



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MENOPOZDA OLAN VE OLMAYAN EVLİ KADINLARIN  
MENOPOZA İLİŞKİN TUTUMLARININ CİNSEL YAŞAM VE  
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

**ŞENAY POLAT**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**SIVAS-2019**

**T.C.**  
**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MENOPOZDA OLAN VE OLMAYAN EVLİ KADINLARIN**  
**MENOPOZA İLİŞKİN TUTUMLARININ CİNSEL YAŞAM VE**  
**YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

**ŞENAY POLAT**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**EBELİK ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞÜKRAN ERTEKİN PINAR**

**SİVAS-2019**

ONAY

“Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutumlarının Cinsel Yaşam ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ



Üye Dr. Öğr. Üyesi Mine BEKAR



Üye (Danışman) Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR



ONAY

Bu tez çalışması, 17.12.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŐEKKÖR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Ebelik Anabilim Dalı'nda lisansüstü eğitimimde emeklerini esirgemeyen tüm hocalarıma,

Araştırmamın uygulama aşamasında çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara,

Araştırmamın her aşamasında emek veren sayın danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR'a,

Bugüne gelmemde ve daha da ilerleme kaydedeceğim özgüvenini yeterliliğini ve cesaretini veren, hayatımın her döneminde, üstün özverilerle beni destekleyen değerli varlığım aileme sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZET

# MENOPOZDA OLAN VE OLMAYAN EVLİ KADINLARIN MENOPOZA İLİŞKİN TUTUMLARININ CİNSEL YAŞAM VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Şenay POLAT

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR

2019, 75 sayfa

Bu araştırma menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsel yaşam ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini Erzurum ili, Narman ilçesinde bulunan Narman Aile Sağlığı Merkezi'ne muayene olmak üzere başvuran, en az bir yıldır menopoza girmiş ve evli olan (menopoz grubu için), 18 yaş üzeri olup evli olan (menopozda olmayan grup için) kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmış ve her bir grup için 161 kadın olarak belirlenmiştir. Menopozda olan ve menopozda olmayan grup için toplam 322 kişi örnekleme alınmış ve araştırma 15 Ocak 2019-15 Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Veriler Kişisel Bilgi Formu, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Veriler SPSS 22,0 programında değerlendirilmiş ve değerlendirmede Kolmogorov-Smirnov testi, t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Önemlilik derecesinde  $p<0,05$  anlamlı olarak alınmıştır.

Menopozda olan ve olmayan evli kadınların Utian Yaşam Kalitesi alt boyutlarından sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında, cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Menopozda olan ( $r = 0,450$ ;  $p = 0,001$ ) ve olmayan ( $r = 0,364$ ;  $p = 0,001$ ) evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça emosyonel yaşam kalitesi düzeyleri de anlamlı düzeyde artmaktadır. Menopozda olan gruptaki evli kadınların da menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça meslek / iş yaşam kalitesi ( $r = -0,342$ ;  $p = 0,001$ ) puanları anlamlı düzeyde azalmaktadır. Menopozda olan kadınların menopoza ilişkin olumlu tutum puanları azaldıkça cinsel dürtü ( $r = -0,189$ ;  $p = 0,017$ ) , psikolojik uyarılma ( $r = -0,276$ ;  $p = 0,001$ ), fizyolojik uyarılma ( $r = -0,264$ ;  $p = 0,001$ ), orgazma ulaşma kapasitesi ( $r = -0,338$ ;  $p = 0,001$ ), doyum ( $r = -0,315$ ;  $p = 0,001$ ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ( $r = -0,310$ ;  $p = 0,001$ ) toplam puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; ebeler tarafından menopozda olan evli kadınların fiziksel yönden sağlıklarının ele alınması, cinsel yaşam ve yaşam kalitesi yönünden ayrıntılı veri toplanması, düzenli izlemlerin yapılması, problem yaşadıkları alanların belirlenmesi, cinsel danışmanlık ve eğitimlerin sağlanması ve destek olunması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Menopoz, Menopoza İlişkin Tutum, Cinsel Yaşam, Yaşam Kalitesi, Ebelik Bakımı.

## ABSTRACT

### **THE RELATION OF ATTITUDES TOWARDS MENOPAUSE OF MENOPAUSAL AND NON-MENOPAUSAL MARRIED WOMEN TO SEXUAL LIFE AND QUALITY OF LIFE**

Şenay POLAT

Master's Thesis, Department of Midwifery

Supervisor: Assist Prof. Dr. Sukran ERTEKIN PINAR

2019, 75 pages

The aim of this research was to investigate the relation of menopause related attitudes of menopausal and non-menopausal married women to sexual life and quality of life. The sample of this descriptive study consisted of women who referred to Narman Family Health Center located in Erzurum province for examination, who were menopausal for at least one year and married (for menopause group), who were over 18 years old and married (for non-menopausal group). Sample size was calculated using power analysis and 161 women were included in each group. 322 women in total were taken to sample for the menopausal and non-menopausal groups. This research was conducted between January 15, 2019 and July 15, 2019.

The data were collected using Personal Information Form, the Attitudes Towards Menopause Scale, the Arizona Sexual Experiences Scale and the Utian Quality of Life Scale. Forms were filled out by the researcher with face to face interview technique. Data were evaluated in SPSS 22.0 program. Kolmogorov-Smirnov test, t-test, one-way analysis of variance (one-way ANOVA), Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Pearson correlation analysis were used in the evaluation of the data. Significance level was taken  $p < 0.05$ .

A statistically significant difference was found between menopausal and non-menopausal groups in terms of health quality of life subscale of the Utian Quality of Life Scale ( $p < 0.05$ ). In addition, there was a statistically significant difference between the groups in terms of sexual drive, psychological arousal, physiological arousal, capacity to reach orgasm, satisfaction and total Arizona Sexual Experiences Scale scores ( $p < 0.05$ ).



As the positive attitudes of menopausal ( $r = 0.450$ ;  $p = 0.001$ ) and non-menopausal ( $r = 0.364$ ;  $p = 0.001$ ) married women increased, their emotional quality of life levels increased significantly. As the positive attitudes towards menopause of the married women in the menopausal group increased, their occupational / work quality of life scores decreased significantly ( $r = -0.342$ ;  $p = 0.001$ ). As menopausal women's positive attitude scores decreased, their sexual drive ( $r = -0.189$ ;  $p = 0.017$ ), psychological arousal ( $r = -0.276$ ;  $p = 0.001$ ), physiological arousal ( $r = -0.264$ ;  $p = 0.001$ ), reaching orgasm capacity ( $r = -0.338$ ;  $p = 0.001$ ), satisfaction ( $r = -0.315$ ;  $p = 0.001$ ) and Arizona Sexual Experiences Scale ( $r = -0.310$ ;  $p = 0.001$ ) total scores increased significantly.

In line with these results, it is recommended that midwives consider the physical health of menopausal married women, collect detailed data in terms of sexual life and quality of life, conduct regular follow-ups, identify areas where women experience problems, provide sexual counseling, training and support.

**Key Words:** Menopause, Attitudes Towards Menopause, Sexual Life, Quality of Life, Midwifery Care

## İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1.Menopoz.....	5
2.2.Menopozal Dönem (Klimakteium).....	5
2.2.1. Premenopoz.....	5
2.2.2. Menopoz.....	5
2.2.3. Postmenopoz.....	6
2.3. Menopozun Sınıflandırılması.....	6
2.3.1. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz.....	6
2.3.2. Oluş Biçimine Göre Menopoz.....	7
2.4. Menopoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler.....	7
2.5. Menopozun Fiziopatolojisi.....	8
2.6. Menopozal Değişiklikler.....	8
2.6.1. Üreme Sistemi Değişiklikleri.....	8
2.6.2. Üriner Sistem Değişiklikleri.....	9
2.6.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	9
2.6.4. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	10
2.6.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri.....	10

2.6.6. Saç ve Deri Değişiklikleri.....	11
2.6.7. Vazo-motor Değişiklikler.....	11
2.6.8. Metabolik Değişiklikler.....	11
2.6.9. Psiko-sosyal ve Bilişsel Değişiklikler.....	12
2.7. Menopoza İlişkin Tutum .....	12
2.8. Menopozal Dönem ve Cinsel Yaşam.....	13
2.9. Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi.....	15
2.10. Menopozal Dönemde Ebenin Sorumlulukları.....	15
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	21
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	21
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu I.....	21
3.5.2. Kişisel Bilgi Formu II.....	22
3.5.3. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği.....	22
3.5.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....	22
3.5.5. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	23
3.6. Ön Uygulama.....	23
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	23
3.8. İstatistiksel Yöntem.....	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>47</b>
6.1. Sonuçlar.....	47
6.2. Öneriler.....	49

<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	50
<b>EKLER</b> .....	63
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu I.....	63
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu II.....	65
Ek 3. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği.....	66
Ek 4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....	67
Ek 5. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	68
Ek 6. C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	69
<b>İZİNLER</b> .....	71
Ek 7. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu.....	71
Ek 8. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	73
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	75

## TABLULAR DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	25
<b>Tablo 2:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı .....	27
<b>Tablo 3:</b> Menopozda Olan Evli Kadınların Menopoza Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları .....	29
<b>Tablo 5:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları.....	30
<b>Tablo 6:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği İle Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki .....	31
<b>Tablo 7:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği İle Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişki.....	32
<b>Tablo 8:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Aile Tipine Göre Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	33
<b>Tablo 9:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
<b>Tablo 10:</b> Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Abortus Sayılarına Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
<b>Tablo 11:</b> Menopozda Olan Evli Kadınların Menopoz ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	38

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACYÖ:</b>	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FSH:</b>	Folikül Stimulan Hormon
<b>HRT:</b>	Hormon Replasman Tedavisi
<b>LH:</b>	Luteinizan Hormon
<b>MİTÖ:</b>	Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği
<b>TNSA:</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK:</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UYKÖ:</b>	Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>WHO:</b>	World Health Organization

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadının reproduktif dönemden non-reproduktif döneme geçişine klimakteryum dönem adı verilmektedir. Bu dönemin en çarpıcı değişikliği menopozdur (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopozu “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması” şeklinde tanımlamıştır (World Health Organization (WHO), 1996a). Menopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelmekte ve bazı sorunlar yaşanabilmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Bu dönemde en sık görülen fiziksel belirtiler sıcak basması, gece terlemeleri, vajinal kuruluk ve inkontinansdır, psikolojik belirtiler ise anksiyete ve depresyondur (Karakuş ve Yanıkekrem, 2016; Koyuncu ve ark., 2015).

Menopoza girme yaşı coğrafi özellikler ve ırka göre farklı olup Kuzey Amerika’da 50-51, Avrupa’da 50-53, Asya’da 42-49 yaşları arasındadır (Palacios ve ark., 2010). Türkiye’de ise 48-49 yaş arası kadınların %45’inin menopoza girdiği belirlenmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2018) verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 81,0 iken, erkeklerde 75,6 olarak belirtilmiştir.

Kadın yaşamının ortalama üçte biri menopoz döneminde geçer. İnsan ömrü için hiç de küçümsenmeyecek bu sürenin sağlıklı geçirilmesi için kadınların menopozal dönemdeki sıkıntılarla baş etme yollarını öğrenmesi gerekmektedir (Erdem Çetin ve Eroğlu, 2015; Taşkın, 2009). Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de ele alınması, menopoza yönelik tutumun bilinmesi gerekmektedir (Özer ve Gözükara, 2016; Tümer ve Kartal, 2018). Menopoza ilişkin tutumların oluşmasında kadının sahip olduğu kalıp yargıların, yaşama bakış açısının, evlilik ilişkisinin, iyimser tutum içinde olmanın, menopoz yaşantısının ve kişilik özelliklerinin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Balık, 2013; Mujahid ve ark., 2013; Özer ve Gözükara, 2016). Ayrıca kadınların menopoza yaşamın doğal bir süreci ya da bir hastalık olarak görmeleri de menopoz hakkındaki tutumlarını etkileyen diğer faktörlerdendir (Tümer ve Kartal, 2018). Koç ve Sağlam’ın (2008) yaptığı bir araştırmada kadınların menopoza ilişkin tutumlarının

olumsuz olduğu belirlenmiş; fiziksel değişimler, toplumsal ve kültürel etkiler ve bireysel algıların menopoza ilişkin tutumların oluşmasında etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Menopoz döneminde karşılaşılan bir diğer olumsuz durum ise cinsel yaşamdaki sorunlardır (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016). Cinsel yaşam bireylerin önemli bir günlük yaşam aktivitesi ve temel gereksinimidir. Menopoz ile birlikte beden imajının olumsuz etkileneceği ve kadınlık fonksiyonlarının biteceği konusunda duyulan kaygı nedeni ile kadının cinsel yaşamı olumsuz etkilenebilmektedir. Cinsel ilişki sıklığının menopoz sonrası dönemde anlamlı şekilde azaldığı, menopoz öncesi kadınların %73'ünün haftada bir veya iki kez cinsel ilişkiye girerken, menopoz sonrası bu sıklığın %42'lere düştüğü belirtilmektedir (Aygin ve Pektemek, 2018). Menopoz dönemindeki yaşam stresleri ve kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevlerde önemli bir rol oynamakta, her geçen yıl kadının partneri ile cinsel ilişkiye girme sıklığı azalmaktadır (Bilgin ve Kömürcü, 2016). Altuntuğ ve arkadaşları (2016) klimakterik dönemde cinsel yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, menopozal geçiş dönemi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin de azaldığını belirlemişlerdir (Altuntuğ ve ark., 2016). Cinsel yaşamda yaşanan sorunlardan biri olan disparoni genç kadınlar arasında %5 iken, yaşla birlikte artmakta ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda %12 ile %45 arasında görülmektedir (Kavlak, 2011). Menopozda yaşanan fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler nedeni ile kadınların cinsel yaşamı dolayısıyla yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir.

Hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu gibi sağlığın ölçümünde kullanılan bazı göstergeler bireylerin sağlıklılık düzeyini tanımlamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle günümüzde “yaşam kalitesi” kavramı ile konuya açıklık getirilmeye çalışılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlamaktadır (World Health Organization (WHO), 1996b). Yapılan bir çalışmada menopoz döneminde, yaşam kalitesi üzerinde en yüksek etkiye sahip olan semptomların uyku bozukluğu ve vajinal kuruluk olduğu belirlenmiştir (Greenblum ve ark., 2013). Erkin ve arkadaşları (2014), menopozdaki kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı araştırmada kadınların %22'si yaşam kalitesini iyi, %50,6'sı orta, %24,0'ı kötü, %2,7'si ise çok kötü olarak algıladığını



belirtmiştir. İnceboz ve arkadaşlarının (2010) Manisa bölgesinde klimakterik dönemdeki kadınlarla yürüttükleri çalışmada, eğitim durumunun, menopoza ilişkin bilgilerin, ailedeki kararlara katılma ve ekonomik durumun yaşam kalitesini olumlu etkilediği, ancak evli olan ve yüksek beden kitle indeksine sahip olan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Menopozdaki kadınların menopoz ile ilgili olumlu tutuma sahip olması, cinsel yaşamın ve yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi sağlık alanındaki önemli hedeflerden biri olmalıdır. Menopoz dönemindeki kadınlar biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel olarak bütünlük içinde ele alınmalı, menopoz ile ilgili olumsuz tutumlar, cinsel yaşam ve yaşam kalitesine yönelik gelişebilecek sorunlar önceden belirlenmelidir. Menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel yaşam, yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, elde edilen sonuçların kadın sağlığını geliştirmek için kullanılması önemli sağlık profesyonellerinden biri olan ebelerin önemli sorumluluklarından biri olmalıdır. Ayrıca elde edilen bulgular ebelerin kadınlara uygulayacağı bakım, danışmanlık ve eğitimlerinde yol gösterici olabilir. Ebeler menopoz döneminde kadına karşı duyarlı ve destekleyici olmalıdır. Böylece, yaşamlarının önemli bir kısmını oluşturan menopoz döneminde kadınların, daha doyumlu, anlamlı ve mutlu bir yaşam sürdürmelerine katkı sağlanabilir. Literatür incelendiğinde ülkemizde menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsel yaşantıya ve yaşam kalitesine etkisini ele alan çalışmaların sınırlı düzeyde yer aldığı görülmüştür (Çalışkan ve ark., 2010; Zıvıdır ve Sohbet, 2017). Türkiye’de (Abay ve Kaplan, 2015; Alpaslan, 2018; Arslan ve Altınsoy, 2004; Avcı, 2013; Aydoğdu, 2005; Balık, 2013; Elsan, 2018; Erdem, 2006; Gezer ve ark., 2006) ve Dünya’da (Armand ve ark., 2017; Ayers, 2010; Bien ve ark., 2015; Dalal ve Agarwal, 2015; Dvornyk, 2013; Farage, 2015; Gonzales, 2004; Holloway, 2012; Katainen ve ark., 2016; Kowalcek, 2005) menopoza ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır. Ancak menopozda olan ve olmayan kadınlarla Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeğini bir arada karşılaştıran çalışma yapılmamıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsel yaşam ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Menopoz**

Menopoz; Yunanca men (ay) ve pauso (kesilme, durma) kelimelerinden türetilmiştir. Fizyolojik olarak menopoz, foliküler fonksiyonların kaybı sonucu östrojen hormon salınımındaki azalma ile bağlantılıdır (Hurd ve ark., 2004). Ortalama 40-50 yaşları arasında, düzensiz mensturasyon kanamaları ile başlayan, mensturasyonun tamamen kesilmesiyle sona eren kadın hayatındaki doğal bir süreçtir (Karakuş, 2006). Kadın yaşamının bir diğer dönemi olan yaşlılığa geçişin başlangıç noktası olarak gösterilen, klimakterik dönem içinde bulunan “menopozal dönem” kadınlar için mutlak yaşanacak süreçlerden birini oluşturmaktadır (Dinçer ve Oskay, 2018).

### **2.2. Menopozal Dönem (Klimakterium)**

Yunanca bir kelime olan klimakterium “merdiven basamağı” anlamı taşımaktadır (Taşkın, 2016). Kadının reproduktif (üretkenlik) dönemden non-reproduktif döneme geçişine klimakterium dönem adı verilmektedir. Bu dönemin en çarpıcı değişikliği menopozdur (Kahyaoğlu Süt ve Küçükkaya, 2018). Menopoz ve klimakterium bazen eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Oysa klimakterik dönem 40-45 yaşlarında başlar ve yaşlılık dönemine geçiş yaşı olarak bilinen 65 yaşa kadar sürer. Menopoz, klimakterium dönemde yer alan menstruasyonun kesilmesi olayıdır ve 40-50 yaş diliminde meydana gelir (Alpaslan, 2018). DSÖ klimakterium dönemini premenopoz, menopoz ve postmenopoz olmak üzere üç başlık altında incelemektedir (WHO, 1996c).

#### **2.2.1. Premenopoz**

Klimakterium döneminin ilk fazını oluşturan premenopoz, yaklaşık 40 yaş civarında başlar. Bu dönemde kadınların büyük çoğunluğunda hafif ve orta şiddetli yakınmalar görülmektedir (Taşkın, 2014). Bu dönemin en belirgin semptomu menstrual düzensizliktir (Çorakçı, 2004).

#### **2.2.2. Menopoz**

Menopoz over aktivitesinin sonlanmasını takiben menstrüel siklusların bitişi olarak tanımlanır ve son menstruasyondan sonra, ortalama bir yıl geçmesini ifade eder

(Turhan ve Doğan, 2006). En son menstruasyon üzerinden 1 yıl geçene kadar olan sreye ise perimenopoz adı verilmektedir.

### **2.2.3. Postmenopoz**

Menopozdan sonra yaşlılık dönemine kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır. Menopoz sonrası relatif ovaryan sessizlik dönemidir (orakı, 2004). Ovarial hormonlarda azalma ile ilişkili, osteoporoz ve vajinal atrofi gibi belirtiler görülür (Taşkın, 2014).

### **2.3. Menopozun Sınıflandırılması**

Menopoza girme yaşı; yaşanılan coğrafya, menarş yaşı, beslenme, psikolojik faktörler, kalıtım, gelişmişlik düzeyi, evlilik, doğurganlık, ırk, çalışma durumu, kontraseptif ve sigara kullanımı, genital faktörler, sosyokültürel ve sosyoekonomik durumlar gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Güney, 2006).

Menopoz, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre iki Şekilde sınıflandırılmaktadır:

#### **2.3.1. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz**

**Erken (Prematür) Menopoz:** Son menstrual kanamanın 40 yaştan önce görülmesi veya referans alınan toplumun ortalama menopoz yaşından 2 standart sapma daha erken görülmesi erken menopoz olarak tanımlanmaktadır. Primer veya menarştan kısa bir süre sonra görülen sekonder amenore, oligomenore, estradiol yetmezliği ve buna bağlı artan serum Folikül Stimülan Hormon (FSH) düzeyi nedeniyle görülen vazomotor semptomlar gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır (Ceylan ve zerdoğan, 2014; Dalal ve Agarwal, 2015). Grlme oranı yaklaşık %4'dr. Ooferektomi, aşırı radyasyon, uzun süreli emzirme, ciddi Şişmanlık, sık gebelik, kürtaj ve düşükler erken menopoza girmeye sebep olan durumlardır (Erdem, 2006; Sis elik ve Pasinlioğlu, 2013).

**Normal menopoz:** Menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması olayının ortalama 45 ile 54 yaşları arasında gerçekleşmesidir (Sis elik ve Pasinlioğlu, 2013).

**Geç menopoz:** Menstruasyonun 55 yaş sonrasında hala gerçekleşiyor olması geç menopoz olarak adlandırılmaktadır (Sis elik ve Pasinlioğlu, 2013).

### 2.3.2. Oluş Biçimine Göre Menopoz

**Doğal (Fizyolojik) Menopoz:** Overiyal fonksiyonların ortadan kalkması sonucu menstrasyon döngüsünün tamamen ve kalıcı olarak sonlanmasıdır (Atasü ve Şahmay, 2001; Taşkın, 2016).

**Cerrahi Menopoz:** Overlerin cerrahi bir işlemle alınması, kemoterapi veya radyasyon tedavisi sonucunda hasar görmesi ile oluşan menopoz, cerrahi menopoz olarak tanımlanmaktadır (Manson ve Bassuk, 2008). Fizyolojik menopozda foliküllerin tükenme süreci yavaş gerçekleştiği için vücut bu duruma kolay uyum sağlarken; cerrahi menopozda bu durum ani gerçekleştiği için menopoz semptomları doğal menopoza göre daha şiddetlidir. Radyasyonun overlerdeki etkisi menopoz olayını geri dönüşümsüz olarak sonlandırırken, kemoterapide bu durum kullanılan ilacın etkisine bağlı olarak çoğunlukla birkaç yıl sonra düzelmektedir (Taşkın, 2016; Yücesoy ve Çakıroğlu, 2007).

### 2.4. Menopoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler

Menopoza girme yaşı coğrafi özellikler ve ırka göre farklı olup Kuzey Amerika'da 50-51, Avrupa'da 50-53, Asya'da 42-49 yaşları arasında değişmektedir (Palacios ve ark., 2010). Türkiye'de ise 48-49 yaş arası kadınların %45'inin menopoza girdiği belirlenmiştir (TNSA, 2018). Ülkemizde TÜİK'in 2018 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 81,0, erkeklerde ise 75,6'dır (TÜİK, 2018). Bu veriler, beklenen yaşam süresi 81 yıl olan bir kadının, hayatının oldukça önemli bir bölümünü menopoz sürecinde geçireceğini göstermektedir (Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Özcan ve Oskay, 2013; Santos ve ark., 2016).

Genetik faktörler, annenin menopoza girme yaşı, kadının menarş ve gebelik yaşı, oral kontraseptif kullanımı, düzensiz menstrual sikluslar, gebelik sayısı, laktasyon süresi, seksüel aktivite, genel sağlık durumu, beden kitle indeksi, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite, ooforektomi, radyasyon, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, menopoza yönelik kişisel bakış açısı, fiziksel, çevresel, sosyo-demografik ve antropometrik faktörler menopoz yaşını etkilemektedir (Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Duncan, 2018; Özcan ve Oskay, 2013).

## 2.5. Menopozun Fizyopatolojisi

Klimakteriumun nedeninin vücudun yaşlanmasıyla beraber over fonksiyonlarının kaybolması ve östrojenin azalması olduğu kabul edilmektedir. Klimakteriumdaki bütün semptomların temelinde östrojen eksikliğinin yattığı düşünülmektedir (Dvornyk, 2013).

Yenidoğanın overlerinde 2 milyon oositleri de içinde taşıyan primer folikül vardır. Puberte ile bu sayı üç yüz bine kadar düşmektedir. Üreme çağında oositlerin büyük bir kısmı atrezi ile yok olurken, yalnızca 400-500'ü ovulasyonla atılmaktadır. Böylece atrezi ve ovulasyon nedeni ile oosit sayısında yaşla birlikte sürekli bir azalma görülmektedir. Menopozun fizyolojisinin temel ögesi de folikül tükenmesidir (Ergöl, 1999).

Kırk beş yaşına ulaşan bir kadında, ortalama 5000-20.000 kadar oosit vardır. Foliküller azaldıkça, overden salgılanan steroid hormonları da azalır. Primordial foliküllerin sayısının azalması ile gonadotropinlere olan duyarlılıkları da azalır. Menopoz yaşına gelindiğinde, over foliküllerinin tamamen tükenmesi ile ovulasyon durur, östrojen salgılanmaz ve overlerde atrofi görülür. Üreme çağı proliferasyon fazı değerlerine göre FSH 13 kat, Luteinizan Hormon (LH) üç kat artmıştır. Son menstruasyon kanaması bu dönemde görülür. Östrojenin daha da düşmesi ile menstruasyon sonlanır ve postmenopozal döneme girilir (Aydoğdu, 2005; Özgür, 2007).

## 2.6. Menopozal Değişiklikler

Menopozal dönemde; östrojen eksikliğine bağlı olarak fiziksel ve psikolojik bazı değişiklikler meydana gelmekte ve bazı sorunlar yaşanabilmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Bu değişiklikler şu şekilde açıklanmaktadır:

### 2.6.1. Üreme Sistemi Değişiklikleri

**Vulvada Değişiklikler:** Menopoz döneminde meydana gelen östrojen yetmezliğine bağlı vulvada atrofi, subkutan dokuda, labia majör ve minörlerin kan akımında, klitoral ereksiyonda azalma görülmekte ve orgazm sorunlarıyla karşılaşılabilir. İntroitusu geri çekilme, hiyalinizasyon ve elastikiyet kaybı

disparoniye neden olabilmektedir. Ciltteki distrofi ile cilt bariyer fonksiyonu ve hidrasyonunda yetersizlik artmakta, pruritis daha sık görülmektedir (Farage, 2015).

**Vajinada Değişiklikler:** Östrojen reseptörleri açısından en zengin dokulardan birisi vajen mukozasıdır. Bu nedenle postmenopozal dönemde vajen mukozası düzleşir, epitel katları parabazal tabakaya kadar kaybolur ve incelir. Vajen esnekliğini kaybeder, daralır ve kısalmır. Senil atrofik vajinit olarak tanımlanan bu tabloda epitelin glikojen depolama yeteneği azaldığından laktobasiller sayıca azalır, laktik asit sentezi yavaşlar. Reprodüktif dönemde 4-4,5 olan pH 6-8'e ulaşır ve bu değişikliklere bağlı olarak infeksiyöz vajinitler meydana gelir. Kötü kokulu akıntı, kaşıntı, irritasyona bağlı kanamalar bu dönemde görülen en önemli bulgulardır (Gezer ve ark., 2006).

**Uterusda Değişiklikler:** Menopoz döneminde uterus involüsyona uğrayarak küçülür, ağırlığı 80-100 gramdan 50-60 grama kadar düşer ve endometrium atrofiye uğrar (Gezer ve ark., 2006).

**Memelerde Değişiklikler:** Subkutan yağ ve bağ dokusu ile glandüler meme dokusunda azalma olduğu için meme büyüklüğünde azalma, sarkma, pörsüme ve yassılaşıma olur. Mamillalar düzleşir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

### 2.6.2. Üriner Sistem Değişiklikleri

Östrojene duyarlı alt üriner kanal yapıları olan üretra, periüretral dokular, mesane ve trigone kasları östrojen reseptörlerinden zengindir. Östrojenin azalmasına bağlı olarak atrofik üretrit, atrofik sistit, iritasyon meydana gelmektedir. Menopoz döneminde mesane eşiğinin düşmesi, pelvik tonus kaybı, pelvik desteğin azalması ile prolapsus oluşumu, dizüri, urge inkontinans, stres inkontinansı ve sık idrara çıkma gelişebilir (Lee, 2017).

### 2.6.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar özellikle postmenopozal dönemdeki kadınlarda sıklıkla karşılaşılan morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Bu dönemde kardiyovasküler hastalık riskinde artış görülmesi meydana gelen metabolik ve hormonal değişikliklerle ilişkilidir. Menopozal dönem nedeniyle ortaya çıkan östrojen yetmezliği kardiyovasküler metabolizma ve fonksiyonları üzerinde zararlı bir etki

oluşturmaktadır. Menopoz; vücuttaki yağ dağılımında jinekoid tipten android paterne dönüşme, glukoz toleransında azalma, dislipidemi, kan basıncında ve sempatik aktivasyonda artma, endotelyal disfonksiyon, vasküler inflamasyon gibi risk faktörlerini beraberinde getirmektedir. Kadınlar, menopoz dönemi öncesinde kardiyovasküler hastalık açısından doğal bir korunma altındayken, menopoz dönemi sonrasında kardiyovasküler hastalık sıklığında dramatik bir artış görülmektedir (Kransdorf ve ark., 2016; Schuster ve ark., 2016).

Postmenopozal dönemde kardiyovasküler hastalık için menopoz zamanı, hipertansiyon, dislipidemi, sigara kullanımı, şişmanlık, glukoz intoleransı - diabetes mellitus, aktivite azlığı, kişiliğe bağlı faktörler ve genetik faktörler bilinen risk faktörlerini oluşturmaktadır (Ranjit ve ark., 2015).

#### **2.6.4. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri**

Östrojen reseptörleri osteoblastlarda bulunur, bu durum östrojenlerin kemik oluşumundaki rolünü akla getirmektedir. Östrojenin trabeküler kemik üzerine olan etkisi çokça dile getirilmesine rağmen, östrojen kortikal ve trabeküler kemik gelişimi üzerine etkilidir (Yılmaz ve Oral, 2015). Bu nedenle postmenopozal dönemde osteoporoz ortaya çıkabilmektedir. Osteoporoz; kemiğin mikroskobik yapısının bozulduğu, mineral yoğunluğunun azalması ile kırılabilirliğinin arttığı iskelet sistemi hastalığıdır (Atasü ve Şahmay, 2001). Postmenopozal dönemde osteoporoz için nulliparite, geç menarş, erken menopoz, yetersiz kalsiyum, fosfor, D vitamini alımı, malabsorbsiyon, sedanter yaşam tarzı, immobilizasyon, ailede osteoporoz öyküsü, parental/bireysel fraktür öyküsü, asya/beyaz ırk, romatoid artrit öyküsü, endokrin bozukluklar, kronik böbrek yetmezliği, sigara, alkol, kafein, glukokortikoid, siklosporin, heparin, proton pompa inhibitörleri, antikonvülsanlar, metotreksat, kolestiramin, gnrh agonistler gibi maddelerin alınması kemik yoğunluğunda azalmaya neden olan faktörlerdir (Kwun ve ark., 2012).

#### **2.6.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri**

Östrojenin etkilediği diğer bir alan ise ağız mukozasıdır. Östrojenin azalması sonucunda ağız kuruluğu, kötü tat ve diş eti hastalıkları, kolon spazmı ile distansiyon, konstipasyon ya da diyare ve hemoroidlerde artış görülebilmektedir. İştahta artma ya da azalma, çeşitli şekillerde dispepsi olabilmektedir. Ayrıca barsak



mukoza atrofisi, mide sekresyonunda azalma, gastrik reflü ve safra taşı oluşumu da artabilmektedir (Katainen ve ark., 2016; Monteiro ve ark., 2018).

#### **2.6.6. Saç ve Deri Değişiklikleri**

Deri hücreleri, ter bezleri ve saç folikülleri östrojene karşı duyarlıdır. Postmenopozal dönemde östrojen düzeyindeki azalmaya bağlı olarak yağ bezleri ve ter bezlerinin fonksiyonu azalmaktadır. Epitelde incelmeye, hidrasyonda azalma, kolajen ve seboreik aktivitede azalma nedeniyle ciltte kuruluk, kırışıklık, sarkma, saç ve tırnak kalitesinde bozulma görülmektedir (Farage ve ark., 2010).

#### **2.6.7. Vazo-motor Değişiklikler**

Östrojen yetmezliğinden kaynaklı gelişen vazomotor yakınmalar yüz kızarması, gece terlemesi ve ateş basması şeklinde ortaya çıkmaktadır (International Menopause Society, 2009; Woods ve Mitchell, 2005). En sık görülen değişikliklerden biri olan ateş basması genellikle 30 saniye ile beş dakika arasında yaşanmaktadır (Turfanda ve Topuz, 2004). Postmenopozal dönemde olan kadınların %75'i, perimenopozal dönemde olan kadınların yaklaşık %40'ı ateş basmasından yakınıdır. Kadınların %60'ında ise herhangi bir menstrual değişiklik yaşanmadan da bu semptomlar görülebilmektedir (Turhan ve Doğan, 2006). Ateş basmaları gün boyunca kadına rahatsızlık verebilmekte, hatta geceleri daha şiddetli olabilmektedir, bu nedenle kadınlarda klinik uyku bozukluğunun önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Perimenopozal ve postmenopozal kadınlar hormon tedavisi aldıkları zaman, sıcak basmaları üç-altı hafta arasında kaybolur, alınan doza bağlı olarak bazen bu süre daha da kısa olabilmektedir (Yılmaz ve Oral, 2015).

#### **2.6.8. Metabolik Değişiklikler**

Östrojen hormonunun yaşlanmaya bağlı oluşan santral tip kilo alımını engellediği bilinmektedir. Menopoz ile birlikte hiperinsülinemi ve bozulmuş glukoz intoleransı ile beraber abdominal obezite ortaya çıkmaktadır. Östrojen replasmanı yapılan postmenopozal dönemde olan hastalarda açlık insülin düzeylerinin düşük olması ve glukoz yüklemesine daha düşük insülin yanıtları bu metabolik değişikliklerde östrojen eksikliğinin rol oynadığı iddiasını güçlendirmektedir. Yapılan bir çalışmada östrojen replasmanı uygulanan hastalarda uygulanmayanlara göre diabetes mellitus oranı %20 daha az bulunmuştur (Atasü ve Şahmay, 2001).

### **2.6.9. Psiko-sosyal ve Bilişsel Değişiklikler**

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

### **2.7. Menopoza İlişkin Tutum**

Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de incelenmesi gerekmektedir (Özer ve Gözükar, 2016; Tümer ve Kartal, 2018). Yapılan çalışmalarda kalıp yargıların, yaşama bakış açısının, evlilik ilişkisinin, iyimser tutum içinde olmanın, menopoz yaşantısının ve bireylerin kişilik özelliklerinin menopoza ilişkin tutumların oluşmasında önemli bir faktör olabileceği ortaya konmuştur (Balık, 2013; Mujahid ve ark., 2013; Özer ve Gözükar, 2015).

Menopoz, bazı kadınlar için doğurganlığın bitişi ve çocuk sahibi olamamanın üzüntüsünü beraberinde getirmektedir. Özellikle kadınların en önemli görevinin

çocuk doğurmak ve büyütme olduğu düşünölen toplumlarda menopo, kadınlığın sona ermesi olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle kadınların menopoza karşı tutumlarının olumsuz olması beklenen bir durumdur (Koyun ve ark., 2011). Bazı kadınlar için ise menopoza girme ile doğurganlığın ve gebelik korkusunun ortadan kalkması rahatlamaya neden olabilmektedir (Metintaş ve ark., 2010).

Kadın, menopozu yaşlanmanın bir belirtisi olarak gördüğünde menopoza karşı daha olumsuz davranışlar geliştirebilmektedir (Mackey ve ark., 2014). Menopoza yönelik olumsuz tutumlara sahip olan kadınlarda menopo, semptomları daha şiddetli görölebilmektedir. Kadınlarda olumlu ya da olumsuz tutumlar ve davranışlar oluşturan menopoza yönelik tutum, tedavinin başarısını arttırabilir ya da sınırlandırabilir. Menopo, semptomlarını önlemek ve bu semptomlarla baş edebilmek için kadınların menopoza yönelik tutumları, göz önünde bulundurulması gereken önemli konulardan biridir (Nwagu ve ark., 2012).

## **2.8. Menopozal Dönem ve Cinsel Yaşam**

Menopozla ilgili yakınma ve bulgular kadından kadına farklılık gösterebilmektedir. Menopozal dönemdeki cinsel fonksiyon değışikliklerini, değışikliklerin derecesini, altta yatan nedenleri ve tedavi olanaklarını ortaya koymaya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır (Balık, 2013; Garibova, 2015; Oskay, 2004; Yıldırım, 2019) Menopozun, cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilemediğini bildiren az sayıda rapora karşılık, cinsel fonksiyonların hemen her alanda değışik düzeylerde etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Aslan ve ark., 2008; Bayram, 2005; Palacios ve ark., 2002).

Menopozal ve postmenopozal dönemde kadınlar, sıklıkla menopoza bağı fizyopatolojik değışiklikler veya daha az sıklıkla depresyon ya da evlilik problemleri yüzünden seksüel istekte azalma, yetersiz ve geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, cinsel ilişki sıklığında azalma ve cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Bayram, 2005).

Kadınlarda cinsel aktivitenin azalmasında öne çıkan neden, menopoza bağı fizyolojik değışikliklerdir. Menopozun ilk birkaç yılı içerisinde seksüel ilgi ve cinsel ilişki sıklığında %40'dan fazla azalma olduğu, premenopozal dönemdeki kadınların %15-

25'inin, postmenopozal dönemdeki kadınların ise %40-50'sinin cinsel istekte azalma yaşadıkları belirtilmektedir. Premenopozal dönemdeki kadınlar lubrikasyon sorunlarını %10-15 arasında, postmenopozal dönemdeki kadınlar ise %25-30'a varan oranlarda yaşamaktadır (Castelo-Branco ve ark., 2003; Gonzales ve ark., 2004).

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda, yaşlanma ve çocuk doğurma yeteneklerinin kaybolması ile psikolojik semptomlar ortaya çıkabilmekte, cinsel yetersizlik endişesi yaşanabilmektedir. Menopoz aynı zamanda kadınların yaşlanmaya başladığını hissettiği, özel ve toplumsal yaşamında değişikliklerin de olduğu bir dönemdir. Düzenli adet görmenin birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, birçok kadının menopozu "kadınlığını kaybetmek" olarak değerlendirmesine yol açabilmektedir. Menopoz dönemindeki cinsel değişimler üç kategoride toplanmaktadır:

- **Kadının seksüel kimliği:** Meme, genital sistemdeki seks karakterlerinde, koku, tat, dokunma duyularında, saç vb. gibi görsel karakterlerdeki değişimler, vajen mukoza atrofisi ve mental yaşlanma gibi sebepler kadınlık içgüdüsünde azalmaya yol açmaktadır.
- **Kadının seksüel fonksiyonu:** Libidoda azalma, cinsel uyarılmanın güçleşmesi, orgazm güçlükleri ortaya çıkmaktadır.
- **Çiftler arası ilişki:** Biyolojik olarak cinsel ilişki bağlarının zayıflaması, erkeğe ait problemler görülebilmektedir (Kömürcü ve Yıldız, 2007).

Literatürde cinsel ilişki sıklığının menopoz sonrası dönemde anlamlı şekilde azaldığı, menopoz öncesi dönemdeki kadınların %73'ünün haftada bir veya iki kez cinsel ilişkiye girerken, menopoz sonrası bu sıklığın %42'lere düştüğü belirtilmektedir (Aygün ve Pektemek, 2018). Altuntuğ ve arkadaşları (2016), klimakterik dönemde cinsel yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, menopozal geçiş dönemi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin de azaldığını belirlemişlerdir. Disparoni genç kadınlar arasında yaklaşık %5 civarında iken, yaşla birlikte arttığı ve postmenopozal kadınlarda %12 ile %45 arasında yaşandığı bildirilmektedir (Kavlak, 2011). Kömürcü ve İşbilen'in (2011) çalışmasında, menopozun cinselliği olumsuz yönde etkilediğini belirtenlerin oranı %71,1, beden bütünlüğünün bozulması ve cinselliğin kaybı olarak menopozu algıyan kadınların oranı ise %20 olarak bulunmuştur.

## **2.9. Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi**

Sağlığın ölçümünde kullanılan göstergelerin (hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu vb.) sağlıklılık düzeyini tanımlamada yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle “yaşam kalitesi” kavramı ile konuya açıklık getirilmeye çalışılmaktadır. Son yıllarda sosyal ve tıp bilimlerinde çok fazla kullanılmakla birlikte, “Yaşam Kalitesi”ni tanımlamak oldukça güçtür. Çünkü yaşam kalitesi pek çok alanı kapsayan çok yönlü bir kavramdır (Müezzinoğlu, 2005).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır (Reis, 2003). Szlai, yaşam kalitesini, bireyin varoluş hali, huzuru ve hayattan memnuniyet düzeyi ile ilişkilendirmiş, yaşam kalitesini bir yandan objektif gerçekler ve sebeplere dayandırırken, diğer yandan subjektif sebeplerle şekillendiğini belirtmiştir (Müezzinoğlu, 2005).

Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem objektif hem de subjektif göstergelerini kabul etmiş ve desteklemişlerdir. Çünkü subjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise subjektif göstergeleri yaşatan etmenlerdir (Yılmaz, 2006). DSÖ’ne göre ise yaşam kalitesi “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1996b).

Menopoza bağlı bazı değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkilemekte ve kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir (Bezircioğlu ve ark., 2004). Menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olmalıdır. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesine ilişkin faktörleri belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak, sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarından olmalıdır (Ertem, 2010).

## **2.10. Menopozal Dönemde Ebenin Sorumlulukları**

Ebeler, menopozal döneme yönelik yaptıkları danışmanlıklar ile kadınların bu dönem hakkında bilgi sahibi olmalarına, yaşayacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine ve en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olmada önemli role sahiptirler. Ebeler, kadınların menopozla yönelik olumlu tutum geliştirmesine, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarına, yaşam kalitesinin artışına katkı

sağlayabilir ve menopozal döneme yönelik yaşanan stresi azaltabilirler (Holloway, 2012; Rindner ve ark., 2017).

Ebeler, menopoz semptomlarının yol açtığı fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlarla başa çıkabilmek için bu sorunların erken teşhisine ve iyileştirilmesine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sunarak kadınların bilinçlenmesine yardımcı olmalıdırlar.

Menopoz döneminde olan kadınlar biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönden bir bütünlük olarak ele alınmalı, fiziksel ve ruhsal sorunlar yönünden risk altında olan bireyler erken dönemde belirlenmeli, saptanan fiziksel ve ruhsal sorunlar ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin etkinliğini izlenmelidir (Ertekin Pınar ve ark., 2015).

Menopozal dönemde ebeler, eğitici, danışman, uygulayıcı ve destekleyici rol üstlenmeli, kadına uygulanacak bakım ve tedaviler bireysel olmalı, öncelikle menopoz döneminde yaşanan belirtiler ve kadının genel sağlık durumunu hakkında veri toplanmalıdır (Koyun ve ark., 2011).

Menopozal dönemdeki kadınların “Temel İnsan Gereksinimleri” kapsamında beslenme, uygun fiziksel aktivite, düzenli cinsel yaşam, uyku, sosyal destek gibi gereksinimleri bulunmaktadır (Kharbouch ve Hotun Şahin, 2007; Tortumluoğlu, 2003). Bu gereksinimler:

**Beslenme:** Menopozal dönemde östrojen yetmezliğine bağlı olarak metabolik hızda yavaşlama, kilo alma eğiliminde ve kolesterol düzeyinde artış görülmektedir. Menopozal semptomların ortaya çıkmasına neden olan hormonların doğal beslenme yolu ile replase edilebileceği bilinmektedir. Bu nedenle ebeler tarafından kadınlara sağlıklı beslenmenin önemi kavratılmalı, beslenme ilkeleri ile ilgili bilgiler verilmelidir. Beslenme ile ilgili verilebilecek bilgiler şunlardır:

- Yüksek oranda yağ ve kalori içermeyen, sebze, meyve, lif ağırlıklı, tahıldan zengin diyet tercih edilmeli,
- Un, tuz, şeker gibi rafine ürünlerden kaçınılmalı,
- Günlük 6-8 bardak su tüketimi sağlanmalı,
- Baharatlı ve sıcak yiyecek–içeceklerden, kafein, alkol, sigara kullanımından kaçınılmalı,

- Tahıllar, soya, adaçayı gibi fitoestrogenler ve bioflavonoidlerden zengin besinler (turunçgiller, frenk üzümü, erik, greylift, kuşburnu) tüketilmeli,
- Yeterli protein, kalsiyum, fosfor ve D vitamini tüketimi sağlanmalı,
- Osteoporoz ve kardiovasküler hastalık riskinin azaltılması için sedanter yaşam stili değiştirilmeli, fiziksel hareket düzeyi artırılmalı,
- A, B, C ve E vitaminleri ile beslenme desteklenmelidir (Duncan, 2018; Kwun ve ark., 2012; Monteiro ve ark., 2018).

**Uygun Fiziksel Aktivite:** Aaerobik gibi egzersizler, kas ve kemik kuvvetini artırarak, postürü, dengeyi ve koordinasyonu geliştirerek osteoporoz ve kırıkların önlenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında yarar sağlayabilir (Demirtaş, 2017). Günlük 30-60 dakika yürüme, merdiven çıkma ve yüzme gibi aktiviteler kemik kaybını geciktirebilir. Düzenli egzersiz programları ile sadece kemik kütlelerinin artması değil, sık düşme ve kırık riskinin de azalması olasıdır (Atasü ve Şahmay, 2001). Ayrıca menopozal semptomların şiddetinin azalmasında ve psikolojik iyi oluşun artışında katkı sağladığı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtilerin giderilmesinde etkili olduğu ve kadında olumlu fizik görünüşü sağlayarak benlik saygısını artırdığı için düzenli fiziksel egzersiz yapılması konusunda desteklenmelidir (Elavsky ve Mcauley, 2005; Ertekin Pınar ve ark., 2015; Mirzaiinmabadi ve ark., 2006).

Menopozda üreme organları çevresindeki kasların tonüsünde azalma gözlenmektedir. Düzenli yapılan kegel egzersizleri ile uterus prolapsusu ve stres inkontinansı önlenmektedir. Pelvik taban kas egzersizleri olan kegel egzersizleri pelvik kas tonüsünü güçlendirir. Bu nedenle kadınlara kegel egzersizleri yapmaları konusunda destek olunmalıdır. Keglel egzersizleri aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

- *Yavaş:* Pubokoksikal kaslar sıkılır ve gevşetilir.
- *Hızlı:* Kaslar mümkün olduğunca hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir.
- *İçe çekme-dışa itme:* Vajinada var olduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru ıkınılır. Egzersiz günde 6 kere her biri 15 sn den 15 tekrar halinde yapılmalıdır. Bu egzersiz otururken, yatarken, ayaktayken uygulanabilir (Taşkın, 2016).

**Düzenli Cinsel Yaşam:** Yaşam süresinin artması ve kadının hayatının üçte birlik kısmını menopoza döneminde geçireceği düşünüldüğünde menopoza döneminde yaşanan cinsel sıkıntıların belirlenerek, ebelerin bu sorunlar hakkında bilgi vermesi, bilgilendirme yaparken uygun ortamın sağlanması ve ileriye yönelik danışmanlık yapmaları gerekmektedir (Bitzer ve Brandenburg, 2009).

Kadınlara, cinsel tepki sırasında bedeninin fizyolojisi ve anatomisi; yaş, menopoza ve yaşam koşullarına bağlı olarak ortaya çıkabilecek değişiklikler hakkında bilgi verilmelidir. Kadınlara, kendi ihtiyaçlarını fark edebilmeleri ve cinsel yaşamları hakkında eşleri ile iletişim kurabilmeleri konusunda destek olunmalıdır. Kadın ve erkeklerin cinsellikle ilgili tutum ve davranışlarını etkileyen tabularının eğitimlerle azaltılması, cinsellikle ilgili tutum ve davranışları etkileyen faktörlere karşı önleyici yöntemler geliştirilmesi yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından da önemlidir (Bitzer ve Brandenburg, 2009; De Villiers ve ark., 2013; Li ve ark., 2016).

**Uyku:** Uyku, sağlıklı yaşamın en önemli fizyolojik gereksinimlerinden biri olduğu için, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkenidir (Karadağ, 2007). Menopozal dönemdeki en önemli yakınmalardan birinin uykusuz olması nedeni ile yeterli uyku ve dinlenme sağlanmalıdır (Timur ve Hotun Şahin, 2010).

**Sosyal Destek:** Kadınların menopoza dönemini daha kolay tolere edebilmelerini sağlamada eş, aile ve arkadaş gruplarının önemli etkisinin olduğu bilinmektedir. Aile ve sosyal çevrenin menopoza anlayabilmesi ve öğrenmesi ile bireye sağladığı destek de artmaktadır. Aile ve sosyal çevre, menopoza dönemi ile ilgili bilgi edinme, aktif dinleme, eğlenceli aktiviteler oluşturma, duyguları paylaşma, optimist olma, destek ve anlayış gösterme, beklentilere uyum sağlayabilme gibi tutumlar geliştirerek menopoza dönemindeki kadına destek sağlanabilmektedir. Sosyal ağlar, kadınların birlikte zaman geçirebileceği ortamlar da duyguların paylaşılması ve çözüm geliştirilmesinde etkili olmaktadır (Thomas ve Kamath, 2017).

Ayrıca ebeler tarafından menopoza dönemindeki kadınlara verilecek eğitim programlarında aşağıdaki noktalar vurgulanmalıdır (Tortumluoğlu, 2004):

-Menopoza döneminin normal bir süreç olduğu konusunda eğitim ve danışmanlıklar yapılmalıdır.



-Alkolün osteoporoz oluşumunda risk faktörü olması, sigaranın sağlık üzerine olan olumsuz etkileri nedeni ile alkol ve sigaranın içilmemesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (Rakıcıoğlu, 2012).

-Menapoz döneminde en yaygın görülen semptomlar vazomotor sorunlardır ve yaşam kalitesine olumsuz etkisi nedeni ile vazomotor değişikliklerle baş etmeye yardım edilmelidir (ılık bonyo, uygun fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz vb.) (Erdem Çetin ve Eroğlu, 2015; Woods ve Mitchell, 2005).

-Menopoza giren kadınların çocuklarının büyüüp evden ayrılması, yaşlı ebeveynlerin bakımının üstlenilmesi ve eşin kaybı gibi olaylar kadınları psikolojik yönden olumsuz etkileyebilir. Hormonal değişikliklerin yanı sıra sosyal hayatta ortaya çıkan olumsuz değişimler de kadınların daha kırılgan olmasına ve psikolojik semptomların ortaya çıkmasına yol açabilir (Green ve ark., 2012). Bu nedenle kadınlarda kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi sağlanmalıdır.

-Yapılan çalışmalarda Hormon Replasman Tedavisi (HRT) görmeyen ya da tedaviyi bırakan kadınlarda vazomotor, psikososyal ve fiziksel belirtilerin HRT tedavisi gören kadınlara göre daha şiddetli olduğunun bildirilmesi nedeni ile HRT danışmanlığı yapılmalıdır (Sert, 2009; Smith ve ark., 2006).

-Alveollerin açılması, kan dolaşımının hızlanması, oksijenin perifere ulaşması sonucu bireyi sakinleştireceği, stres ve öfke ile olumlu baş edilmesine yardımcı olacağı için solunum ve gevşeme egzersizleri öğretilmelidir (Evlice ve ark., 2002).

-Sosyal aktivitelere katılım sağlanarak, yoga, egzersiz, meditasyon, müzik dinleme gibi gevşeme teknikleri yaptırılarak, aile, toplum ve grup desteği sağlanarak bireyin rahatlamasına ve anksiyetenin giderilmesine yardımcı olunmalıdır (Evlice ve ark., 2002).

-Gerekirse kadınların bireysel psikoterapiler, grup terapileri, kognitif psikoterapiler ve aile terapilerine katılımı konusunda desteklenmelidir (Evlice ve ark., 2002).

-Sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi için her yıl sağlık kontrollerinin yapılması konusunda destek sağlanmalıdır (Taşkın, 2016).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırmanın uygulaması Erzurum ili, Narman ilçesinde bulunan Narman Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezi şehir merkezindedir ve Narman İlçe Devlet Hastanesi ile entegre olarak hafta içi hergün 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Aile Sağlığı Merkezi'nde 3 ebe, 3 hemşire, 2 sağlık memuru ve 6 hekim çalışmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezi'nde hizmet veren ebe ve hemşireler yaptıkları anne ve çocuk izlemleri sırasında gereksinim duyulduğunda menopoza özgü eğitim hizmeti (Menopozal semptomlarla baş etme, HRT tedavisi danışmanlığı, Menopozda beslenme vb.) sunmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Erzurum ili, Narman ilçesinde bulunan Narman Aile Sağlığı Merkezi'ne muayene olmak üzere başvuran kadınlar oluşturmuştur. Aile Sağlığı Merkezi'ne 01 Ocak-31 Aralık 2017 tarihleri arasında 1150 kadın muayene olmak üzere başvurmuştur. Örnekleme menopozda olan grup için bir yıldır menopoza giren evli kadınlar, menopozda olmayan grup için ise 18 yaş ve üzeri menopoza girmemiş evli kadınlar dahil edilmiştir. G power programı kullanılarak yapılan güç analizinde;  $\alpha=0,05$ ,  $p=0,95$  güç ve 0,02'lik kabul edilebilir fark için menopozda olan grubun örneklem büyüklüğü 161, menopozda olmayan grubun örneklem büyüklüğü ise 161 olarak belirlenmiş, toplam 322 kişi örnekleme alınmıştır (Uçanok, 1994).

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

##### **Menopozda Olan Grup İçin**

- Evli olan
- Menopoz döneminde olan
- Araştırmaya katılmada gönüllü olan
- İletişim kurabilen ve Türkçe konuşabilen

## **Menopozda Olmayan Grup İçin**

- Evli olan
- Menopoz döneminde olmayan
- 18 yaş ve üzerinde olan
- Araştırmaya katılmada gönüllü olan
- İletişim kurabilen ve Türkçe konuşabilen kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

#### **Bağımlı Değişkenler**

Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bağımlı değişkeni oluşturmuştur.

#### **Bağımsız Değişkenler**

Sosyodemografik veriler bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

### **3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar**

Araştırmada veriler, Kişisel Bilgi Formu I-II, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır.

**3.5.1. Kişisel Bilgi Formu I:** Literatür taranarak hazırlanan form en az bir yıldır menopozda olan evli kadınlar için hazırlanmıştır. Formda, kadınların ve eşlerinin yaşı, mesleği, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvencesi, sigara kullanma durumu, ilk evlenme yaşı, evlilik yılı, sağlık durumunu algılaması, ruhsal ve fiziksel hastalık durumu olmak üzere sosyo-demografik özelliklerini kapsayan 15 soru, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, abortus sayısı, en son adet olduğu gün olmak üzere obstetrik özelliklerini içeren 2 soru ve birlikte yaşadığı çocuk sayısı, eşi ile iletişimini algılama durumu, kararlara katılma durumu olmak üzere iletişim özelliklerini içeren 3 soru yer almaktadır. Ayrıca menopoza girme şekli, menopoza yönelik şikayet varlığı, şikayetlerin paylaşılma durumu, menopozun ne ifade ettiği, menopozu nasıl algıladığı, hormon tedavisi alma durumu, menopoza yönelik eğitim alma durumu olmak üzere menopoz dönemine özgü 8 soru bulunmaktadır. Form toplam 28 sorudan oluşmaktadır (Sis, 2010; Tepe, 2012) (Ek 1).

**3.5.2. Kişisel Bilgi Formu II:** Literatür taranarak hazırlanan form menopozda olmayan grupta bulunan kadınlar için hazırlanmıştır. Formda, kadınların ve eşlerinin yaşı, mesleği, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvencesi, sigara kullanma durumu, ilk evlenme yaşı, evlilik yılı, sağlık durumunu algılama, ruhsal ve fiziksel hastalık durumu olmak üzere sosyo-demografik özelliklerini içeren 15 soru, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, abortus sayısı olmak üzere obstetrik özellikleri içeren 1 soru, birlikte yaşadığı çocuk sayısı, eş iletişimi algılama durumu, kararlara katılma durumu olmak üzere iletişim özelliklerini içeren 3 soru bulunmaktadır. Form toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Sis, 2010; Tepe, 2012) (Ek 2).

**3.5.3. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MITÖ):** Uçanok tarafından (1994) geliştirilen ölçek, farklı yaş gruplarındaki kadınların menopoz yaşantısına ve sonrasına ilişkin tutumlarını ölçmeyi amaçlamıştır. Beşli likert tipinde ve 20 maddeden oluşan ölçekteki maddelerden 2 tanesi olumlu, geriye kalan 18 tanesi olumsuzdur. Olumlu maddeler, 0 = kesinlikle katılmıyorum, 1 = katılmıyorum, 2 = kararsızım, 3 = katılıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmakta iken, olumsuz ifadeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin genel toplamından alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan ise 80'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar olumlu, düşük puanlar ise olumsuz tutuma işaret etmektedir. Ortalama puan üzerine çıkıldıkça daha olumlu tutumlara sahip olunduğu kabul edilmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin genel toplamı için iç tutarlık katsayısı 0,86 ve Pearson momentler çarpımı korelasyonu 0,79 (Uçanok, 1994) olarak bulunurken, çalışmamızda Cronbach's Alpha katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır (Ek 3).

**3.5.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ):** Ölçek, McGahuey ve arkadaşları (2000) tarafından psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikleri ve bozuklukları en uygun şekilde ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Çalışmada kullanılan kadın formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vaginal lumbrikasyon), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu belirleyen sorular mevcuttur. Her soru 1'den 6'ya kadar puanlanmakta ve toplam skor 5'ten 30'a kadar değişmektedir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve

tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soykan (2004) tarafından yapılmış olup, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,90 (Soykan, 2004), çalışmamızda ise 0,92 olarak bulunmuştur (Ek 4).

**3.5.5. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ):** Ölçek menopozun yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Utian ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Abay (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipte 23 sorudan oluşmaktadır. Ölçek ifadelerinde “kesinlikle katılmıyorum” ifadesi 1, “katılmıyorum” ifadesi 2, “biraz katılıyorum” ifadesi 3, “katılıyorum” ifadesi 4, “kesinlikle katılıyorum” ifadesi ise 5 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçeğin emosyonel yaşam kalitesi (1., 11., 12., 13., 15., 20. soru maddeleri; min=6 max=30 puan), cinsel yaşam kalitesi (4., 5., 14. soru maddeleri; min=3 max=15 puan), meslek / iş yaşam kalitesi (2., 3., 6., 17., 18., 19., 23. soru maddeleri; min=7 max=35 puan) ve sağlık yaşam kalitesi (7., 8., 9., 10., 16., 21., 22. soru maddeleri; min=7 max=35 puan) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin genel toplamından alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan 115'tir. Ölçek toplam ve alt boyut puanlarının artması, yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,88 (Abay, 2014), çalışmamızda ise 0,65 olarak bulunmuştur (Ek 5).

### **3.6. Ön Uygulama**

Kişisel Bilgi Formu I-II'de yer alan soruların anlaşılır olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 10 menopozda olan ve 10 menopozda olmayan kadına ön uygulama yapılmış, menopozda olan ve olmayan kadınlar için hazırlanan her iki formda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma kriterlerini karşılayan hem menopoz hem de menopozda olmayan kadınlardan araştırmaya katılmaya gönüllü olanların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılmayı kabul eden menopozda olan ve olmayan

kadınlara Kişisel Bilgi Formu I-II, MİTÖ, ACYÖ ve UYKÖ yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcının öz bildirimlerine göre araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Kadınların Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurduğunda, rahat edebilecekleri, ayrı bir odada ve sakin bir ortamda görüşmeler yapılmış ve formların doldurulması 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulaması 15 Ocak 2019-15 Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **3.8. İstatistiksel Yöntem**

Araştırmanın verileri SPSS 22,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılım, normal dağılım sağlandığında ortalama ve standart sapma, normal dağılım sağlanmadığında ise medyan (min-max) değeri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için iki grup karşılaştırmalarında t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (Anova), normal dağılım göstermeyen veriler için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  anlamlı olarak alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (karar no: 2018-12/27) (Ek 7), araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (sayı no: 44827528-604,02) (Ek 8) ve katılımcıların bilgilendirilmiş onamları (Ek 6) alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği**

Bu araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın yapıldığı örneklem grubundaki kadınları kapsamakta olup, tüm menopozda olan ve olmayan kadınlar için genellenemez.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=322)

Özellikler		Menopozda Olan (n=161)	Menopozda Olmayan (n=161)	Toplam (n=322)	U / p
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
Yaş		55,0000 (41-74)	45,0000 (39-62)	50,0000 (39-74)	3194,000 / 0,001*
		n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2 / p$
Eğitim	Okur yazar-okur yazar değil	87 (54,0)	67 (41,6)	154 (47,8)	6,502 / 0,090
	İlkokul	59 (36,6)	72 (44,7)	131 (40,7)	
	Ortaokul ve üzeri	15 (9,4)	22 (13,7)	37 (11,5)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	154 (95,7)	150 (93,2)	304 (94,4)	0,942 /
	Çalışıyor	7 (4,3)	11 (6,8)	18 (5,6)	0,332
Aile tipi	Çekirdek	134 (83,2)	119 (73,9)	253 (78,6)	4,150 /
	Geniş	27 (16,8)	42 (26,1)	69 (21,4)	0,057
Gelirini algılama durumu	Kötü	22 (13,7)	19 (11,8)	41 (12,7)	0,287 /
	Orta	108 (67,1)	109 (67,7)	217 (67,4)	0,866
	İyi	31 (19,2)	33 (20,5)	64 (19,9)	
Sosyal güvence varlığı	Var	92 (57,1)	83 (51,6)	175 (54,3)	1,014 /
	Yok	69 (42,9)	78 (48,4)	147 (45,7)	0,314
Sigara kullanma durumu	Kullanıyor	13 (8,1)	15 (9,3)	28 (8,7)	0,156 /
	Kullanmıyor	148 (91,9)	146 (90,7)	294 (91,3)	0,692
Eşi ile iletişimini algılama**	İyi	103 (64,0)	100 (62,1)	203 (63,0)	0,120 /
	Orta	58 (36,0)	61 (37,9)	119 (37,0)	0,729
Ailede kararlara katılma durumu	Katılıyor	123 (76,4)	112 (69,6)	235 (73,0)	2,383 /
	Katılmıyor	23 (14,3)	26 (16,1)	49 (15,2)	0,304
	Kısmen katılıyor	15 (9,3)	23 (14,3)	38 (11,8)	
Sağlık durumunu algılama**	İyi	50 (31,1)	57 (35,4)	107 (33,2)	0,686 /
	Orta	111 (68,9)	104 (64,6)	215 (66,8)	0,408
Evlenme yaşı	13-18	91 (56,5)	75 (46,6)	166 (51,6)	3,959 /
	19-22	52 (32,3)	69 (42,9)	121 (37,6)	0,138
	23 ve üzeri	18 (11,2)	17 (10,6)	35 (10,9)	

$\chi^2$  = Kikare testi; \*Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır; \*\*Eş ile iletişim ve sağlık durumunu algılama “iyi, orta ve kötü” olarak gruplandırılmış, kötü olarak belirten olmamıştır.

Tablo 1’de menopozda olan ve olmayan evli kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerden yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Menopozda olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yaş değerleri yüksektir. Menopozda olan ve olmayan gruptaki kadınların diğer sosyo-demografik özellikleri (eğitim, çalışma durumu, aile tipi, gelirini algılama durumu, sosyal güvence varlığı, sigara kullanma durumu, eş ile iletişimi, ailede kararlara katılma durumu, sağlık durumunu algılama ve evlilik yaşı) birbirine benzer özelliklerdedir ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Gruplar arasındaki benzerlik, çalışmamızın güvenilirliğini artırmaktadır.





**Tablo 2:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=322)

Özellikler		Menopozda Olan (n=161)	Menopozda Olmayan (n=161)	
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	U / p
Gebelik sayısı		6,0000 (0-13)	4,0000 (0-10)	8656,000 / 0,001*
Yaşayan çocuk sayısı		4,0000 (0-10)	3,0000 (0-8)	9718,500 / 0,001*
		n (%)	n (%)	$\chi^2 / p$
Abortus sayısı	Hiç yok	67 (41,6)	70 (43,5)	4,228 / 0,121
	Bir	46 (28,6)	58 (36,0)	
	İki ve üzeri	48 (29,8)	33 (20,5)	

$\chi^2$  = Kikare testi; \*Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2’de menopozda olan ve olmayan evli kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Bazı obstetrik özellikler (gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı) açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Gebelik ve yaşayan çocuk sayısı menopoza giren grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca menopozda olan ve olmayan gruptaki kadınların abortus sayılarının birbirine benzer özellikte olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı da saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 3:** Menopozda Olan Evli Kadınların Menopoza Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		n (%)
<b>Menopoza girme yaş ortalaması</b>	47,04±6,07 (min:23–max:63)	
<b>Menopoza girme şekli (n=161)</b>	Kendiliğinden Aniden Ameliyat sonrası	108 (67,1) 36 (22,4) 17 (10,6)
<b>Menopozun kadın için anlamı (n=161)</b>	Doğal bir süreç Kadınlık özellikleri/üretkenlik/cinsel yaşamın bitmesi Yaşlanma	87 (54,0) 55 (34,2) 19 (11,8)
<b>Menopozun algılanması (n=161)</b>	İyi Orta Kötü	37 (23,0) 111 (68,9) 13 (8,1)
<b>Menopozda hormon tedavisi alma (n=161)</b>	Evet Hayır	14 (8,7) 147 (91,3)
<b>Menopoz hakkında eğitim alma (n=161)</b>	Evet Hayır	7 (4,3) 154 (95,7)
<b>Menopoza yönelik şikayetler (n=161)</b>	Var Yok	67 (41,6) 94 (58,4)
<b>Menopoza yönelik şikayetlerin neler olduğu (n=67)</b>	Ateş basması Fiziksel sorunlar Duygu durum değişiklikleri	54 (80,6) 10 (14,9) 3 (4,5)

Tablo 3’de menopozda olan evli kadınların menopozu yönelik bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Menopozda olan kadınların menopozu girme yaş ortalaması 47,04±6,07 (min:23-max:63) olarak saptanmıştır. Kadınların %54’ü menopozun doğal bir süreç olduğunu, %68,9’u menopozu orta düzeyde algıladığını, %91,3’ü menopozda hormon tedavisi ve %95,7’si de menopozu özgü eğitim almadığını belirtmiştir. Kadınların %41,6’sı menopozu özgü şikayetler yaşadığını, %80,6’sı da bu şikayetlerin ateş basması olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=322)

	Menopozda Olan (n=161)		Menopozda Olmayan (n=161)		t / p
	Min-Max	M±SD	Min-Max	M±SD	
<b>MİTÖ toplam</b>	8-73	38,77±14,42	5-72	39,71±14,33	-0,585 / 0,559
<b>UYKÖ toplam</b>	55-99	74,45±8,03	54-107	75,57±8,90	-1,183 / 0,238
<b>UYKÖ Alt boyutları</b>					
<b>Emosyonel yaşam kalitesi</b>	12-28	18,57±3,09	12-30	18,44±3,57	0,350 / 0,727
<b>Cinsel yaşam kalitesi</b>	5-15	9,75±1,59	6-15	9,74±1,71	0,067 / 0,946
<b>Meslek / iş yaşam kalitesi</b>	7-35	24,20±5,77	9-35	24,22±5,62	-0,039 / 0,969
<b>Sağlık yaşam kalitesi</b>	15-35	21,91±2,72	16-35	23,15±2,99	-3,873 / 0,001*

\*p<0,05; t = t testi; MİTÖ = Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği; UYKÖ = Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 4’de menopozda olan ve olmayan evli kadınların MİTÖ, UYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları görülmektedir. Menopozda olan ve olmayan grup arasında UYKÖ alt boyutlarından sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p<0,05), menopozda olan kadınların sağlık yaşam kaliteleri daha düşüktür.

Araştırmada menopozda olan ve olmayan grup arasında MİTÖ, UYKÖ toplam puan ve alt boyutlarından emosyonel, cinsel ve meslek / iş yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 5:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları (n=322)

	Menopozda Olan (n=161)		Menopozda Olmayan (n=161)		t / p
	Min-Max	M±SD	Min-Max	M±SD	
<b>Cinsel dürtü</b>	1-6	4,12±1,18	1-6	3,62±1,05	3,962 / 0,001*
<b>Psikolojik uyarılma</b>	2-6	3,96±1,14	1-6	3,60±1,02	2,969 / 0,003*
<b>Fizyolojik uyarılma</b>	1-6	4,01±1,16	1-6	3,68±0,92	2,810 / 0,005*
<b>Orgazma ulaşma</b>	2-6	3,96±1,19	1-6	3,71±0,93	2,126 / 0,034*
<b>Doyum</b>	1-6	3,98±1,18	1-6	3,60±1,02	3,073 / 0,002*
<b>ACYÖ toplam</b>	10-30	20,06±5,24	8-30	18,24±4,27	3,411 / 0,001*

\*p<0,05; t = t testi; ACYÖ = Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Tablo 5’de menopozda olan ve olmayan evli kadınların ACYÖ puan ortalamaları görülmektedir. Menopozda olan ve olmayan grup arasında cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Menopozda olan grupta cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olmadığı, cinsel işlev bozukluğunun olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği İle Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=322)

	MİTÖ			
	Menopozda Olan (n=161)		Menopozda Olmayan (n=161)	
UYKÖ ve alt boyutlar	r	p	r	p
Emosyonel yaşam	0,450**	0,001	0,364**	0,001
Cinsel yaşam	-0,038	0,632	0,107	0,179
Meslek / iş yaşam	-0,342**	0,001	-0,119	0,132
Sağlık yaşam	-0,077	0,330	0,087	0,272
UYKÖ toplam	-0,106	0,180	0,121	0,128

\*\*Korelasyon 0,001 düzeyinde anlamlıdır. r = Pearson Korelasyon Analizi; MİTÖ = Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği; UYKÖ = Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 6’da menopozda olan ve olmayan evli kadınların MİTÖ ile UYKÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Menopozda olan evli kadınların MİTÖ puanları ile UYKÖ alt boyutlarından emosyonel yaşam kalitesi puanları arasında ( $r= 0,450$ ;  $p=0,001$ ) orta düzeyde pozitif yönlü, meslek / iş yaşam kalitesi puanları arasında ( $r= -0,342$ ;  $p=0,001$ ) ise zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Menopozda olan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça emosyonel yaşam kalitesi düzeyleri de artmakta, meslek / iş yaşam kalitesi puanları azalmaktadır.

Araştırmada menopozda olmayan evli kadınların MİTÖ puanları ile UYKÖ alt boyutlarından emosyonel yaşam kalitesi puanları arasında ( $r=0,364$ ;  $p=0,001$ ) zayıf düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Menopozda olmayan kadınların da menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça emosyonel yaşam kalitesi düzeyleri artmaktadır.

Menopozda olan ve olmayan evli kadınların MİTÖ ile UYKÖ alt boyutlarından cinsel yaşam, sağlık yaşam ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında; ayrıca menopozda olmayan kadınların meslek / iş yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği İle Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişki (n=322)

	<b>MİTÖ</b>			
	<b>Menopozda Olan (n=161)</b>		<b>Menopozda Olmayan (n=161)</b>	
<b>ACYÖ</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Cinsel dürtü</b>	-0,189*	0,017	-0,149	0,060
<b>Psikolojik uyarılma</b>	-0,276**	0,001	-0,065	0,416
<b>Fizyolojik uyarılma</b>	-0,264**	0,001	-0,101	0,204
<b>Orgazma ulaşma</b>	-0,338**	0,001	-0,135	0,088
<b>Doyum</b>	-0,315**	0,001	-0,078	0,324
<b>ACYÖ toplam</b>	-0,310**	0,001	-0,122	0,122

\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır. \*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır. r = Pearson Korelasyon Analizi; MİTÖ = Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği; ACYÖ = Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Tablo 7’de menopozda olan ve olmayan evli kadınların MİTÖ ile ACYÖ puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Menopozda olan evli kadınların MİTÖ puanları ile cinsel dürtü ( $r=-0,189$ ;  $p=0,017$ ) puanları arasında çok zayıf düzeyde, psikolojik uyarılma ( $r=-0,276$ ;  $p=0,001$ ), fizyolojik uyarılma ( $r=-0,264$ ;  $p=0,001$ ), orgazma ulaşma kapasitesi ( $r=-0,338$ ;  $p=0,001$ ), doyum ( $r=-0,315$ ;  $p=0,001$ ) ve ACYÖ toplam ( $r=-0,310$ ;  $p=0,001$ ) puanları arasında ise zayıf düzeyde istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Menopozda olan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutum puanları azaldıkça cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve ACYÖ toplam puanları da artmaktadır. Kadınların menopoza ilişkin olumsuz tutumlarının olması cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olmadığını, cinsel işleve yönelik bozukluğun da arttığını göstermektedir.

Menopozda olmayan evli kadınların ise MİTÖ ile ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Aile Tipine Göre Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=322)

	UYKÖ Menopozda Olan (n=161)					UYKÖ Menopozda Olmayan (n=161)				
	Emosyonel yaşam X±SS	Cinsel yaşam X±SS	Meslek / iş yaşam X±SS	Sağlık yaşam X±SS	Toplam X±SS	Emosyonel yaşam X±SS	Cinsel yaşam X±SS	Meslek / iş yaşam X±SS	Sağlık yaşam X±SS	UYKÖ toplam X±SS
<b>Aile tipi</b>										
Çekirdek	18,72±3,19	9,61±1,47	24,61±5,70	22,01±2,74	74,97±7,88	18,36±3,60	9,68±1,52	24,38±5,68	22,98±2,95	75,42±8,70
Geniş	17,81±2,41	10,44±1,98	22,18±5,79	21,44±2,57	71,88±8,41	18,64±3,51	9,92±2,15	23,78±5,51	23,64±3,11	76,00±9,52
t / p	1,397 / 0,164	-2,496 / 0,014*	2,012 / 0,046*	0,994 / 0,322	1,832 / 0,069	-0,424 / 0,672	-0,806 / 0,421	0,593 / 0,554	-1,227 / 0,221	-0,362 / 0,718

\*p<0,05; t = t testi; UYKÖ = Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 8’de menopozda olan ve olmayan evli kadınların aile tipine göre UYKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Menopozda olan evli kadınların aile tipine göre cinsel yaşam ve meslek / iş yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Cinsel yaşam yönünden yaşam kalitesi puanları geniş ailede yaşayan menopozdaki evli kadınlarda, meslek / iş yaşam kalitesi puanları da çekirdek ailede yaşayan kadınlarda daha yüksektir.

Menopozda olan evli kadınlarda aile tipine göre emosyonel yaşam, sağlık yaşam ve toplam UYKÖ puan ortalamaları arasında; menopozda olmayan evli kadınlarda ise UYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 9:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=322)

	ACYÖ Menopozda Olan (n=161)						ACYÖ Menopozda Olmayan (n=161)					
	Cinsel dürtü X±SS	Psikolojik uyarılma X±SS	Fizyolojik uyarılma X±SS	Orgazma ulaşma X±SS	Doyum X±SS	Toplam X±SS	Cinsel dürtü X±SS	Psikolojik uyarılma X±SS	Fizyolojik uyarılma X±SS	Orgazma ulaşma X±SS	Doyum X±SS	Toplam X±SS
<b>Gelirini algılama durumu</b>												
Kötü	4,36±1,36	4,09±1,30	4,18±1,18	4,13±1,32	4,18±1,36	20,95±6,21	3,63±1,11	3,63±1,01	3,73±0,99	3,63±1,06	3,63±0,95	18,26±4,74
Orta	3,93±1,17	3,80±1,12	3,85±1,15	3,81±1,12	3,81±1,16	19,22±5,04	3,56±1,00	3,53±1,02	3,60±0,89	3,66±0,89	3,50±1,01	17,87±4,02
İyi	4,61±0,95	4,45±0,99	4,48±1,09	4,38±1,28	4,41±1,02	22,35±4,51	3,81±1,21	3,84±1,03	3,93±0,96	3,93±0,99	3,90±1,04	19,45±4,69
F / p	4,645 / 0,011*	4,112 / 0,018*	3,938 / 0,021*	3,086 / 0,048*	3,609 / 0,029*	4,887 / 0,009*	0,699 / 0,499	1,213 / 0,300	1,698 / 0,186	1,205 / 0,302	2,025 / 0,0135	1,751 / 0,177
<b>Evlilik yılı</b>												
2-30 yıl	3,80±1,14	3,52±1,08	3,63±1,22	3,77±1,12	3,69±1,11	18,44±5,04	3,60±1,05	3,55±0,99	3,64±0,93	3,67±0,95	3,50±1,02	17,97±4,24
31 yıl ve ↑	4,21±1,18	4,09±1,13	4,12±1,12	4,02±1,21	4,06±1,19	20,52±5,23	3,70±1,07	3,78±1,10	3,82±0,89	3,82±0,89	3,87±0,97	19,02±4,33
t / p	-1,841 / 0,067	-2,666 / 0,008*	-2,249 / 0,026*	-1,089 / 0,278	-1,657 / 0,100	-2,122 / 0,035*	-0,559 / 0,577	-1,244 / 0,215	-1,124 / 0,263	-0,908 / 0,365	-2,022 / 0,055	-1,360 / 0,176
<b>Fiziksel hastalık varlığı</b>												
Var	4,18±1,27	4,27±1,15	4,35±1,13	4,14±1,25	4,27±1,26	21,24±5,44	3,68±1,13	3,68±1,13	3,93±0,85	4,00±0,96	3,81±1,16	19,12±4,73
Yok	4,09±1,14	3,81±1,11	3,85±1,14	3,87±1,16	3,83±1,12	19,46±5,06	3,62±1,05	3,60±1,01	3,66±0,92	3,68±0,93	3,57±1,00	18,14±4,23
t / p	0,462 / 0,645	2,463 / 0,015*	2,627 / 0,009*	1,354 / 0,178	2,283 / 0,024*	2,045 / 0,043*	0,239 / 0,812	0,323 / 0,747	1,133 / 0,259	1,286 / 0,200	0,867 / 0,387	0,869 / 0,386

\*p<0,05; F = tek yönlü varyans analizi (Anova); t = t testi; ACYÖ = Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Tablo 9’da menopozda olan ve olmayan evli kadınların bazı özelliklerine (gelirini algılama durumu, evlilik yılı ve fiziksel hastalık varlığı) göre ACYÖ puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Gelir durumunu iyi düzeyde algılayan menopozdaki evli kadınların orta düzeyde algılayanlara göre cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve ACYÖ toplam puanlarının; 31 yıl ve daha fazla evli olan kadınların psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma ve ACYÖ toplam puanlarının; fiziksel hastalığı olduğunu belirten menopozdaki kadınların ise psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve ACYÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olmadığı, cinsel işlev bozukluğunun olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Menopozda olmayan evli kadınların gelirlerini algılama durumu, evlilik yılı ve fiziksel hastalığın var olma durumuna göre ACYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 10:** Menopozda Olan ve Olmayan Evli Kadınların Abortus Sayılarına Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=322)

	ACYÖ Menopozda Olan (n=161)						ACYÖ Menopozda Olmayan (n=161)					
	Cinsel dürtü X±SS	Psikolojik uyarılma X±SS	Fizyolojik uyarılma X±SS	Orgazma ulaşma X±SS	Doyum X±SS	Toplam X±SS	Cinsel dürtü X±SS	Psikolojik uyarılma X±SS	Fizyolojik uyarılma X±SS	Orgazma ulaşma X±SS	Doyum X±SS	Toplam X±SS
<b>Abortus sayısı</b>												
Hiç yok	3,83±1,09	3,64±1,09	3,68±1,14	3,79±1,13	3,70±1,12	18,65±5,01	3,54±,97	3,68±1,00	3,72±1,00	3,84±0,94	3,58±1,06	18,38±4,34
Bir	4,41±1,22	4,19±1,16	4,21±1,07	4,17±1,21	4,19±1,12	21,19±5,15	3,75±1,08	3,62±0,91	3,67±,80	3,56±0,86	3,58±0,93	18,20±3,82
İki ve üzeri	4,25±1,21	4,20±1,11	4,29±1,18	4,02±1,24	4,16±1,26	20,93±5,30	3,57±1,19	3,42±1,25	3,63±,96	3,69±1,04	3,66±1,08	18,00±4,96
F / p	3,731 / 0,026*	4,888 / 0,009*	4,947 / 0,008*	1,471 / 0,233	3,296 / 0,040*	4,316 / 0,015*	0,704 / 0,496	0,732 / 0,482	0,126 / 0,882	1,365 / 0,258	0,081 / 0,922	0,093 / 0,911

\*p<0,05; F = tek yönlü varyans analizi (Anova); ACYÖ = Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Tablo 10'de menopozda olan ve olmayan evli kadınların abortus sayılarına göre ACYÖ puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Bir ve ikiden fazla abortusu olan menopozdaki evli kadınların hiç abortusu olmayan kadınlara göre cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve ACYÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olmadığı, cinsel işlev bozukluğunun olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Menopozda olmayan evli kadınlarda abortus sayısına göre ACYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 11:** Menopozda Olan Evli Kadınların Menopoz ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=161)

	MİTÖ	UYKÖ				
		Emosyonel Yaşam	Cinsel Yaşam	Meslek /iş Yaşam	Sağlık Yaşam	Toplam
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Menopozun algılanması</b>						
İyi	46,0000 (11-73)	18,0000 (14-23)	10,0000 (7-15)	24,0000 (7-33)	23,0000 (17-35)	77,0000 (55-97)
Orta	38,0000 (8-73)	19,0000 (12-28)	10,0000 (5-15)	24,0000 (8-35)	22,0000 (16-27)	74,0000 (57-99)
Kötü	31,0000 (14-44)	18,0000 (14-22)	9,0000 (6-12)	26,0000 (21-33)	22,0000 (15-25)	76,0000 (65-82)
<b>KW / p</b>	10,323 / 0,006*	0,510 / 0,775	1,334 / 0,513	2,497 / 0,287	3,184 / 0,203	1,140 / 0,566
<b>Menopozda hormon tedavisi alma</b>						
Evet	33,5000 (16-56)	19,0000 (15-22)	9,5000 (7-11)	26,0000 (8-33)	20,5000 (15-23)	73,5000 (57-82)
Hayır	39,0000 (8-73)	18,0000 (12-28)	10,0000 (5-15)	24,0000 (7-35)	22,0000 (16-35)	76,0000 (55-99)
<b>MU / p</b>	789,500 / 0,151	961,500 / 0,684	840,000 / 0,247	1017,000 / 0,943	678,000 / 0,034*	844,500 / 0,268

\*p<0,05; KW = Kruskal Wallis test; MU = Man-Whitney U test; MİTÖ = Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği; UYKÖ = Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 11’de menopozda olan evli kadınların menopoz ile ilgili bazı özelliklerine (menopozun algılanması ve menopozda hormon tedavisi alma) göre MİTÖ, UYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Menopozu kötü olarak algılayan evli kadınların menopozla ilişkin tutumları, hormon tedavisi alan kadınların ise sağlık yaşam kaliteleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p<0,05).

Araştırmada menozda olan ve olmayan evli kadınların yaşa, eğitim ve çalışma durumuna, sosyal guvencesi olma, sigara kullanma, eşi ile iletişim, ailede kararlara katılma, sağlık durumunu algılama durumuna, ruhsal hastalığın varlığına, evlilik yaşına, gebelik sayısı ve yaşayan ocuk sayısına gore MİTÖ toplam, cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve ACYÖ toplam, UYK toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ayrıca menozda olan evli kadınların menoz yaşi, menozun kadın için anlamı, menopoza girme şekli, menopoza yönelik şikayetler ve menoz hakkında eğitim alma durumuna gore MİTÖ toplam, cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve ACYÖ toplam, UYK toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsel yaşam ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılmıştır:

Menopozda olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yaş değerleri daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 1). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü' nün (2018) verilerine göre menopozdaki kadınların oranı yaşla birlikte artmaktadır. Bu oran otuzlu yaşların başlarındaki kadınlar için %1'in altındayken, 48-49 yaşlarındaki kadınlar için %45'e çıkmaktadır. Alpaslan'ın (2018) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 54, (min:41-max:64 yaş) ve %46,7'sinin 50-59 yaş aralığında, Avcı'nın (2013) yaptığı çalışmada ise yaş ortalamasının 51 (min:45-max:58 yaş) ve %68'inin 45-59 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda menopozda olan kadınların yaş değerlerinin yüksek çıkması elde edilen diğer araştırma bulguları ile uyumludur.

Gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, menopoza giren grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 2). Çalışmamızda menopozda olan kadınların yaş değerlerinin anlamlı düzeyde yüksek bulunması ile evlenme yaşının 13-18 yaş arasında %56,6 oranla menopozda olmayan gruba göre (%46,6) yüksek olması; evlilik sürelerinin uzunluğu, gebelik ve yaşayan çocuk sayısının yüksek olmasını beraberinde getirmektedir. Çalışmamıza benzer Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun (2013) Erzurum'da yaptığı çalışmada kadınların %59,3'ünün 45-54 yaş grubunda, %63,1'inin ilk evlenme yaşının 19 ve altında, %45,6'sının evlilik süresinin 31-40 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, altı ve üzerinde gebelik sayısı, %36,5'inin de beş ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Balık'ın (2013) Elazığ'da yaptığı bir çalışmada da menopoz dönemindeki kadınların çocuk sayısına bakıldığında %66,4'nün üç ve daha fazla çocuğu ve % 24,5'nin ise iki çocuğunun bulunduğu belirtilmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular diğer araştırma bulguları ile paralellik göstermiştir.

Araştırmamızda menopozda olan kadınların menopoza girme yaş ortalaması  $47,04\pm 6,07$  olarak saptanmıştır (Tablo 3). Irmak Vural ve Balcı Yangın'ın (2016) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan kadınların ortalama menopoza giriş yaşı Türk

kadınlarında  $47\pm 4,22$ , Alman kadınlarında ise  $47\pm 5,58$  olarak belirtilmiştir. Palacios ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada menopoza girme yaşının coğrafi özellikler ve ırka göre farklı olduğu, Asya'daki kadınlarda 42-49 yaşları arasında olduğu bildirilmiştir. TNSA (2018) verilerine göre ise Türkiye'de 48-49 yaş arası kadınların %45'inin menopoza girdiği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bulgular diğer elde edilen bulgular ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızdaki kadınların %54'ü menopozun doğal bir süreç olduğunu, %68,9'u menopozu orta düzeyde algıladığını, %41,6'sı menopozu özgü şikayetler yaşadığını, %80,6'sı da bu şikayetlerin ateş basması olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3). Abay ve Kaplan'ın (2015) yaptığı çalışmada kadınların yarısının (%54,4) menopozu olumlu olarak algıladığı, en sık yaşanan sağlık sorunlarının sıcak basması (%93,0) olduğu bildirilmiştir. Irmak Vural ve Balcı Yangın'ın (2016) yaptığı çalışmada Türk kadınların %67,5'inin, Alman kadınların %72,5'inin menopozu olumlu algıladığı belirtilmiştir. Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise postmenopozal Alman kadınların %53,6'sı menopozu olumsuz algılamaktadır. Aynı çalışmada bunun başlıca sebepleri sıcak basması (%33,3) ve kiloda artış (%38,8) olarak belirtilmiştir. Fredman'ın (2005) beş Avrupa ülkesinde uluslararası yaptığı çalışmada Amerika'da yaşayan kadınların %75'inin, Erdem Çetin ve Eroğlu'nun (2015) çalışmasında da %80,4'ünün, Moon ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise kadınların %84'ünün ateş basması yaşadığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki kadınların menopozu algılama durumu (Irmak Vural ve Balcı Yangın, 2016; Kowalcek ve ark., 2005) yapılan bazı çalışma bulgularına göre farklılık gösterirken bazı bulgular ile (Abay ve Kaplan, 2015) paralellik göstermiştir. Ateş basması ile ilgili bulgular ise diğer çalışma (Abay ve Kaplan, 2015; Erdem Çetin ve Eroğlu, 2015; Moon ve ark., 2017) bulguları ile paralellik gösterirken Amerika'ya (Fredman, 2005) göre daha yüksektir. Elde edilen bazı bulguların farklı olmasının nedeni örneklem grubunun farklı olması ile açıklanabilir.

Menopozda olan evli kadınların menopozda olmayan evli kadınlara göre sağlık yaşam kaliteleri anlamlı düzeyde daha düşüktür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Bu durum çalışmamızdaki bir diğer bulgu olan gebelik ve yaşayan çocuk sayısının menopozu giren grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmasıyla açıklanabilir. Elsan'ın (2018) yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ile çocuk sayısı

arasındaki ilişkiye bakıldığında; bir-üç arasında çocuğu olanların fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, emosyonel rol, ruhsal sağlık ve ağrı alt boyutlarında yaşam kalitesi yüksek iken, çocuğu olmayanların canlılık ve genel sağlık alt boyutlarında yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Fazla çocuk sahibi olmak kadının yaşamını fiziksel, sosyal ve ruhsal alanlarda olumsuz etkileyebilmektedir. Gümüşay ve Erbil'in (2019) yaptığı çalışmada kadınların menopoza özgü yaşam kalitesini en fazla etkileyen belirti ve sorunların enerjide ve fiziksel güçte azalma hissi, uyuma güçlüğü, kas ve eklemlerde ağrı, yorgunluk ve yıpranmış hissetme olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınların yaşamının fiziksel boyutta daha fazla etkilendiği bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; kadınların uykusuzluk, yorgunluk, sıcak basması, gece terlemesi, sinirlilik, eklem ağrısı, cinsel ilgi ve ilişkide azalma gibi yakınmaları sıklıkla yaşadığı görülmektedir (Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Erkin ve ark., 2014; Moon ve ark., 2017). Ayrıca Timur ve Hotun Şahin tarafından (2010) yapılan "Menopoz ve Uyku" çalışmasında; menopozal yakınmalar ve menopoza bağlı olarak ortaya çıkan patolojilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Menopoza özgü belirtilerin ortaya çıkması ve yaşama özgü güçlüklerin olması sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşük olmasını açıklayabilir.

Menopozda olan evli kadınlarda menopozda olmayan kadınlara göre cinsel işlev bozukluğunun anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 5). Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında postmenopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun erişkin dönemdekilere kıyasla 2,3 kez daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Menopozla ilişkilendirilen farkedilebilir ilk değişim uyarılma esnasında oluşan vajinal ıslanmanın azalmasıdır (Nappi ve ark., 2014; Portman ve Gass, 2014). Östrojen üretimindeki azalma vajinal kuruluğa yol açarak cinsel fonksiyonu doğrudan etkilerken, yaşanan vazomotor semptomlar da enerji kaybına, dolayısıyla libidoda azalmaya neden olabilmektedir (Nappi ve ark., 2014; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014). Buradan yola çıkılarak çalışmamızdaki kadınların %41,6'sı menopoza özgü şikayetler yaşadığını, %80,6'sı da bu şikayetlerin ateş basması olduğunu ifade etmesi cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olmasını açıklayabilir. Arslan ve Altınsoy'un (2004) yaptığı çalışmada klimakterium döneminde cinsellikle ilgili sorunlara bakıldığında; kadınların yaklaşık yarısının



(%53,7) cinsellikle ilgili sorun yaşamaması ve %44,3'ünde cinsel ilginin azaldığının saptanması araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Ayrıca Balık'ın (2013) çalışmasında kadınların %29,1'i orta, %24,5'i şiddetli düzeyde cinsel sorun, %24,5'i orta düzeyde vajinal kuruluk yaşadığını belirtmeside araştırma bulgumuz ile uyumluluk göstermektedir.

Araştırmada menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça emosyonel yaşam kalitesi düzeyleri de anlamlı düzeyde artmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 6). Hong Kong'lu Çinli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada menopoza karşı daha olumlu tutumu olan kadınların daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahip olma eğiliminde olması araştırma bulgumuz ile uyumluluk göstermektedir (Li ve ark., 2016). Ayrıca araştırmamızda menopozda olan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça meslek / iş yaşam kalitesi puanlarının da anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur. Bu bulgu menopozda olan kadınların yaşın da ilerlemesi ile menopoza girdikleri dönemlerde (çalışmamızda menopoza girme yaş ortalaması 47'dir) emekli olması ya da meslek / kariyere yönelik beklentilerinin kalmaması ile açıklanabilir. Ayrıca menopozun "hastalık" veya "tıbbi bir durum" olarak değerlendirildiği durumlarda, menopoza ilişkin beklentilerin daha da olumsuz olduğu bildirilmektedir (Jamali ve ark., 2016; Nappi ve Lachowsky, 2009).

Doğurganlığın azaldığı ve sona erdiği bir dönem olan menopoz döneminde kadının cinsel yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör, kadının bu döneme ilişkin tutumlarıdır (Jamali ve ark., 2016). Çalışmamızda menopozda olan kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları azaldıkça cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve ACYÖ toplam puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Buna göre menopozda olan evli kadınların menopoza ilişkin olumsuz tutumlarının olması cinsel işleve yönelik bozukluğun da arttığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların menopoza karşı olumsuz tutum sergiledikleri, bu durumdan da cinsel yaşam kalitelerinin kötü yönde etkilendiği saptanmıştır (Şentürk Erenel ve ark., 2015; Jamali ve ark., 2016). Erbaş ve Demirel'in (2017) yaptığı bir çalışmada menopozal tutumların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğunun belirlenmesi ve kadınların menopozal

tutumlarının daha olumlu olmasıyla birlikte cinsel yaşam kalitelerinin artabileceğinin belirtilmesi bizim çalışmamızdan elde edilen bulgu ile uyumludur.

Cinsel yaşam yönünden yaşam kalitesi puanları geniş ailede yaşayan menopozdaki evli kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmakla birlikte çekirdek ailede yaşayan bireylerin puanları ile yakın değerlerdedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Menopozda olup geniş ailede yaşayan kadınlar yaşın ilerlemesi ile büyükanne olması ve ailede daha fazla söz sahibi olmaları gibi nedenlerle Türk toplumunda soyal konum olarak kendilerini daha iyi hissedebilmektedir. Bu durum geniş ailedeki kadınlarda cinsel yaşam yönünden yaşam kalitesi puanlarının çekirdek aileye göre yüksek düzeyde bulunmasını açıklayabilir. Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında çekirdek ailede yaşayanlara oranla geniş aileye sahip olanlarda cinsel işlev bozuklukları daha sık bulunmuş, fakat istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Singh ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da aile tipi cinsel işlevle ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgular araştırmamızdan elde edilen bulgular ile farklılık göstermekte olup, bunun nedeni örneklem gruplarının farklı olması ile açıklanabilir. Menopozda olan kadının aile tipinin cinsel yaşam yönünden yaşam kalitesi üzerindeki etkisini açıklayacak daha fazla araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Ayrıca araştırmamızda meslek / iş yaşam kalitesi puanları çekirdek ailede yaşayan menopozdaki evli kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Araştırmamızın Erzurum Narman ilçesinde yapılmış olması ve bu bölgedeki kadınların hem aile ortamındaki sorumluluklarını yerine getirip hem de ailenin geçimine katkı sağlamak için hayvancılık ve tarım ile uğraşmaları sonucundan yola çıkılarak meslek / iş yaşam kalitelerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda gelir durumunu iyi düzeyde algılayan menopozdaki evli kadınlarda orta düzeyde algılayan kadınlara göre cinsel işlev bozukluğunun anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Ekonomik güçlüklerle bağlı cinsel sağlık olumsuz etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ailenin gelir düzeyi düştükçe cinsel sıkıntıların görülme sıklığının arttığı saptanması bizim bulgumuz ile farklılık göstermektedir (Özerdoğan ve ark., 2009; Singh ve ark., 2009).

Evlilik yılı 31 yıl ve daha fazla olan menopozdaki evli kadınlarda psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma ve ACYÖ toplam puan yönünden cinsel işleve yönelik

bozukluğun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Cinsel işlev yaşla birlikte değişebilmektedir (Hayes ve Dennerstein, 2005). İlerleyen yaşa bağlı yaşanan hormonal değişiklikler ile doku ve organlardaki fonksiyonel kapasitenin azalması nedeni ile ileri yaştaki kadınlarda cinsel işlev bozukluğu genç yaştakilere göre daha yüksek oranda görülebilmektedir (Salonia ve ark., 2004). Yapılan çalışmalarda da 46-55 yaş grubu kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı %67,9 (Öksüz ve Malhan, 2006), 30-39 yaş grubu kadınlarda %39,7, 40-49 yaş grubunda %50,2, 50-59 yaş grubu kadınlarda %71,3, 60-64 yaş grubu kadınlarda %82,9 olarak bulunmuştur (Aslan ve ark., 2008). Ayrıca literatürde evlilik süresi uzadıkça cinsel işlev bozukluğu sıklığının arttığını gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Özerdoğan ve ark., 2009; Singh ve ark., 2009). Tüm bu bulgular araştırmamızdan elde edilen bulgu ile uyumluluk göstermektedir.

Kadınlarda ileri yaşlarda görülen cinsel sorunları etkileyen organik nedenlerden biri de menopozdur. Kadınlarda yaşa bağlı görülen cinsel organların fizyolojisindeki değişimler, menopozla birlikte östrojen hormonu salgılanmasındaki azalmayla ortaya çıkan ikincil değişimlerdir (Ören ve ark., 2016). Çalışmamızda fiziksel hastalığı olduğunu belirten menopozdaki evli kadınların psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve ACYÖ toplam puan yönünden cinsel işleve yönelik bozukluğun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Kharbouch ve Hotun Şahin'in (2007) menopoz dönemindeki kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada herhangi bir kronik hastalığı olan katılımcıların cinsellik boyutundaki yaşam kalitesinin düşük olduğunun saptanması araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Bir ve ikiden fazla abortusu olan menopozdaki evli kadınların hiç abortusu olmayan kadınlara göre cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve ACYÖ toplam puan yönünden cinsel işlev bozukluğunun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Literatürde suçluluk ve günahkarlık duygularının cinsel işlev bozukluğuna etki eden bir faktör olduğu belirtilmiştir (İncesu, 2004). Bu nedenle de abortus yaşayan kadının kendini suçlu ve yetersiz hissetmesi, abortusu kendi eksikliği ve kendi bedenlerinden kaynaklı bir hata olarak görmesi araştırmamızdan elde edilen bulguyu açıklayabilir.

Menopozu kötü olarak algılayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumları anlamlı düzeyde daha düşüktür ( $p<0,05$ ) (Tablo 11). Menopoz ile ilgili tutum, toplumların kültürüne, yaşlanmayı algılayış biçimlerine göre değişiklik göstermektedir (Ayers ve ark., 2010; Mujahid ve ark., 2013). Annelik rolünün kaybı, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı, vücut postüründeki değişiklikler, fiziksel güç kaybı ve cinsel yaşamın sonu biçimindeki algılama Türk toplumundaki kadınların menopozu olumsuz algılamasının nedenleri arasında sayılabilir. Menopozun çocuk doğurma yeteneğinin kaybıyla eş anlamlı tutulması, menopozun bir hastalık ya da sorun olarak değerlendirilmesi de menopoza karşı olumsuz tutumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Koyuncu ve ark., 2015). Ayrıca menopozu kötü olarak algılayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının da anlamlı düzeyde daha düşük olması, kadınların çoğunluğunun (%80,6) menopoz döneminde ateş basması yaşaması ve yarıdan fazlasının (%68,9) menopozu orta düzeyde algılaması ile ilişkilendirilebilir. Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgu kadınların menopoza yönelik olumsuz tutum içinde olduğunu belirleyen Tümer ve Kartal'ın (2018) çalışması ile benzerlik gösterirken, kadınların menopoza karşı olumlu tutum içinde olduğunu belirleyen çalışmalardan farklılık göstermektedir (Ghorbani ve ark., 2014; Koç ve Sağlam, 2008; Omidvar ve ark., 2011). Bunun nedeni örnekleme alınan kadınların kültürel özelliklerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Menopoz döneminde hormon tedavisi alan evli kadınların sağlık yaşam kaliteleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 11). Sert'in (2009) yaptığı çalışmada araştırmamızla benzer şekilde tedavi görmeyen ya da tedaviyi bırakan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puanlarının HRT tedavisi gören kadınlara göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada ise hormon tedavisi alan kadınların mesleksi, duygusal ve cinsel açıdan anlamlı derecede yüksek puan aldıkları, sağlık alanında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Smith ve ark., 2006). Çalışmamızın aksine bazı çalışmalarda HRT tedavisi ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Demirel Bozkurt, 2004; Yurdakul ve ark., 2007).

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsel yaşam ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmamızda menopozda olan ve olmayan evli kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri birbirine benzer olmakla birlikte, menopozda olan grupta yaş değerleri daha yüksektir (Tablo 1).
- Gebelik ve yaşayan çocuk sayısı menopoza giren evli kadın grubunda daha yüksektir (Tablo 2).
- Menopozda olan evli kadınların menopoza girme yaş ortalaması  $47,04 \pm 6,07$  (min: 23-max:63)'dir. Menopozda olan evli kadınların %54'ü menopozun doğal bir süreç olduğunu, %68,9'u menopozu orta düzeyde algıladığını, %91,3'ü menopozda hormon tedavisi ve %95,7'si de menopoza özgü eğitim almadığını belirtmiştir. Kadınların %41,6'sı menopoza özgü şikayetler yaşadığını, %80,6'sı da bu şikayetlerin ateş basması olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3).
- Çalışmamızda menopozda olan evli kadınların menopozda olmayan gruba göre sağlık yaşam kaliteleri daha düşüktür (Tablo 4).
- Menopozda olan grupta cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olmadığı, cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 5).
- Menopozda olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça emosyonel yaşam kalitesi düzeyleri de anlamlı düzeyde artmaktadır. Ayrıca menopozda olan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları arttıkça meslek / iş yaşam kalitesi puanları da anlamlı düzeyde azalmaktadır (Tablo 6).
- Menopozda olan evli kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumları azaldıkça cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, doyum ve ACYÖ toplam puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Menopozda

olan evli kadınlarda menopoza ilişkin olumsuz tutumlarının olması cinsel işleve yönelik bozukluğun da arttığını göstermektedir (Tablo 7).

- Cinsel yaşam yönünden yaşam kalitesi puanları geniş ailede yaşayan menopozdaki evli kadınlarda, meslek / iş yaşam kalitesi puanları da çekirdek ailede yaşayan kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 8).
- Gelir durumunu iyi düzeyde algılayan menopozdaki evli kadınlarda orta düzeyde algılayan kadınlara göre cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 9).
- 31 yıl ve daha fazla evli olan menopozdaki evli kadınların psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma ve ACYÖ toplam puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 9).
- Fiziksel hastalığı olduğunu belirten menopozdaki evli kadınların psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve ACYÖ toplam puanları anlamlı düzeyde daha yüksek ve cinsel işlev bozukluğu daha fazladır (Tablo 9).
- Bir ve ikiden fazla abortusu olan menopozdaki evli kadınlarda hiç abortus yaşamayan kadınlara göre cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve ACYÖ toplam puan yönünden cinsel işlev bozukluğu anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 10).
- Menopozu kötü olarak algılayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumları anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 11).
- Menopoz döneminde hormon tedavisi alan evli kadınların sağlık yaşam kaliteleri anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 11).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Menopozda olan kadınlara menopozun ne olduğu, belirtileri, yaşananabilecek problemler (fiziksel ve duygusal) ve problemler ile başa çıkma yolları ve menopoza yönelik olumlu bakış açısı geliştirmeleri konusunda destek olunması,
- Özellikle menopozda olan kadınlarda cinsel yaşam ve yaşam kalitesi yönünden ayrıntılı veri toplanması, düzenli izlemlerin yapılması, cinsel yaşam ile ilgili problem yaşadıkları alanların belirlenmesi, cinsel danışmanlık ve eğitimlerin (menopozda cinsel yaşam, menopozda değişen cinsel organlar ve cinsel yaşama etkileri gibi) sağlanması,
- Aile Hekimliğine başvuran kadınlarda menopoz ile ilgili yaşanan sorunların yanında cinsel sorunlarının da değerlendirilmesi,
- Menopozda olan kadınların fiziksel yönden sağlıklarının ele alınması,
- Aile Sağlığı Merkezlerinde menopoza yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin artırılması,
- Menopozda olan kadınlarda özellikle cinsel yaşam ve yaşam kalitesinin inceleneceği daha büyük örneklem grupları ile farklı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- Abay, H. (2014). Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Abay, H., Kaplan, S. (2015). Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3): 1-23.
- Alpaslan, M. (2018). Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. *Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ordu.
- Altuntug, K., Ege, E., Akin, R., Kocak, V., Benli, S. (2016). Sexual Quality of Life in Women During the Climacteric Period. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (1): 296-307.
- Armand, M., Ozgoli, G., Giti, R. H., Majd, H. A. (2017). Effect of Accupressure on Early Complications of Menopause in Women Referring to Selected Health Care Centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22 (3): 237-242.
- Arslan, H., Altınsoy, N. (2004). Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi. *Kadın Cinsel Sağlığı Hemşire Çalışma Grubu*, 360-364.
- Aslan, E., Kızılkaya Beji, N., Güngör, I., Kadioğlu, A., Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1,009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (9): 2044-2052.
- Atasü, T., Şahmay, S. (2001). Jinekoloji (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 657- 673.
- Avcı, S. (2013). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydoğdu, N. (2005). Postmenopozdaki Kadınlarda Düşük Dozlu Hormon Replasman Tedavisi ve Raloksifen'in Kan Biyokimyası ve Kupperman İndeksi Üzerine Etkileri. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği*, Uzmanlık Tezi, İstanbul.



- Ayers, B., Forshaw, M., Hunter, M. S. (2010). The Impact of Attitudes Towards the Menopause on Women's Symptom Experience: A Systematic Review. *Maturitas*, 65: 28- 36.
- Aygin, D., Pektemek, M. (2018). Cerrahi Menopoza Giren Genç Kadınlarda Cinsellik Nasıl Etkileniyor? *Androloji Bülteni*, 20: 21-24.
- Balık, D. (2013). Menopoz evlilik ilişkileri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bayram, G.O. (2005). Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öviz, A., Kırdıroğlu, N. (2004). Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3): 199-207.
- Bien, A., Rzonca, E., Iwanowicz-Palus, G., Pańczyk-Szeptuch, M. (2015). The influence of climacteric symptoms on women's lives and activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12: 3835–3846.
- Bilgin, Z., Kömürcü, N. (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli çalışmalar. *Androloji Bülteni*, 18(64): 48–55.
- Bitzer, J., Brandenburg, U. (2009). Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas*, 63(2): 160-163.
- Castelo-Branco, C., Blumel, J.E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J., Gramegna, G. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: Influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol*, 23(4): 426-430.
- Ceylan, B., Özerdoğan, N. (2014). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 12(1): 43–49.
- Çalışkan, E., Çorakçı, A., Doğer, E., Coşkun, E.İ, Özeren, S., Çorapçıoğlu, A. (2010). Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 30(5): 1517–1523.
- Çorakçı, A. (2004). Berek & Novak Jinekoloji (Çevirenler: Ahmet Erk, Fazlı Demirtürk). (13. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1109-1131.

- Dalal, P.K., Agarwal, M. (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian J Psychiatry*, 57(2): 222–232.
- De Villiers, T.J., Pines, A., Panay, N., Gambacciani, M., Archer, D.F., Baber, R.J. ve ark. (2013). Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*, 16(3): 316-337.
- Demirel Bozkurt, Ö. (2004). Klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Demirel Bozkurt, Ö., Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4): 497-503.
- Demirtaş, R.N. (2017). Menopozda fizyoterapi ve rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Özel Sayısı*, 3(3): 173-183.
- Dinçer, Y., Oskay, Ü. (2018). Menopoz döneminde kadınların cinsellik ile ilgili sorunlarının incelenmesi: Kalitatif bir çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2): 16-28.
- Duncan, D. (2018). Prepare For Change. Good Health (Australia Edition). February, 38–47.
- Dvornyk, V. (2013). Current Topics in Menopause. eISBN: 978-1-60805-453-4, Erişim tarihi: 25.11.2019.
- Elavsky, S., McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3-4): 374-385.
- Elsan, T. (2018). Bir ASM bölgesine başvuran menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli.
- Erbaş, N., Demirel, G. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4: 220-225.
- Erdem Çetin, Ö., Eroğlu, K. (2015). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *DEUHFED*, 8(4): 219-225.

- Erdem, Ö. (2006). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ergöl, Ş. (1999). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4): 1095-1113.
- Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran Aksoy, Ö., Cesur, B. (2015). Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 12(2): 787-798.
- Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (1): 469-483.
- Evlice, Y.E., Tamam, L., Karataş, G. (2002). Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2): 108–112.
- Farage, M.A. (2015). Skin, Mucosa and Menopause: Management of Clinical Issues. ISBN 978-3-662-44080-3-25. Verlag Berlin Heidelberg, Springer. Erişim tarihi: 25.11.2019.
- Farage, M.A., Miller, K.W., Ledger, W.J. (2010). Textbook of Aging Skin. ISBN 978-3-540-89656-2. Verlag Berlin Heidelberg, Springer. Erişim tarihi: 25.11.2019.
- Fredman, R.R. (2005). Hot flashes: Behavioral treatments, mechanisms and relation to sleep. *The American Journal of Medicine*, 118(12): 124-130.
- Garibova, N. (2015). Türk populasyonunda postmenopozal kadınlarda kadın cinsel disfonksiyon prevalansının belirlenmesi ve kadın cinsel disfonksiyonu ile depresyon ilişkisinin araştırılması. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Gezer, A, Şentürk, L.M, Ertüngealp, E. (2006). Klimakterium (Yazarlar: Çiçek M.N., Akyürek C., Çelik Ç., Haberal A.). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 1523- 1548.

- Ghorbani, R., Nassaji, M., Shahbazi, A., Tabard, S.B., Rahaeie, F. (2014). Attitudes toward menopause among middle-aged women in Semnan Iran, *J Egypt Public Health Assoc*, 89(1): 42-45.
- Gonzales, M., Viafara, G., Caba, F., Molina, E. (2004). Sexual function, menopause and hormone replacement therapy. *Maturitas*, 48(4): 411-420.
- Green, S.M., McCabe, R.E., Soares, C.N. (2012). *The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms*: New Harbinger Publications.
- Greenblum, C.A., Rowe, M.A., Neff, D.F., Greenblum, J.S. (2013). Midlife women: Symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause*, 20(1): 22-27.
- Gümüşay, M., Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2): 96-109.
- Güney, N. (2006). Ankara ilinden seçilen park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomlarının tespiti. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *Journal Sexual Medicine*, 2: 317-330.
- Holloway, D. (2012). Advanced nursing practice in menopause nursing. *Menopause International*, 18(4): 147-148.
- Hurd, W., Amesse, L. S., Randolph, J. F. (2004). *Jinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1109-1139.
- International Menopause Society. (2009). *Menopause Terminology*, Erişim Adresi: <http://www.imsociety.org/index.html> Erişim: 25.11.2019.

- Irmak Vural, P., Balcı Yangın, H. (2016). Menopoz algısı: Türk ve Alman kadınların karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 7-15.
- 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.
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7 (3): 3-13.
- Jamali, S., Javadpour S., Mosalanejad L., Parnian R. (2016). Attitudes about sexual activity among postmenopausal women in different ethnic groups: A cross-sectional study in Jahrom Iran. *J.Reprod Infertil*, 17(1): 47-55.
- Kahyaoğlu Süt, H., Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesi. *KASHED*, 4(1): 51-68.
- Karadağ, M. (2007). Uyku bozuklukları sınıflandırılması. *Akciğer Arşivi*, 8: 88-91.
- Karakuş, E. (2006). Menopoz döneminde kadınların yaşadığı sorunlar ve bunlara dayalı eğitim gereksinimleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Karakuş, T., Yanikkerem, E. (2016). Klimakterik dönemde cinsel disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI) - Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile yapılan son 5 yıllık çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 64-85.
- Katainen, R.E., Engblom, J.R., Siirtola, T.J., Erkkola, R.U., Kantola, P.P. (2016). Climacteric symptoms in middle-aged women with chronic somatic disease. *Maturitas*, 86: 17-24.
- Kavlak, T. (2011). Menopoz dönemindeki kadınlarda kaygı düzeyleri ve cinsel doyumun saptanması. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Kharbouch, S.B., Hotun Şahin, N. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59): 82-90.
- Koç, Z., Sağlam, Z. (2008). Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. *Aile ve Toplum*, 4(15): 100-112.

- Kowalcek, I., Rotte, D., Banz, C., Diedrich, K. (2005). Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas*, 51(3): 227–235.
- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 67-99.
- Koyuncu, T., Ünsal, A., Arslantaş, D. (2015). Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Eskişehir-Mahmudiye'de, 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(6): 448-452.
- Kömürcü, N., İsbilen A. (2011). Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşama uyumu. *Turkish Journal of Urology*, 37(4): 326-330.
- Kömürcü, N., Yıldız, N. K. (2007). Menopozda Cinsel Yaşam. *Kadın Cinsel Sağlığı*, 173-176.
- Kransdorf, L.N., Files, J.A., Mayer, A.P. (2016). Care of women during menopause. *Journal of Women's Health*, 25(1): 11–14.
- Kumar, S.K., Mrinal, N.R. (2017). The effects of dietetic therapies on stress, waist measurements, triglyceride levels, diarrhea and constipation with reference to menopause. *Indian Journal of Health and Well-being*, 8(9): 972–976.
- Kwun, S., Laufgraben, M.J, Gopalakrishnan, G. (2012). Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Royal College of Obstetrician & Gynaecologist*, 14: 251–256.
- Lee, K.C. (2017). Changes of bladder function related to the effects of menopause. *Women Health Bull*, 5(2): 143-190.
- Li, S., Ho, S.C., Sham, A. (2016). Relationship between menopause status, attitude toward menopause, and quality of life in Chinese midlife women in Hong Kong. *Menopause*, 23(1): 67-73.
- Mackey, S., Teo, S.S., Dramusic, V., Lee, H.K., Boughton, M. (2014). Knowledge, attitudes, and practices associated with menopause: A multi-ethnic, qualitative study in Singapore. *Health Care for Women International*, 35(5): 512-528.

- Manson, J.E., Bassuk, S.S. (2008). Menopoz ve Hormon Tedavisi (Çeviren: Özlem Tüzel). (1. Baskı). Optimist Yayınları, İstanbul, 30.
- McGahuey, C.A., Gelenberg, A.J., Laukes, C.A., Moreno, F.A., Delgado, P.L., McKnight, K.M., Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. *J Sex Marital Ther*, 26(1): 25- 40.
- Metintas, S., Arykan, I., Kalyoncu, C., Özalp, S. (2010). Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural Remote Health*, 10(1):1230.
- Mirzaiinjmadadi, K., Anderson, D., Barnes, M. (2006). The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1): 28-34.
- Monteiro, N.E.S., Queiros, L.D., Lopes, D.B., Pedro, A.O., Macedo, G.A. (2018). Impact of microbiota on the use and effects of isoflavones in the relief of climacteric symptoms in menopausal women – A review. *Journal of Functional Foods*, 41: 100–111.
- Moon, Z., Hunter, M.S., Moss-Morris, R., Hughes, L.D. (2017). Factors related to the experience of menopausal symptoms in women prescribed tamoxifen. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3): 226-235.
- Mujahid, S., Siddiqui, A.A., Hussain, R. (2013). Awareness of menopausal symptoms among young Pakistani Women of different educational backgrounds. *J South Asian Feder Menopause Soc*, 1(1): 18-20.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi: Üroonkoloji derneği güz dönemi konuşması.
- Nappi, R.E., Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63(2): 138–141.
- Nappi, R.E., Martini, E., Martella, S., Capuano, F., Bosoni, D., Giacomini, S., Beraghi M., Spinillo, A. (2014). Maintaining sexuality in menopause. *Post Reproductive Health*, 20(1): 22–29.
- Nisar, N., Sohoo, N.A., Sikandar, R. (2012). Age and symptoms at natural menopause: A cross-sectional survey of rural women in Sindh Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 24(2): 90–94.

- Nwagu, E.K.N., Madu, B.C., Ede, E.N. (2012). Development of an instrument for measuring women's multi-dimensional attitudes towards menopause. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2(6): 48-58.
- Omidvar, S., Bakouie, F., Amiri, F.N. (2011). Sexual function among married menopausal women in Amol (Iran). *J Midlife Health*, 2(2): 77-80.
- Oskay, Ü. (2004). Klimakterium Döneminde Cinsellik. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13(52): 59-66.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal Urology*, 175(2): 654-658.
- Ören, M., Kızıltepe, R., Çengelci Özekes, B. (2016). Yaşlılıkta cinsellik. *Ege Tıp Dergisi*, 55 (Ek Sayı): 38-44.
- Özcan, H., Kızılkaya Beji, N. (2014). Menopoz döneminde cinsellik. Kadın Cinsel Sağlığı, 209-211. [http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND\\_2014\\_58\\_209\\_211.pdf](http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_58_209_211.pdf). Erişim Tarihi: 25.11.2019.
- Özcan, H., Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4): 157-163.
- Özer, Ü., Gözükara, F. (2016). Şanlıurfa'da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16-26.
- Özerdoğan, N., Sayiner, F.D., Köşgeroğlu, N., 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(1): 46-59.
- Özgür, N. (2007). Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Palacios, S., Henderson, V.W., Siseles, N., Tan, D., Villaseca, P. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, 13(5): 419-428.
- Palacios, S., Tobar, A. C., Menendez, C. (2002). Sexuality in the Climacteric Years. *Maturitas*, 43 (1): 69-77.



- Pehlivan, S., Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3): 385-395.
- Portman, D.J., Gass, M.L. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause*, 21(10):1063–1068.
- Rakıcıoğlu, N. (2012). Yaşlılık Döneminde Süt ve Süt Ürünleri Tüketimi, VIII. *Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Bildiri Kitabı*, 4-8 Nisan 2012, Belek, Antalya, 127-129.
- Ranjit, P.M., Guntuku, G., Pothineni, R.B. (2015). New atherogenic indices: Assessment of cardio-vascular risk in postmenopausal dyslipidemia. *Asian Journal of Medical Sciences*, 6(6): 25–32.
- Reis, N. (2003). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi, İstanbul.
- Rindner, L., Strömme, G., Nordeman, L., Hange, D., Gunnarsson, R., Rembeck, G. (2017). Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting – a randomized controlled trial. *Maturitas*, 98: 14–19.
- Ruan, X., Cui, Y., Du, J., Jin, F., Mueck, A.O. (2017). Prevalence of climacteric symptoms comparing perimenopausal and postmenopausal Chinese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3): 161–169.
- Salonia, A., Zanni, G., Nappi R.E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F., ve ark. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *European Urology*, 45(5): 642–648.
- Santos, T.R.D., Pereira, S.V.M., Santos, R.L. (2016). Intensity of climacteric symptoms in postmenopausal women. *Rev Rene*, 17(2): 225–232.
- Schuster, V., Eggersmann, T.K., Eifert, S., Ueberfuhr, P., Zugenmaier, B., Kolben, T.M., ve ark. (2016). Ascending aortic disease is associated with earlier menopause and shorter reproductive life Span. *Journal of Women's Health*, 25(9): 912–919.

- Senturk Erenel, A., Golbasi, Z., Kavlak, T., Dilbaz, S. (2015). Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. *Int J Nurs Pract*, 21(5): 575–583.
- Sert, G. (2009). Klimakterik dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, 36-52.
- 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 Medicine*, 55(2): 113-120.
- Sis Çelik, A., Pasinlioğlu, T., (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirelerin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 48-56.
- Sis, A. (2010). Menopoz dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarının evlilik uyumlarına etkisinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum*.
- Smith, A.J., Hall, D.R., Grové D. (2006). Postmenopausal hormone therapy and quality of life. *Gynecology and Obstetrics*, 9(3): 267-271.
- Soykan, A. (2004). The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res*, 16: 531-534.
- Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (7. Baskı) Sistem Ofset, Ankara, 451-464.
- Taşkın, L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (12. Baskı). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 567-583.
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. Baskı). Özyurt Matbaacılık, Ankara, 497-498.
- Tepe, S. (2012). Adana ili Havutlu Beldesi'nde 35-64 yaş kadınlarda cinsel işlevde menopozun etkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana*.
- Thomas, T., Kamath, N. (2017). Women's natural transition; Nature supports in climacteric life. *International Journal of Nursing Education*, 9(4): 144-147.
- Timur, S., Hotun Şahin, N. (2010). Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3): 61-67.

- Tortumluoğlu, G. (2003). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi, Erzurum.
- Tortumluoğlu, G. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-13. <https://j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/121/129>
- Tremayne, P., Norton, W. (2017). Sexuality and the older woman. *British Journal of Nursing*, 26(14): 819–824.
- Turfanda, A, Topuz, S. (2004) “Menopoz”, Jinekoloji, (Ed. S Berkman), Nobel Tıp. Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul, 87-97.
- Turhan, N.Ö., Doğan, D. (2006). Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite ( Yazar: Çolgar U.). (1. Baskı). İstanbul Medikal Yayınevi, İstanbul, 323-347.
- TÜİK. (2018). Türkiye İstatistik Kurumu 2018, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1100](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1100), Erişim tarihi: 13.11.2019.
- Tümer, A., Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3): 337-346.
- Uçanok, Z. (1994). Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Utian, H.W., Janata, W.J., Kingsberg, A.S., Schluchter, M., Hamilton, C.J. (2002). The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: Development and Validation of an Instrument to Quantify Quality of life through and beyond menopause. *Menopause*, 9(6): 402-410.
- WHO Scientific Group. (1996c). Research on the menopause, WHO Technical Report Series, Geneva: World Health Organization, 866.
- Woods N.F., Mitchell E.S. (2005). Symptoms during the perimenopause: Prevalence, severity, trajectory, and significance in women’s lives. *The American Journal of Medicine*, 118(12): 14-24.
- World Health Organization. (1996a). The WHOQOL Group, What Quality of Life, World Health Organization, 17: 354-356. Erişim Adresi: [\[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf\]](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf), Erişim Tarihi: 25.11.2019.

- World Health Organization. (1996b). Research on the Menopause in the 1990s. Geneva: World Health Organization, Erişim Adresi: [<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>], Erişim Tarihi: 25.11.2019.
- Yıldırım, F. (2019). Menopozun Eşlerin Evlilik ve Cinsel Uyuma Etkisi. *Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Çorum.
- Yılmaz, E. (2006). Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yılmaz, H., Oral, E. (2015). Obstetrik ve Jinekoloji (Çevirenler: Demir C, Güleç Ü.K.). (7. Baskı). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 363-370.
- Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5): 187–193.
- Yücesoy, İ., Çakıroğlu, Y. (2007). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji (Yazarlar: Çiçek, M.N., Mungan M.T.). Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 30-32.
- Zıvıdır, P., Sohbet, R. (2017). Menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisi. *Medical Sciences (NWSAMS)*, 12(1): 1-9.

## EKLER

### Ek 1-Kişisel Bilgi Formu I

- 1) Yaş:.....
- 2) Eğitim: 1) Okur yazar-okur yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise ve üzeri
- 3) Çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor 3) Emekli
- 4) Eşin yaşı:.....
- 5) Eşin eğitimi: 1) Okur yazar-okur yazar değil 2) İlkokul  
3) Ortaokul 4) Lise ve üzeri
- 6) Eşin çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor 3) Emekli
- 7) Aile tipi: 1) Çekirdek 2) Geniş
- 8) Size göre ailenin gelir durumu: 1) Kötü 2) Orta 3) İyi
- 9) Sosyal güvencesi: 1) Var 2) Yok
- 10) Sigara kullanma durumu: 1) Evet 2) Hayır
- 11) İlk evlenme yaşı: .....
- 12) Evlilik yılı: .....
- 13) Toplam gebelik sayısı: .....
- Yaşayan çocuk sayısı: .....
- Abortus sayısı:.....
- 14) Birlikte yaşadığı çocuk sayısı: 1) Yok 2) Bir-İki 3) Üç ve üzeri
- 15) Eşinizle iletişiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 16) Ailenizde kararlara katılma durumunuz:  
1) Katılıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kısmen katılıyorum
- 17) Sağlık durumunuzu nasıl buluyorsunuz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 18) Tanı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı? )Var..... 2)Yok
- 19) Tanı konmuş fiziksel bir hastalığınız var mı? 1) Var..... 2)Yok
- 20) Menopoza girme şekli:  
1) Kendiliğinden adetlerim düzensizleşti ve sonra kesildi  
2) Aniden adetten kesildim  
3)Ameliyattan sonra menopoza girdim (ne ameliyatı?).....  
4) Diğer.....
- 21) En son ne zaman adet gördünüz?.....

- 22) Menepoza yönelik şikâyetleriniz var mı? 1) Evet 2) Hayır
- 23) Menepoza yönelik şikâyetleriniz varsa nelerdir?.....
- 24) Menopoz şikâyetlerinizi kiminle paylaşıyorsunuz? (Birden fazla yanıt verilebilir)
- 1) Hiç kimse 2) Çocuklar 3) Eş 4) Arkadaş-kardeş 5) Diğer.....
- 25) Menopoz sizin için ne ifade ediyor? (Birden fazla yanıt verilebilir)
- 1) Doğal, normal bir süreç olarak
- 2) Kadınlık özelliklerinin yok olması
- 3) Üretkenliğin bitmesi
- 4) Yaşlandığını hissetme
- 5) Cinselliğin azalması / bitmesi
- 6) Diğer.....
- 26) Menopoz dönemini algılama durumu: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü 4) Kararsız
- 27) Hormon tedavisi kullanma: 1) Evet 2) Hayır
- 28) Menopoz ile ilgili bir eğitim aldınız mı?
- 1) Evet (Eğitimi nerede aldınız.....) 2) Hayır

## Ek 2- Kişisel Bilgi Formu II

- 1) Yaş:.....
- 2) Eğitim: 1) Okur yazar-okur yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise ve üzeri
- 3) Çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor 3) Emekli
- 4) Eşin yaşı.....
- 5) Eşin eğitimi: 1) Okur yazar-okur yazar değil 2) İlkokul  
3) Ortaokul 4) Lise ve üzeri
- 6) Eşin çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor 3) Emekli
- 7) Aile tipi: 1) Çekirdek 2) Geniş
- 8) Size göre ailenin gelir durumu: 1) Kötü 2) Orta 3) İyi
- 9) Sosyal güvencesi: 1) Var 2) Yok
- 10) Sigara kullanma durumu: 1) Evet 2) Hayır
- 11) İlk evlenme yaşı: .....
- 12) Evlilik yılı: .....
- 13) Toplam gebelik sayısı: .....  
Yaşayan çocuk sayısı: .....  
Abortus sayısı:.....
- 14) Birlikte yaşadığımız çocuk sayısı: 1) Yok 2) 1- 2 3) 3 ve üzeri
- 15) Eşinizle iletişiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 16) Ailenizde kararlara katılma durumunuz:  
1) Katılıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kısmen katılıyorum
- 17) Sağlık durumunuzu nasıl buluyorsunuz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 18) Tanı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı? 1)Var..... 2)Yok
- 19) Tanı konmuş fiziksel bir hastalığınız var mı? 1) Var..... 2)Yok

### Ek 3- Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği

Aşağıda bulunan her bir cümlenin altında “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” seçenekleri yer almaktadır. Her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve size uyan seçeneği çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kadınlar yaşamlarında menopozu, genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.					
2. Kadınlar menopozdan sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.					
3. Menopozda kadın kendisinde anlayamadığı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.					
4. Erkekler, menopoz sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.					
5. Kadınlar genellikle menopoz döneminde sinirli ve gergin olurlar.					
6. Birçok kadın menopozdan sonra artık “gerçek” bir kadın olmadığını düşünür.					
7. Pek çok kadın adet kesilmekten üzüntü duyar.					
8. Menopoz bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.					
9. Kadınlar menopoz sırasında birtakım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.					
10. Aslında hemen hemen her kadın yaşantısında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.					
11. Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir.					
12. Kadınları menopoz döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilememektir.					
13. Kadınlar genellikle menopozdan sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar.					
14. Pek çok kadın menopoz döneminde üzüntülü ve çökkün olur.					
15. Menopoz pek çok kadının yaşamını alt üst eder.					
16. Menopoz bir kadının yaşamında pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir.					
17. Kadınlar menopoz sonrasında genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler.					
18. Menopoza girmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.					
19. Pek çok kadın için menopoz katlanması oldukça zor bir durumdur.					
20. Menopoza giren pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.					



#### Ek 4-Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Lütfen her maddede bugün dahil geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

##### 1) Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

##### 2)Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

##### 3)Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

##### 4)Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

##### 5)Orgazmınız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

## Ek 5-Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ile menopozal dönemdeki yaşam kaliteniz değerlendirilmekte olup, aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi lütfen son bir ayınızı düşünerek belirtiniz. Aşağıdaki ifadeleri size uygunluğuna göre, 1'den 5'e doğru sıralayınız. Eğer aşağıdaki ifadelere **kesinlikle katılmıyorsanız 1'i, katılmıyorsanız 2'yi, biraz katılıyorsanız 3'ü, katılıyorsanız 4'ü, kesinlikle katılıyorsanız 5'i** işaretleyiniz. Her soruyu yanıtladığınızınza emin olunuz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Hayatımda benim için önemli olan şeyleri kontrol edebiliyorum.					
2. Günlük işlerimi yaparken zorlanıyorum.					
3. Yaptığım iş/diğer etkinliklerimin topluma faydası olduğuna inanıyorum.					
4. Cinsel hayatımdan memnun değilim.					
5. Partnerimle/eşimle yaşadığım duygusal hayatımdan memnunum.					
6. İş ve ev hayatımda takdir ediliyorum.					
7. Dış görünüşümden memnun değilim.					
8. Beslenme düzenim besin içeriği yönünden sağlıklı değil.					
9. Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığına sahibim.					
10. Düzenli olarak haftada en az 3 kez egzersiz yapıyorum.					
11. Ruh halim genellikle depresiftir/karamsardır.					
12. Sık sık endişe yaşarım.					
13. Başıma gelen olayların çoğunu kontrol edemiyorum.					
14. Eşimle yaşadığım cinsel ilişki sıklığından memnunum.					
15. Bugünlerde cinsel ilişki sırasında acı ve bedensel rahatsızlık yaşıyorum.					
16. Fiziksel sağlığımyı kontrol edemiyorum.					
17. İş başarılarımla /diğer etkinliklerimin başarılarıyla gurur duyuyorum.					
18. Hayatımın yeni şeyler yapmak için beni teşvik ettiğine inanıyorum.					
19. Kendime sürekli yeni hedefler koyuyorum.					
20. Hayatımda iyi şeylerin olacağına inanıyorum.					
21. Fiziksel olarak kendimi sağlıklı hissediyorum.					
22. Fiziksel olarak kendimi formda hissediyorum.					
23. Kendime sürekli yeni hedefler koyuyorum.					

## **Ek 6- C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu**

Sayın katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Menopoz Döneminde Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutumlarının Cinsel Yaşam ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, menopoz döneminde olan ve olmayan evli kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsel yaşam ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir. Bu araştırma ile bireylerin menopozal belirtileri ile baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi, menopoz döneminde olan ve olmayan kadınların menopoza ilişkin olumlu tutum sergilemeleri sağlanarak cinsel yaşantılarının ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, menopoz nedeniyle karşılaşılan fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların daha önce belirlenerek olumlu tutum oluşturulabileceği düşünülmektedir. Ayrıca elde edilen bulgular, fiziksel ve ruhsal sorunlar gelişmeden önce yapılacak sağlıklı koruyucu önlemlerin alınmasında, kadınlara verilecek eğitim ve danışmanlıklarda yol gösterici olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almanız için bir defa anketleri cevaplamanız yeterli olup, araştırmada sizin gibi menopozda olan/olmayan evli kadınlar yer alacaktır. Çalışmanın yaklaşık olarak altı ay (Ocak-Haziran 2019) sürmesi planlanmaktadır.

Araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmada elde edilecek bulgular bilim dünyasına katkı sağlayacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0-5342831124 numaralı telefondan araştırmacı Dr. Öğretim Üyesi Şükran Ertekin Pınar’a başvurabilirsiniz.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde araştırmacılar tarafından size ilk olarak menopoz döneminde olanlar için 28 sorudan (Kişisel Bilgi Formu) oluşan sizin kendiniz ve menopoz döneminizle ilgili özelliklerinizi belirlemeye yönelik sorular sorulacaktır. Menopoz döneminde olmayanlar için 19 soruyu içeren (Kişisel Bilgi Formu) kendi özellikleriniz ile ilgili sorular sorulacaktır. Daha sonraki 20 soru hem menopoz hem de menopoz döneminde olmayanlar için menopoza yönelik bakış açınızı belirlemeye yönelik (Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği), 23 soru yaşam kalitenizi değerlendirmeye yönelik (Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve 5 soru cinsel yaşantınızı değerlendirmeye yönelik olan (Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği) sorular sorulacaktır. Toplam menopoz döneminde olan kadınlar için 76, menopoz döneminde olmayan kadınlar için ise 67 soru bulunmaktadır. Yaklaşık olarak soruları cevaplamanızın 15-20 dakika kadar sürmesi planlanmaktadır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol aēmayacaktır. Araştırıcı araştırmanın gereklerini yerine getirmemeniz, ēalıřma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan ēıkarabilir. Araştırmanın sonuēları bilimsel amaēla kullanılacaktır, ēalıřmadan ēekilmeniz ya da araştırıcı tarafından ēıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaēla kullanılabilir.

### **ēalıřmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gōnüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sōzlü olarak dinledim. Aklıma gelen tōm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sōzlü olarak bana yapılan tōm aēıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. ēalıřmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem iēin bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gōzden geēirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yūrūtücüsüne yetki veriyor ve sōz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiēbir zorlama ve baskı olmaksızın gōnüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

### **Gōnüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### **Aēıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Gōrevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş gōrevlisinin/gōrüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Gōrevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## İZİNLER

### Ek 7-Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopoz Döneminde Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoza İlişkin Tutumlarının Cinsel Yaşam ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğret. Üyesi Şükran Ertekin Pınar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:





## CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopoz Döneminde Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoz İlişkin Tutumlarının Cinsel Yaşam ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-12/27	Tarih: 05.12.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyostatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altinkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



## Ek 8- İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.  
ERZURUM VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44827528-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sn. Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR  
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü  
Kampüs /SİVAS

İlgi : 25.01.2019 tarihli dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde, sorumlu araştırmacısı olduğunuz "Menopoz Döneminde Olan ve Olmayan Evli Kadınların Menopoz İlişkin Tutumlarının Cinsel Yaşam ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" başlıklı araştırmanın Şenay POLAT tarafından yapılabilmesi için izin talebinde bulunduğunuz tarafımıza bildirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmü ile 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Ayrıca işlenecek Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 6. maddesinin (4) numaralı fıkrası ile 22 nci maddesinin (1) numaralı fıkrasının (ç) bendi kapsamında hazırlanan "Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Veri Sorumlularınca Alınması Gereken Önlemler" konulu 31.01.2018 tarih ve 2018/10 sayılı kurul kararları mevcuttur. Konuya ilişkin olarak yapılan değerlendirme neticesinde, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerektiği kararı alınmıştır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri içerisinde ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmacının yürütülmesi gerekmektedir.

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4c917506-2731-4ba7-9477-e8843c869ab2 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emine ŞAT CANCAN

EBE

Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 1131

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur. Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim etmeniz ve uyarılarımıza hassasiyetle uymanız hususunda;  
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.  
Dr. İbrahim YILDIRIM  
Müdür a.  
Başkan





## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Şenay POLAT
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas-1994
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Narman İlçe Sağlık Müdürlüğü, Erzurum
E-posta Adresi	senaypolat1905@gmail.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Anadolu Mehmet Gökhan Ay Lisesi, 2012
Lisans	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2016
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019
Unvan	Ebe

### İş Tecrübesi

Sivas Özel Medicana Hastanesi	Ebe, 2016
Erzurum, Narman İlçe Entegre Hastanesi	Ebe, 2017-

### Yayınlar

1. Ertekin Pınar, Ş., **Polat, Ş.** (2019). Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağılılığı ile ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(3): 448-456.
2. Ertekin Pınar, Ş., **Polat, Ş.** (2019). Menopoz döneminde olan kadınların evlilik uyumlarının incelenmesi (Sözel Bildiri), 6. Uluslararası, 10. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 19–21 Nisan 2019, Sivas.
3. Ertekin Pınar, Ş., **Polat, Ş.** (2018). Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağılılığı ile ilişkisi (Poster Bildiri), 5. Uluslararası, 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 03–05 Mayıs 2018, Amasya.
4. Yıldırım, G., **Polat, Ş.**, Aksaray, B. (2018). Sağlık çalışanlarının ekip içerisindeki tutumlarının ekibin yönelim tipi yararlılık durumu motivasyon ve doyumuyla ilişkisinin belirlenmesi (Poster Bildiri), 5. Uluslararası, 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 03–05 Mayıs 2018, Amasya.