltilmesi için uygun yaklaşım ve tedavilere ulaşmak oldukça önemlidir (Liu, Yuan, Liu, Wang, Li ve Yang, 2015).

Yapılan çalışmalara bakıldığında klimakterik dönemdeki kadıınlarda özellikle menopozla birlikte yaşanan semptom artışının bir çok cinsel sorunuda beraberinde getirirken cinsel yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Altundağ ve diğerleri, 2016; Gözüyeşil ve diğerleri, 2018; Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018; Kömürcü ve İşbilen, 2011)

Belirli yaştaki kadınlarda klimakterik dönem, olağan bir geçiş dönemidir. Kadınlara menopoz konusu ile ilgili negatif algıları değiştirmede destek olabilecek en uygun sağlık profesyonelleri, sağlıktaki eğitimde önemli yeri olan hemşirelerdir (Avcı, 2013). Diğer taraftan cinselliğin tüm sağlık profesyonelleri tarafından sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu kabul edilmiş olmasına karşın sağlık çalışanlarının zaman kısıtlılığı, cinsel fonksiyonlara dair eğitim yetersizliği, anksiyete seviyelerinin artması sonucu cinsel şikâyetleri görüşmede zorluklarla

karşılaşmaları gibi sebeplerden ötürü bakımda bu sorunların bütüncül olarak ele alınamadığı görülmektedir. Oysaki kadınların cinsel yaşantılarına ilişkin deneyimlerin, problemlerin erken dönemde saptanıp çözüme ulaştırılması, kadın sağlığının geliştirilerek yaşam kalitelerinin de yükseltilmesinde oldukça önemli bir yer sahiptir (Kütmeç, 2009).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve danışmanlık hizmeti süresince model kullanımı, cinsel sorunların tespiti ve çözümünde kolaylık sağlamaktadır. Kadınlara cinsel sorunların çözümünde veya cinsel sağlıklarını geliştirmek amaçlı cinsel danışmanlık verilirken PLİSSİT Modeli, Kaplan Modeli, Schover Modeli, Alarm Cinsel Yanıt Modeli ve BETTER Modeli gibi farklı modeller kullanılmaktadır. PLISSIT modeli,cinsel danışmanlıkta en çok kullanılan modellerin başında gelmektedir (Akbay Kısa, 2021). PLISSIT modelinin etkinliğini değerlendiren farklı gruplardaki çalışmalarda da modelin cinsel fonksiyonları geliştirmede olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir (Yörük ve Karaçam, 2016; Saboula ve El-Sayed, 2015; Mehrabi ve diğerleri, 2019). Bu nedenle PLISSIT modeli uygulanan bir cinsel danışmanlık programının postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sağlık düzeylerinin iyileştirilmesinde fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Akbay Kısa, 2021).

Klimakterik dönemle ilgili kadınların çok azının bilgilendirildiği ve bu bilgilendirmeyi daha çok hekimlerin yaptığı belirtilmektedir (Dinçer ve Oskay, 2018). Bezircioğlu ve diğerleri (2004) tarafından yapılan çalışmada kadınların menopozal sürece yönelik olarak %56,8'inin hiç danışmanlık hizmeti almadığı, %38,9'unun doktor tarafından bilgilendirildiği, %3,2'sinin kitap ve medyadan, %1,1'nin ise ebe veya hemşireden bilgi aldığı görülmüştür (Bezircioğlu , Gülseren , Öniz ve Kındıroğlu, 2004). Steinke ve Patterson Midgley'nin yaptığı bir çalışmada hemşirelerin hastalarına cinsel konularda bilgi vermeyi sadece %15'inin önerdiği tespit edilmiştir (Kütmeç, 2009).

Kadınların yaşam kalitesini negatif etkileyen menopozal yakınmaların hangi düzeyde olduğunun belirlenmesi doğru tanı koyabilme etkin tedavi sağlayacaktır. Hemşirelik, insanın her türlü temel ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik bir meslek olmasıyla kadının tüm süreçlerinde olduğu gibi menopozal süreçte de kadınların şikâyetlerini, şiddet düzeylerini anlamakla, eğitim, destek ve danışmanlık gibi

uygulamaların bireysel farklılıklar gözetilerek planlanması ve uygulanmasında oldukça önem arz etmektedir (Tezce ve Beydağ, 2021).

Sağlık çalışanlarının bu dönemde kadınlarla cinsel problemlerle yönelik konuşması, bilgilendirmek amaçlı uygun ortamın oluşturulması ve ileriye yönelik danışmanlık hizmeti verebilmeleri oldukça önemlidir. Bu bağlamda kadınlara verilebilecek eğitimlerinin içeriğinde özellikle cinsellik sırasında kadının vücudunun fizyolojisi ve anatomisi; ayrıca yaşa bağlı ve menopoz kaynaklı olası değişiklikler ile ilgili kadınları bilgilendirip, güçlendirmek gibi bir hedefi amaçlamalıdır (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016).

Tüm bu eğitimlerin amacı menopoz sonrası dönemde olan kadınların kendi ihtiyaçlarını tespit etmek ve çiftlerin aralarında iletişim kurabilmesini sağlayabilmektir. Hem kadınların hem de erkeklerin cinsel tabularını eğitimlerle ortadan kaldırması, sağlık çalışanlarının cinsellikle alakalı girişimlerini etkileyen sebeplere karşı kendilerini geliştirmeleri önerilmektedir (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016). Ayrıca klimakterik gelişimsel bir yaşam süreci olduğu, yakınmalara zamin hazırlayacak davranışarından uzaklaşmanın gerekliliği, şikâyetleri azaltmak amacıyla sosyal yaşam alanlarında aktif yer almanın önemi gibi hususlar hem hastanelerde hem de toplum sağlığında çalışan hemşireler tarafından kadınlara sıklıkla ifade edilmelidir (Tezce ve Beydağ, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda yapılan bu araştırmanın amacı klimakterik dönemdeki kadınlarda menopozal semptomlar ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 01.11.2021-31.12.2021 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Jinekoloji polikliniğinde yürütülmüştür. Necmettin Erbakan Üniversitesi bünyesinde bulunan Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 1985 yılında faaliyete girmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Üreme Endokrinolojisi ve Infertilite Ünitesi, Perinatoloji Ünitesi, Jinekolojik Onkoloji, Menopoz, Minimal İnvazif Cerrahi ve Genel Jinekoloji alanında ayaktan ve yataklı servis ile hizmet vermektedir. Beş farklı poliklinik hizmeti verilmekte olup bunlar; Menopoz Polikliniği, Jinekoloji Polikliniği, Gebe Polikliniği, Ultrason, ve NST'dir.

Menopoz polikliğinde, hormon testleri, kemik dansitometresi, mamografi ve ultrasonografi ile görüntüleme işlemleri yapılmaktadır. Ayrıca poliklinikte hastaların menopoz süreci değerlendirilerek gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetleri de sağlanmaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Jinekoloji polikliniğine çeşitli nedenlerle gelen 40-60 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü güç analizi yöntemi ile belirlenmiştir. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) arasında %30 korelasyon olacak şekilde %95 güven sınırı %80 test gücü için hedeflenen örneklem büyüklüğü en az 285 kişi olacak şekilde tespit edilmiştir. Örnek dahil edilme kriteri olarak evli, cinsel yönden aktif, gebe olmayan, sözel iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar dahil edilecektir. Dahil edilme kriterlerin karşılayan belirlenen sayıda kadına 01 Kasım 2021 – 31 Aralık 2021 tarihleri arasında ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanma Araçları

Araştırmanın verileri Tanımlayıcı Özellikler Formu, MSDÖ ve CYKÖ-Kadın Türkçe formu kullanılarak elde edilmiştir.

3.5.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu

Kadınların tanıtıcı özelliklerini kapsayan bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Bu formada kadınların sosyodemografik, menopozal, jinekolojik ve obstetrik özellikleri ile ilgili toplam 22 soru yer almaktadır.

Sosyo demografik ve obstetrik özellikler ile ilgili olarak; yaş, eğitim durumu, evlilik süresi, eşin eğitim ve çalışma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, evlenme şekli, gelir seviyesi, sigara içme durumu, kronik ve jinekolojik hastalığı olma durumu, birlikte yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk ile ilgili sorulardan oluşmuştur. Menopozal özellikler ile ilgili olarak; menopoza girme durumu, menopoza girme yaşı, menopoza girme şekli, HT alma durumu, menstruasyon durumu, menopoza yönelik bilgi alma durumu araştırmaya yönelik sorulardan oluşmuştur.

3.5.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Ölçeğin orijinal adı "Menopause Rating Scale"dır. Ölçek 1992'de Heinemann ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı menopozal semptomların şiddetini değerlendirmektir (Heinemann ve diğerleri, 2003). Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması Gürkan (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek toplam toplam 11 maddeden oluşmakta ve beşli likert tipinde derecelendirilmektedir (0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli). Ölçeğin somatik şikayetler, piskolojik şikayetler ve ürogenital şikayetler olmak üzere üç alt boyutu vardır. Toplam puanın yüksek olması şikayetlerin şiddetli olduğunu gösterir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-44 tür. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,92, somatik semptomlar alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,65, psikolojik semptomlar alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,79 ve ürogenital semptomlar alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,72 olduğu bulunmuştur.

3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ölçeğin Orijinal adı Sexual Quality of Life Questionnaire-Female'dir. Symonds ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 18 maddeden oluşan ölçeğin Tükçe'ye adaptasyonu ise Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından yapılmıştır. Onsekiz yaşın üzerindeki kadınların, son dört haftadaki cinsel yaşamlarını düşünerek ölçeğin maddelerini atılı likert tipindeki bir derecelendirmede (1:Tamamen katılıyorum, 2:Büyük ölçüde katılıyorum, 3:Kısmen katılıyorum, 4:Kısmen katılmıyorum, 5:Büyük ölçüde katılmıyorum, 6:Hiç katılmıyorum) yanıtlaması gerekmektedir. Ölçekteki bazı maddeler (1, 5, 9, 13, 18) ters çevrildikten sonra hesaplama yapılarak ölçekten alınan toplam puanın da 100'e dönüştürülmesi gerekmektedir. Ölçeğin Chronbach Alfa katsayısı 0,83 olduğu bulunmuş olup, bizim çalışmamızda bu sayı 0,95 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bir kesme noktası olmayıp, toplanm puan yükseldikçe cinsel yaşam kalitesi düzeyi iyileşmektedir.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırma, çalışmaya katılmaya istekli olan Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde jinekoloji polikliniğine tedavi amaçlı gelen klimakterik dönemdeki 40 – 60 yaş aralığındaki evli kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak 01.11.2021-31.12.2021 tarihlerinde yapılmıştır.

Anketler, çalışmaya dahil olan kadınlara çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak onamları alındıktan sonra uygulanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılan kadınlara ankette adlarının belirtilmeyeceği, çalışmaya katılmanın tamamen kendi isteğine bağlı olduğu, çalışma sonucu edinilen verilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı belirtilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanların normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş ve her iki puanında normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. İstatistiksel analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Betimleyici analizler yapılmış, ikili karşılaştırmalarda bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmaları tek yönlü Anova testi ile yapılmıştır. Fark yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde Tukey testi kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon, yordama gücünü

test etmek için regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ alınarak, sonuçlar frekans, yüzde, ortalama şeklinde sunulmuştur.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (EK-4) ve Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nden uygulama izni (EK-5) alınmıştır. MSDÖ (EK-6) ve CYKÖ-Kadın (EK-7) kullanım izinleri ise elektronik ortamda alınmıştır.

Örnekleme dahil edilen kadınlara veri toplama formları uygulanmadan önce bilgilendirme yapılıp sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=285)

Özellikler	Sayı	%
40-50	185	64,9
51-60	100	35,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	77	27,0
Ortaokul	75	26,3
Lise	96	33,7
Üniversite ve Üstü	37	13,0
Evlilik Süresi		
1-25 yıl	155	54,4
26 yıl ve üstü	130	45,6
Çalışma Durumu		
Çalışan	85	29,8
Çalışmayan	200	70,2
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul	44	15,4
Ortaokul	88	30,9
Lise	116	40,7
Üniversite ve Üstü	37	13,0
Eş Çalışma Durumu		
Çalışan	218	76,5
Çalışmayan	67	23,5
Yaşanılan Yerleşim Yeri		
Kent Merkezi	165	57,9
İlçe Merkezi	89	31,2
Kasaba/Belde/Köy	31	10,9
Aile Türü		
Çekirdek Aile	211	74,0
Geniş Aile	74	26,0
Evlenme Şekli		
Görücü Usulü	122	42,8
Tanışıp/Anlaşarak	163	57,2
Gelir Durumu		
Düşük	128	44,9
Orta	125	43,9
Yüksek	32	11,2
Sigara İçme Durumu		
İçen	72	25,3
İçmeyen	213	74,7
Kronik Hastalık Varlığı		
Olan	126	44,2
Olmayan	159	55,8

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=285) (Devam)

Jinekolojik Hastalık Varlığı		
Olan	173	60,7
Olmayan	112	39,3
	X̄	**SD**
Yaş	48,63	5,06
Birlikte Yaşayan Çocuk Sayısı	1,44	0,76
Toplam Gebelik Sayısı	2,86	1,26
Yaşayan Çocuk Sayısı	2,57	1,04

*Bu tabloda merkezi eğilim değerleri verilmiştir.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Örneklemde yer alan kadınların yaş ortalaması 48,63 (5,06); %33,7'sinin lise düzeyinde eğitim aldığı, %54,4'nün evlilik süresinin 1-25 yıl arasında olduğu, %70,2'sinin çalışmadığı, %40,7'sinin eşlerinin lise düzeyinde eğitim aldığı,%76,5'sının eşinin çalışmakta olduğu, %57,9'sının kent merkezinde yaşadığı, %74,0'nün çekirdek aileye sahip olduğu, %57,2'nün tanışıp/ anlaşarak evlendiği, %44,9'nun düşük seviyede gelir aldığı, %74,7'nin sigara kullanmadığı, %55,8 kronik hastalık öyküsü olduğu, % 60,7'nin jinekolojik hastalık öyküsü olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Menopoza İlişkin Özellikler	**Sayı**	**%**
Menopoza Girme Durumu		
Giren	116	40,7
Girmeyen	169	59,3
Menopoza Girme Şekli (n=116)		
Doğal Yolla	94	80,3
Cerrahi Yolla	22	19,7
HT Alma Durumu (n=116)		
Almayan	79	67,5
Halen Devam Eden	17	14,5
Daha Önce Alan Şimdi Almayan	20	18,0
Menstruasyon Olma Durumu (n=169)		
Düzenli	107	61,9
Düzensiz	62	38,1
Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumu (n=285)		
Alan	84	29,5
Almayan	201	70,5
	X̄	**SD**
Menopoz Yaşı	49,16	2,39

*Bu tabloda frekans ve yüzde değerleri verilmiştir.

Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Tablodaki verilere göre kadın hastaların %59,3'nin menopoza girmediği, %80,3'nün doğal yolla menopoza girdiği, menopoza girme yaş ortalamasının 49,16 (2,39) olduğu, %67,5'nun HT almadığı, menopoza girmeyen kadınların %61,9'nun menstruasyonlarının düzenli olduğu, çalışmaya katılan tüm kadınların %70,5'nin ise menopoza yönelik bilgi almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Cinsel Yaşam Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması

	$\bar{X}$	**S**	**Minimum**	**Maksimum**	**Min.Değer Ölçek**	**Max.Değer Ölçek**
MSDÖ	16,39	9,13	0,0	43,0	0,00	44,00
Somatik Şikayetler	5,85	3,70	0,0	16,0	0,00	16,00
Psikolojik Şikayetler	6,92	3,54	0,0	16,0	0,00	16,00
Ürogenital Şikayetler	3,61	3,06	0,0	11,0	0,00	12,00
CYKÖ	69,54	16,89	18,89	100,0	0,00	100,0

* Bu tabloda merkezi eğilim değerleri değerleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların MSDÖ toplam ve alt boyut ve toplam puan ortalaması ile CYKÖ puan ortalaması Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan kadınların MSDÖ somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 5,85 (3,70), psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması 6,92 (3,54), ürogenital şikayetler alt boyutu puan ortalaması 3,61 (3,06) ve toplam puan ortalaması 16,39 (9,13) olarak bulunmuştur. Kadınların Ayrıca araştırmaya katılan kadınların CYKÖ ölçeği toplam puan ortalaması 69,54 (16,89) olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları

Değişkenler	n	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	Toplam Puan
		X̄ (SD)	X̄ (SD)	X̄ (SD)	X̄ (SD)
Yaş					
40 - 50	85	5,07 (3,78)	7,08 (3,57)	2,50 (2,49)	14,66 (9,07)
51 - 60	100	7,30 (3,07)	6,62 (3,49)	5.67 (2,95)	19.59 (8,37)
İstatistiksel analiz		t= 5,04 **p= ,00**	t=1,06 p=,29	t=9,57 **p= ,00**	t=4,48 **p= ,00**
Eğitim Durumu					
İlkokul (a)	77	7,96 (3,21)	8,00 (3,51)	6,19 (2,81)	22,15 (7,84)
Ortaokul (b)	75	7,12 (3,63)	8,26 (3,42)	4,54 (2,69)	19,93 (8,93)
Lise (c)	96	3,92 (2,99)	5,61 (2,98)	1,63 (1,71)	11,17 (6,58)
Üniversite ve üstü(d)	37	3,91 (2,99)	5,35 (3,47)	1,48 (1,83)	10,75 (6,87)
İstatistiksel analiz		F= 30,47 **p= ,00**	F= 14,57 **p= ,00**	F= 68,20 **p= ,00**	F= 41,60 **p= ,00**
Anlamlı Farklılık		a > c,d b> c,d	a > c,d b> c,d	a > b,c,d b> c,d	a > c,d b> c,d
Evlilik Süresi					
1-25 yıl	155	4,22 (3,28)	5,98 (3,15)	1,81 (1,88)	12,02 (7,30)
26 yıl ve üstü	130	7,80 (3,21)	8,04 (3,66)	5., 5 (2,80)	21,60 (8,35)
İstatistiksel Analiz		t= 9,23 **p= ,00**	t= 5,11 **p= ,00**	t= 4,05 **p= ,00**	t= 10,32 **p= ,00**

Tablo 4. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları (Devam)

Değişkenler	n	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	Toplam Puan
		$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)
Çalışma Durumu					
Çalışan	85	3,81 (3,28)	5.54 (3,24)	1,51 (1,74)	10.87 (7,15)
Çalışmayan	200	6,72 (3,53)	7,51 (3,51)	4,50 (3,06)	18,74 (8,87)
İstatistiksel analiz		t= 6,49 **p= ,00**	t= 4,42 **p= ,00**	t= 8,41 **p= ,00**	t= 7,23 **p= ,00**
Eş Eğitim Durumu					
İlkokul (a)	44	7,61 (2,83)	7,75 (2,98)	5,90 (2,55)	21,27 (7,04)
Ortaokul (b)	88	7,65 (3,66)	8,21 (3,67)	5,28 (3,00)	21,15 (8,99)
Lise (c)	116	4,37 (3,23)	6,08 (3,36)	2,04 (2,20)	12,50 (7,64)
Üniversite ve üstü(d)	37	4,10 (3,32)	5,48 (3,24)	1,83 (2,07)	11,43 (7,59)
İstatistiksel analiz		F= 23,72 **p= ,00**	F= 9,69 **p= ,00**	F= 46,28 **p= ,00**	F= 29,73 **p= ,00**
Anlamlı Farklılık		a > c,d b> c,d	a > c,d b> c,d	a > c,d b> c,d	a > c,d b> c,d
Eş Çalışma Durumu					
Çalışan	218	5,52 (3,84)	6,85 (3,62)	3,06 (2,85)	15,45 (9,34)
Çalışmayan	67	6,92 (2,98)	7,13 (3,29)	5,38 (3,04)	19,44 (7,72)
İstatistiksel analiz		t= 2,73 **p= ,007**	t= ,55 p= ,57	t= 5,71 **p= ,00**	t= 3,18 **p= ,002**

Tablo 4. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları (Devam)

Değişkenler	n	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	Toplam Puan
		$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)
Yaşadığı Yer					
Kent Merkezi (a)	165	5,37 (3,55)	6,38 (3,23)	2,93 (2,58)	14,69 (8,28)
İlçe Merkezi (b)	89	6,47 (3,85)	7,61 (3,89)	4,21 (3,39)	18,30 (10,04)
Kasaba/Belde/Köy(c)	31	6,64 (3,79)	7,77 (3,20)	5,51 (3,29)	19,93 (8,85)
İstatistiksel analiz		F= 3,37 **p= ,03**	F= 4,59 **p= ,01**	F= 12,74 **p= ,00**	F= 7,44 **p= ,00**
Anlamlı Farklılık		b> a	b> a	c >b> a	c >b> a
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	211	5.33 (3.43)	6.54 (3.36)	3.09 (2.78)	14.98 (8.48)
Geniş Aile	74	7.35 (4.06)	7.98 (3.84)	5.08 (3.34)	20.41 (9.74)
İstatistiksel analiz		t= 4,14 **p= ,00**	t= 3,04 **p= ,003**	t= 4,98 **p= ,00**	t= 4,55 **p= ,002**
Evlenme Biçimi					
Görücü Usulü	122	7,77 (3,43)	8,06 (3,59)	5,60 (2,97)	21,45 (8,60)
Tanışıp/Anlaşarak	163	4,41 (3,22)	6,06 (3,26)	2,12 (2,14)	12,60 (7,56)
İstatistiksel Analiz		t= 8,46 **p= ,00**	t= 4,89 **p= ,00**	t= 11,49 **p= ,00**	t= 9,20 **p= ,00**

Tablo 4. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler İle İlgili Analiz Sonuçları (Devam)

Değişkenler	n	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	Toplam Puan
		$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)
Gelir Durumu					
Düşük (a)	128	7,65 (3,38)	8,21 (3,53)	5,62 (2,89)	21,50 (8,47)
Orta (b)	125	4,56 (3,23)	5,96 (3,10)	2,09 (2,09)	12,61 (7,15)
Yüksek (c)	32	3,71 (3,50)	5,50 (3,55)	1,50 (1,86)	10,71 (8,15)
İstatistiksel Analiz		F= 34,75 **p= ,00**	F= 17,58 **p= ,00**	F= 78,09 **p= ,00**	F= 49,47 **p= ,00**
Anlamlı Farklılık		a >b a> c	a >b a> c	a >b a> c	a >b a> c
Sigara İçme Durumu					
İçen	72	6,83 (3,90)	8,04 (3,73)	3,81 (2,72)	18,69 (9,37)
İçmeyen	213	5,52 (3,58)	6,54 (3,40)	3.54 (3,17)	15.61 (8,93)
İstatistiksel Analiz		t=2,61 **p= ,009**	t=3,14 **p=,002**	t=,65 p= ,51	t=2,49 p= **,013**
Kronik Hastalık Varlığı					
Olan	159	7,20 (3,57)	8,03 (3,43)	4,74 (2,92)	19,98 (8,76)
Olmayan	126	4,15 (3,13)	5,51 (3,16)	2,18 (2,59)	11,85 (7,43)
İstatistiksel Analiz		t=7,52 **p= ,00**	t=6,36 **p=,00**	t=7,71 **p= ,00**	t=8,31 **p= ,00**
Jinekolojik Hastalık Varlığı					
Olan	112	7,20 (3,57)	8,03 (3,43)	4,74 (2,92)	19,98 (8,76)
Olmayan	173	4,15 (3,13)	5,51 (3,16)	2,18 (2,59)	11,85 (7,43)
İstatistiksel Analiz		t= 3,64 **p= ,00**	t= 4,02 **p= ,00**	t= 4,42 **p= ,00**	t= 4,56 **p= ,00**

* Bu tablodaki ikili karşılaştırmalarda t testi , çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü Anova kullanılmıştır.

Kadınların MSDÖ toplam ve alt boyut puanlarının sosyodemografik ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerine göre analiz sonuçları tablo 4'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu, evlilik süresi, çalışma durumu, eş eğitim durumu, yaşanılan yer, aile tipi, evlilik şekli, gelir durumu, kronik ve jinekolojik hastalığı olma durumuna göre MSDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmaya katılan kadınlardan eğitim düzeyi yüksek, 1-25 yıl evlilik süresi olan, çalışan, eş eğitim düzeyi yüksek, eşleri çalışan, kent merkezinde yaşayan, çekirdek aileye sahip, tanışarak evlenen, gelir düzeyi yüksek, kronik ve jinekolojik hastalığı olmayan kadınlarda menopozal semptomların daha düşük olduğu görülmüştür.

Eğitim durumu için yapılan Tukey testi sonucuna göre eğitim durumu ilkokul olan kadınların eğitim durumu lise ve üniversite ve üzeri olan kadınlara göre MSDÖ toplamının yüksek; ortaokul olan kadınların lise ile üniversite ve üzeri olan kadınlara göre MSDÖ toplam puanının yüksek olduğu görülmektedir.

Ayrıca eş eğitim durumu için yapılan Tukey testi sonucuna göre eş eğitim durumu ilkokul olan kadınların eğitim durumu lise ve üniversite ve üzeri olan kadınlara göre MSDÖ toplam puanının yüksek; eş eğitim durumu ortaokul olan kadınların eğitim durumu lise ve üniversite ve üzeri olan kadınlara göre MSDÖ toplam puanının yüksek olduğu görülmektedir.

Yerleşim yeri için yapılan Tukey testi sonucuna göre yaşadığı yer ilçe merkezi ve kasaba/belde/köy olan kadınların yaşadığı yer kent merkezi olan kadınlara göre MSDÖ genel toplamı yüksek olduğu görülmektedir.

Gelir durumu için yapılan Tukey testi sonucuna göre gelir durumu düşük olan kadınların gelir durumu orta ve yüksek kadınlara göre MSDÖ genel şikayetlerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların yaş grubuna göre MSDÖ alt boyutlarından somatik şikayetler, ürogenital şikayetler, MSDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre 51 ve üstü yaş grubunda olan kadınların 40-50 yaş grubunda olanlara göre somatik ve ürogenital şikâyetlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre piskolojik şikâyetler puan ortalaması benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre MSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması ile ilgili analiz sonuçları tablo 4'de verilmiştir.

Elde edilen analiz sonuçlarına göre kadınların eşlerinin çalışma duruman göre MSDÖ alt boyutlarından somatik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ve MSDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken ($p<0,05$); psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların sigara içme durumuna göre MSDÖ toplam ve somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunurken($p<0,05$), ürogenital şikâyetler puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Menopoz Özellikleri İle İlgili Analiz Sonuçları

Değişkenler	n	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	Toplam Puan
		X̄ (SD)	X̄ (SD)	X̄ (SD)	X̄ (SD)
Menopoz Durumu					
Giren	116	7,88 (3,21)	7,48 (3,68)	5,93 (2,76)	21,31 (8,45)
Girmeyen	169	4,46 (3,36)	6,53 (3,40)	2,01 (2,08)	13,01 (7,99)
İstatistiksel analiz		t= 8,59 **p= ,00**	t= 2,22 **p= ,02**	t= 13,65 **p= ,00**	t= 8,40 **p= ,00**
Menopoza Girme Şekli					
Doğal Yolla	94	7,51 (2,92)	7,07 (3,55	5,88 (2,74)	20,46 (7,90)
Cerrahi Yolla	23	9,34 (3,92)	9,13 (373)	6,08 (2,85)	24.56 (9,82)
İstatistiksel analiz		t= 2,51 **p= ,01**	t= 2,46 **p= ,01**	t= ,31 p= ,75	t= 2,12 **p= ,03**
HT Alma Durumu					
Almadım (a)	79	8,55 (3,12)	7,97 (3,82)	6,81 (2,63)	23,34 (8,31)
Halen Devam Ediyor(b)	17 21	5,11 (2,14) 7,52 (3,07)	5,64 (2,62) 7,09 (3,37)	3.64 (1,41) 4.42 (2,35)	14.41 (4,70) 19.04 (7,92)
Daha Önce Aldım Şu An Almıyorum (c)					
İstatistiksel analiz		F= 9,36 **p= ,00**	F= 3,06 p= ,051	F= 16,44 **p= ,00**	F= 7,44 **p= ,00**
Anlamlı Farklılık		a >b c> b		a >b a> c	a> b
Menstruasyon Olma Durumu					
Düzenli	107	3,64 (3,04)	5,81 (3,32)	1,42 (1,67)	10,87 (7,07)
Düzensiz	61	5,86 (3,47)	7.80 (3,21)	3.03 (2,33)	16,70 (8,26)
İstatistiksel analiz		t= 4,32 **p= ,00**	t= 3,77 **p= ,00**	t= 5,19 **p= ,00**	t= 4,82 **p= ,00**
Menopoz İle İlgili Bilgi Alma					
Alan	84	5,94 (3,77)	6,23 (3,57)	3.25 ± 2.82	15.42 ± 9.08
Almayan	201	5,82 (3,68)	7,20 (3,50)	3.76 ± 3.14	16.79 ± 9.14
İstatistiksel analiz		t= ,24 p= ,80	t= 2,12 **p= ,03**	t= 1,29 p= ,19	t= 1,15 p= ,25

* Bu tablodaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız t testi, çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü Anova kullanılmıştır.

Kadınların menopoz özelliklerine göre MSDÖ puan ortalamaları ile ilgili analiz sonuçları tablo 5'de verilmiştir. Kadınların menopoza girme ve menstrüasyon olma durumuna göre MSDÖ toplam ve tüm alt boyurt puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınların menopoza girme şekline göre MSDÖ toplam, somatik şikâyetler ve psikolojik şikâyetler puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunurken, ($p<0,05$) ürogenital şikâyetler puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınların HT alma durumuna göre MSDÖ toplam, somatik şikâyetler ve ürogenital şikayetler alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, ($p<0,05$) psikolojik şikâyetler alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Yapılan Tukey testi sonucu HT almayan kadınların MSDÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğunu göstermiştir.

Kadınların menopozla ilgili bilgi alma durumuna göre MSDÖ toplam puan, somatik şikayetler ve ürogenital şikayetler puanı benzer olup ($p>0,05$) psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı

Değişkenler	n	CYKÖ Puan Ortalaması
		X̄ (SD)
Yaş		
40 - 50	185	77,95 (12,54)
51 - 60	100	53,97 (12,21)
İstatistiksel Analiz		t= 15,53 **p= ,00**
Eğitim Durumu		
İlkokul (a)	77	54,92 (14,34)
Ortaokul (b)	75	63,06 (12,11)
Lise (c)	96	81,01 (11,01)
Üniversite ve üzeri (d)	37	83,30 (10,20)
İstatistiksel Analiz Anlamlı Farklılık		F= 88,01 **p= ,00** b> a c > a,b d > a,b
Evlilik Süresi		
1-25 yıl	155	80,60 (11,03)
26 yıl ve üstü	130	56,34 (12,65)
İstatistiksel Analiz		t= 15,53 **p= ,00**
Çalışma Durumu		
Çalışan	85	81,85 (11,06)
Çalışmayan	200	64,30 (16,22)
İstatistiksel Analiz		t= 9,10 **p= ,00**
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul (a)	44	53,18 (14,25)
Ortaokul (b)	88	60,16 (12,49)
Lise (c)	116	78,38 (12,98)
Üniversite ve üzeri (d)	37	83,57 (9,78)
İstatistiksel Analiz Anlamlı Farklılık		F= 74,36 **p= ,00** b >a c> a,b, d > a,b
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışan	218	73,61 (15,28)
Çalışmayan	67	56,28 (15,03)
İstatistiksel Analiz		t= 8,14 **p= ,00**

Tablo 6. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (Devam)

Yaşadığı Yer		
Kent Merkezi (a)	165	72,28 (16,03)
İlçe Merkezi (b)	89	68,25 (15,73)
Kasaba/Belde/Köy (c)	31	58,63 (19,92)
İstatistiksel Analiz Anlamlı Farklılık		F= 9,41 **p= ,001** a >c b> c
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	211	72,12 (16,35)
Geniş Aile	74	62,16 (16,32)
İstatistiksel Analiz		t= 4,51 **p= ,00**
Evlenme Şekli		
Görücü Usulü	122	58,25 (14,32)
Tanışıp / Anlaşarak	163	77,98 (13,38)
İstatistiksel Analiz		t= 11,95 **p= ,00**
Gelir Durumu		
Düşük (a)	128	57,62 (13,07)
Orta (b)	125	78,29 (13,37)
Yüksek (c)	32	83,63 (10,68)
İstatistiksel Analiz Anlamlı Farklılık		F= 99,75 **p= ,00** c >a b> a
Sigara İçme Durumu		
İçen	72	69,07 (12,90)
İçmeyen	213	69.69 (18,06)
İstatistiksel Analiz		t= ,27 p= ,78
Kronik Hastalık Varlığı		
Olan	159	63,49 (15,35)
Olmayan	126	77,16 (15,65)
İstatistiksel Analiz		t= 7,40 **p= ,00**
Jinekolojik Hastalık Varlığı		
Olan	112	65,19 (13,63)
Olmayan	173	72,35 (18,19)
İstatistiksel Analiz		t= 3,56 **p= ,00**

* Bu tablodaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız t testi, çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü Anova kullanılmıştır.

Kadınların sosyodemografik ve sağlık durumu özelliklerine göre CYKÖ toplam puanı ile ilgili analiz sonuçları tablo 6'da verilmiştir Araştırmaya katılan kadınların yaş, eğitim durumu, evlilik süresi, çalışma durumu, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, evlenme şekli, gelir durumu, kronik ve jinekolojik hastalığı olma durumuna göre CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre 40-50 yaş grubunda olan, eğitim düzeyi yüksek, evlilik süresi 1-25 yıl arasında olan, çalışan, eş eğitim düzeyi yüksek, eşleri çalışan, kent merkezinde yaşayan, çekirdek aileye sahip, tanışarak evlenen, gelir düzeyi yüksek, kronik ve jinekolojik hastalığı olmayan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların sigara içme durumna göre CYKÖ puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tukey testi sonucu ortaokul ve lise eğitimine sahip olan kadınların, ilkokul eğitimine sahip olan kadınlara göre; lise eğitimine sahip olan kadınların ortaokul mezunu kadınlara göre; üniversite ve üzeri eğitime sahip olan kadınların ilkokul ve ortaokul meznularına göre CYKÖ puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Yapılan ileri analiz eş eğitim durumu ortaokul ve lise olan kadınların eş eğitim durumu ilkokul olan kadınlara göre cinsel yaşam kalitelerinin yüksek; eş eğitim durumu lise olan kadınların eş eğitim durumu ortaokul olan kadınlara göre cinsel yaşam kalitelerinin yüksek; eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların eş eğitim durumu ilkokul ve ortaokul olan kadınlara göre cinsel yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Yaşanılan yer için yapılan Tukey testi yaşadığı yer kent merkezi ve ilçe merkezi olan kadınların yaşadığı yer kasaba/belde/köy olan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösteriştir. Gelir durumu için yapılan ileri analiz sonuçları ise gelir durumu yüksek ve orta düzeyde olan kadınların gelir durumu düşük olan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Tablo 7. Kadınların Menopoz Özelliklerine Göre Cinsel yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması

Değişkenler	n	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
		$\bar{X}$ (SD)
Menopoza Girme Durumu		
Giren	116	54,63 (11,96)
Girmeyen	119	79,76 (11,21)
İstatistiksel Analiz		t= 18,08 **p= ,00**
Menopoza Girme Şekli		
Doğal Yolla	94	53,62 (11,69)
Cerrahi Yolla	23	59,42 (12,34)
İstatistiksel Analiz		t= 2,11 **p= ,04**
Menstruasyon Olma Durumu		
Düzeli	107	83,36 (9,46)
Düzensiz	61	73,62 (11,43)
İstatistiksel Analiz		t= 5,94 **p= ,00**
HT Alma Durumu		
Hiç almayan (a)	79	50,29 (11,10)
Halen almaya devam eden (b)	17	67,71 (9,00)
Daha önce alan, şu anda almayan (c)	21	61,11 (5,01)
İstatistiksel Analiz		F= 26,31 **p= ,00**
Anlamlı Farklılık		b >a c> a
Menopoza Yönelik Bilgi Alma		
Alan	84	71,73 (16,04)
Almayan	201	68,62 (17,19)
İstatistiksel Analiz		t= 1,41 p= ,15

* Bu tablodaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız t testi, çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü Anova kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz özelliklerine göre CYKÖ puan ortalaması ile ilgili analiz sonuçları tablo 7'de verilmiştir. Buna göre kadınların menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, menstrüasyon olma durumu ve HT alma durumna göre CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark belirlenirken, (p<,05) menopoza yönelik bilgi alama durumuna göre CYKÖ puan ortalamasının benzer olduğu belirlenmiştir. HT alma durumu için yapılan Tukey analizi hiç HT almayan kadınların CYÖ puna ortalamasının halen alanlar ile daha önce almış ancak şu anda almayanlardan düşük olduğunu göstermiştir.

Tablo 8. Kadınların MSDÖ ve CYKÖ Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

		CYKÖ	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	MSDÖ Toplam
CYKÖ	r	1				
	p					
Somatik Şikayetler	r	-,55**	1			
	p	,000				
Psikolojik Şikayetler	r	-,26**	,74**	1		
	p	,035	,000			
Ürogenital Şikayetler	r	-,78**	,76**	,51**	1	
	p	,000	,000	,000		
MSDÖ Toplam	r	-,59**	,95**	,86**	,85**	1
	p	,000	,000	,000	,000	

* Bu tablodaki karşılaştırmalarda basit korelasyon analizi kullanılmıştır

Araştırmaya katılan kadınların MSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması ile CYKÖ puan ortalaması arasındaki koresyon analiz sonuçları tablo 8'de verilmiştir. CYKÖ ile MSDÖ somatik şikâyetler alt boyutu arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki; CYKÖ ile MSDÖ psikolojik şikâyetler alt boyutu arasında negatif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki; CYKÖ ile MSDÖ ürogenital şikâyetler alt boyutu arasında negatif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki; cinsel yaşam kalitesi ile menopoz semptomları arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Kadınların Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşam Kalitesini Yordama Durumu

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p	İkili R
Sabit	81,04	1,34		60,23	,00	
Somatik Şikayetler	-,43	,32	-,09	1,32	,18	-,08
Psikolojik Şikayetler	1,07	,26	,23	4,17	,00	,24
Ürogenital Şikayetler	-4,54	,31	-,82	14,73	,00	-,66
R=,79	R=,63					
F= 161,82	P=,00					

* Bu tablodaki karşılaştırmalarda çoklu regresyon analizi kullanılmıştır

Tablo 9'da araştırmaya katılan kadınların menopoz semptomlarının cinsel yaşam kalitesini yordamasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Yordayıcı değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki korelasyon incelendiğinde, somatik şikayetler ile cinsel yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu (r=-,08); psikolojik şikayetler ile cinsel yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu (r=,24); ürogenital şikayetler ile cinsel yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu (r=,66) görülmektedir.

Menopoz semptomları alt boyutları olan somatik, psikolojik ve ürogenital değişkenler ile kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları arasında yüksek düzeyde ve pozitif bir ilişki vermektedir (R=,79; R^2=,63; F= 161.82; p <0,05). Belirtilmiş olan MSDÖ üç alt boyutunun cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi yani değişikliğe neden olma durumunu yaklaşık %63'ünü açıklamaktadır.

Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenlerin cinsel yaşam kalitesi üzerindeki göreli önem sırası; ürogenital şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve somatik şikâyetlerdir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise psikolojik şikâyetler ile ürogenital şikâyetlerin cinsel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı birer yordayıcılar olduğu görülmektedir. Somatik şikâyetler ise önemli bir etkiye sahip değildir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması 16,39 (9,13) olarak tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde menopozal dönemdeki kadınların MSDÖ toplam puanı Demiray'ın (2021) çalışmasında 30,91 (13,85), Cirban'ın (2019) çalışmasında 27,86 (8,06), Yağmur'un (2018) çalışmasında, 34,5 (3,18) olarak saptanmıştır (Demiray, 2021; Cirban, 2019; Yağmur, 2018). Çalışmamız literatür ile farklılık göstererek daha düşük bulunmuştur. Bu durumun çalışmaya katılan kadınların çoğunun menopoz öncesi dönemde olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda MSDÖ alt boyutlarından en çok psikolojik semptomların yaşandığı tespit edilmiştir. Vazomotor semptomların menopoza geçiş döneminde psikolojik semptomlar üzerinde önemli etkisi düşünüldüğünde somatik ve ürogenital semptomların menopoza uyum sağlama döneminde çıkmış olması bu süreçle baş edemeyen kadınlarda olumsuz etki yaratarak psikolojik semptomların artışına neden olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların yaş grununa göre MSDÖ alt boyutlarından somatik şikayetler ve ürogenital şikayetler puan ortalaması arasında anlamlı farklılık görülürken psikolojik şikayetler alt boyutunda anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamıza benzer olarak Zerkinli (2020) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuç görülmüştür (Zerkinli, 2020). Parmaksız (2019) yaptığı çalışmada yaşın artması ile psikolojik semptomların arttığını farklı olarak ta yaş azaldıkça somatik semptomların arttığını bildirmiştir (Parmaksız, 2019).

Çalışmamızda 50 yaş üzerindeki kadınların MSDÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Görmüş (2017) tarafından yapılan çalışmada da menopoz semptomlarıyla kadın doğum polikliniğe başvuran 51-60 yaş aralığındaki kadınların menopozal semptom şiddet düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Görmüş ,2017). Koyuncu (2015) çalışmasında 40-44 yaş aralığındaki kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı saptanmış olup bu bulgu çalışmamızla uyumluluk göstermektedir (Koyuncu, 2015).

Bir toplumdaki kadınların eğitim düzeyi aynı zamanda o toplumun gelişme düzeyini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda eğitim durumunun kadın sağlığını etkileyen önemli faktörler arasında olduğu ifade edilmiştir. Kadının eğitim durumu

arttıkça istihdam imkânı, gelir düzeyinin artacağı, kadının daha çok sosyalleşeceği, özgüveninin artacağı ve fiziksel sağlığın yanında ruhsal ve sosyal sağlığının da iyi yönde etkileneceği düşünülmektedir. Çalışmamızda da kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyine menopazal semptoomların şiddetinin değiştiği ve eğitim düzeyi düşük olan grubun semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Zerkinli (2020) tarafından yapılan çalışmada da somatik ve ürogenital şikâyetler için benzer sonuçlar görülmüştür (Zerkinli, 2020). Çalışmamızdan farklı olarak Darici Koçan'nın (2021) çalışmasında eğitim artıkça somatik semptomlar artış göstermektedir (Darici Koçan, 2021). Benzer başka çalışmalar da göstermektedir ki eğitim seviyesi yükseldikçe menopoz semptomları daha hafif yaşanmaktadır. (Çoban ve diğerleri, 2018; Özgür, 2007). Tunçarslan (2019) tarafından yapılan çalışmada da eşin eğitim düzeyi ile MSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tunçarslan, 2019). Kadının eğitim seviyesinin yükselmesi güvenli bilgilenmeyi ve doğru anlamayı kolaylaştırıyor olabilir. Ayrıca eşin eğitim düzeyinin yükselmesi erkeklerde farkındalığın artırmasına eşlerine daha destek veren roller çizebileceği düşünebilir.

Çalışmamızda kadınların evlilik süresi arttıkça menopozal semptomlarda artış olduğu belirlenmiştir. Görmüş (2017) tarafından yapılan çalışmada evlilik süresi ile menopoz semptomları ölçeği puan ortalaması arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Görmüş, 2017). Çoban ve diğerleri (2008) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmaktadır. Evlilik süresinin artmasına paralel olarak kadının yaşamında ve sağlığında ortaya çıkan durumlar menopoz semptomlarının şiddetini artırıyor olabilir (Çoban ve diğerleri, 2008).

Kadının çalışması, statüsü, ekonomik durumu, sosyokültürel gelişmişliği, birçok olayı algılaması, olumlu bakış açısı geliştirmesi ve sağlık arama davranışı göstermesi yönünden önemlidir. Çalışmamızda kadınların çalışma durumuna göre MSDÖ puan ortalamaları aralarında istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak Zerkinli (2020) tarafından yapılan çalışmada da somatik ve ürogenital şikâyetler alt boyutunda anlamlı farklılık görülmüştür (Zerkinli, 2020). Çalışmamızdan farklı olarak Darici Koçan (2021) MSDÖ alt boyutları ile çalışma durumu arasında anlamlı farklılık bulmamıştır (Darici Koçan, 2021). Literatüre baktığımız zaman sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Güler, 2017; Kalahroudi, Taebi, Sadat, Saberi ve Karimian, 2012; Koyuncu, 2015; Tunçarslan,

2019). Çalışan kadınların meşguliyetlerinin daha fazla olması ve yaşam şekillerinin farklılığı menopozal belirtilerin daha az yaşanması ihtimalini güçlendirmektedir.

Çalışmamamızda kadınların eş çalışma durumu ile MSDÖ toplam ve alt boyutlarından somatik şikâyetler ve ürogenital şikâyetler alt boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Psikolojik şikâyetler alt boyutunda ise anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızdan farklı olarak bazı çalışmalarda menopozal semptom şiddetinin eşin çalışma durumundan etkilenmediği belirlenmiştir (Darici Koçan, 2021; Koyuncu, 2015).

Çalışmamamızda kadınların yaşadığı yere göre MSDÖ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmüş olup, kent merkezinde yaşayanların ilçe merkezi, kasaba/belde/köye göre daha az semptom yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamamızda kadınların aile tipi ve MSDÖ alt boyutlarından somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ile MSDÖ toplam puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmüş olup çekirdek aile tipine sahip kadınlarda semptomlar daha az yaşanmaktadır. Buna göre geniş ailelerin kalabalık ortamları ve evdeki şartların olumsuzluğunun menopoz dönemini zorlaştırdığı düşünülebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Güler (2017), Koyuncu (2015) ve Sis Çelik ve Pasinlioğlu (2013) tarafından yapılan farklı çalışmalarda aile tipine göre menopozal semptomların değişmediği bulunmuştur (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Güler, 2017; Koyuncu, 2015). Bu çalışmaların aksine Hindistan da Kaulagekar (2011) tarafından yapılan çalışmada, çekirdek aileye sahip kadınlarda menopoz semptomlarının daha fazla yaşandığı görülmüştür (Kaulagekar, 2011).

Çalışmamamızda görücü usulüne göre evlenenlerde tanışıp anlaşarak evlenenlere göre menopozal semptomları daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan farklı olarak Darici Koçan (2021) tarafından yapılan çalışmada MSDÖ alt boyutları ile evlenme şekli arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Darici Koçan, 2021).

Çalışmamızda düşük gelir düzeyine sahip kadınların menopozal semptomları daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Güler (2017)'in çalışmasında MSDÖ alt boyutları ile gelir seviyesi arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (Güler, 2017). Başka bir çalışmad, kadınların menopozal yakınmalarını şiddetlendiren en önemli faktörlerden birinin düşük

ekonomik düzey olduğu bildirilmiştir. (Topçu, 2021).Yüksek düzey gelire sahip kadınların sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanarak semptomatik tedavi ve fiziksel aktivite gibi daha çok imkânı olduğu düşünüldüğünde daha az semptom yaşayabilecekleri düşünülebilir.

Çalışmamamızda sigara içen kadınların somatik ve psikolojik menopozal semptomları daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Sigara içme durumunun ürogenital semptomları etkilemediği bulunmuştur. Ancak genel olarak sigara içmenin menopozal semptom şiddetini artırdığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza farklı olarak Zerkinli (2020) tarafından yapılan çalışmada da sigara içme durumuna göre sadece somatik şikayetler alt boyutunda anlamlı farklılık görülmüştür (Zerkinli, 2020). Bu sonuçlara göre menopozal semptomları daha fazla yaşayan kadınların kendilerini sigaraya yönelttiği düşünülebilir. Ayrıca sigaranın östrojen seviyesini düşürdüğü bilinmektedir. Menopoz semptomlarının östrojen çekilmesine bağlı olduğu düşünüldüğünde sigara kullanımının semptomları artıracağı düşünülebilir.

Çalışmamamızda hem kronik hastalığa hem de jinekolojik sorunlara sahip olan kadınların menopozal semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip kadınlarda yaşanan menopozal semptomları daha fazla yaşadığını gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Im ve diğerleri, 2014; İnceboz ve diğerleri, 2010; Koyuncu, 2015; Lerner ve diğerleri, 2010). Klimakterik dönem, östrojen eksikliğinden dolayı yaşanılan belirtilerle, kronik hastalıklardan dolayı yaşanılan belirtilerin birbirine benzediği, ayrımın yapılmasının zor olduğu birçok kronik hastalığın ortaya çıktığı bir süreçtir. Bu süreçte menopozal semptomların kronik hastalığa sahip kadınlarda daha şiddetli geçmesi literatürle uyumluluk göstermektedir (Güler, 2017).

Çalışmamamızda menopoza giren kadınların semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Zerkinli (2020) tarafından yapılan çalışmada da sadece somatik ve psikolojik şikâyetler alt boyutunda anlamlı sonuç görülmüştür (Zerkinli, 2020). Çalışmamızda örneklemi oluşturan kadınların ortalama menopoz yaşı 49,16 (2,39) olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularına benzer olarak; Zamaniyan ve diğerlerinin (2020) çalışmasında 47,9 (5,7), El Hajj ve diğerlerinin (2020) çalışmasında 47,9 (4,5), Kurt ve Arslan'ın (2020) çalışmasında 46,7 (5,4), Tümer ve Kartal'ın (2018) çalışmasında 46,15 (4,60) ve Önder ve Batıgün'ün (2016) çalışmasında 47,70 olarak saptanmıştır (Zamaniyan ve diğerleri,

2020; Ell Hajj ve diğerleri, 2020; Kurt ve Aslan, 2020; Tümer ve Kartal, 2018; Önder ve Batıgün, 2016). Nijerya'da yapılan çalışmada menopoza girme yaşının katılımcıların %50'sinde 40-49 ve %44'ünde 50-59 arasında değiştiği bildirilmiştir (Ezeome ve diğerleri, 2019). Bu çalışmanın bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamamızda kadınların menopoza girme şeklinin ürogenital semptomlar hariç diğerlerini etkilediği belirlenmiştir. Güler (2017) tarafından yapılan çalışmada menopoza girme şeklinin menopoz semptomlarının şiddetini etkilemediği saptanmıştır. Doğal menopozda, foliküllerin aktivitesini yitirmesi yavaş olmakta ve kadının adaptasyonu daha kolay yaşanmaktadır. Ancak cerrahi menopozda bu süreç çok hızlı yaşanırken semptomlar daha şiddetli görülmektedir. Çalışmamızda menopoza girme şekli ile menopoz semptomları açısından fark saptanmamasının sebebi cerrahi menopoz sonrası kadınların HT kullanmaları ve hormon seviyelerindeki ani düşüşün görülmemesi olabilir.

Çalışmamamızda HT alan kadınların menopoz semtomlarını hiç tedavi almayan ya da daha önce alıp şuan almayanlara göre daha hafif yaşadığı saptanmıştır. Güler (2017) ve Özgür (2007) tarafından yapılan çalışmada menopoz semptomları açısından HT almayan kadınların menopoz semtomlarını daha hafif yaşadığı ve menopozal tutumun daha olumlu olduğu saptanmıştır (Güler, 2017; Özgür, 2007). Bunun menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşayanların tedavi almasına, yaşamayanların ise tedaviye ihtiyaç duymamalarına bağlayabiliriz. Koyuncu (2015) ile Sis Çelik ve Pasinlioğlu (2013) tarafından yapılan çalışmalarda bulgularımızdan farklı olarak HT uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında ciddi menopozal semptom sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır (Koyuncu, 2015; Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Çalışmamamızda düzenli menstrüasyon olan kadınların daha az menopozal semptom yaşadığı belirlenmiştir. Menstruasyonun devam etmesi over aktivitesi ve hormon salınımı ile ilgili olduğundan bu kadınların semptom şiddetinin daha düşük olması beklenen bir durum olabilir.

Çalışmamamızda menopoza yönelik bilgi alan kadınların psikolojik semptom şiddeti daha düşük bulunmuştur. Bu durum kadının sürece yönelik belirsizliklerini giderilmesi, bilgi alam sürecinde kendini ifade etme fırsatı bulmuş olmasuyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda kadınların CYKÖ puan ortalaması 69,54 (16,89) olarak tespit edilmiştir. Literatüre baktığımızda Tezce ve Beydağ'ın (2021) çalışmasında bu sayının 55,64 (13,07), Görmüş (2017) tarafından yapılan çalışmada ise CYKÖ puan ortalamasının 56,10 (22,5) olduğu belirlenmiştir (Tezce ve Beydağ, 2021; Görmüş, 2017). Bizim çalışmamızda CYKÖ puan ortalaması yüksek bulunmuş olup örnekleme dahil edilen kadınların yaş aralığının geniş olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların yaş grubuna göre CYKÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Tezce ve Beydağ (2021) tarafından yapılan çalışmada da kadınların yaş grupları ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tezce ve Beydağ, 2021). Literatürde cinsel işlev bozukluğu sıklığının yaş ile doğru orantılı şekilde arttığı bildirilmektedir (Batır, 2018; Cagnacci, Venier, Xholli, Paglietti ve Caruso, 2019; Jonusiene, Zilaitiene, Adomaitiene, Aniuliene ve Bancroft, 2013; Zhang, Cui, Zhang, Shi ve Zang, 2017; Yazdanpanahi, Nikkholgh, Akbarzadeh ve Pourahmad, 2015). Bu dönemde yaşanılan cinsel işlev bozukluğunun doğrudan cinsel memnuniyeti düşürebileceği söylenebilir.

Kadınların eğitim durumuna göre CYKÖ puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesi artmıştır. Karakuş ve Yanıkkerem (2016) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi düşük kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının arttığı saptanmıştır (Karakuş ve Yanıkkerem, 2016). Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Jonusiene, 2013). Literatürde klimakterik dönemdeki kadınların eğitim seviyesi arttıkça cinsel işlev bozukluğu yaşama durumunun azaldığını gösteren çalışmaların (Aslan ve diğerleri, 2008; Cabral ve diğerleri, 2013; Çalışkan ve diğerleri, 2010; Jonusiene ve diğerleri, 2013) aksine kadının eğitim seviyesinin cinsel işleve etkisinin olmadığını gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Atik Nalbant, 2009; Çoban ve diğerleri, 2008; Yıldırım, 2019).

Bu çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre CYKÖ puanının değiştiği saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesi artmıştır. Batır (2018) ve Özerdoğan ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada da eşin eğitim

düzeyinin kadınlardaki cinsel sorunları etkilediği belirtilmektedir (Batır, 2018; Özerdoğan, Sayıner, Köşgeroğlu ve Ünsal, 2009).

Ülkemizde konuşulmaktan kaçınılan konuların başında cinsellik gelmektedir. Bu bağlamda cinsel yaşamla ilgili sorunların çözümüne yönelik arayışın eğitim düzeyi yüksek gruplarda daha çok olduğu söylenebilir. Ayrıca sonuçların eğitim seviyesi yüksek olan kadınların ve eşlerinin bilgiye daha kolay ulaştıkları ve eşler arasındaki ilişkinin daha olumlu olması ile ilgili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda evlilik süresinin artmasıyla cinsel yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Özerdoğan ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada cinsel işlev bozukluğu ile evlilik süresi arasında anlamlı ilişki olduğu, evlilik süresi arrtıkça cinsel sorunların sıklığının arttığı belirlenmiştir (Özerdoğan ve diğerleri, 2009). Araştırmamızın sonucuna benzer olarak literatür de evlilik süresi arttıkça cinsel disfonksiyon sıklığının arttığını destekleyen çalışmalarda vardır (Güvel, Yaycıoğlu, Bağış, Savaş, Bulgan ve Özkardeş, 2003; Singh, Tharyan, Kekre, Singh ve Gopalakrishnan, 2009). Evlilik süresinin artmasıyla beraber paralel artış gösteren yaş, hormon, kronik hastalıklar sebebiyle cinsel yaşam kalitesinin azalması beklenen ve öngörülen bir sonuç olarak görülebilir.

Çalışmamızda çalışan kadınların CYKÖ puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Görmüş (2017) ve Özerdoğan (2009) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmkatadır. Çalışmamızın aksine Tezce ve Beydağ (2021) ve Tortumluoğlu (2011) tarafından yapılan çalışmalarda kadınların çalışma durumuna göre cinsel yaşam kalitesinin değişmediği bildirilmektedir (Tezce ve Beydağ, 2021; Tortumluoğlu, 2011). Çalışan kadınların bulunduğu sosyal ortamdan dolayı ve daha kolay bir şekilde bilgiye ulaşabilmeleri ihtimalinin olması bu kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olabileceği düşünülebilir. Çalışma hayatı kadının statüsünde önemli belirleyicilerden olarak ekonomik özgürlük, aile kavramı içinde kadının daha çok söz hakkı olmasına ve kendini daha iyi şekilde ifade etmesini sağlamış olabilir.

Çalışmamızda eşi çalışan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ile cinsel yaşam kalitesi arasında ilişki incelendiğinde kasaba/köy/beldede yaşayanlarda ilçe merkezi ve il merkezine göre cinsel yaşam memnuniyetinin düşük olduğu bulunmuştur. Görmüş (2017) tarafından yapılan çalışmada ise yerleşim birimine göre

cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Görmüş, 2017).

Çalışmada çekirdek aile yapısına sahip kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca tanışıp anlaşarak evlenen kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin de daha yüksek olduğu görülmüştür. Batır (2018) tarafından yapılan çalışmada görücü usulü ile evlenen kadınların cinsel işlevlerinin tanışarak evlilik yapan kadınlara göre daha olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Batır, 2018).

Çalışmamızda kadınların gelir durumu düşük olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin de diğerlerinden düşük olduğu belirlenmiştir. Kapdağlı (2009), Fahami ve diğerleri (2007), Özerdoğan ve diğerleri (2009) ve Gerber ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmalarda düşük gelir düzeyinin cinsel yaşamdan duyulan memnuniyeti olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Fahami, Beygi, Zahraei ve Arman, 2007; Gerber, Johnson, Bunn ve O'Brien, 2005; Kapdağlı, 2009; Özerdoğan, 2009). Bu çalışmanın sonuçlarıyla paralel olarak aylık gelir miktarının cinsel işlev bozukluğuna herhangi bir etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da olmuştur (Tezce ve Beydağ, 2021). Geçim sıkıntısı çekme ve ekonomik zorluklara bağlı cinsel yaşamın olumsuz yönde etkileneceği söylenebilir.

Bu sonuçlar çerçevesinde kent merkezinde yaşayan, yüksek gelir düzeyine sahip, aile yapısı çekirdek olan kadınlarda bireysel alan oluşturmada daha avantajlı oldukları ve bu durumun cinsel yaşamlarını olumlu olarak yansıdırğı söylenebilir.

Çalışmamızda sigara içen kadınlarla içmeyenler kadınlar arasında cinsel yaşam kalitesine bakıldığında anlamlı farklılık olduğu görülmemiştir. Park ve diğerleri (2003) tarafından yapılan bir çalışmada cinsel memnuniyetsizliğe sahip olan kadınların % 96'sının sigara içtiği, % 74,2'sinin alkol kullandığı görülmüştür (Park, Kim, Chang, Kang ve Chun, 2003).

Çalışmamızda kronik hastalık şikâyeti bulunmayan kadınların CYKÖ puanı daha yüksektir. Güler (2017) ve Yücel (2006) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuç mevcuttur (Güler, 2017; Yücel, 2006). Er ve diğerleri (2007) tarafından yapılan çalışmada ise kronik kalp yetmezliği şikayeti olan kadınlarda yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları tespit edilmiştir (Er ve diğerleri, 2007). Andaç (2015) tarafından yapılan araştırmada kronik sağlık sorunu varlığı ve sürekli ilaç tüketiminin cinsel işlevi olumsuz etkilediği görülmüştür (Andaç, 2015).

Kronik hastalığa sahip olmanın cinsel yaşam kalitesini etkilemesi literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmaamızda menopoza girmeyen kadınların CYKÖ puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Görmüş (2017)'ün araştırmasında da benzer sonuç bulunmaktadır (Görmüş, 2017). Özerdoğan ve Sayıner (2009) ise menopoza girmiş kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun daha fazla görüldüğünü, östrojen seviyesinin azalmasından dolayı görülen vajinal kuruluğun cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini tespit eetmiştir (Özerdoğan ve Sayıner, 2009).

Çalışmada doğal ve cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda CYKÖ puanının farklı olduğu belirlenmiştir. Cerrahi yolla girenlerde memnuniyetin yüksek olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada ise doğal ve cerrahi menopoz arasında cinsel doyum yönünden farklılık tespit edilememiştir (Sözeri Varma, 2006). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak Bursa'da 118 kadının katılımıyla yapılan bir çalışmada doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza giren kadınların cinsel disfonksiyonları incelenmiş olup, cerrahi yolla menopoz giren kadınlarda cinsel disfonksiyon oranı % 65,7, doğal yolla menopoza giren kadınlarda ise % 44,6 olduğu belirtilmiştir.

Kadınların HT kullanma durumuna göre CYKÖ puanının değiştiği, tedavi alanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde HT almayan menopoz sürecindeki kadınlarda, alanlara göre daha çok cinsel işlev bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (Chae, Choi, Cho, Cho, Lee ve Lee, 2010; Çalışkan ve diğerleri, 2010). Bazı çalışmalarda ise bulgularımızla paralel olarak HT kullanmanın cinsel işleve etkisinin olmadığı görülmüştür (Demirhan ve Çınar, 2009; Trompeter ve diğerleri, 2012).

Çalışmamızda cinsel yaşam kalitesi ile menopoz semptomları arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda menopozal semptomlar arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir. MSDÖ alt boyutlarına bakıldığında cinsel yaşam kalitesi üzerindeki göreli önem sırası; ürogenital şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve somatik şikâyetler olarak tespit edilmiştir. Literatüre baktığımız zaman çalışmamızla sonuçlar benzerlik göstermektedir (Atik Nalbant, 2009; Görmüş, 2017; Tezce ve Beydağ, 2021). Menopoz sürecinin getirdiği değişikliklerden dolayı kadınların olumsuz yönde

etkilendiği ve yaşam kalitesinin bozulduğu görülebilmektedir. Menopozla birlikte biyolojik, psikolojik alanlarda yaşanan etkilenmeler kadının cinsel yaşam kalitesini de doğrudan etkileyebileceği düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

● Çalışma kapsamına alınan kadınların MSDÖ puan ortalaması 16,39 (9,13) olarak belirlenmiştir.

● Çalışmamızda MSDÖ alt boyutlarından psikolojik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasının 6,92 (3,54), somatik şikâyetler alt boyutu puan ortalamasının 5,85 (3,70) ve ürogenital şikayetler alt boyutun puan ortalamasının 3,61 (3,06) olduğu tespit edilmiştir.

● Kadınların yaş, eğitim, evlilik süresi, kadın çalışma durumu, eş eğitimi ve çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, gelir durumu, sigara kullanma durumu, herhangi bir kronik hastalık ve jinekolojik hastalık öyküsü durumu, menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, HT alma durumu ve menstruasyon düzenine göre MSDÖ somatik şikâyetler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

● Kadınların eğitim düzeyi, evlilik süresi, çalışma durumu, eş eğitimi, yaşanılan yer, aile tipi, gelir durumu, sigara kullanma durumu, herhangi bir kronik hastalık ve jinekolojik hastalık varlığı, menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, menstruasyon düzeni ve menopoz ile ilgili bilgi alma durumuna göre MSDÖ psikolojik şikâyetler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

● Ürogenital şikâyetler alt boyutu ile sosyodemografik ve sağlık durumuna ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında; Kadınların yaş, eğitim, evlilik süresi, kadın çalışma durumu, eş eğitimi ve çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, gelir durumu, herhangi bir kronik hastalık ve jinekolojik hastalık öyküsü durumu, menopoza girme durumu ve menstruasyon düzenine göre MSDÖ ürogenital şikâyetler alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

● Kadınların yaş, eğitim, evlilik süresi, kadın çalışma durumu, eş eğitimi ve çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, gelir durumu, sigara kullanma durumu, herhangi bir kronik hastalık ve jinekolojik hastalık öyküsü durumuna göre MSDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

● Kadınların menopoz ilişkin özellikleri ile MSDÖ toplam ortalaması karşılaştırıldığında; kadınların menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, HT alma durumu ve menstruasyon düzenine göre MSDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

● Çalışma kapsamına alınan ve menopoz semptomları ölçülen kadınların CYKÖ puan ortalaması 69,54 (16,89) olarak belirlendi.

● Kadınların yaş, eğitim, evlilik süresi, kadın çalışma durumu eş eğitimi ve çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, gelir durumu herhangi bir kronik hastalık ve jinekolojik hastalık öyküsü durumuna göre CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

● Kadınların menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, HT alma durumu ve menstruasyon düzenine göre CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

● Çalışma kapsamına alınan kadınların menopoz semptomları ile cinsel yaşam kalitesi arasına negatif yönlü orta düzey ilişki bulunmuştur.

● MSDÖ alt boyutlarına bakıldığında cinsel yaşam kalitesi üzerindeki göreli önem sırası; ürogenital şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve somatik şikâyetler olarak tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

- Klimakterik kadınlara yapılacak danışmanlık hizmeti ve sağlık eğitimlerinde, kadınlar bireysel ve sosyokültürel açıdan incelenip bu kapsamdaki özellikleri önemsenmeli, kadınların bu dönemde ki talepleri, değerleri, destek sistemleri ve şikâyetleri değerlendirilmeli,
- Kadınların çoğunun menopoz semptomlarını şiddetli olarak yaşamasından ötürü menopoz semptomlarının şiddetini ve neden olduğu, olumsuz etkileri, semptomlarla mücadele etme, menopoz konusunda bilgilendirme, eğitim verme gibi hizmetlerinin yürütülmesi adına menopoz polikliniklerinin oluşturulması/arttırılması ve burada görev alan hemşirelerinde menopoz hakkında yeterli bilgiye sahip olarak danışmanlık hizmeti vermesi,

- Menopoz polikliniğinde çalışan hemşirelerin yeniliklere açık, araştırmacı kişilik yapısına sahip ve ulusal ve uluslararası rehberler öncülüğünde güncel bilgileri takip etmesi,
- Kadınlar menopozal semptomlar arasında cinsel problemleri önemli ölçüde yaşadıkları için menopoz sonrası cinsel yaşamın olumsuz etkilenmemesine yönelik eğitimlerde cinsel sorunlara değinilmesi ve cinsel danışmanlık hizmetlerinin bu yönde geliştirilmesi,
- Klimakterik dönemde verilen sağlık bakım hizmetleri içine PLISSIT modeli gibi farklı modellerin cinsel danışmanlığa entegre edilmesi ve cinsel danışmanlığın etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmaların planlanması,
- Klimakterik dönemdeki kadınlarda yaşanan semptomlarının iyileştirilerek cinsel yaşam kalitesinin yükseltilmesinde kanıt düzeyi yüksek çalışmaların arttırılması,
- Yapılan çalışmada çalışan ve öğrenim seviyesi yüksek olan kadın sayısının daha az olduğu görülmektedir. Bu nedenle çalışmanın farklı sosyokültürel kadınlarda kıyaslanarak tekrar edilmesi, menopozal belirtilerin cinsel yaşama etkisini daha iyi görebilmek için MSDÖ alt boyutları ile daha geniş örneklem grubunda yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Abay, H. ve Kaplan, S. (2015). Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(1), 1-24. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/ en/pub/ausbid/article/445626

Abiç, A. ve Yılmaz, D. (2020). Menopoz Semptomlarına Yoganın Etkisi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, *3*(2), 217-223. Erişim adresi https://dergipark.org. tr/en/pub/mutftd/issue/64978/959532

Ak Sözer, G. (2020). *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Eğitim Ve İlerleyici Kas Gevşeme Egzersizlerinin Semptom Yönetimi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Yarı Deneysel Çalışma*, (Yayımlanmamış doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. Erişim adresi https://acikerisim.erbakan. edu.tr/xmlui/handle/20.500.12452/3876

Akbay Kısa, A. S. (2021). *Postmenopoz dönemdeki kadınlara plıssıt modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarına, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisi* , (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Erişim adresi http://www.openaccess. hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/25710/Ay%C5%9Fe%20Sevim %20AKBAY%20KISA%20Tez%2029.12.2021.pdf?sequence=1

Akman, S., Çakıcı, M., Keskindağ, B., Karaaziz, M. (2019). Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: A cross-sec-tional study. *Turkish J Clinical Psychiatry*, *22*, 27-35. Erişim adresi https://jag. journalagent. com/kpd/pdfs/KPD_22_1_27_35.pdf

Aksoy Can, A. (2022). *Menopoz dönemindeki kadınlara uygulanan akupresürün menopoz semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisi* , (Yayımlanmamış doktora tezi) Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=5XiSE4yCP_gmnukpMEp6 5a7TrgW2T2DpsyFyDIWYRmCcKLGCj8xbhbc1VSYaLT9d

Akyüz, A., Kök, G., Kılıç, A., Güvenç, G. (2014). In her own words: living with urinary incontinence in sexual life. *Sexuality and Disability*, *32*(1), 23-33. Erişim adresi https://doi.org/10.1007/s11195-013-9325-5

Al-Azzawi, F., Palacios, S. (2009). Hormonal changes during menopause. *Maturitas, 63*(2), 135-137. Erişim adresi https://www.sciencedirect.com/science/article/ abs/pii/S03785 1220900098X

Alpaslan, M. (2018). *Menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisi.* (Yayımlanmamış doktora tezi). Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=as2oTjW5 jfr9IKSvmCdJYoytGOKH0jyXaA3_stceBlPBEeiBEb-Mfjn3-lL5SvUT

Altundağ, K., Ege, E., Akın, R., Koçak, V., Benli, S. (2016). Sexual Quality of Life in Women during the Climacteric Period. *International Journal of Caring Sciences,*

9(1), 296-307. Erişim adresi http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/28_Altungug_original_9_1.pdf

Andaç, T. (2015). *Klimakterik Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlev Özellikleri: Toplum Temelli Çalışma*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul. Erişim adresi https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/592162/yokAcikBilim_10075428.pdf?sequence=-1&isAllowed=y

Atik Nalbant, M. (2009). *Menopozal Semptomlar İle Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=CwVIqqBuz1VkysVpueogAYFTHG5k77TqLwUfvB5E4TXw1eTxyMgcEQEUSd0bFgCL

Avcı, S. (2013). *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) .Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim adresi https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/89761

Avis, N.E., Brockwell, S., Randolph Jr, J.F., Shen, S., Cain, V.S., Ory, M., ve Greendale, G.A. (2009). Kadınlar menopozdan geçerken cinsel işlevde boylamsal değişiklikler: Ulus Çapında Kadın Sağlığı Çalışmasının (SWAN) Sonuçları. *Menopoz (New York, NY), 16*(3), 442. doi: 10.1097/gme. 0b013e3181948dd0

Ayers, B., Forshaw, M. ve Hunter, M. S. (2010). The Impact of Attitudes Towards the Menopause on Women's Symptom Experience: A Systematic Review. *Maturitas, 65*, 28–36. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.10.016

Batir, S. (2018). *Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Erişim adresi Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim adresi https://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12445/993/518916.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öniz, A., Kındıroğlu, N. (2004). Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *15*(3), 199-207. Erişim adresi https://silo.tips/ download/menopoz-ncesi-ve-sonras-dnemde-depresyon-anksiyete-ve-yetiyitimi

Blümel, J.E., Lavín, P., Vallejo, M.S., Sarrá, S. (2014). Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications. *Climacteric,* 17(3), 235-41. doi: 10.3109/13697137.2013.838948

Cabral, P. U., Canário, A. C., Spyrides, M. H., Uchôa, S. A., Eleutério Jr, J., Gonçalves, A. K. (2013). Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *120*(3), 271-274. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.09.023

Cagnacci, A., Venier, M., Xholli, A., Paglietti, C., Caruso, S. (2019). Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause, 27*(1). doi: 10.1097/GME.0000000000001427

Ceylan, B. (2010). *Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi,* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=Con4vPbnhieoECj4KymUug&no=5Lt2jjfqjrc-Bgayzs87Qg

Chae, H.D., Choi, S.Y., Cho, E.J., Cho, Y.M., Lee, S.R. ve Lee, E.S. (2014). Awareness and experience of menopausal symptom and hormone therapy ın korean postmenopausal women. *J Menopausal Med, 20*(1), 7-13. doi: 10.6118/jmm.2014.20.1.7

Cirban, E. (2019). *Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Durumunun, Menopoz Tutum Ve Semptomları İle İlişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın. Erişim adresi http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/3700/ebru%20cirban%20y%c3%bcksek%20lisans%20tezi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cruz, E.F., da Silva Nina, V.J., Figuerêdo, E.D. (2017). Climacteric symptoms and sexual dysfunction: association between the Blatt-Kupperman Index and the Female Sexual Function Index. *RBGO Gynecology and Obstetrics, 39*(2), 66-71. doi: 10.1055/s-0037-1598603

Çalışkan, E., Çorakçı, A., Doğer, E., Coşkun, E., Özeren, S., Çorapçıoğlu, A. (2010). Türk kadınlarinin menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarinin ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak degerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 30*(5), 1517-1523. Erişim adresi https://pdfs.semanticscholar.org/f8f2/91b59ce96576620d7f3fd60ce4a66c91d052.pdf?_ga=2.47242983.1959962183.1666117608-390625900.1666117608

Çelikkanat, Ş. ve Sohbet, R. (2020). 40 Yaş Ve Üzeri Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Sted/ Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 29*(1), 31-37. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/52715/560137.

Çetin, Ö.E. ve Eroğlu, K. (2015). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8*(4), 219-225. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753168

Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., ve İnceboz, Ü. (2008). Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 22*(6), 343-349. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/inonusaglik/ issue/54929/717608

Darici Koçan, M. (2021). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Semptomlar Ve Baş Etme Yöntemleri,* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çanakkale Onsekiz

Mart Üniversitesi Eğitim Enstitüsü, Çanakkale. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=v7BkNnnepTnbhn8rNR77La-he4dGyUos0dZGM20xBBcSDQFlYBzqKsNhT0SYZPrP

Davis, S. R., Jane, F. (2011). Sex and perimenopause. *Australian Family Physician, 40*(5), 274-278. Erişim adresi https://www.racgp.org.au/getattachment/7e0bf0c6-063a-4715-a034-578a00abf098/Sex-and-perimenopause.aspx

Demiray, M.S. (2015). *40-55 Yaş Arası Kadınların Menopozal Durumları Ve Menopoza İlişkin Tutum Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Menopozal Semptomlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=9MiDp3x86xrwjpi5-14wcErUYsngEWZqaueSF6j0MJ58AGDpVhxeY6oyOS0GuuL

Demirci, H. (2015). *Menopoz,* B. Karaca Saydam. İçinde *Olgularla Jinekolojik Hastalarda Bakım*. (s: 200-208) Ankara; Nobel Tıp kitabevleri.

Demirel Bozkurt, Ö., ve Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *3*(4), 499-503. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/cbusbed/issue/26662/280128

Dinçer, Y., Oskay, Ü. (2018). Menopoz döneminde kadınların cinsellik ile ilgili sorunlarının incelenmesi: Kalitatif bir çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 4*(2), 16-28. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/41825/431660

Duffy, O. K., Iversen, L. ve Hannaford, P. C. (2012). The Impact and Management of Symptoms Experienced at Midlife: a Community-based Study of Women in Northeast Scotland. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 119(5), 554-563. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03276.x

Durukan Duran, A. ve Sinan, Ö. (2020). Doğal ve Cerrahi Menopoza Giren Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(2), 150-156.doi: 10.30934/kusbed.633350

Edwards, D. (2013). Sexual health and dysfunction in men and women with diabetes. *Diabetes & Primary Care, 15*(6), 309-317. Erişim adresi https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/dotn/_master/4841/files/pdf/dpc18-6-288-96.pdf

El Hajj, A., Wardy, N., Haidar, S., Bourgi, D., Haddad, M. E., Chammas, D. E. ve Papazian, T. (2020). Menopausal symptoms, physical activity level and quality of life of women living in the Mediterranean region. *Plo Sone, 15*(3). doi: 10.1371/journal.pone.0230515

Erbaş, N. ve Demirel, G. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(4), 220-225. Erişim adresi http://journal.acibadem.edu.tr/tr/pub/issue/61318/914496

Ertekin Pınar, Ş. ve Polat, Ş. (2020). Menopoz Döneminde Olan Kadınların Evlilik Uyumları ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, *8*(2), 246-257. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/inonusaglik/issue/54929/717608

Ertem, G. (2010). Kadınların menapoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. *7*(1), 473-483. Erişim adresi https://www.acarindex. com/dosyalar/makale/acarindex-1423936648.pdf

Eskicioğlu, M. (2020). *Menopoz Döneminde Karşılaşılan Şikâyetlerde Alternatif Tedavi Kullanma Durumlarının Tespit Edilmesi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa. Erişim adresi https://acikerisim.uludag.edu.tr/bitstream/11452/14902/1/yenii%2017%20temmuz%2020%20meltem%20tez%20menopoz.pdf

Ezeome, I. V., Ezugworie, J. O. ve Nwankwo, T. O. (2019). Attitude of postmenopausal women to ward the menopause and hormone treatment in enugu, Southeast Nigeria. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *7*(3), 263-268. doi: 10.15296/ijwhr.2019.44

Fahami, F., Beygi, M., Zahraei, R.H., Arman, S. (2007). Sexual Dysfunction In Menopausal Women And The Socioeconomic State. *Ijnmr*, *12*(2), 61-64. Erişim adresi https://www.researchgate.net/profile/FaribaFahami/publication/267792705_Sexual_Dysfunction_in_Menopausal_Women_and_the_Socioeconomic_State/links/570cefb508aed31341cefa23/Sexual-Dysfunction-in-Menopausal-Women-and-the-Socioeconomic-State.pdf

Fredman, R.R. (2005). Hot Flashes: Behavioral Treatments, Mechanisms and Relation to Sleep. *The American Journal of Medicine*, *118*(12), 1245-1305. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.09.046

Freeman, E. W., Sammel, M. D. ve Sanders, R. J. (2014). Risk of long term hot flashes after natural menopause: Evidence from the penn ovarian aging cohort. *Menopause, 21*(9), 924-32. doi: 10.1097/GME.0000000000000196

Gandhi, J., Chen, A., Dagur, G., Suh, Y., Smith, N., Cali, B., Khan, S. A. (2016). Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American journal of obstetrics and gynecology, 215*(6), 704-711. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.045

Gerber, J.R., Johnson, J.V., Bunn, J.Y., O'Brien, S.L. (2005). Longitudinal Study Of The Effects Of Free Testosterone And Other Psychosocial Variables On Sexual Function During The Natural Traverse Of Menopause. *Fertil Steril*, *83*(3), 643-648. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.08.028

Görmüş, Y. (2017). *Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşam Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi*, , (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun. Erişim adresi https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/677838/yokAcikBilim_10157914.pdf?sequene=-1&isAllowed=y

Gözüyeşil, E., Gökyıldız Sürücü, S., Alan, S. (2018). Sexual function and quality-of-liferelated problems during the menopausal period. *Journal of Health Psychology, 23*(14), 1769- 1780. doi: 10.1177/1359105317742194

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. Erişim adresi https://www.turkishjournalofurology.com/content/files/sayilar/54/buyuk/43-48.pdf

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., De Villiers, T. J. ve Group, S. C. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *97*(4), 1159-1168. Erişim adresi https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362

Harris, M.G. (2019). Sexuality and Menopause. *Unique Issues in Gynecologic Cancer Seminars in Oncology Nursing*, *35*, 211-216. doi: 10.1016/j.soncn.2019.02.008

Heidari, M., Shahbazi, S., Ghafourifard, M., Sheikhi, R. A. (2017). Prediction of marital satisfaction based on emotional intelligence in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, *23,* 196–201. doi: 10.6118/jmm.2017.23.3.196

Holanda, J. B., Abuchaim, E. S., Coca, K. P., Abrão, A. C. (2014). Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*(6), 573-578. doi:10.1590/1982-0194201400093

Holly Thomas, N., Rachell Hess, M. D. ve Rebecca Thurston, C. (2015). Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Mid-life and Older Women. *Annals of Family Medicine, 13*(4), 336-342. doi:10.1370/afm.1820

Hotun Şahin, N. (2015). *Klimaktertum Dönemi ve Menopoz*. N. Kızılkaya Beji, İçinde *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.*(s. 135-142).İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Hotun Şahin, N. (2016). Klimakteryum ve İleri Yaş Döneminde Cinsellik. *Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, *2*(1), 42-50. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-full-file/37442.

Im, E-O., Ko, Y., Chee, W. (2014). Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. *Health care for women international*, 35(5), 549-65. doi: 10.1080/07399332.2013.815752

Islam, R.M., Bell, R.J., Davis, S.R. (2018). Prevalence of sexual symptoms in relation to menopause in women in Asia: a systematic review. *Menopause*, *25*(2), 231-238. doi: 10.1097/GME.0000000000000967

İnceboz, Ü., Demirci, H., Özbaşaran, F., Çoban, A., Nehir, S. (2010). Factors affecting the quality of life in climacteric women in Manisa region. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *27*(2). 111-116. doi:10.5174/tutfd.2008.01050.2

Jonusiene, G., Zilaitiene, B., Adomaitiene, V., Aniuliene, R., Bancroft, J. (2013). Sexual Function, Mood And Menopaus Symptoms In Lithuanian Postmenopausal Women. *Climacteric*, *16*(1), 185-193. doi: 10.3109/13697137.2012.682746

Kahveci, M. (2020). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu, Depresyon Ve Evlilik Uyumu,* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Erişim adresi https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/122863/yokAcikBilim_10229340.pdf?sequence=-1

Kahyaoğlu Süt, H., Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *4*(1), 51-68. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-file/12551

Kalahroudi, M., Taebi, M., Sadat, Z., Saberi, F., Karimian, Z. (2012). Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. *Nurs Midwifery Stud*, *1*(2), 88-93 Erişim adresi https://www.researchgate.net/publication/269573720_Prevalence_and_Severity_of_Menopausal_Symptoms_and_Related_Factors_Among_Women_40-60_Years_in_Kashan_Iran

Kang, H.J., Ansbacher, R., Hammoud, M.M. (2002). Use of Alternative and Complementary Medicine in Menopause. *International Journal of Gynecology& Obstetrics*, *79*(3), 195-207. Erişim adresi https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00297-7

Kapdağlı, D. (2009). *Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana. Erişim adresi https://studylibtr.com/doc/1468339/postmenopozal-kad%C4%B1nlarda-cinsel-ya%C5%9Fam-kalitesinin-de%C4%9Ferle

Kaplan, S., Sergek, E. ve Sertbaş, G. (2005). Postmenopozal Dönem Kadınlarda Kalkaneus Kemik Mineral Yoğunluğunu Etkileyen Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(3), 76-89. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2631/33850

Karakuş, A., Yanıkkerem, E. (2016). Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Functıon Index (FSFI) - Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, *5*(1), 64-85. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/220068

Kaulagekar, A. (2011). Pune, Maharashtra'daki kentsel kadınlar arasında menopoz yaşı ve menopoz semptomları. *Hindistan Obstetrik ve Jinekoloji Dergisi*, *61* (3), 323-326. doi: 10.1007/s13224-011-0036-5

Kim, H. K., Kang, S. Y., Chung, Y. J., Kim, J. H.ve Kim, M. R. (2015). The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. *Journal of Menopausal Medicine, 21*(2), 65-71. doi: 10.6118/jmm.2015.21.2.65

Kontula, O., Haavio-Mannila, E. (2009) The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, *46*(1), 46-56. doi: 10.1080/00224490802624414

Koyuncu, T. (2015). *Beylikova'da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi,* (Yayımlanmamış doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir. Erişim adresi http://openaccess.ogu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11684/588

Kökkaya, D. ve Demirci, H. (2018). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum Ve Yakınmalar Üzerine Etkisi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=5vNQf5oIUrbT0cg0l1NzHg&no=dsBsaPPJcQDV9aVBprEnTg

Kömürcü, N., İşbilen, A. (2011). Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşama uyumu. *Turkish Journal of Urology, 37*(4), 326-330. doi:10.5152/tud.2011.063

Kurt, G., ve Arslan, H. (2020). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal*, *45*(3), 910-920. doi: 10.17826/cumj.694473

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *4*(12), 111-135. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/41825/431660

Legendre, G., Fritel, X., Ringa, V., Lesavre, M. ve Fernandez, H. (2012). Urinary incontinence and menopause. Progres en Urologie. *Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, *22*(11), 615-621. doi: 10.1016/j.purol.2012.08.267

Lerner-Geva, L., Boyko, V., Blumstein, T., Benyamini, Y. (2010). The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. *Journal of women's health. 19*(5), 975-85. Erişim adresi https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1381

Liu, P., Yuan, Y., Liu, M, Wang, Y., Li, X., Yang, M. (2015). Factors associated with menopausal symptoms among middle-aged registered nurses ın beijing. *Gynecol Endocrinol*, *31*(2), 119-124. doi: 10.3109/09513590.2014.971237

Markopoulos, M. C., Kassi, E., Alexandraki, K. I., Mastorakos, G. ve Kaltsas, G. (2015). Management of endocrine disease: hyperandrogenism after menopause. *European journal of endocrinology*, *172*(2), 79-91. doi: 10.1530/EJE-14-0468

Maserejian, N. N., Shifren, J., Parish, S. J., Segraves, R. T., Huang, L., Rosen, R. C. (2012). Sexual arousal and lubrication problems in women with clinically diagnosed hypoactive sexual desire disorder: preliminary findings from the hypoactive sexual desire disorder registry for women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*(1), 41-62. doi: 10.1080/0092623X.2011.569642

Mehrabi, M., Lotfi, R., Rahimzadeh, M., ve Khoei, E.M.(2019). Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model on sexual function of women with type 2 diabetes mellitus: results from a randomized controlled trial. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, *39*(4), 626-632. Erişim adresi https://link.springer.com/article/10.1007/s13410-019-00726-1

Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause-global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, *14*(4), 199-215. doi: 10.1038/nrendo.2017.180

Moral, E., Delgado, J. L., Carmona, F., Caballero, B., Guillán, C., González, P. M. (2018). Genitourinary Syndrome of Menopause. Prevalence and Quality of Life in Spanish Postmenopausal Women. The GENISSE study. *Climacteric*, *21*(2), 167–173. doi: 10.1080/13697137.2017.1421921

Myasoedova, V.A., Kirichenko, T.V., Melnichenko, A.A., Orekhova, V.A., Ravani, A., Poggio, P., Sobenin, I.A., Bobryshev, Y.V., Orekhov, A.N. (2016). Anti-Atherosclerotic Effects of A Phytoestrogen Rich Herbal Preparation in Postmenopausal Women. *International Journal of Molecular Science*, *17*(1318), 1-14. doi: 10.3390/ijms17081318

Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, *94*, 87- 91. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.013

Novi, J. M., Book, N. M. (2009). Sexual Dysfunction in Perimenopause A Review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *64*(9), 624-631. doi: 10.1097/OGX. 0b013e3181b2f273

Owiredu, W. K., Owusu, A. O., Amidu, N., Quaye, L., Gyasi-Sarpong, C. K., Dapare, P. P., Alidu, H. (2015). Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metropolis, Ghana. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(1), 3. *doi:* 10.1186/s12955-015-0206-8

Önder, M., Durak Batıgün, A. (2016). Erken ve Normal Menopoz: Stres, Evlilik Uyumu ve Cinsiyet Rolleri Açısından Bir Karşılaştırma. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *29*(2), 129-138. *doi: 10.5350/dajpn2016290204*

Özcan, H., Oskay, Ü. (2013). Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, *28*(4), 157-163. doi:10.5222/ j.goztepetrh.2013.157

Özcan, H., Beji Kızılkaya, N. (2014). Menopoz döneminde cinsellik. *Kadın Cinsel Sağlığı*, *58*(3), 209-211. Erişim adresi https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/ AND2014_58_209_211.pdf

Özerdoğan, N., Sayıner, F. D., Köşgeroğlu, N. ve Ünsal, A. (2009). 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2*(2), 46-59. Erişim adresi http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12415/3573

Özgür, N. (2007). *Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=XohQ0H2mJnBfxLPsY8dG4yYNRbARrHa7JtO-fFAqlq5DKc4CKWWhUGWL4cecpfRu

Pamuk, G., Kutlu, R., Çivi, S. (2014). Evaluation of Quality of Life in Postmenopausal Women With and Without Osteoporosis Using the QUALEFFO-41 Scale. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, *60*(2), 139-146. doi:10.5152/tftrd.2014.47855

Park, Y.J., Kim, H., Chang, S.O., Kang, H.C., Chun, S.H. (2003). Sexuality and related factors of postmenopausal Korean women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *33(*4), 457-63. doi: 10.4040/jkan.2003.33.4.457

Parmaksız, M. (2019). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Doyumlarının Menopozal Yakınmalara Etkisi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=FF_gGVhMDv2q2c9FlVbBtA&no=RHcjAMbZn2PZxTzrX2cllQ

Pehlivan, S., Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*, 385-395. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/7503/98914

Pérez, J. A., Garcia, F. C., Palacios, S. ve Pérez, M. (2009). Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas*, *62*(1), 30-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.10.003

Raz, R. (2011). Urinary tract infection in postmenopausal women. *Korean journal of urology*, *52*(12), 801–808. Erişim adresi https://doi.org/10.4111/kju.2011.52.12.801

Regestein, Q., Friebely, J., Schiff, I. (2015). How self-reported hot flashes may relate to affect, cognitive performance and sleep. *Maturitas*, *81*(4), 449-455. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.05.005

Reid, R., Abramson, B.L., Blake, J., Desindes, S., Dodin, S., Johnston, S., Fortier, M. (2014). Managing Menopause Abstract and Summary Statement. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, *36*(9), 1-72. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30487-4

Rodriguez, M., Shoupe, D. (2015). Surgical menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*, *44*, 531–42. doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.003

Saboula, N., El-Sayed, S.M. (2015). Effectiveness of application of PLISSIT counseling model on sexuality for breast cancer's women undergoing treatment. *Am J Nurs Sci*. *4*, 218-30. Erişim adresi https://article.sciencepublishinggroup.com/html/10.11648.j.ajns.20150404.21.html

Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A. M., Schover, L., Wang, R., Incrocci, L. (2010). Cancer and sexual problems. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(1), 349-373. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01620.x

Sarı, A.S. (2021). *Erken Ve Normal Yaş Aralığında Menopoza Giren Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=9MiDp3x86xrwjpi5-14w-XL8ylbOT08ExuRpmd7GtPMP0-ni9NBCCUiFhiVQ-Bux

Singh, J.C., Tharyan, P., Kekre, N.S., Singh, G., Gopalakrishnan, G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate MedicineYear*, *55*(2), 113-120. doi: 10.4103/0022-3859.52842

Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *1*(1), 50-56. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/5986/79601

Şen, S., Güneri, S.E., Sevil, Ü., Çengel, S. (2012). Menopoz dönemindeki kadınların cinsel disfonksiyonlarının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics &Gynecology*, *22*(1), 8-14. Erişim adresi https://www.jcog.com.tr/article/en-menopoz-donemindeki-kadinlarin-cinsel-disfonksiyonlarinin degerlendirilmesi-61871.html

Şentürk, Ş. ve Kara, M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, *17*(1), 7-11. Erişim adresi https://jag.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_17_1_7_11.pdf

Taşkın, L. (2016). *Kadın hayatının evreleri*. İçinde *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. (s: 671-687). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Taşkıran, G. (2019). *Menopozal Semptom Şiddeti ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsu, Ankara. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=owjj08yofO0rDo9iVuLuqA&no=jYL-gGflBwMTxnAaB51tHw

Terauchi, M., Obayashi, S., Akiyoshi, M., Kato, K., Matsushima, E. ve Kubota, T. (2010). Insomnia in Japanese peri-and postmenopausal women. *Climacteric*, *13*(5), 479-86. doi: 10.3109/13697130903353478

Tezce, M. A. ve Beydağ, K. D. (2021). Menopozdaki Kadınların Menopoza Bakış Açısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi. *Sağlık ve Toplum*, *31*(1), 175-186. Erişim adresi https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2021/04/20-Menopozdaki-Kadinlarin-Menopoza-Bakis-Acisi-ve-Cinsel-Yasam-Kalitesi.pdf

The North American Menopause Society. (2021). Sexual Health & Menopause. Erişim adresi http://www.menopause.org/for-women/sexual-healthmenopause-online

TNSA. (2018).Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim adresi http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018 /rapor/ TNSA2018 _ana_Rapor.pdf

Tortumluoğlu, G. (2011). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Journal of Human Sciences, 8*(1). Erişim adresi https://www.jhumansciences. com/ojs/index.php/ IJHS/article/view/115/115

Tozlu, F. (2019). *Doğal menopoz, cerrahi menopoz ve erken menopozun yaşam kalitesi, cinsel fonksiyonlar ve depresyon düzeylerine etkisi,* (Yayımlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sakarya. Erişim adresi https://tez.yok.gov. tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Tucker, P. E., Bulsara, M. K., Salfinger, S. G., Tan, J. J., Green, H., Cohen, P. A. (2016). The effects of pre-operative menopausal status and hormone replacement therapy (HRT) on sexuality and quality of life after risk-reducing salpingo-oophorectomy.*Maturitas, 85,* 42-48. doi: 10.1016/j.maturitas. 2015.12.004

Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal, 32,* 172-180. Erişim adresi https://www.researchgate.net/publication/ 322303557_Cinsel_Yasam_Kalitesi_Olceginin_Turkce_Versiyonunun_Gecerlik_ve _Guvenirlik_Calismasi

Tunçarslan, N. (2019). *Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan . Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=m58T5lN28h5Dzej3 K3DQGA&no=stKZMKugYlPtq0vzT8XQAQ

Tümer, A., Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi, 11*(3), 337-346. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/patd/issue/39461/451911

Tüzmen Dağ, H. ve Ege, E. (2021). Investigation Of Sexual Life Quality And Related Factors In The Postpartum Period. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, *9*(2), 430-445. Erişim adresi https://dergipark. org.tr/en/pub/inonusaglik/issue/62343/847523

Velioğlu, E. ve Gürkan, Ö. C. (2021). Menopoz Semptomlarının Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi*, *3*(2), 20-27. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/en/download/ article-file/1768413

Vural, P. I. ve Yangın, H. B. (2016). Menopoz Algısı: Türk Ve Alman Kadınların Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(3), 7-15. Erişim adresi https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23823/253797

Woods, N. F. (2012). An Overview of Chronic Vaginal Atrophy and Options for Symptom Management. *Nursing for Women's Health*, *16*(6), 482–494. doi: 10.1111/j.1751-486X.2012.01776.x

World Health Organization. (1996). Research on the Menopause in the 1990s. Erişim adresi http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf

World Health Organization . (1993) .Measuring Quality of life: The development of the World Health Organization Qualite of Life Instrument. Erişim adresi https://www. who.int/tools/whoqol/whoqol-bref

World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes. Erişim adresi http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/index.html

Yağmur, S. (2018). *Kadınların Bazı Özelliklerinin Ve Menopoz Semptomlarının Menopozal Tutuma Etkisi* , (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya. Erişim adresi http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/9665/10225850.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yanıkkerem, E., Göker, A., Çakır, Ö., Esmeray, N. (2018). Effects of physical and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. *Climacteric, 21*(2), 160-166. Erişim adresi https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1417374

Yazdanpanahi, Z., Nikkholgh, M., Akbarzadeh, M., Pourahmad, S. (2015). Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz. *J Family Community Med, 25*, 82–87. doi: 10.4103/jfcm.JFCM_117_17

Yıldırım, F. (2019). *Menopozun Eşlerin Evlilik Ve Cinsel Uyumlarına Etkisi*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=xozZadi3SwVC9BMhs1aXeQ&no=Cm_fPUHJbSkoGYSNX-IGmA

Yiğit, S. (2018). *Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler,* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli. Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=npGs9H39x7G6401x51yqpDq-bTTU-LPes5JvUoAu5FmdmjV6hs9r1ro5dlRmJkNz

Zamaniyan, M., Moosazadeh, M., Peyvandi, S., Jaefari, K., Goudarzi, R., Moradinazar, M. and Kheradmand, M. (2020). Age of natural menopause and related factors among the tabari cohort. *Journal of menopausal medicine*, *26*(1), 18. doi: 10.6118/jmm.19004

Zerkinli, D. (2020). *Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopozal Semptomların Genel Sağlık Durumuna Etkisinin İncelenmesi* ,(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas. Erişim adresi https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500. 12812/235658 .

Zhang, C., Cui, L., Zhang, L., Shi, C., Zang, H. (2017). Sexual Activityand Function Assessment in Middle-aged Chinese Women Using The Female Sexual Function Index. Menopause, *The Journal of The North American Menopause Society, 24*(6), 669–676. doi: 10.1097/GME.0000000000000812

EKLER

EK-1 Tanımlayıcı Özellikler Formu

1. Yaşınız:…...
2. Eğitimi durumunuz:
( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve üzeri
3.Kaç yıldır evlisiniz? ……..
4.Çalışma durumunuz:
( ) Çalışmıyor ( ) Çalışıyor
5.Eşinizin eğitim durumu:
( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve üzeri
6.Eşinizin çalışma durumu:
( ) Çalışmıyor ( ) Çalışıyor
7. Yaşadığınız yer:
( ) Kent Merkezi ( ) İlçe Merkezi ( ) Kasaba/Belde/Köy
8. Aile tipi:
( ) Çekirdek ( ) Geniş
9. Evlenme Şekliniz:
( ) Görücü Usulü ( )Tanışıp/ Anlaşarak
10.Ailenizin gelir seviyesini nasıl tanımlarsınız?
( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek
11. Sigara içme durumunuz nedir?
( ) İçiyor ( ) İçmiyor
12. Herhangi bir kronik hastalık öykünüz var mı ?
( ) Var (Belirtiniz……....) ( ) Yok
13. Herhangi bir jinekolojik hastalığınız var mı?
( ) Evet (Belirtiniz:……..) ( ) Hayır
14. Toplam gebelik sayısı: …….
15. Yaşayan çocuk sayısı:…….
16. Birlikte yaşanılan çocuk sayısı: …….
17. Menopoza yönelik hiç bilgi aldınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır
18.Menopoza girme durumu: *(En son menstruasyon üzerinden 12 ay geçmiş olması)*
( ) Giren *(20., 21. ve 22. sorulara geçiniz)* ( ) Girmeyen *(23.soruya geçiniz)*
19. Kaç yaşında menopoza girdiniz?.....
20. Hangi yolla menopoza girdiniz?
( ) Doğal yolla ( ) Cerrahi yolla (Yumurtalıkların alınması ameliyatı olunması)
21. Doktor tarafından önerilen menopoza yönelik hormon tedavisi alıyor musunuz?
( ) Almadım ( ) Halen devam ediyorum ( ) Daha önce aldım şu an almıyorum
22. Menstruasyon olma durumu:
( ) Düzenli ( ) Düzensiz

EK-2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

	0	1	2	3	4
	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1.Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2.Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde 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 (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7.Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık					
8.Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10.Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					

EK-3 Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Türkçe Formu Ölçeği

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6.Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						
9.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10.Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11.Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13.Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14.Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK-4 Etik Kurul Onayı

EK-5 Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kullanım İzini

EK-6 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzini

EK-7 Cinsel Yaşam Kalitesi –Kadın Türkçe Formu Ölçeği Kullanım İzni

EK-8 Orijinallik Raporu

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1984 yılında Seydişehir/Konya'da doğmuştur. İlköğretim, ortaöğretim ve lise öğrenimini Seydişehir'de tamamlamıştır. 2006 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümden mezun olmuştur. 2006-2007 yılları arasında özel bir hastanede servis hemşiresi olarak 2007-2012 yılları arasında Konya Numune Hastanesi cerrrahi ve dahili bilimler servislerinde servis hemşiresi ve servis sorumlu hemşiresi olarak çeşitli görevlerde bulunmuştur. Temmuz 2012 tarihinden itibaren ise aynı hastanede enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.