

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN
CİNSEL İŞLEV ÖZELLİKLERİ: TOPLUM
TEMELLİ ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

TUĞBA ANDAÇ

İSTANBUL, 2015

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN
CİNSEL İŞLEV ÖZELLİKLERİ: TOPLUM
TEMELLİ ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

TUĞBA ANDAÇ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ergül ASLAN

İSTANBUL, 2015

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: "Klimakterik Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlev Özellikleri: Toplum Temelli Çalışma"


Öğrencinin Adı Soyadı : Tuğba ANDAÇ

Tez Savunma Tarihi : 22.05.2015

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Prof. Dr. Orhan BAŞUCU
Enstitü Müdürü V.
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylıyorum.


Yrd. Doç. Dr. Sennur KULA ŞAHİN
Program Koordinatörü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri


Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ergül ASLAN

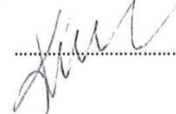
Üye
Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR

Üye
Yrd. Doç. Dr. Sennur KULA ŞAHİN

İmzalar


.....


.....


.....

İTHAF

Bu çalışmamı aileme ithaf ediyorum...

ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitimimde tüm zorluklara rağmen, tez çalışmamızın en iyi şekilde planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında bana yol gösteren, engin bilgileriyle gelişimime katkı sağlayıp, ufkumu genişleten, desteğini bir an bile eksik hissetmediğim değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ergül Aslan'a ve kendisiyle tanışmama vesile olan, bilgi ve deneyimleri ile desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zehra Durna'ya; engin bilgilerini paylaşmaktan sıkılmayan ve manevi desteklerini üzerimde her zaman hissettiğim değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı, Sayın Prof. Dr. Gülay Görak, Sayın Prof. Dr. Cem Sütçü, Sayın Doç. Dr. Semiha Akın, Sayın Doç. Dr. Erkan Akyazı, Sayın Yrd. Doç.Dr. Başak Mendi'ye; tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen Kemal Hacıyüzbaşıoğlu Aile Sağlığı Merkezi ekip üyelerine ve bana her zaman güç veren, desteğini ve umudunu benden esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul – 2015

Tuğba ANDAÇ

ÖZET

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL İŞLEV ÖZELLİKLERİ: TOPLUM TEMELLİ ÇALIŞMA

TUĞBA ANDAÇ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ergül ASLAN

Mayıs, 2015 115 sayfa

Bu çalışma, klimakterik dönemdeki kadınların cinsel işlev özelliklerini toplum temelli olarak belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Ocak-Mayıs 2015 tarihleri arasında, kesitsel tanımlayıcı nitelikte ve toplum temelli olarak gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini; 45-65 yaş arası klimakterik dönemde olan, cinsel yönden aktif ve düzenli cinsel yaşamı olan, mental düzeyi ve okuma yazma durumu yeterli, araştırmaya katılmaya gönüllü 282 klimakterik kadın oluşturmuştur.

Çalışmada veri toplama araçları olarak, kadınların sosyo-demografik ve genel sağlık özelliklerini belirlemek için Tanılama Formu, menopoz semptomlarını değerlendirmek için Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), cinsel işlevleri değerlendirmek için Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), cinsel memnuniyeti belirlemek için Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) kullanılmıştır. Formlar evde uygun ortam sağlanarak, araştırmacı tarafından mahremiyete özen gösterilerek ve etik kurallara uyularak, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Her bir görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür.

Elde edilen verilere göre, klimakterik dönemde menopoz semptomlarının görülme sıklığının arttığı, klimakterik döneme özgü değişiklikler oldukça, kadın cinsel yaşamının ve memnuniyetinin azaldığı, somatik şikayetlerin cinsel memnuniyeti etkilemediği, somatik ve psikolojik şikayetlerin cinsel isteği, psikolojik şikayetlerin ise cinsel doyumu etkilemediği; kadın cinsel işlevlerinin cinsel memnuniyeti pozitif yönde etkilediği; kadın cinsel işlevinin ve cinsel memnuniyetin sosyo-demografik özellikler, obstetrik/jinekolojik özellikler ve genel sağlık durumlarından etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak, klimakterik dönemdeki menopoz semptomlarının kadında cinsel yaşamın olumsuz yönde etkilendiği ve memnuniyetinin azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Klimakteriyum, Menopoz, Cinsel İşlev Özellikleri, Cinsel Memnuniyet

ABSTRACT

WOMEN'S SEXUAL FUNCTION IN CLIMACTERIC PERIOD: A POPULATION-BASED STUDY

TUĞBA ANDAÇ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Counsellor to Thesis: Assoc.Prof. Ergul ASLAN

May, 2015 115 pages

The study has been conducted for determining the sexual function of climacteric women.

This population-based study conducted between January and May of 2015 with cross-sectional and descriptive qualities has used the following as its sample subject is 282 between 45 to 65 year old women volunteers in their climacteric period who are sexually active with a regular sexual life, with a healthy mental state and adequate intellect.

For collecting data; identification forms for determining the subjects' socio-demographic and general health properties, Menopause Rating Scale (MRS) for the evaluation of their menopausal symptoms, The Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate their sexual functionalities, and Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) to investigate on sexual contentment. The forms have been applied in person within a house environment with respect to common courtesy, ethics and privacy. Each interview has taken 30 minutes on average.

Based on the data gathered, it has been observed that; menopausal symptoms increase during the climacteric phase, female sexual activity and contentment decrease as the unique changes of the climacteric phase kick in, somatic complaints or problems do not have an effect on sexual satisfaction, sexual drive is not affected by somatic or psychological complaints or problems, sexual contentment or satisfaction is not affected by psychological complaints or problems, female sexual functionality has a positive effect on sexual contentment, and female sexual functionality and sexual contentment are affected by socio-demographic properties, obstetrical/gynecological properties and the general health state of the individual.

In conclusion, it was observed that menopausal symptoms experienced during the climacteric period have a negative effect on sexual activity and sexual satisfaction.

Keywords: Climacterium, Menopause, Sexual Function, Sexual Satisfaction

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar	viii
KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİ	3
2.1.1 Premenopoz Dönemi	3
2.1.2 Menopoz Dönemi.....	3
2.1.3 Postmenopoz Dönemi	4
2.1.4 Perimenopoz Dönemi	4
2.2 MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER.....	4
2.2.1 Vazomotor Değişiklikler	5
2.2.2 Ruhsal Değişiklikler	5
2.2.3 Kardiyovasküler Sistemde Değişiklikler	6
2.2.4 Kas-İskelet Sisteminde Değişiklikler	7
2.2.5 Sindirim Sistemindeki Değişiklikler	7
2.2.6 Vulva-Vajina Atrofisi.....	7
2.3 KADIN CİNSEL SAĞLIĞI	9
2.3.1 Kadında Cinsel Yanıt Evreleri.....	9
2.3.2 Kadınlarda Cinsel Nöro-hormonal Fizyoloji	12
2.3.3 Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları	13
2.3.4 Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Etiyolojik Faktörler	16
2.4 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİ VE CİNSELLİK.....	18
2.4.1 Klimakteriyum Döneminde Cinselliği Etkileyen Faktörler	20
2.5 KADIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI.....	26
2.6 KADINDA CİNSEL İŞLEVİN DEĞERLENDİRİLMESİ	27
2.7 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİNDEKİ CİNSEL İŞLEV DEĞİŞİKLİKLERİNE YÖNELİK TEDAVİ YAKLAŞIMLARI.....	28
2.7.1 Hormon Tedavisi (HT).....	29
2.7.2 Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri.....	33
2.8 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİNDEKİ CİNSEL İŞLEV SORUNLARIYLA BAŞETMEDE HEMŞİRENİN ROLÜ	34
3. VERİ VE YÖNTEM.....	36
3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	36
3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	36
3.3 ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	36
3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	36
3.5 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	37

3.6	ARAŞTIRMA SORULARI	37
3.7	VERİLERİN TOPLANMASINDA İZLENEN YOL.....	37
3.8	VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR	37
3.8.1	Tanımlama Formu.....	38
3.8.2	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği/MSDÖ (Menopause Rating Scale/MRS)	38
3.8.3	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi /KCFİ (The Female Sexual Function Index/FSFI).....	39
3.8.4	Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği/KCMÖ (Sexual Satisfaction Scale for Women/SSS-W)	40
3.9	VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	42
4.	BULGULAR.....	43
4.1	KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	43
4.2	KADINLARIN KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ CİNSEL İŞLEV ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	50
4.3	KADINLARIN KLİMAKTERİK DÖNEMDE TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT DEĞİŞKENLERİN MENOPOZ SEMPTOMLARI, CİNSEL İŞLEV VE CİNSEL MEMNUNİYETE ETKİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	54
5.	TARTIŞMA.....	69
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	76
	KAYNAKÇA	79

TABLULAR

Tablo 2.1: Orgazm ve klitoral stimülasyon sırasında kadında beyin aktivasyon ve deaktivasyon alanları.....	13
Tablo 2.2: DSM-IV-TR ve Amerikan Üroloji Birliği'ne (AUA) göre kadın cinsel işlev bozukluklarının tanı kriterleri	14
Tablo 2.3: DSM IV-TR ve DSM V-TR'deki Değişiklikler	16
Tablo 3.1: FSFI Alt Boyut Puanları	40
Tablo 3.2: KCMÖ'nin Puanlaması	41
Tablo 3.3: KCMÖ alt boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları (n=300).....	41
Tablo 3.4: KCMÖ alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları	42
Tablo 4.1: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=282).....	44
Tablo 4.2: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Alışkanlıkları (n=282).....	45
Tablo 4.3: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların ve Eşlerinin Kronik Sağlık Sorunları (n=282).....	46
Tablo 4.4: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların İlaç Kullanım Durumu (n=282)....	47
Tablo 4.5: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=282)	47
Tablo 4.6: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri (n=282).....	48
Tablo 4.7: MSDÖ Puanları (n=282)	49
Tablo 4.8: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Cinsel Sorunları (n=282).....	49
Tablo 4.9: Kadınların Klimakterik Dönemde KCFİ Alt boyut ve Toplam Puanları (n=282).....	50
Tablo 4.10: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Alt boyut ve Toplam Puanları (n=282).....	50
Tablo 4.11: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi (n=282).....	51
Tablo 4.12: KCFİ ve MSDÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi (n=282)	51
Tablo 4.13: KCMÖ ve MSDÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi (n=282)	52
Tablo 4.14: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı	55
Tablo 4.15: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının BKİ'ne Göre Dağılımı	58
Tablo 4.16: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Adet Görme Durumuna Göre Dağılımı	59
Tablo 4.17: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Adetten Kesilme Yaşına Göre Dağılımı	60
Tablo 4.18: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Menopoz Sonrası İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 4.19: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Kronik Sağlık Sorunu Olmasına Göre Dağılımı	62
Tablo 4.20: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Kadınların Eşinde Kronik Sağlık Sorunu Olmasına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 4.21: MSDÖ, KCMÖ ve KCFİ Puanlarının Sürekli İlaç Kullanımına Göre Dağılımı	65

Tablo 4.22: MSDÖ, KCMÖ ve KCFİ Puanlarının Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	66
Tablo 4.23: MSDÖ, KCMÖ ve KCFİ Puanlarının Cinsel Yaşamda Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı	67

KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
AUAF	: Amerikan Üroloji Birliği
AFUD	: American Foundation for Urologic Disease (Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BSO	: Bileateral Salfing Oofrektomi
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
DHEA	: Dehydroepiandrosterone
DM	: Diabetes Mellitus (Diyabet)
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization/WHO)
E₁	: Estron
E₂	: Estradiol
E₃	: Estriol
GSSAB	: Küresel Cinsel Davranış Çalışması
FAI	: Free Androjen Index (Serbest Androjen İndeksi)
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
FSAD	: Female Sexual Arousal Disorder (Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu)
FOD	: Female Orgasmic Disorder (Kadın Orgazm Bozukluğu)
HT	: Hormon Tedavisi
HSDD	: Hypoactive Sexual Desire Disorder (Hipoaktif Cinsel İstek Hastalığı)
ICD-10	: International Classification of Diseases-10
KCFİ	: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
KCMÖ	: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği
KMY	: Kemik Mineral Yoğunluğu
LH	: Luteinizan Hormon
MWHP	: Melbourne Women's Health Project (Melbourne Kadın Sağlığı Projesi)
MS	: Multiple Skleroz
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
NATSAL	: Ulusal Cinsel Davranış ve Yaşam Tarzı Anketi
NHSLS	: Ulusal Sağlık ve Sosyal Hayat Anketi
NO	: Nitrik Oksid
OKS	: Oral Kontraseptif
POA	: Preoptik alan
SHBG	: Seks Hormon Binding Globulin
SÖİ	: Serbest Östrojen İndeksi
SWAN	: Study of Women's Health Across the Nation (Ulusal Kadın Sağlığı Çalışması)
TAH	: Total Abdominal Histerektomi
TENS	: Transkutanöz Sinir Stimülasyonu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

VAH	: Vajinal Histerektomi
VIP	: Vazoaktif İntestinal Peptid
VMN	: Ventromedial Nükleus
WAS	: World Association for Sexual Health (Dünya Cinsel Sağlık Birliği)

1. GİRİŞ

Klimakteriyum dönemi, 40-65 yaş arası premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz dönemlerini içine alan kadının üreme çağından üreme sonrası çağa geçişini gösteren, endokrinolojik ve vazomotor semptomların görülebildiği, fiziksel ve anatomik değişikliklerden olduğu kadar psikolojik değişimlerden de etkilendiği önemli bir dönemdir (Avcı 2013, Çoban ve diğ. 2008, Palacios ve diğ. 2002). Klimakteriyum ve menopoz tanımları birbirine karışmaktadır. Klimakteriyum; Dünya Sağlık Örgütü/DSÖ (World Health Organization/WHO) tarafından “ovaryum aktivesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması” şeklinde tanımlanan menopoz evresini içine alan, cinsel olgunluk döneminden yaşlılık dönemine kadar süren devredir (Tepe 2012, Sis 2010).

Klimakteriyum döneminde ortaya çıkan semptomlar kadının yaşam kalitesini düşürmekte (Avcı 2013), kadın cinsel işlevlerini ve dolayısıyla cinsel memnuniyeti olumsuz yönde etkilemektedir (Özerdoğan ve diğ. 2009, Aslan 2008, Oksüz ve Malhan 2006, Safarinejad 2006, Yeni 2004).

DSÖ, cinsel sağlığı “cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi” olarak tanımlamaktadır (Abalı 2014, WHO 1996).

Kadın cinsel işlev bozukluğu; cinsel yanıt evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasında bozulma olmasıdır (İncesu 2004, Rosen ve diğ. 2000). Cinsel yanıt tanımı ilk olarak 1966 yılında Masters ve Johnson tarafından yapılmış; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olmak üzere dört evreye ayrılmıştır (Masters ve Johnson 1994). Ardından Kaplan evreleri; istek, uyarılma ve orgazm olarak tanımlamış (Yaşar ve diğ. 2012), Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı/AFUD ise sınıflandırmayı 2000 yılında, cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olarak yeniden sınıflandırmıştır (Hansen ve diğ. 2004).

Klimakterik dönemde yaşanan cinsel değişimlere sebep olan en önemli faktörler, ilerleyen yaşla birlikte ovaryum aktivitesinin azalması ve östrojen, progesteron, androjen seviyesindeki değişikliklerdir (Başgöl 2013, Tepe 2012, Frank ve diğ. 2008). Bu

değişikliklerle birlikte vulva-vajina atrofisi, libidoda düşüklük, orgazm olamama, lubrikasyonda azalma gibi olumsuz etkiler sonucu cinsel yanıt evrelerinde bozulma, dolayısıyla cinsel işlev bozukluğu görülebilir (Nappi ve Kokot 2010, Rosen ve diğ. 2000).

Menopoz ve menopoz sonrası dönemde görülen değişiklikler, duygu durum bozuklukları, obezite, kronik hastalıklar kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenlerdir (Aslan 2013).

Farklı kültürler ve toplumlarda yapılan çalışmalarla cinsel işlev bozukluklarının genel olarak prevelansında benzerlik olsa da, bölgesel olarak değişiklikler görülebilmektedir. Cinselliğin tabu olarak görüldüğü, cinsel eğitimin verilmediği, yasaklandığı toplumlarda vajinismus ve isteksizlik daha çok görülmektedir (İncesu 2004).

Cinsel işlev bozukluğu prevelansının yüksek olmasına rağmen, sağlık kurumlarına başvuru oranları düşüktür (Tepe 2012, Nalbant 2009).

Klimakteriyum dönemi, cinsel sağlığı etkileyen, sağlık profesyonelleri tarafından özenle ele alınması gereken bir dönem olmasına rağmen, sağlık profesyonellerinin cinsellik ve klimakteriyum dönemle ilgili bilgi eksikleri sebebiyle çok fazla irdelenmemektedir. Kadın sağlığının gelişmesi, cinsel memnuniyetin artırılması için sorunların erken dönemde sorgulanması, saptanması ve çözüme ulaştırılması önemlidir (Kütmeç 2009).

Bu çalışma ile klimakterik dönemdeki kadınların, sosyo-demografik özellikleri, obstetrik/jinekolojik özellikleri, genel sağlık durumları ve bu dönemde yaşadıkları değişiklikler incelenmiş; bu faktörlerin, cinsel işlevi ve cinsel memnuniyeti ne yönde etkilediği araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİ

Klimakteriyum (Climacterium); Yunanca bir kelime olup merdiven basamağı anlamına gelen “klimakterikoz” kelimesinden türetilmiştir (Görgel ve Çakıroğlu 2007, Taşkın 1998).

Klimakteriyum; kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında, hormonal dengenin değiştiği ve menopoz semptomları ile karakterize, yaşam kalitesini etkileyen patolojik olayların görülebildiği, kadın hayatında önemli bir aşama, bir geçiş dönemidir. Sadece kadını değil, ailesini ve toplumu da önemli ölçüde etkilemektedir (Tortumluoğlu ve Erci 2003, Taşkın 1998).

Klimakteriyum dönemi, ortalama 40-65 yaş dönemini kapsar ve premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz dönemlerinden oluşur (Avcı 2013, Taşkın 1998). 2013 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları /TNSA, ülkemizde 46-47 yaş grubu kadınların yüzde 27,3'ünün, 48-49 yaş grubu kadınların ise yüzde 49'unun menopoza girdiğini göstermektedir (TNSA 2013).

2.1.1 Premenopoz Dönemi

Klimakteriyumun ilk fazıdır. Düzensiz siklus, birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir. Fertilite şansı düşüktür. Vazomotor semptomlar bu fazda ortaya çıkar (Taşkın 1998).

2.1.2 Menopoz Dönemi

Menopoz sözcüğü Yunanca Mens (ay) ve Pause (durmak) sözcüklerinden türemiştir. DSÖ'ye göre menopoz, “Ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması”dır. Klinik olarak ise, son adet kanamasından sonraki 12 ay boyunca hiç adet görmeme olarak tanımlanır (Tepe 2012). Üreme çağı proliferasyon fazı değerlerine göre Folikül Stimulan Hormon (FSH) 13 kat, Luteinizan Hormon (LH) 3 kat artar (Avcı 2013).

2.1.3 Postmenopoz Dönemi

Overial hormonlardaki azalmaya bağlı, vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtilerin görüldüğü; menopozu izleyen dönemdir (Taşkın 1998). Yetmiş altı yıl yaşayacağı öngörülen bir kadın, yaşamının 1/3'lük dilimini postmenopoz döneminde geçirecektir (Avcı 2013).

2.1.4 Perimenopoz Dönemi

Premenopoz, menopoz ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsar. Ruhsal durumda değişiklikler, sinirlilik, anksiyete ve depresyon bu dönemde sık görülür. Klimakterik dönemde fizyolojik ve biyokimyasal değişimler, orta yaş dönemi ve kültürel özellikler emosyonel dengeyi etkiler (Taşkın 1998).

Menopoza giriş şekli, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre iki şekilde gerçekleşebilir. Başlangıç yaşına göre; doğal menopoza girme yaşı 40'ın altında ise buna "prematür over yetmezliği" yani erken menopoz; menopoza giriş yaşı 45-54 yaşları arasında gerçekleşmişse "normal menopoz"; 55 yaşın üzerinde hala menstruasyon devam ediyorsa "geç menopoz" olarak adlandırılır (Sis 2010, İntepe 2007, Taşkın 1998). Erken menopozun sebepleri arasında oofektomi, kemoterapi, rezistan over sendromu, küretaj ve düşüklükler, sık gebelikler, uzun süre emzirme, hipotiroidizm, obezite vb. etkenler bulunmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Menopoza giriş şekli oluş biçimine göre sınıflandırıldığında; over yetmezliğine bağlı östrojen hormonundaki azalma ile meydana gelen, üreme siklusunun ortadan kalktığı, endokrinolojik değişikliğe "doğal menopoz"; overlerin cerrahi bir işlemle alınmasıyla oluşan menopoz durumuna ise "cerrahi menopoz" denir. Üreme çağındaki kadınlarda histerektomi sırasında overler alınmamışsa cerrahi menopoz görülmemektedir (Sis 2010, İntepe 2007, Taşkın 1998).

2.2 MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER

Menopozla birlikte vazomotor sistemde, psikolojik durumda, kardiyovasküler sistemde, kas-iskelet sisteminde, sindirim sisteminde ve cinsel yaşamdaki

değişikliklerle birlikte, vulva-vajina atrofisi görülebilmektedir. Duygu durum ve cinsel işlevlerdeki değişiklikler, menopoza giriş evresinde değişmekte, postmenopoz döneminde premenopoz dönemine göre daha yoğun yaşanmaktadır (Amore ve diğ. 2004, Dennerstein ve diğ. 2002).

2.2.1 Vazomotor Değişiklikler

Vazomotor değişikliklerin belirtileri yüz kızarması, sıcak basması, gece terlemesi şeklinde görülür. Görülen semptomlar ateş basması, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı, uykusuzluk, kulak çınlaması, gözün önünde siyah cisimlerin uçuşması, nefes darlığı, çarpıntı, bulantı, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, titreme ve dikkati toplayamazdır (Sis 2010, Dennerstein ve diğ. 2009, Taşkın 1998). Vazomotor semptomlar, östrojendeki ani düşüş sebebiyle cerrahi menopozda, doğal menopoza kıyasla daha şiddetli yaşanmaktadır (Burger ve diğ. 2007, Davis ve Burger 1996).

2.2.2 Ruhsal Değişiklikler

Menopoza ilişkin psikolojik belirtiler; depresif ruh hali, sinirlilik, kendine olan güvende azalma, karar vermede zorluk çekme, kaygı (endişe), unutkanlık, dikkat toplamada güçlük çekme, kendini değersiz hissetme, uykusuzluk, yorgunluk hissi, baş dönmesi nöbetleri ve cinsel istekte azalmadır (Sis 2010).

Perimenopozdaki kadınlar depresyona daha yatkındırlar ve antidepresan ilaçların yan etkilerini bilerek kullanmaları gerekir. Fazla alkol kullanımıyla ilgili danışmanlık alabilirler (Davis ve Jane 2011).

Simon'ın yaptığı bir araştırmada, klimakteriyum döneminde iritabilite, sinirlilik yüzde 91, depresyon yüzde 86, konsantrasyon kaybı yüzde 82, kişilik değişikliği yüzde 81, uyku bozukluğu yüzde 77, motivasyon yokluğu yüzde 77, hafıza kusuru yüzde 75, sıcak basması yüzde 37, baş ağrısı yüzde 19 ve aşırı terlemenin yüzde 18 oranında olduğu saptanmıştır (Simon ve Reape 2009).

Orta yaş kadınlar, kendilerinin, eşlerinin ya da anne babalarının sağlık problemleri, çocukların evden ayrılması, evlilik problemleri gibi sıkıntılarla yüzleşmek zorunda

kalabilirler. Eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir ve sosyal çevre gibi çeşitli sosyo-demografik değişkenler kadınların menopoz yıllarda meydana gelen birçok değişikliklere uyum biçimini etkileyebilir (Amore ve diğ. 2007, Amore ve diğ. 2004).

Amore ve arkadaşlarının İtalyan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada depresif belirtiler, postmenopoz dönemde premenopoz döneme göre daha belirgin olmuştur (Amore ve diğ. 2004). Psikolojik semptomlar ve somatik semptomlar perimenopoz döneminde de görülebilir (Hallstrom 1977). Menopoz döneminde yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıkan veriler değişiklik gösterse dahi, genellikle premenopoz döneminde anksiyete, depresyon ve psikoz seviyelerinde bir artış ortaya çıkar (Stewart ve diğ. 1992).

Kaufert ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise menopoz öncesi ve sonrası depresyon ve anksiyete oranlarında bir değişiklik saptanmamıştır (Kaufert ve Tate 1992).

Hunter'ın araştırmasına göre premenopoz ve postmenopoz dönemde vazomotor semptomlar, uyku problemleri, depresif ruh halinde önemli artışlar görülürken, somatik belirtilerden ne anksiyete ne de cinsel davranışlarda önemli değişiklikler görülmemiştir (Hunter 1990).

Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması II'ye göre, yaş ve menopozun cinsel işlevlere olan etkisi genel sağlık ve ruh sağlığına olan etkisinde daha azdır. Sigara kullanımı, cinsel partner değişikliği, medeni durumda değişiklik, ruh sağlığı gibi faktörlerin kadın cinsel işlevi üzerinde, menopozdan daha büyük etkileri vardır (Nusbaum ve diğ. 2005, Nusbaum ve diğ. 2004, Avis ve diğ. 2000).

2.2.3 Kardiyovasküler Sistemde Değişiklikler

Klimakterik dönemde kadınlarda, östrojen azalmasına bağlı olarak ateroskleroz ve kalp krizi riski yüzde 60 oranında artar. Kadınlar, koroner kalp hastalığı insidansında erkeklere göre 10 yıl geriden gelirler; 70 yaş sonrasında ise insidanslar eşitlenmektedir (Sis 2010). Kardiyovasküler hastalığın risk faktörleri; yaş, erken menopoz, soy geçmişte kardiyovasküler hastalık hikayesi, yüksek kolesterol düzeyi, hipertansiyon, diyabet ve sigara kullanımınıdır (Taşkın 1998).

Yaşlı postmenopoz dönemdeki kadınlarda, günlük östrojen/projestin tedavisi, kardiyovasküler olaylarda artışa sebep olur (Rossouw ve diğ. 2007).

2.2.4 Kas-İskelet Sisteminde Değişiklikler

Kas ağrısı, eklem ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde azalma ve tüm motor hareketlerde azalma klimakterik dönemde görülen sorunlardır (Sis 2010, Ertungealp ve diğ. 1999, Taşkın 1998).

Postmenopoz döneminin ilk 20 yılında, kadınların yüzde 52-66'sı östrojen eksikliğine, geri kalanı ise yaşlanmaya bağlı olarak kemik kütlelerinin yüzde 75'ini kaybederler. Fraktür riski artar (Sis 2010, Ertungealp ve diğ. 1999). Östrojen eksikliğine bağlı bağırsaklardan kalsiyum emilim engellenir, osteoblastik ve osteoklastik aktivite arasında denge bozulur (Taşkın 1998).

Öz ve arkadaşlarının araştırmasına göre, Tip 2 Diyabetes Mellituslu (DM) ve postmenopozdaki kadınların kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümleri kontrol grubu ile farklılık göstermemektedir. Ancak diğer kas iskelet sistemi hastalıklarının bu kişilerde görülme sıklığının arttığı sonucuna varılmıştır (Öz ve diğ. 2004).

2.2.5 Sindirim Sistemindeki Değişiklikler

Ağız kuruluğu, ağızda kötü tat, diş eti hastalıkları, kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon ve diyare, hemoroidde artış, bağırsak mukoza atrofisi, mide sekresyonlarında azalma, gastrik reflü ve safra taşı oluşumu östrojen eksikliğine bağlı sindirim sisteminde görülebilecek problemlerdir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

2.2.6 Vulva-Vajina Atrofisi

Vajina atrofisi, postmenopoz dönemde östrojen eksikliğiyle ilişkili yaygın, henüz yeterince tanımlanamamış, tedavisi tam olarak bulunamamış bir bozukluktur (Nappi ve Lachowsky 2009, Goldstein ve Alexander 2005). Koitus sonrası incelen ve esnekliği azalan vajina duvarında kanama oluşur. Vajen Ph'sı alkallenleşir, vajinit insidansı giderek artar. Servisit ve erozyonlara sık rastlanır. Postmenopoz dönemde noboth

glandlarının aktivitesinin azalmasına bağlı lubrikasyonda azalma görülür (Sturdee ve Panay 2010, Nappi ve Lachowsky 2009).

Vajinal atrofinin postmenopozdaki kadınlar ve partnerleri üzerinde olumsuz duygusal ve fiziksel etkileri bulunmaktadır (Nappi ve Kokot 2012, Nappi ve Kokot 2010). Kadın cinsel işlev bozukluğuyla güçlü bir bağlantısı olan vajinal atrofi semptomları disparoniye sebep olabilir ve bu da kadının partnerine olan yaklaşımını ya da cinsel yanıtını azaltabilir (Levine ve diğ. 2008).

Nappi'nin araştırmasına göre; kadınların yüzde 28'i ilk kez cinsel bir problemle karşılaştığında partneriyle bu durumu paylaşmamış, sebep olarak ise, yüzde 52'si vajinal problemlerin ilerleyen yaşın doğal bir sonucu olduğunu düşündüğü için ya da yüzde 21'i utandığı için partnerleriyle paylaşmadıklarını belirtmişlerdir. Erkekler kadınlara göre vajinal atrofi hakkında konuşmakta daha rahattırlar. Koitus sıklığında azalma (yüzde 58), cinsel ilişkiden daha az doyum alma (yüzde 49) vajinal atrofinin ana sonuçlarıdır. Cinsel istekte azalma (yüzde 47) ve disparoni (yüzde 55) partnerlerin birbirinden uzaklaşmasına sebep olur (Nappi diğ. 2013).

Vulvada puriritis, disparoni, sık idrara çıkma, uterus prolapsusu, stres inkontinans ve konstipasyon ürogenital atrofide görülen belirtilerdir (Pastore ve diğ. 2004, Taşkın 1998). rogenital atrofi, disparoniye yol açarak, cinsel işlevi olumsuz yönde etkiler ve tedavi edilmediği takdirde menopoza birlikte daha da ilerler (Nappi ve Polatti 2009).

Pastore'nin 2004 yılında yaptığı çalışma ürogenital semptomların etnik kökeni ile özellikle postmenopozdaki kadınlar arasındaki bağlantıyı belgeleyen ilk çalışmadır. İşpanyol, obez ve diyabetik kadınlarda ürogenital semptomların prevalansı yüksek bulunmuştur (Pastore ve diğ. 2004).

Kadının menopoza girmesi ve sonrasında erkeğin cinsel sağlığı, cinsel işlevin en güçlü belirleyicilerinden birisidir (Dennerstein ve diğ. 2005). Altmış yaş ve üzeri aktif cinsel hayatı olanlar kadınlarda daha az sıklıkta ve daha az şiddette vajinal atrofi görülür (Bachmann ve Leiblum 1991).

Altta yatan sebep östrojen eksikliği olduğu durumda vajinal atrofinin tedavisi için sistemik hormonal veya lokal östrojen tedavisi ve hormonal olmayan preparatların

kullanımının, kadın cinsel işlev bozukluğunun iyileşmesinde etkin bir rolü vardır (Krychman 2011, Nappi ve Polatti 2009). Lokal östrojen tedavisiyle, ağırlı cinsel ilişkinin azaldığı ve daha tatmin edici cinsel ilişkiye yardımcı olduğu görülmüştür (Nappi ve diğ. 2013).

2.3 KADIN CİNSEL SAĞLIĞI

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health/WAS) Cinsel Haklar Bildirgesine göre cinsellik; seks, cinsel kimlikler ve roller, cinsel yönelim, erotizm, cinsel haz, cinsel yakınlaşma ve üremeyi içine alan, insan olmanın temel bir özelliği, kişiliğin ayrılmaz bir parçasıdır ve gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlıdır. WAS, cinsel sağlığın sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya rahatsızlığın olmama durumu olmadığını, cinsellikle ilişkili olarak fizyolojik, psikolojik, duygulanımsal, zihinsel ve sosyal sağlıklık hali olduğunu ifade eder (Cinsel Haklar Bildirgesi).

DSÖ ise cinsel sağlığı, “Cinsel açıdan fiziksel, psikososyal ve sosyo-kültürel, tam olarak iyi olma hali ve bunun devamlılığı” olarak tanımlar (Cetad 2007).

Kadın cinsel sağlığı; çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerin yanı sıra menarş, gebelik, doğum, menopoz, laktasyon gibi gelişimsel olaylar tarafından etkilenmektedir (Aslan 2013, Yeni ve diğ. 2004).

2.3.1 Kadında Cinsel Yanıt Evreleri

Cinsel uyarana yanıt tepkisini Masters ve Johnson dört evreye ayırmıştır (Masters ve Johnson 1994, Kinsey 1953, Kinsey 1948):

1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresi

Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı (American Foundation for Urologic Disease/AFUD) ise 2000 yılında cinsel yanıt evrelerini;

- i. Cinsel istek (sexual desire)
- ii. Uyarılma (sexual arousal)

- iii. Orgazm (orgasm)
- iv. Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır.

i. Cinsel istek evresi: Kişinin cinselliğe ilgisini gösterir. Bu faz birkaç dakikadan, birkaç saate kadar sürebilir ve üç ayrı komponenti bulunur: dürtü, inanışlar/ değerler, motivasyon (Aslan 2008, Basson ve diğ. 2000). Cinsel isteği serotonin inhibe ederken dopamin aktive eder (Montorsi ve diğ. 2010, Hansen ve diğ. 2004). Dürtü; cinsel düşünceler, fantezi veya rüyalar, artan ilgi, cinsel arayışa yönelme ve artmış cinsel organ hassasiyeti ile kendini gösterir ve düşen testosteron seviyelerinden etkilenir. İnanış ve değerlerin olumlu olması, kişilerin birbirlerini motive etmeleri cinselliğe yönelimi artırır (Aslan 2008).

ii. Uyarılma evresi: Psikolojik ya da bedensel bir uyarılma sonucu oluşabilen, erotik duygu ve düşüncelerin belirlediği, erkekte ereksiyon, kadında ise lubrikasyon, vazokonjeksiyon ve miyotoni ile karakterize ilk evredir. Uyarılma evresi, cinsel uyarının kişiye uygunluğu ile doğru orantılı uzayabilir ya da kaybolabilir (İncesu 2004, Basson ve diğ. 2000). Penisin vajene girişini kolaylaştıran, bartholin bezinden salgılanan mukusun miktarı, kadının fizyolojik durumu, menstrual durumu ve duyduğu heyecan, hazla ilişkili olarak değişir. Konjeksiyonun daha da şiddetlenmesi ile vajinanın 1/3 alt kısmı ödemleşerek daralır, 2/3 üst kısmı ise uzar, genişler ve uyarılmayla uteroserviks yukarı çıkar (Montorsi ve diğ. 2010, Hansen ve diğ. 2004, Masters ve Johnson 1994). Cinsel uyarı ile uterusun boyutu 2 kat artar ve uyarı bitince eski boyutuna döner (Masters ve Johnson 1994).

Cinsel uyarı ile genital bölgede (klitoris, labia, üretra ve vajinada) kan akımı artar (Berman ve diğ. 1999). Kadın genital sisteminde erektil olan ve olmayan 5 vasküler kompartman (klitoris, klitoral bulbuslar, labia minora, üretra ve vestibül/vajina) bulunmaktadır (Yang ve diğ. 2006). Uyarı ile birlikte labiumların boyutlarında 2-3 kat artış olur (Suh ve diğ. 2004). Klitoris, subalbugineal tabakadan dolayı tam erektil hale gelmiş olsa bile tam olarak sertleşmez (Toesca ve diğ. 1996). Uyarılma sonrası vibrasyon duyarlılığı düşer. Üretra ilişki esnasında gerilir ve serotonin salınımını sağlar ve sinir uçları hassaslaşır (Odeblad 1964). Sempatik tonusun azalmasıyla vajinaya arteriyel destek artar. Kapiller damarlar dolar ve konjeksiyon görülür (Levin ve Wylie 2008, Levin ve Macdonagh 1993). Hidrostatik basıncın etkisiyle, vajen epiteli, yüzeye

dökülerek gliserol içeren lubrikasyonu sağlar (Levin 1980). Vajene ağrısız giriş için gerekli olan lubrikasyon, uyarın ile birlikte artar (Suh ve diğ. 2004, Erdoğan ve diğ. 2001, Masters ve Johnson 1994). Uyarılma ve orgazm ile noradrenalin salgınmasıyla birlikte uterus kasılır ve oksitosin salgınır. Uterin kasılmaları spermin ilerlemesinde etkindir (Levin 1991). Ön vajen duvarı derin basınç ile uyarıldığı zaman üretra ve halban fasyası birlikte uyarılır (Pauls ve diğ. 2006, Levin 2006, Levin 2003).

iii. Orgazm evresi: Orgazm, en üst seviyedeki haz sırasında vajinada ritmik kontraksiyonlar ve vazokonjesyon olmasıdır (Meston ve diğ. 2004). Evreler arasında en kısa süren ancak hazın en yüksek olduğu, erkekte ejakülasyon, kadında ise pelviste duyumsanan refleks kasılmalarının görüldüğü evredir. Orgazm, kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır (Tepe 2012, İncesu 2004).

Yaklaşan orgazmda, labia minörde renk değişiklikleri; gerçek orgazm esnasında, vajinal ritmik kontraksiyonlar, uterin kontraksiyonlar ve anal sfinkter kontraksiyonları görülür. Orgazmın gerçekleştiğini gösteren belirtiler ise; Areola konjestiyonu, artmış postorgazmik vajinal nabız amplitüdü, artmış plazma prolaktin düzeyi (Aslan 2008, İncesu 2004, Masters ve Johnson 1994). Orgazm 3-25 saniye sürer ve bilinç hafif bir şekilde bulanıktır (Tepe 2012).

Kadınların neredeyse yüzde 30'u orgazm olamamaktadır. Anorgazmın yaygın sebepleri arasında; ilişki sorunları, geçmişte cinsel istismar, kronik hastalık, kardiyovasküler hastalık riski: hipertansiyon, periferik vasküler hastalık, sigara, diyabet, Multiple Skleroz (MS), böbrek yetmezliği, üriner inkontinans, psikotrop ilaç kullanımı, duygudurum değişikliği, pelvik bozukluklar: cerrahi sonrası, ışınlama, travma yer alır (Davis ve Jane 2011).

iv. Çözülme evresi: Kadında ve erkekte orgazmdan ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda uyarılma evresinden sonra yaşanan bu son evrede, önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişiklikler, dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolur. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir. Kadınlar bu evrede tekrar uyarın alıp bir başka orgazm evresine girebilir. Erkeklerin ise tek tip yanıt döngüleri vardır (Abalı 2014, Montorsi ve diğ. 2010, Hansen ve diğ. 2004, İncesu 2004). Areolar

dekonjesyon ve kanlanmaya bağlı areolada korugasyon, orgazm sonrası 60 dk boyunca artmış plazma prolaktin düzeyi, rektal basınç dalgalanmaları (8-13Hz) ve orgazm sonrası görülen değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Giraldi ve diğ. 2010).

2.3.2 Kadınlarda Cinsel Nöro-hormonal Fizyoloji

Kadın cinsel davranışı hormonlara duyarlı bir nöronal aę ile kontrol edilmektedir. Bu ağın temel merkezi, hareketin motor dıőa vurumunu kontrol eden bölgelerdir. Hipotalamusun ventromedial nükleusunun (VMN) bu prosesin yürümesi için gerekli beyin bölgesidir ve Preoptik alan (POA) ile karőılıklı etkileşime girerek cinsel davranışı kontrol eder. Her iki bölge de beyinde amigdala, septum, korteks bölgeleri, MCG (orta beyin santral gri madde) ve spinal korddan devamlı uyarı alır (Giraldi ve diğ. 2010, McCarthy 2008, McCarthy ve diğ. 2008).

Klitoris stimülasyonu ve orgazm amigdala ve temporal kortekse kan akımını azaltır. Orgazm ile prefrontal kan akımı azalır. Orgazm sırasında kardiyak ve solunum yollarında belirgin aktivite artışı olur ve duygusal değişiklikler görülür (Giraldi ve diğ. 2010, Schmahmann 2004, Mah ve Binik 2001).

Tablo 2.1: Orgazm ve klitoral stimülasyon sırasında kadında beyin aktivasyon ve deaktivasyon alanları

Orgazm ve dinlenme	Orgazm ve klitoris stimülasyonu
Parietal lob	
↑ Primer somatosensör korteks, genital	
	↓ Sekonder somatosensör
	↓ Superior parietal lobül
	↓ Prekuneus
Frontal lob	
↑ Primer motor korteks, pelvik taban	↑ Primer motor korteks, pelvik taban
	↓ Lateral orbitofrontal korteks
↑ Ventromedial prefrontal korteks	↓ Ventromedial prefrontal korteks
	↓ Dorsomedial prefrontal korteks
Temporal lob	
↓ Inferior temporal girus	↓ Inferior temporal girus
↓ Orta temporal girus	↓ Orta temporal girus
↓ Fuziform girus	↓ Fuziform girus
↓ Temporal pol	↓ Temporal kutup
Oksipital lob	
↓ Lingual girus	
Limbik sistem	
↑ Posterior insula	↑ Posterior insula
↓ Amigdala	
Serebellum	
↑ Derin serebellar nukleus	↑ Derin serebellar nukleus
↑ Anterior vermis	↑ Anterior vermis
↑ Serebellar hemisfer	↑ Serebellar yarımküre

Kaynak: Giraldi ve diğ. 2010, Georgiadis ve diğ. 2006.

2.3.3 Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

DSÖ'nün tanımına göre cinsel işlev bozukluğu, farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi olarak tanımlanır (Basson ve diğ. 2000). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV/DSM IV-TR) tanımına göre ise cinsel işlev bozukluğu; kişinin sosyal ilişkilerini etkileyen, cinsel istekte bozukluğa sebep olan, distrese yol açan, cinsel yanıt döngüsünde psikofizyolojik değişime sebep olan bozukluktur (Meyer ve diğ. 2010).

Kadın cinsel işlev bozukluğunun; benlik saygısı, yaşam kalitesi, ruh sağlığı ve cinsel partnerleri ile olan ilişkilerde olumsuz etkileri vardır. İlişki içerisindeki cinsel istek, ilişkinin cinsel olmayan yönlerinin kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. Kendisinin ve partnerinin cinsel arzularındaki tutarsızlık, mutsuz evliliğe ve ilişkide memnuniyetsizliğe sebep olmaktadır. Partnerler arasında zayıf iletişim gibi sorunlar kızgınlık ve öfkeye sebep olup, kendini önemsiz hissetme, libido düşüklüğü ve cinsel memnuniyetsizliğe sebep olur (Davis ve Jane 2011).

Tablo 2.2: DSM-IV-TR ve Amerikan Üroloji Birliği'ne (AUAF) göre kadın cinsel işlev bozukluklarının tanı kriterleri

	DSM IV-TR	AUAF
İstek Bozuklukları	<p>Hipoaktif Cinsel istek Bozukluğu (Hypoactive Sexual Desire Disorder/HSSD): Sürekli ya da aralıklı olarak cinsel aktivite için fantezi ve istek yetersizliği (ya da yokluğu). Rahatsızlık, stres ya da kişisel sorunlar yaratır. Cinsel uyarı sonrası yaşanan cinsel ilişki sırasında yaşanan cinsel istek, yeni bir cinsel yanıt siklusu oluşumunu sağlamıştır. Cinsel isteğin duyarlılığını gösterir ve sonuç olarak cinsel istekte azalma olan fakat cinsel ilişki sırasında haz duyan kadınlarda HSSD düşünülmemelidir (Basson 2002, Basson 2001).</p> <p>Cinsel Tiksinti Bozuklukları DSM IV-TR'ye göre herhangi bir cinsel aktiviteden tikslenme veya aktivite sırasında anksiyete olarak tanımlanır (Meyer ve diğ. 2010). DSM IV-TR'de son düzenlemeyle bu bozukluk çıkarılmıştır (APA 2013).</p>	<p>Cinsel İlgi/İstek Bozukluğu: Cinsel ilginin veya arzusunun azalması veya yokluğu, cinsel düşüncelerin ve fantezilerin olmayışı, uyarılmış hale gelmek için çaba göstermemek şeklinde tanımlanır (Meyer ve diğ. 2010). Cinsel uyarılma için motivasyon (burada neden/dürtü olarak tanımlandı) azlığı ya da yokluğu, ilgi azlığı, ilişki süresinde normalin ötesinde bir kısalma olarak düşünülebilir.</p>
Uyarılma Bozuklukları	<p>Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu (Female Sexual Arousal Disorder/FSAD): Sürekli ya da aralıklı olarak cinsel haz yanıtı olan yeterli lubrikasyon-şişkinlik cevabının olmaması. Rahatsızlık, stres ya da kişisel sorunlar yaratır. Cinsel işlev bozukluğu bir Axis I bozukluğuna bağlı değildir (diğer bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve bir maddenin direk psikolojik etkisi değildir (örneğin ilaç kötüye kullanımı, medikasyon).</p>	<p>Subjektif Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Herhangi bir cinsel dürtüye rağmen cinsel uyarılmanın (cinsel haz ya da cinsel zevk) yokluğu ya da belirgin olarak azalması. Genital Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Azalmış ya da olmayan genital cinsel uyarılma. Minimal vulvar şişkinlik ya da vaginal lubrikasyon olabilir ve genital uyarı sonrasında azalmış cinsel his. Subjektif cinsel haz non-genital cinsel uyarı sonrası gelişebilir. Ortak Genital ve Subjektif Uyarılma Bozukluğu: Herhangi bir cinsel uyarı sonrasında cinsel uyarılmanın (cinsel haz ya da cinsel zevk) azalması ya da hiç olmaması. Aynı zamanda genital cinsel uyarının azalması ya da yokluğu (vulvar şişkinlik, lubrikasyon).</p>

Orgazm Bozuklukları	<p>Kadın Orgazm Bozukluğu (Female Orgasmic Disorder/FOD): Normal cinsel hazzı takiben orgazmın kalıcı ya da aralıklı olarak gecikmesi ya da olmaması. Kadınlar, orgazmın tetiklenmesi konusunda çok farklı tip ya da sıklıkta uyarıya ihtiyaç duyabilir.</p> <p>FOD tanısı, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve orgazm için aldığı cinsel uyarının yeterliliğinin kadının orgazm kapasitesinin altında olduğunun klinisyen tarafından değerlendirilmesiyle konulur. Rahatsızlık, stres ya da kişisel sorunlar yaratır.</p>	<p>Kadınların Orgazm Bozukluğu: Hastanın yüksek cinsel uyarılma/haz bildirmesine rağmen orgazm yetersizliği bulunur. Herhangi uyarı sonrasında orgazm yetersizliği, belirgin olarak azalmış orgazm hissi ya da orgazm gecikmesi mevcuttur.</p>
Ağrı Bozuklukları	<p>Vajinismus: DSM IV-TR'ye göre, tekrarlayıcı veya kalıcı olarak, vajinanın distal 1/3 kısmının kaslarının, vajinal penetrasyonu engelleyecek şekilde, istemsiz olarak kasılması ve bu durumun kişisel sıkıntıya neden olması halidir (Basson ve diğ. 2000, DSM IV-TR).</p> <p>Non-koital cinsel ağrı: Tekrarlayıcı veya kalıcı olarak, non-koital cinsel uyarılarla genital ağrı oluşması durumudur (Basson ve diğ. 2000).</p> <p>Disparoni: AFUD, ağrılı cinsel birleşmeyi 'vajinaya tamamen giriş veya vajinaya girmeye teşebbüs ve/veya penil vajinal cinsel ilişki ile sabit veya tekrarlayan ağrı' şeklinde tanımlamıştır. Lubrikasyon ve kan akımı azalmıştır, klitoral hassasiyet söz konusudur</p> <p>İki tip disparoni vardır:</p> <ol style="list-style-type: none"> İnseriyonel disparoni: Ağrı eksternal genitaler ve vajinayla sınırlı Derin disparoni: Birleşme esnasındaki hareketler ve postkoital pelvis içinde ağrı (Basson ve diğ. 2000). 	

Kaynak: Basson ve diğ. 2003.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından Mayıs 2013'te DSM IV-TR ve psikiyatrik sınıflandırma sistemi olan International Classification of Diseases-10 (ICD-10)' u temel alan DSM V-TR yayınlanmıştır (APA 2013).

Tablo 2.3: DSM IV-TR ve DSM V-TR'deki Değişiklikler

DSM IV-TR'de Kadınlarda Vajinismus+Disparoni başlıkları, DSM V-TR'de Genitopelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu olarak ele alınmıştır.	Genitopelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu DSM V-TR'ye göre; vajinal birleşme ya da girişin olmaması. Vajinal birleşme ya da girişte vulvovajinal ve ya pelvik ağrı. Vulvovajinal ağrı, pelvik ağrıyla veya vajinal girişle ilgili yaşanan kaygı, korku vajinal giriş sırasında pelvik taban kaslarında gerginlik veya kasılma durumlardan en az birisine 6 ay boyunca sürekli yada tekrarlayan bir şekilde maruz kalmak genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu tanısını koydurur.
DSM IV-TR' de “Başka Türlü Adlandırılmayan Cinsel Bozukluk” kapsamında ele alınan hiperseksüel bozukluk, DSM V-TR'de ayrı bir bozukluk olarak ele alınmaktadır.	Hiperseksüel Bozukluk Cinsel fantezi, dürtü ve cinsel davranışları planlama ve uygulamaya aşırı zaman harcaması, hoş gitmeyen duygu durumlarında, strese yol açan gelişmelerde, kendisinin veya başkalarının zarar görme riskini göz ardı ederek, tepki olarak tekrarlayan cinsel fantezi ve davranışlara yönelmek, tekrarlayan fantezi, dürtü ve davranışları kontrol edememek gibi davranışlar olarak tanımlanmıştır.
DSM IV-TR'de “Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu” ve “Uyarılma Bozukluğu” başlıkları DSM V-TR'de “Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir.	Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu <ul style="list-style-type: none">– Cinsel fantezi, cinsel dürtü ve cinsel davranışları planlama ve uygulamada aşırı zaman harcaması,– Nahoş duygu durumlarında tekrarlayan biçimde cinsel fantezi, cinsel dürtü ve davranışlara yönelerek tepki vermek,– Stresörlerle karşılaşıldığında, tekrarlayan biçimde cinsel fantezi, cinsel dürtü ve davranışlara yönelerek tepki vermek,– Abartılı cinsel fantezi, cinsel dürtü ve davranışları kontrol etme ve azaltmaya yönelik çaba ve girişimlerde tekrarlayan başarısızlık,– Tekrar eden cinsel davranışlara kendisinin/başkalarının fiziksel/duygusal zarar görme riskini göz ardı etmek, Yukarıda sayılan ölçütlerden en az 4'ü mevcut ve 6 ay süreli devam ediyorsa, Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu söz konusudur.

Kaynak: Abalı 2014, APA 2013.

2.3.4 Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Etiyolojik Faktörler

Borissova ve arkadaşlarının Bulgar kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada, cinsellikte yaşanan değişimlerin östrojen aktivitesinin azalmasına, psikososyal faktörlere, sabit bir partner olmayışına ve postmenopoz dönemdeki kadınların cinsel hayatına yönelik toplumun aşağılayıcı tutumlarına bağlı olduğu belirtilmiştir (Borissova ve diğ. 2001).

i. Nörojenik Faktörler

MS, spinal kord travması, disk hernisi, lumbosakral pleksus patolojileri ve periferik nöropatiler, cinsel işlevi etkileyen başlıca patolojilerdir. MS'li hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda kadınlarda vajinal duyuşsal bozukluğun belirgin olduğu, vajinal duyarlılık,

lubrikasyon, cinsel istekte azalma ve özellikle orgazm bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (Tepe 2012).

ii. Vasküler Faktörler

Menopozda östrojen seviyesinin düşmesi, kardiyovasküler problemler, diyabet, hipertansiyon, ilerleyen yaş, sigara kullanımı, pelvik operasyonlar başlıca vasküler faktörlerdir. Pelvik bölgeye kan akımının azalmasıyla vajinal duvar ve klitoral düz kaslar incelik ve vajinal kuruluk ve buna bağlı dispareni, cinsel isteksizlik ayrıca pudental arter yatağın aterosklerozuna bağlı klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik görülebilir (Başgöl 2013, Tepe 2012).

iii. Hormonal Faktörler

Östrojen, androjen ve progesteron kadın cinsel işlevi etkileyen steroid yapıda hormonlardır. Menopoz, kronik oral kontraseptif (OKS) kullanımı, cerrahi ve medikal kastrasyon sonucu hormonların seviyelerindeki düşüşler genel sağlık, genital sistem, santral sinir sistemi, üreme fonksiyonlarında: vajen duvarında incelik, vajina ve üriner sistemde infeksiyonlar, lubrikasyonda azalma, dispareni, inkontinans gibi olumsuz etkiler yaratır (Başgöl 2013, Frank ve diğ. 2008).

Östrojen eksikliğine bağlı oluşan vajinal atrofi ve dispareni beraberinde cinsel işlev bozukluğunu getirir. Cinsel istekte, uyarılmada ve etkileşimde azalma görülür (Lachowsky 2009, Nappi ve Polatti 2009, Avis ve diğ. 2000).

Seks Hormon Binding Globulin (SHBG), progesteron ve prolaktin yüksekliği cinsel istekte azalmaya sebep olur. Dehydroepiandrosterone (DHEA-S); testosteron ve östrojen düzeyini artırarak, cinsel istek ve uyarılma düzeyinde yükselme sağlar (Abalı 2014).

iv. Müskülojenik Faktörler

Pelvik taban kasları, levator ani, bulbokavernosus ve iskiokavernosus kaslarıyla perineal membran cinsel işlevi etkileyen yapılardır. Kasların hipotonik olması anorgazmiye, inkontinansa ve uyarılmada azalmaya; hipertonic olması ise vajinismus ve dispareniye veya diğer ağrı bozukluklarına sebep olabilir (Başgöl 2013, Tepe 2012).

v. Psikojenik Faktörler

Çocukluk çağındaki cinsel istismar ve duygusal ihmal, ergenlik sırasındaki travmatik deneyimler, psikososyal stres, dikkat/ilgi dağılması, kişi odaklı ilgi, anksiyete, depresyon, beden imgesi ve özbilinç, kişilik farklılıkları, ilişki faktörleri, partnerin cinsel işlev bozukluğu, ilişkinin süresi ve rutini, ilişkiyle ilgili genel memnuniyetsizlik, iletişim eksiklikleri ve kültürel farklılıklar istek ve uyarılma sorunlarıyla klinik olarak ilişkili bazı ana faktörlerdir (Başgöl 2013, Brotto ve Luria 2008).

2.4 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİ VE CİNSELLİK

Klimakteriyum ve menopozla birlikte kadınlarda meydana gelen fiziksel değişimlere ve kültürel özelliklere bağlı, cinselliklerini ifade ediş biçimlerinde değişiklikler olur. Üreme sisteminde görülen atrofik değişiklikler sonucu beden imgesinde bozulma ve disparoni görülebilir. Erkeklerin de bu dönemde cinsel işlevlerinde yavaşlama görülebilir ve bu durum kadında, eşinin kendisine olan ilgisini kaybettiği şeklinde bir algı yaratabilir (Taşkın 1998).

Kadınların çoğunluğu menopozdan hemen önce ve menopozdan sonraki yıllar boyunca süren bazı cinsel işlevlerde değişiklik yaşar. Yaygın cinsel şikayetler; arzu kaybı, cinsel aktivite sıklığında azalma, disparoni, azalmış cinsel tepki ve erkek partnerin işlev bozukluklarıdır (Kapdağlı 2009, Taşkın 1998).

Cinsel işlev, biyolojik ve psikososyal faktörlerden etkilenir. Overlerden salınan hormonlardan duyusal algılama, merkezi ve periferik sinir iletimi, periferik kan akışı, pelvik taban kas gücü dahil olmak üzere aynı zamanda cinsel istek, uyarılma ve cinsel aktivite sıklığı etkilenmektedir. Cinsel işlev aynı zamanda, psikolojik, sosyo-kültürel ve kişilerarası faktörlerin etkileşimi ile etkilenir (Sarrel 1990).

Yaşın ilerlemesiyle görülen endokrinolojik değişiklikler ve hastalıklar, seks hormonu düzeylerini değiştirerek, vasküler, nörojenik ya da psikolojik faktörleri değişikliğe uğratar ve cinsel işlevi etkiler (Wierman ve diğ. 2010).

Toplum temelli çalışmalar, tüm kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğu prevalansın yüzde 25-63 arasında olduğunu göstermektedir. Postmenopoz dönemdeki kadınlarda

cinsel işlev bozukluğu prevalansı yüzde 68 - 86,5 arasında değişmektedir (Addis ve diğ. 2006).

Kadınların orta yaş döneminde cinsel problemler daha çok artmaktadır. Menopozda hormon seviyelerindeki değişikliklerin, cinsel işlev bozukluklarına sebep olması yanı sıra, psikolojik ve fiziksel iyilik hali ya da antidepresan ilaç kullanımı gibi faktörler de dikkat çekmektedir. Perimenopoz dönemdeki kadınların yaklaşık yüzde 10-15'i cinsel arzularında azalma olduğunu, yüzde 5'inden azı neredeyse hiç uyarılma yaşamadığını, yüzde 20'si zaman zaman disparoni yaşadığını belirtmiştir (Davis ve Jane 2011).

Menopoza giren kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre erken perimenopoz dönemde ilişki sırasında yaşanan vajinal ağrının artışı sebebiyle, masturbasyon oranı artmış, postmenopoz dönemde ise azalmıştır (Davis ve Jane 2011).

Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre perimenopoz dönemdeki Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğunun yüksek oranda görüldüğü ve cinsel işlev bozukluğu ile yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Logistik regresyon analizleri, cerrahi menopozun anorgazmi riskini artırdığını; hormon tedavisi ve eğitim süresindeki her bir yıllık artışın ise anorgazmi riskini azalttığını göstermiştir. Vazomotor semptomların varlığı ile evlilik yılındaki artışların eşler arasında iletişimsizliğe; spontan, cerrahi ve prematür menopozun ise ilişki sıklığında azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir (Çalışkan ve diğ. 2010).

Menopozda libido, lubrikasyon, orgazmla ilişkili sorunlar artmakta ve ilişki sırasında ağrı gibi yan etkiler görülebilmektedir. Diğer menopoz semptomlarının tedavisi, cinsel işlevleri kötüleştirebilir veya artırabilir (Reed ve diğ. 2014).

Cinsel ağrıyla başvuran kadınlarda disparoniye neden olabilecek tüm faktörleri (vajinal kuruluk, vajinismus, vulvadinya, vestibül) incelemek önemlidir (Davis ve Jane 2011).

Çinli kadınlar üzerinde yapılan çalışmada; kadınların, menopoz ilerledikçe daha az cinsel yakınlaşma ve daha az cinsel ilişki yaşadığı, menopozlu kadınlarda görülen en yaygın problemin vajinal kuruluk olduğu ve cinsel tatminsizliğe sebep olan ana sebebin cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür (Lo ve Kok 2013).

Avusturyalı kadınlar üzerinde yapılan 10 yıllık bir araştırmaya göre, geç postmenopoz dönemindeki kadınların yarısı cinsel olarak aktiftir. Depresyon öyküsü yok ve uyumlu partnerlere sahip olmaları en önemli belirleyicidir. Erken postmenopoz ile karşılaştırıldığında cinsel işlev puanları genel olarak düşük olmakla birlikte kadınların cinsel aktivitelerinin devamlılığını sürdürmekte kararlı olduğu tespit edilmiştir (Lonnée ve diğ. 2014).

Pennsylvania Eyalet Üniversitesi'nde yapılan tanımlayıcı bir çalışmada 280 orta yaşlı ve evli kadının, 1 yıl boyunca cinsel tepki değişiklikleri izlenmiş ve yüzde 40'ında cinsel yanıtta azalma belirlenmiştir. Cinsel yanıtta azalmanın çoğu, menopozla ilişkili fiziksel ve duygusal olaylar ve eşlerle olan ilişkilerin sıklığında azalmayla bağlantılı bulunmuştur (Mansfield ve diğ. 2000).

2.4.1 Klimakteriyum Döneminde Cinselliği Etkileyen Faktörler

Cinselliği etkileyen faktörler arasında; kültürel alt yapı, eşin genel sağlık durumu, eğitim seviyesi, klimakterik dönemde cinselliğin algılanışı, hormonal değişimler, kadınların geçirdikleri veya geçirmekte oldukları hastalıklar ve bunlara bağlı cerrahi tedaviler ve kullandıkları ilaçlar bulunmaktadır (Tepe 2012).

i. Hormonlar

Menopoza geçiş dönemi düzensiz menstrual siklus ve değişken östrojen seviyeleriyle karakterize olup östrojen eksikliğine bağlı mastalji, ağır kanama, vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları yaşanabilir (Davis ve Jane 2011).

Östrojen eksikliğinde, vajinal atrofi, dispareni, cinsel istekte ve uyarılmada azalma, genital ve non-genital bölgelerin hassasiyetinde azalma, uyku bozuklukları, yorgunluk, hayat kalitesinde düşüş gibi cinsel işlevleri negatif yönde etkileyecek değişiklikler görülmektedir (Lachowsky 2009, Nappi ve Polatti 2009, Modelska ve Cummings 2003, Avis ve diğ. 2000). Çoğu kanıt, östrojenlerin, özellikle rahatsız edici vazomotor semptomları gidererek ve vajinal sağlığı düzelterek cinsel işlevde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Wierman ve diğ. 2010).

Menopozla birlikte androjen ve östrojenin ana kaynağı DHEA ve androstenedion (östrojenler ve testosteronun bir başka öncülü) salınımında yaşla birlikte azalma görülür (Labrie ve diğ. 2005). DHEA'nın hedef dokularda cinsellikle ilgili hormonlarına dönüştürülebilir olması, prohormon replasman tedavisinde kullanılabilirliğini düşündürmüştür (Labrie ve diğ. 2009).

Doğal menopozda total testosteron yavaş yavaş azalırken, cerrahi menopozda ise dolaşımdaki testosteron seviyesinde yüzde 50 civarında azalma görülmektedir (Shifren ve Avis 2007).

Doğal menopoza girmeden bilateral salpingoofektomi (BSO) geçiren kadınlarda plazma östrojenleri aniden düşer. BSO sonrası tespit edilen östrojen çevre dokulardan adrenal prohomonların dönüştürülmesiyle sağlanır (Labrie ve diğ. 2009).

Cerrahi menopoz sonrası vücut akut olarak overyan östrojen, progesteron ve androjenlerin eksikliğiyle karşılaşır. Kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozla bağlı patolojiler postmenopoz döneminde daha geç ortaya çıkmaktadır (İntepe 2007).

Freeman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, düşük ortalama Estradiol (E₂) değerleri ve azalmış libido arasında orta düzeyde ilişki bulunmuştur (Freeman ve diğ. 2007).

Melbourne Kadın Sağlığı Projesi (Melbourne Women's Health Project/MWHP) ile azalan E₂ seviyeleri ile cinsel etkileşimler (istek, uyarılma, haz, orgazm) ve disparoni arasında anlamlı ilişki saptanmış, ancak, cinsel aktiviteyle ilişkisi anlamsız bulunmuştur (Dennerstein ve diğ. 2001).

Doğal menopoza giren kadınlarda yapılan çalışmalarda plazma E₂, Estron (E₁) ve Serbest Östrojen İndeksi (SÖİ) ile cinsel tatmin arasında bir ilişki bulunmamış, depresif sendromlar ve genel sağlık durumunda bozukluklara cinsel tatmin arasında doğru orantılı ilişki bulunmuştur (Gallicchio ve diğ. 2007, Cawood ve Bancroft 1996).

Ulusal Kadın Sağlığı Çalışması (Study of Women's Health Across the Nation/SWAN), 2961 premenopoz ve perimenopoz dönemdeki kadını değerlendirmiş ve cinsel istek ya da uyarılma ile E₂ seviyesi arasında bağıntı bulamamıştır (Wierman ve diğ. 2010).

Avis ve arkadaşlarının 200 kadın ile yaptığı bir çalışmada E₂, E₁ ve FSH düzeyleri ölçülmüş ve düşük cinsel istek ile menopoz arasında bir ilişki bulunamamıştır. E₂ seviyesinin sadece disparoniyle bağlantılı olduğu; öte yandan fiziksel sağlık, medeni durum, ruh sağlığı ve sigara gibi diğer faktörlerin, kadınların cinsel işlevi üzerinde, menopozun yarattığı etkiden daha büyük bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Avis ve diğ. 2000).

Yapılan araştırmalar sonucunda cinsel işlevde, fiziksel ve mental sağlığın ve partner ilişkilerinin östrojen seviyelerinden daha önemli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Wierman ve diğ. 2010).

Bazı araştırmacılara göre, menopozun başlangıcında olan orta yaş kadınlar menopozla karakterize biyolojik/hormonal değişikliklerin cinsel yaşamı olumsuz olarak etkilemediğini düşünmekte (Ringa ve diğ. 2013), bazı araştırmacılar ise hormonal değişikliklerin, kadının cinsel isteğinde ve orgazm olabilmesinde önemli bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır (Addis ve diğ. 2006, Davis 1996).

Östrojenin düşmesi, cinsel uyarılmaya özgü lubrikasyon, damarların genişlemesi, kasların gevşemesi gibi birçok fizyolojik tepkiyi bozmaktadır. Genital dokuların normal fonksiyonlarına devam edebilmesi östrojen ve androjen hormonlarının uyarımına bağlıdır (Goldstein ve Alexander 2005). Östrojen düşüşünün aksine testosteron aniden değişmez orta üreme yaşlarında giderek düşer. Geç üreme yaşlarında ve postmenopoz dönemindeki kadınlarda testosteron tedavisi, disparonide azalmaya, lubrikasyon ve uyarılma düzeylerinde artışa neden olur (Davis ve Burger 1996).

Vajinal atrofi, postmenopoz dönemde, östrojen yetersizliğinin bir sonucudur. Östrojen seviyesinde son menstrual sıklusa kadar değişiklik olmadığı için premenopoz dönemindeki kadınlar etkilenmez ancak vajinal kuruluştan şikayet ederler. Bu durum östrojen eksikliğinden daha çok uyarılma ve lubrikasyondaki yetersizliktendir. Yalnızca vajinal östrojen tedavisi bu problemi çözmeye yeterli olmayabilir (Addis ve diğ. 2006, Davis ve Burger 1996).

Atrofi sonucu vajen Ph'sının yükselmesi vajinal florayı değiştirir. Dokuların esnekliğinde ve lubrikasyonda azalma, vajende kısılma ve darlık, ağrılı ve mutsuz bir

cinsel ilişkiye sebep olabilir. Aynı zamanda azalmış duyuşsal yanıt, orgazm yoğunluğunu azaltabilir. Perimenopoz ve postmenopoz dđnemde, cinsel işlev bozukluğuna sebep olan diğer faktđrler; androjen seviyesindeki dđřüř, bedensel yaşlanma ve ilaçların yan etkileridir (Goldstein ve Alexander 2005).

Dennerstein'in Avustralya'da 45 ve 55 yaşları arasındaki 2000 kadınla yaptığı ilk araştırmada, kadınların yüzde 31'inde gđrđlen cinsel ilgide azalmanın, doğal menopozdan ziyade yaşla ilgili olduğu bulunmuştur (Dennerstein ve diğ. 1994). İkinci araştırmasında ise uterusu olan 48 ve 58 yaşları arasında, HT kullanmayan 201 Avustralyalı kadınla kesitsel analiz yapmış ve 4 yıl sonra E₂, FSH, inhibin, Testosteron ve Serbest Androjen İndeksi (FAI) ölçđmleri, menopoz durumu ve cinsel işlev arasındaki ilişki bir önceki çalışmayı doğrulamamıştır. Ancak dđřük E₂ düzeylerinin vajinal kuruluk ve ağrı ile ilişkili olduğu; yaşın cinsel yanıt ile ters ilişkili olduğu, testosteron ve cinsel işlev arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Dennerstein 1997). Sonuç olarak, testosteronun sadece postmenopoz dđnemde önemli ölçüde azaldığı dikkate alınmalıdır (Burger ve diğ. 2000).

ii. Kronik Hastalıklar

Martelli ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına göre; cinsel işlev bozukluğu olan kadınların prevalansı, metabolik sendromlu hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Yüksek trigliserid düzeyleri ile cinsel işlev bozukluğu riski arasında daha güçlü bir ilişki vardır (Martelli ve diğ. 2012).

Tedavi edilmeyen depresyon hastalığı sonucu gđrđlen uyku bozuklukları, dđřük benlik imajı, içe kapanma gibi etkenlerden dolayı cinsel istekte azalma; koroner arter hastalığı, myokard infarktüsü sonucu cinsel ilişki sıklığında azalma; renal yetmezlik sonucu östrojen yetmezliği ve buna bağlı disparoni ve dolayısıyla cinsel istekte azalma; alt üriner şikayetleri sonucu orgazmda gecikme ya da orgazm yaşanmaması; idrar kaçışma problemleriyle birlikte cinsel motivasyonda dđřüř; diyabet sonucu vazokonjesyon ya da lubrikasyonda zorluk; hiperprolaktinemi sonucu uyarılma ve orgazmda azalma, disparonide artış; adrenal hastalıklar sonucu öncü seks hormonlarının kaybı; nörolojik hastalıklar sonucu cinsel uyarı bölgelerindeki sinirlerde doğrudan hasar; Parkinson hastalığı sonucu cinsel isteksizlik; MS varlığında cinsel istekte azalma; kafa travmaları

sonucu ise hipotalamik ve/veya hipofiz hasarına bağı cinsel uyarı bölgelerindeki sınırlarda hasar görülebilir (Aslan 2013).

iii. Cerrahi Tedavi, Kemoterapi ve Radyoterapi

Histerektomi ya da BSO geçiren kadınlarda fibroidler, pelvik ağrı ya da disfonksiyonel uterin kanama gibi uterus patolojileri görülür. Jinekolojik problem düzeltildikten sonra cinsel işlev de düzelir. BSO, prematür infertiliteye yol açtığından cinsel benlik duygusunu negatif yönde etkiler (Nappi ve Lachowsky 2009).

Maryland Kadın Sağlığı Çalışmasında (Maryland Women's Health Study), histerektomi sonrası düşük libidonun belirteçleri, histerektomi öncesi düşük libido ve depresyon olarak bulunmuştur (Rhodes ve diğ. 1999).

47-55 yaş arasındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada, Ooferektomi geçiren kadınlardan östrojen tedavisi kullanmayanlar, kullananlarla ve ooferektomi olmayanlar ile karşılaştırılmış, orgazm ve ilişki sıklığı, disparoni, uyarılma veya partner tatmini açısından fark bulunamamıştır (Nathorst ve diğ. 1993). Östrojen tedavisi almayan ooferektomili kadınlar, ooferektomi olmayanlara göre yüksek anksiyeteli ve daha depresif bulunmuştur (Aziz ve diğ. 2005).

Ayoubi ve arkadaşlarının 1995-1999 tarihleri arasında yaptığı çalışmaya göre, yüzde 55'nin ameliyat öncesi menopoza girdiği ve yüzde 25'nin overlerinin alındığı, total abdominal histerektomi (TAH) geçiren kadınların (62,4±9,3 gün), vajinal histerektomi (VAH) (45,2±6,7 gün) ya da laparoskopik histerektomi (42,1±5,2 gün) geçiren kadınlara kıyasla, daha geç cinsel yaşama başladığı saptanmıştır. Vakaların cinsel ilişki kalitesi bir bütün olarak değerlendirildiğinde, yüzde 60,4'nün değişmediği, yüzde 21,3'nün olumlu yönde geliştiği, buna rağmen yüzde 18,33'ünün olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Cinsel işlevlerdeki bozulmanın, VAH ve laparoskopik operasyon geçiren gruba göre, TAH olan kadınlarda daha sık olduğu bulunmuştur. Vakaların yüzde 39'u, histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında disparoni deneyimlediğini belirtirken, ameliyat sonrası yalnızca yüzde 15'i disparoni deneyimlediğini ifade etmiştir; disparoni azalmıştır. Histerektominin, cinsel isteği, cinsel ilişki sıklığını ve orgazm olmayı etkilemediği, buna rağmen TAH geçiren

kadınların, beden imajı ve evlilik ilişkisinin, diğer gruplara göre daha fazla etkilendiği bulunmuştur. Bu çalışmada, hastaların yüzde 80'ini histerektomi sonrası cinsel yaşamlarının değişmediğini belirtmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada, TAH geçirenlerle kıyasla, VAH ve laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel yaşamlarının daha az etkilendiği saptanmıştır (Ayoubi ve diğ. 2003).

iv. Kültürel Özellikler

Hayattaki en önemli rolünün çocuk doğurmak olduğunu düşünen kadınlar için menopoz bir 'bitiş'tir. Başka bir kısım ise yeteneklerinin, enerjinin ve çekiciliğin kaybı olarak algılar menopozu ve depresyon kaçınılmaz olur. Batı kültüründe ilerleyen yaşın toplumsal boyutta önemi olmazken, Uzakdoğu ülkelerinde ve toplumumuzda önemi çoktur (Taşkın 1998).

Bazı kadınlar içinse menopoz süreci gebelik korkusundan, menstruasyondan kurtuluştur. Bu düşünce de kadınların bu dönemi rahat geçirmelerine yardımcı olmaktadır (Taşkın 1998).

Demografik faktörlerin yanı sıra yaşın ilerlemesi ile birlikte cinsel ilişki sıklığı, memnuniyet ve işlevde bazı sorunlar görülebilir (Addis ve diğ. 2006).

Bulgaristanlı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların yüzde 20'sinin depresif düşünceler içerisinde olduğu, yaklaşık yüzde 50'sinde anksiyete, yüzde 13'ünde ise benlik saygısı çok düşük çıkmıştır. Bu sonuçlar da ülkedeki ekonomik durgunluk, işsizlik ve belirsizlikle açıklanabilir (Borissova ve diğ. 2001).

v. Eğitim Düzeyi

Yapılan bazı çalışmalara göre, eğitim düzeyi yükseldikçe menopoz semptomları azalmakta; bazı çalışmalara göre ise, eğitim düzeyinin cinselliğe etkisi bulunmamaktadır (Nalbant 2009).

Brezilya'da 11 yıl ve üstü örgün öğretim görmüş, 40-65 yaş arası kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, çalışmaya katılanların 1/3'ünde olup; yaş ilerledikçe ve sıcak basmaları arttıkça cinsel işlev bozukluğu daha fazla görülmektedir (Ana ve diğ. 2008).

2.5 KADIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI

Yapılan çalışmalarda cinsel işlev bozukluğunun tanımı ve sınıflamasındaki farklılıklar ve örneklem grubunun sosyo-kültürel özelliklerinde dolayı farklı prevalans oranları gösterilmektedir.

Perimenopozdaki 3,262 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların yüzde 69'u son 6 ay içinde eşyle düzenli cinsel ilişkide bulunduğunu; ilişkisi olmayanların ise yüzde 67'si partnerinin olmaması, yüzde 33'ü ilgide azalma, yüzde 16'sı yorgunluktan dolayı cinsel ilişkide bulunmadığını belirtmiştir. Cinsel aktif olanların yüzde 86-89'u ise orta derecede cinsel duygusal doyum ve orta-yoğun derecede fiziksel zevk aldığını söylemiştir (Cain ve diğ. 2003).

Rosen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsel isteği düşük olan kadınların yüzde 71,2'si ilişkilerinde memnuniyet belirtmişlerdir (Rosen ve diğ. 2009).

ICD-10 tanısı konulan kadınların sadece yüzde 48'i cinsel bir problemleri olduğunu kabul etmiştir (King ve diğ. 2007).

Laumann ve arkadaşlarının (1999) yaptığı, 18-59 yaş arası aktif cinsel hayatı olan kadınlarda uygulanan Ulusal Sağlık ve Sosyal Hayat Anketi'nde (NHSL) cinsel ilgide yüzde 32 azalma (Laumann ve diğ. 1999), 16-44 yaş arası kadınlarda uygulanan Ulusal Cinsel Davranış ve Yaşam Tarzı Anketi'nde (NATSAL) son 1 ayda yüzde 40,6, son 6 ayda yüzde 10,2 oranında cinsel istekte azalma belirlenmiştir (Mercer diğ. 2003).

Küresel Cinsel Davranış Çalışmasında (GSSAB) yüzde 26-43 cinsel istekte azalma olmakta (Laumann ve diğ. 2005), Hayes ve arkadaşlarına göre de yaşla birlikte istek azalması olmaktadır (Hayes ve diğ. 2007).

Bancroft ve arkadaşları 'bozulmuş fiziksel yanıt' kavramını incelemiş; kişisel rahatsızlığın, ilişki ve cinsellikle etkileşimi bulunmamıştır (Bancroft ve diğ. 2003).

NHSLS verilerinin analizi, cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda (yüzde 43) erkeklerden (yüzde 31) daha fazla olduğu; prevalansın farklı ırk gruplarındaki kadınlarda farklılık gösterdiğini ve travmatik cinsel deneyim öyküsü ve sosyal sorunlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Cinsel işlev bozukluğunun etkileri önemli

ölçüde kadınların benlik saygısını, yaşam kalitesini etkilemekte, duygusal sıkıntılara ve ilişki sorunlarına neden olmaktadır (Addis ve diğ. 2006).

Addis ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı bir çalışmada, çalışmaya katılan kadınların $\frac{3}{4}$ 'ü cinsel olarak aktiftir ve bu kadınların yüzde 60'ı eşiyile ayda en az bir kez birlikte olduğunu, yaklaşık $\frac{2}{3}$ 'ü memnun olduğunu, $\frac{1}{3}$ 'ü ise bir veya daha fazla sorun yaşadığından bahsetmiştir. Daha sık cinsel ilişki yaşamanın, yaşın genç olması, sınırlı derecede alkol kullanımı, düşük beden kitle indeksi ve yüksek gelir düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Addis ve diğ. 2006).

2.6 KADINDA CİNSEL İŞLEVİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cinsel sağlık konusunda sağlık profesyonellerine düşen görevler; kadının cinsel sağlığını korumak, cinsel işlev bozukluklarını en az seviyeye düşürmek, cinselliklerini ifade etme yetilerinin gelişimini sağlamaktır (Aslan 2013).

Cinsel işlevin değerlendirilmesinde ilk adım tıbbi öykü almaktır (Abalı 2014). Tıbbi öykü alınırken sosyo-demografik özellikleri, yakınmaları, cinsel sorunların öyküsü, yaşadığı psikososyal sıkıntılar, partneriyle olan cinsellik davranışı, travma geçmişi, tıbbi özgeçmişi, soygeçmişi, aile öyküsü sorgulanır (Kütmeç 2009, Davis ve diğ. 2004). Değerlendirme sadece kadınla değil partneriyle de yapılmalıdır. Öykü alınırken açık uçlu sorular sorulmalı, mahremiyete özen gösterilmeli, saygılı olunmalı, anlaşılır bir dil kullanılmalı ve görüşmeye hassas olmayan genel konulardan başlanılmalıdır (Oskay 2014, Aslan 2013).

Kadın cinselliğini sorgulayan formlardan en yaygın olanları; Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi/KCFİ (FSFI/Female Sexual Function Index), Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF/Index of Female Sexual Function), Kısaltılmış Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (BISF-W/Brief Index of Sexual Functioning for Women), Cinsel Fonksiyon Anketi (SFQ/Female Sexual Function Questionnaire), Cinsel Fonksiyon Anketinde Değişiklikler (CSFQ/Changes in Female Sexual Function Questionnaire), Cinsel Fonksiyon için Derogatis Görüşme Formu (DISF\DISF-SR/ The Derogatis Interview for Sexual Functioning), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu (ACYÖ) olup tedavi planlamasında önemli katkıları vardır (Abalı 2014, Kütmeç 2009).

Davis ve Taylor tarafından oluşturulan PLİSSİT modeline göre hemşire ilk aşamada, kadının cinsellikle ilgili düşünceleri, hisleri ve davranışlarıyla ilgili suçluluk duygusu mevcutsa, bu durumu en aza indirebilmeli (Abalı 2014), kadına özel konularda ve cinsel endişeleri hakkında soru sorması için izin verilir. İkinci aşamada hemşire, kadının konuşmaya istekli olduğunu gördükten sonra sınırlı bilgiler verir ve hastanın yanlış inanışlarını ve düşüncelerini düzeltir. Üçüncü aşamada eğer ki sınırlı bilgi vermek yeterli olmamışsa kadına özel önerilerde (cinselliğini ifade edebilmesini, partneriyle birlikte birbirlerinin cinselliğe yönelik tutum ve davranışlarına, inanışlarına önem vermesini, gerekiyorsa ileri düzey tedavi/terapiye sevk etmeyi gibi) bulunulur. Dördüncü aşama ise danışmanlığın yetmediği durumlarda yoğun tedavi için, kadını ve partnerini sevk etmeyi içerir (Oskay 2014, Aslan 2013).

ALLOW modeli ise (A= Ask-Sor, L= Legitimize-Onayla, L= Limitations-Sınırları belirleme, O= Open up-Açmak, W= Work together- Birlikte çalışmak); kadının cinsellikle ilgili kaygılarını değerlendirmesinde, cinsel öykünün alınmasında ve tedavi sürecinin planlanmasında kullanılması için geliştirilmiştir (Rosen ve diğ. 2009).

2.7 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİNDEKİ CİNSEL İŞLEV DEĞİŞİKLİKLERİNE YÖNELİK TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Cinsel işlev bozukluğuna tek bir tedavi yaklaşımı, perimenopoz ve postmenopozdaki her kadın için uygun değildir. Cinsel işlev bozukluğunun spesifik alt tipleri için, tedavinin süresinin belirlenmesi, hormonal ve hormonal olmayan maddelerin en uygun rejimde ve dozda uygulanabilmesi için; işlev bozukluğuna sebep olan psikososyal ve tıbbi tüm etkenler kapsamlı olarak değerlendirilmelidir (Goldstein ve Alexander 2005).

Çoğu kanıt, östrojenlerin, özellikle rahatsız edici vazomotor semptomları gidererek ve vajinal sağlığı düzelterek cinsel işlevde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Bachmann ve Leiblum 2004, Modelska ve Cummings 2003).

Hassasiyet ve ağrıyla başvuran kadınların genital ve pelvik değerlendirmeleri yapılmalı, genel tıbbi, obstetrik ve ürogenital öyküsü, kullanılan reçeteli ya da reçetesiz tüm ilaçlar değerlendirilmelidir. E₂ ve FSH ölçümü histerektomili kadınlarda, menopoz geçişi hakkında yararlı olabilir ancak çok bilgi vermeyebilir. OKS alan kadınlarda üreme

hormonlarının ölçülmesine gerek yoktur. Testosteron tedavisinde serbest testosteron ve SHBG ölçülmelidir. Androjen fazlalığının beklenmediği zamanlarda SHBG düşük ve testosteron anormal derecede yüksek bulunabilir (Davis ve Burger1996).

2.7.1 Hormon Tedavisi (HT)

Prematür menopozdaki kadınların, normal menopoz yaşına kadar hormon tedavisi kullanması önerilir (Wierman ve diğ. 2010).

Klimakterik dönemdeki şikayetleri kontrol altına almak için östrojen tedavisi tıbbi tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Östrojenin kontrendike olduğu durumlar:

- a. Meme ve uterus kanseri varlığı veya şüphesi,
- b. Anormal uterin kanamalar,
- c. Önceki veya mevcut tromboembolizm veya aktif tromboflebit,
- d. Akut karaciğer veya serebrovasküler hastalık,
- e. Kombine risk faktörleri; obezite, varis, hipertansiyon, aşırı sigara kullanımı.

Histerektomili kadınlarda, sadece östrojen; intakt uterusu olanlar içinse, östrojen projestin kombinasyonu en düşük dozda ve en kısa sürede uygulanacak şekilde kullanılması tavsiye edilir (Wierman ve diğ. 2010, Society 2007).

Sağlıklı menopozlu kadınlarda görülen vazomotor semptomlar için sistemik HT, izole vajinal semptomlar için de lokal vajinal östrojen tedavisi önerilmektedir (Wierman ve diğ. 2010).

Ürogenital atrofi tedavisinde etkili vajinal östrojen preparatları, lubrikasyonu artırabilir ve disparoniye de azaltabilir (Nilsson ve Heimer 1992). Vajinal östrojen preparatlarında, konjuge östrojenler, estriol (E₃) ve E₂ bulunmaktadır (Palacios ve diğ. 2005). Meme kanseri riski arttığı için, meme kanseri öyküsü olan kadınlarda vajinal E₂ kontrendikedir. HT alan tüm kadınlara yıllık meme ve pelvik muayenelerini yaptırmaları ve mammografi çektirmeleri önerilmektedir (Rioux ve diğ. 2000).

Cerrahi menopozdaki kadınlarda uygulanan östrojen ve projestin tedavisinin cinsel yaşam üzerine etkisi araştırıldığında, östrojen içeren tedavilerle plasebo kıyaslanmış ve

östrojen tedavisi alan grupta cinsel istek, haz, orgazm sıklığı ve lubrikasyon oranı daha yüksek bulunmuştur. HT kullanılmadığında sıcak basmaları daha fazla görülmüş ve orgazm sıklığı azalmıştır (Dennerstein ve diğ. 1980).

Huang'ın postmenopoz dönemdeki kadınlar üzerinde transdermal E₂ içeren bantların cinsel işlev üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, E₂ alan kadınlarda vajinal ağrı/kurulukta anlamlı iyileşme olmuş ancak, cinsel aktivite sıklığı ve diğer cinsel parametrelerde farklılıklar görülmemiştir (Huang ve diğ. 2008).

Wiklund ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postmenopoz dönemdeki kadınlar östrojen ve plasebo gruplarına ayrılmış ve E₂ alan grup cinsel tatminde, cinsel hazda ve aktivitede daha yüksek bulunmuş, cinsel problemlerde ve dispareniide azalma görülmüş, orgazmda farklılık bulunmamıştır (Wiklund ve diğ. 1993).

Bir başka çalışmada da 45-65 yaş arası kadınlara günlük, oral, düşük doz konjuge östrojenle (0,45 mg) birlikte, progesteron (1,5 mg) verilmiş ve 1 gr konjuge östrojen vajinal krem ilave edilmiştir (0,625 mg). Tedavi sonrası dispareni sıklığı azalmış, cinsel ilgi, cinsel haz ve orgazm sıklığında artış görülmüş, ancak cinsel ilişki sıklığında bir etki görülmemiştir (Gast ve diğ. 2009).

Reed ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; depresyonu olmayan orta yaş, sıcak basması şikayeti olan kadınlarda, 8 haftalık düşük doz E₂ veya venlafaksin tedavisinin etkisi plasebo ile kıyaslandığı zaman, cinsel işlevlerde değişiklik yapmadığı izlenmiştir. Östradiol cinsel istekte çok az artışa neden olduğu ve venlafaksinde ise orgazm ve ağrının azaldığı gözlenmiştir (Reed ve diğ. 2014).

Gonzalesin yaptığı araştırmaya göre; menopozlu kadınların yüzde 34'ü ağrı, yüzde 30'u lubrikasyon konusunda sıkıntı yaşamış olup; HT tedavisi ile ağrı ile ilişkili olan vajinal kuruluk ve cinsel istekte azalma gibi parametreler düzelebilmıştır (Gonzales ve diğ. 2004).

HT almayan postmenopoz kadınlarla, HT alan kadınlar karşılaştırıldığında; HT almayan grupta cinsel yaşam ile ilgili tüm parametrelerde azalma saptanmıştır (Borissova ve diğ. 2001).

HT tedavisi gören ve görmeyen postmenopoz dönemdeki kadınlarla, premenopoz dönemdeki kadınlar karşılaştırıldığında, kadınlar arasında cinsel aktivite, uygulama, işlev bozukluğu ya da memnuniyet açısından herhangi bir fark bulunmamıştır. HT kullanmayan postmenopoz dönemdeki kadınların premenopoz dönemdeki kadınlardan daha düşük cinsel aktivite rapor etmemesine rağmen daha az istekli olduklarını, bu durumun HT kullanan postmenopoz dönemdeki kadınlar ile premenopoz dönemdeki kadınlar arasında farklı olmadığı görülmüştür (Ringa ve diğ. 2013).

i. Androjen tedavisi

Yaşlanma, cerrahi menopoz, prematür overyan yetmezlik, hipopituitarizm ve adrenal yetmezlik androjenin düşmesine sebep olur. Doğal menopozda, androjende ani düşüş görülmez, ancak, menopozdaki kadınlarda, testosteron düzeyleri genç kadınlardan daha düşüktür (Zumoff ve diğ. 1995).

Testosteron tedavisi cilt altı implantı ya da transdermal krem yüzde 1'lik şekilde uygulanabilir. Tüylenme gibi çok hafif yan etkileri vardır. Erkekler için onaylanmış ürünler bayanlara kullanılmamalıdır. Randomize çalışmalar testosteron tedavisinin premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınlarda arzu, uyarılma, orgazm ve cinsel doyum sıklığını artırdığını göstermektedir (Davis ve Burger1996).

Testosteron bant tedavisi, HSDD olan postmenopoz dönemdeki kadınlarda, tatmin edici cinsel aktiviteyi, libidoyu, uyarılmayı ve orgazmı artırmaktadır. Testosteron tedavisi için relatif kontrendikasyonlar, androjenik alopesi, sebore veya akne ve hirsütizmdir. Meme kanseri, endometriyum kanseri, kardiyovasküler hastalığı olan ya da bunlar için riski olan hastalarda, hiperlipidemi veya karaciğer disfonksiyonu olan hastalarda kontrendikedir. Androjenlerin yan etkilerini engellemek için, fizyolojik testosteron seviyelerine transdermal tedavi ile ulaşılır (Wierman ve diğ. 2010).

Testosteron uygulaması için östrojen gereklidir. Yüksek endojen testosteron-östrojen oranları olan kadınlarda daha yüksek kardiyovasküler hastalık ve insülin direnci görülmektedir (Brotto ve diğ. 2010).

ii. Tibolon

Sentetik bir steroid olan tibolon, cinsel işlev bozukluğu olan postmenopoz dönemdeki kadınlarda kullanılır. SHBG'leri azaltır ve dolaşımdaki serbest testosteronu artırır, androjenitesine katkıda bulunur, vazomotor semptomları hafifletir, ürogenital atrofiyi iyileştirir, kemik kaybını engeller. İstek, uyarılma, tatmin ve uyumlulukla birlikte cinsel iyilik halini artırır (Kenemans ve diğ. 2009, Doren ve diğ. 2001, Rymer ve diğ. 1994).

Postmenopoz dönemdeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, 2.5mg/gün tibolon kullanımıyla plasebo karşılaştırılmış ve uyarılma sıklığında, cinsel fantezilerde, cinsel istekte (Laan ve diğ. 2001) ve lubrikasyonda artış görülmüştür (Kenemans ve diğ. 2009).

iii. Tamoksifen

Meme kanserli hastaların tedavisinde ve yüksek riskli hastaların kemoproflaksisinde kullanılan tamoksifen SHGB'leri artırır, vajina epitelinde, östrojenik değişikliklere yol açar, vajinal salgıları artırır, ilişki sırasında ağrı, yanma ve rahatsızlığa da sebep olabilmektedir (Ellmen ve diğ. 2003, Varras ve diğ. 2003).

iv. Raloksifen

Yüksek riskli kadınlarda meme kanserinden korunma ve postmenopoz dönemde görülen osteoporozdan korunma ve tedavisi için kullanılır. SHGB seviyesini, tamoksifen gibi yükseltir. Cinsel istek, ilişkide sıklık, haz, tatmin, orgazm veya cinsel problemlere herhangi bir etkisi bulunmamaktadır (Shelly ve diğ. 2008, Modugno ve diğ. 2003).

v. Oral kontraseptif (OKS) kullanımı

Menopoza girerken, 12 aylık kullanımı önerilmektedir. OKS kullanımı ile ovulasyon baskılanır, suprafizyolojik östrojen ve projestin seviyeleri oluşturulur. Testosteron seviyesi azalır, SHBG artar (Kaunitz 2008, Davis ve Burger 1996).

vi. Vazoaktif ajanlar (Fosfodiesteraz inhibitörleri-PDE-5i)

L-Arginin, sildenafil, vardenafil, tadalafil, fentolamin vb. vazoaktif ajanlar lokal kan akımını artırmaya yönelik, kadın cinsel uyarılma bozukluğunda kullanılan vazoaktif ajanlardır (Başgöl 2013, Tepe 2012).

2.7.2 Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri

i. Mekanik cihazların kullanımı

Klitorise ve vajinaya gelen kan akımını artırmak için kullanılan mekanik cihazlar: klitoral vakum cihazı, vajinal dilatörler ve vibratörler, vajinal lubrikasyon, uyarılma, orgazm ve cinsel tatminde etkilidir (Meston diğ. 2004).

ii. Sakral kök stimülasyonu

Duyusal- motor innervasyonu sağlayan, S2-S4 arasından çıkan pudental sinir kökünün direkt elektrik stimülasyonu ile uyarılmasıdır. Uyarılmayla birlikte Vazoaktif İntestinal Peptid (VIP) ve Nitrik Oksid (NO) gibi nörotransmitterler salınır, bu sayede lubrikasyon ve relaksasyon sağlanır. Stimülasyon direkt ya da transkutanöz sinir stimülasyonu (TENS) sayesinde indirekte yapılabilir (Başgöl 2013, Doğan ve diğ. 2008, Önem ve Kadioğlu 2005).

iii. Akupunktur

Akupunktur, cinsel isteksizlik ve menopoz semptomlarının tedavisinde kullanılmaktadır. Yağcı; hastalara vücut akupunkturunda iğneleme tekniği ile 10 seanslık bir kür tedavisi uyguladığını, ayrıca uyarıcı olarak 5mw He-Ne laser ve bitki tohumları kullanılarak kulak akupunkturunu ile tedaviyi desteklendiğini ve sonuç olarak ani terleme, sıcak basmaları, unutkanlık, uyku bozuklukları, alınganlık, cinsel istek azlığı, depresif ruh hali, kilo alma gibi menopoz dönemi semptomlarının düzelmesiyle, kadınların rahat bir menopoz dönemi geçirebileceğini belirtmiştir (Yağcı 2006).

2.8 KLİMAKTERİYUM DÖNEMİNDEKİ CİNSEL İŞLEV SORUNLARIYLA BAŞETMEDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Sağlık profesyonellerinin, klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları cinsel işlev konusundaki sıkıntılarla baş etmesinde, uygulayıcı, yönetici, eğitici, danışman ve araştırmacı rolleri vardır (Sarrel 1990).

i. **Uygulayıcı rolü:** Menopoz döneminde, uygun beslenmenin sağlanması, ürogenital semptomlar ve cinsel problemlerin çözümü (kegel egzersizleri vb.) ve yakınmalarla baş etme tekniklerinin öğretilmesi ve benimsetilmesi, hemşirenin en önemli uygulayıcı işlevleridir. Kadınların menopoz semptomlarıyla baş edebilmeleri için bakım hedefleri belirlemelidir (Sis 2010).

ii. **Yönetici rolü:** Sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak planlanması, sağlanması, geliştirilmesi, eşgüdümü ve değerlendirilmesinde birey, aile, diğer bilim dalı ve sektörlerinden olan kişilerle işbirliğini sağlar (Sis 2010).

iii. **Eğitici rolü:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, menopoz yakınmalarını önemli ölçüde azaltmaktadır (Taşkın 1998). Klimakterik dönemdeki kadınların eğitiminde; menopoz evresinin normal bir süreç olduğu, zararlı alışkanlıkların bırakılması, yeterli ve dengeli beslenme, kendi kendine meme muayenesi yapma, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması, uygun fiziksel aktivitenin sağlanması, düzenli cinsel yaşamın sürdürülmesi, vazomotor değişikliklerle başa çıkabilme, kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi, gebelikten korunma, sosyal aktivitelere katılım, düzenli sağlık kontrollerinin yapılması vurgulanmalıdır (Sis 2010).

Hemşireler, kadınlara cinsel işlevlerinde yaşanabilecek olası değişiklikler hakkında eğitici broşürler hazırlayarak, spesifik önerilerde bulunabilmelidir (Abalı 2014).

iv. **Danışman rolü:** Klimakterik dönemde görülen cinsel yaşama ilişkin sorun oluşturan deneyimlerin tanımlanmasında, bu deneyimlere cevap verilmesinde yardımcı olabilmek, kadına ve partnerine önerilerde bulunmak, cinsel işlevlerini sürdürebilmeleri açısından önemlidir (Aslan 2013, Sis 2010).

Eşlerin ilişkilerinde yürümeyen yönlerini sorgulaması, kadınların ilişkilerinde daha özgüvenli davranmaları, eşlerin birbirlerini dinlemesi gibi iletişimle ilgili konularda;

pelvik taban kaslarını güçlendirmeye yarayan Kegel egzersizleri, mastürbasyon, uzatılmış ön sevişme, cinsel ilişkide farklılıkların denenmesi, klitoral orgazm, cinsel ilişkiye başlamadan gevşeme tekniklerinin uygulanması, düzenli cinsel stimülasyonun sağlanması, lubrikasyonu sağlayabilmek için vajen Ph'sını bozacak kimyasal maddelerin (sabun, şampuan, sirke, el kremi, bebe yağı vb.) genital bölgede kullanılmaması, bunların yerine hormonal olmayan kayganlaştırıcıların kullanılabileceği, beslenmenin önemi, zararlı alışkanlıkların bırakılması, spor yapılması gibi önerilerde bulunularak kadınların cinsel işlevlerini sağlıklı bir şekilde sürdürmelerine yardımcı olunmalıdır (Oskay 2014, Nalbant 2009).

v. **Araştırmacı rolü:** Menopoz polikliniğinde çalışan uzman hemşire, yeniliklere açık bir kişiliğe sahip olmalı, menopoz dönemindeki tedavi ve tarama yöntemleri hakkında araştırmalar yapmalı ve güncel bilgileri takip etmelidir.

3. VERİ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Klimakterik dönemdeki kadınların cinsel işlev özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmış toplum temelli bir çalışmadır. Bu araştırma ile klimakterik dönemdeki kadınların cinsel işlev özellikleri ve menopoz semptomlarının cinsel işleve etkisi araştırılmıştır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma İstanbul ilinin Anadolu yakasının bir ilçesinde Ocak - Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler ve Medipol Üniversitesinden etik kurul onayı alınmıştır (Ek 6-11).

3.3 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma; kesitsel tanımlayıcı nitelikte olup, toplum temelli olarak planlanmıştır.

3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; İstanbul ilinin Anadolu yakasının bir ilçesinde ikamet eden, 45-65 yaş arası tüm klimakterik kadınlar oluşturmuştur.

Örneklemini ise Ocak - Mayıs 2015 tarihleri arasında, araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan 329 kadın oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında 30 kadın, çalışmaya, araştırma konusunu mahrem bulduğu için katılmamış, 17 kişi ise ankette KCFİ sorularına gelindiğinde, anketi tamamlamadan araştırmadan çekilmiştir. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini, kriterlere uygun, çalışmaya katılmak isteyen 282 klimakterik kadın oluşturmuştur.

3.5 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- a. 45-65 yaş arası klimakterik dönemde olmak,
- b. Cinsel yönden aktif olma ve düzenli cinsel yaşamı olması ,
- c. Mental düzeyi ve okuma yazma durumunun yeterli olması ,
- d. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak .

3.6 ARAŞTIRMA SORULARI

- a. Klimakterik dönemde yaşanan değişiklikler cinsel işlevleri etkiliyor mu?
- b. Klimakterik dönemde yaşanan değişiklikler, kadınların cinsel memnuniyetlerini etkiliyor mu?
- c. Klimakterik dönemde kadın cinsel işlev özellikleri, kadının cinsel memnuniyetini etkiliyor mu?
- d. Sosyo-demografik özellikler, obstetrik/jinekolojik özellikler ve sağlık durumları cinsel işlevi ve cinsel memnuniyeti etkiliyor mu?

3.7 VERİLERİN TOPLANMASINDA İZLENEN YOL

Belirlenen bölgede evler ziyaret edilerek, kadınlara araştırmaya katılmadan önce, çalışmanın amacı, süresi ve sorular hakkında bilgi verilmiş, Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-1) okunmuş ve kadınların sözel onayları alınmıştır. Tanılama Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), KCFİ ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) evde uygun ortam sağlanarak, araştırmacı tarafından, mahremiyete özen gösterilerek, etik kurallara uyularak ve yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Her bir görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.8 VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR

Araştırmada verilerin toplanmasında, klimakterik kadınların genel durumlarını belirlemek amacıyla Tanılama Formu, menopoz semptomlarını değerlendirmek için MSDÖ, cinsel işlevleri değerlendirmek için KCFİ, cinsel memnuniyeti belirlemek için KCMÖ kullanılmıştır.

3.8.1 Tanılama Formu

Kırk beş sorudan oluşan, kadınların sosyo-demografik özelliklerini, obstetrik ve genel sağlık durumlarını ve cinselliğe ilişkin soruları içeren Tanılama Formu (Ek-1), literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için yaş, aile tipi, evlenme şekli, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, kendisinin ve eşinin mesleği, gelir durumları; obstetrik ve genel sağlık durumlarını belirlemek amacıyla, doğum sayısı ve şekli, adet görme durumu, menopoza giriş şekli, doğum kontrol yöntemi kullanım durumu, ilaç kullanımı, sağlık sorunları, sigara ve alkol kullanımı, beden kitle indeksi (BKİ); cinselliğe ilişkin ise, cinsel yaşamdaki sorunlar, koitus sıklığı sorulmuştur.

3.8.2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği/MSDÖ (Menopause Rating Scale/MRS)

MSDÖ (Ek-3), ilk olarak 1992 yılında, menopoz semptomlarının şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Schneider ve arkadaşları tarafından Almanca olarak geliştirilmiş, 1996 yılında da ölçek İngilizce'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır (Schneider ve diğ. 2002).

MSDÖ, 2005 yılında Türkçe'ye Gürkan tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Pearson momentler çarpımı kullanılarak, test-tekrar test yöntemi ile yapılmıştır. Maddelerinin iç tutarlılığı Cronbach's alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,84, somatik semptomlar için 0,65, psikolojik semptomlar için 0,79 ve ürogenital semptomlar için 0,72 bulunmuştur (Gürkan 2005). Bu çalışmada ise, MSDÖ'nün Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,88, somatik semptomlar için 0,71, psikolojik semptomlar için 0,88 ve ürogenital semptomlar için 0,70 bulunmuştur.

Toplam 11 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçek olup, menopoz yakınmalarını içeren her bir madde için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" seçenekleri bulunmakta ve ölçekten en az puan 0, en yüksek puan 44 alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı göstermektedir (Gürkan 2005). Ölçek; 1., 2., 3. ve 11. maddeleri

içeren Somatik şikayetler alt ölçeği, 4., 5., 6. ve 7. maddeleri içeren Psikolojik şikayetler alt ölçeği, 8., 9. ve 10. maddeleri içeren Ürogenital şikayetler alt ölçeği olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Somatik şikayetler alt ölçeği, sıcak basması, terleme nöbetleri, kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi, uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma, eklemlerde ağrı ve romatizma şikayetlerini; Psikolojik şikayetler alt ölçeği, kendini kötü, üzgün ve ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik, fiziksel ve zihinsel olarak genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık, endişe, kaygı, huzursuzluk, panik hissi, sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme şikayetlerini; Ürogenital şikayetler alt ölçeği ise, cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada azalma, idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma, vajinada kuruluk ve yanma hissi ile cinsel birleşmede zorlanma gibi menopoz semptomlarını sorgulamaktadır (Gürkan 2005).

Schneider MSDÖ'nün orijinal metninde, "35 ve/veya daha yüksek" puan elde edildiğinde semptomların çok şiddetli yaşandığını, "20-34" arası şiddetli, "15-19" arası orta, "1-14" arası daha hafif yaşandığını ve '0' puan hiç semptom yaşanmadığını göstermektedir (Avcı 2103).

3.8.3 Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi /KCFİ (The Female Sexual Function Index/FSFI)

İstek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı bölüm, 19 maddeden oluşan, Likert tipli, kadın cinsel fonksiyon indeksi (Ek-4), kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla Rosen ve arkadaşları tarafından, ABD'de 2000 yılında geliştirilmiştir. Cronbach's alfa katsayısı 0,82, test-tekrar güvenilirliği 0,79-0,86 bulunmuştur (Rosen ve diğ. 2000).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi, Aygin ve Aslan (2005) ile Öksüz ve Malhan (2005) tarafından yapılmıştır. Aygin ve Aslan (2005)'in çalışmasına göre iç tutarlılık katsayısı oranı 0,70 ile 0,96 arasında, Cronbach's alfa katsayısının 0,89 ile 0,98 arasında değiştiği, test-tekrar güvenilirliği ise 0,75 olup, ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Aygin ve Aslan 2005).

Öksüz ve Malhan (2005)'in Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin güvenirlik çalışmasına göre, Cronbach's alfa katsayısı 0,95, test-tekrar güvenirliği 0,75-0,95 olup, ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Öksüz ve Malhan 2005).

Bu çalışmada ise KCFİ Cronbach's alfa katsayısı 0,97, alt boyutların Cronbach's alfa değerlerinin ise yüzde 76,4 ile yüzde 97,1 arasında değiştiği görülmüştür.

Toplam ölçek puanı >22.7 ise normal cinsel işlev, ≤ 22.7 ise cinsel işlev bozukluğu olduğu ve İstek alt ölçek puanı $\leq 3,6$ (puan aralığı 1,2-6), Uyarılma alt ölçek puanı $\leq 3,9$ (puan aralığı 0- 6), Lubrikasyon alt ölçek puanı $\leq 3,6$ (puan aralığı 0-6), Orgazm alt ölçek puanı $\leq 3,6$ (puan aralığı 0-6), Doyum alt ölçek puanı $\leq 3,6$ (puan aralığı 0-6) ve Ağrı alt ölçek puanı ≤ 4.4 (puan aralığı 0-6) olduğunda ise alt boyutlara ilişkin cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilir (Rosen ve diğ. 2000, Tepe 2012). 14. madde için puan aralığı = 0-5; 15. ve 16. Maddeler için puan aralığı= 1-5 (Tablo 3.1) (Başgöl 2013, Rosen ve diğ.2000).

Tablo 3.1: FSFI Alt Boyut Puanları

FSFI Alt Boyutları	Soru Numarası	Puan Aralığı	Faktör Puanı	Min. Puan	Max. Puan
İstek	1,2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Uyarılma	3,4,5,6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrikasyon	7,8,9,10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgazm	11,12,13	0 – 5	0,4	0	6,0
Genel Tatmin	14,15,16	0 (veya 1)–5*	0,4	0,8	6,0
Ağrı	17,18,19	0 - 5	0,4	0	6,0
Toplam Puan				2,0	36,0

3.8.4 Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği/KCMÖ (Sexual Satisfaction Scale for Women/SSS-W)

2005 yılında Meston ve Trampnell tarafından geliştirilmiş KCMÖ (Ek-5), Memnuniyet, İletişim, Uyumluluk, Endişe (ilişki ile ilgili) ve Endişe (kişisel) başlıkları adı altında toplam 5 alt boyuttan oluşmuş, 30 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin 29 maddesinin şıkları (5) kesinlikle katılmıyorum, (4) katılmıyorum, (3) kararsızım (2) katılıyorum ve (1) kesinlikle katılıyorum şeklindeyken, bir maddesi (5) tamamen tatminkar, (4) oldukça tatminkar, (3) tatminkar, (2) tatminkar değil ve (1) hiç tatminkar değil şeklinde şıklandırılmıştır (Meston ve Trampnell 2005).

Tablo 3.2: KCMÖ'nin Puanlaması

Alt Boyut	Soru numarası	Puanı
Memnuniyet	1,2,3,4,5,6	6-30
İletişim	7,8,9,10,11,12	6-30
Uyumluluk	13,14,15,16,17,18	6-30
Endişe (İlişki ile ilgili)	19,20,21,22,23,24	6-30
Endişe (Kişisel)	25,26,27,28,29,30	6-30

Kaynak: Abalı 2014.

Ölçeğin toplam puanı ise Memnuniyet+İletişim+Uyumluluk+(İlişkisel Endişe+Kişisel Endişe/2) formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. Puan aralığı 30-150 puan olan ve kesme noktası bulunmayan ölçeğin yorumlanması, elde edilen skor ne kadar yüksek olursa cinsel memnuniyetin o kadar iyi olduğu şeklinde yapılır (Tablo 3.2) (Abalı 2014).

Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı sağlıklı grupta (KCFİ toplam puanı >26) 0,91, cinsel işlev bozukluğu bulunan grupta 0,88 ve tüm grupta 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği sağlıklı grupta 0,79, cinsel işlev bozukluğu bulunan grupta 0,76 ve kombine grupta 0,87 olarak bulunmuştur (Meston ve Trampnell 2005).

2014 yılında Abalı tarafından Türkçe'ye uyarlanan KCMÖ'nin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık için yapılan analizinde Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı = ,96 olduğu ve KCMÖ'nin iç tutarlılığının yüksek derecede güvenilir olduğu saptandı. KCMÖ'nin alt boyutlarının Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları ise = ,89 ile, 91 arasında bulundu (Tablo 3.3). Bu değerler ölçeğin alt boyutlarının da geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.3: KCMÖ alt boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları (n=300)

Alt Boyutlar	Cronbach Alfa Katsayısı α
Memnuniyet	,89
İletişim	,91
Uyumluluk	,89
Endişe (ilişki ile ilgili)	,89
Endişe (kişisel)	,89
Toplam	,96

Kaynak: Abalı 2014.

KCMÖ'nin Türkçe'ye uyarlanan formunun uyumunu belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış Ki-Kare Uyum (Chi-Square Goodness, χ^2) testi, Yaklaşık Hataların

Ortalama Kare Kökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) kullanılmıştır. Bu testler sonucunda KCMÖ'nin 5 faktörlü yapısında tüm faktörler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve modelin iyi bir uyuma sahip olduğu belirlenmiştir (Abalı 2014).

Bu çalışmada ise KCMÖ'nin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısının 0,94 olduğu, alt boyutlarının Cronbach's alfa değerlerinin ise 0,73 ile 0,92 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 3.4).

Tablo 3.4: KCMÖ alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları

Alt Boyutlar	Cronbach Alfa Katsayısı α
Memnuniyet	0,734
İletişim	0,816
Uyumluluk	0,879
Endişe (İlişki ile ilgili)	0,911
Endişe (Kişisel)	0,924

3.9 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Sıklık, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar yüzde 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve $p < 0,01$ $p < 0,001$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Klimakterik dönemdeki kadınların cinsel işlev özelliklerini toplum temelli olarak belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları 3 bölümde ele alınmıştır;

- 1) Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- 2) Kadınların klimakterik dönemdeki cinsel işlev özelliklerine ilişkin bulgular,
- 3) Kadınların klimakterik dönemde tanıtıcı özelliklerine ait değişkenlerin menopoz semptomları, cinsel işlev ve cinsel memnuniyete etkilerine ilişkin bulgularının karşılaştırılması.

4.1 KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan klimakteriyum dönemindeki kadınların sosyo-demografik özelliklerine, genel sağlık durumlarına, cinsellik ve evlilik durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=282)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadınların Yaş Grubu	40-49	72	25,5
	50-59	158	56
	60 ve üzeri	52	18,5
Eşlerinin Yaş Grubu	40-49	23	8,2
	50-59	140	49,6
	60 ve üzeri	119	42,2
Kadınların Eğitim Düzeyi	İlkokul	73	25,9
	Ortaöğretim	149	52,8
	Üniversite	60	21,3
Eşlerinin Eğitim Düzeyi	İlkokul	43	15,3
	Ortaöğretim	125	44,3
	Üniversite	114	40,4
Kadınların Mesleği	Ev hanımı	146	51,7
	Emekli	113	40,1
	Çalışan	23	8,2
Eşlerinin Mesleği	Emekli	171	60,6
	Çalışan	111	39,4
Sosyal Güvencesi	Yok	21	7,4
	SGK	248	87,9
	Özel sigorta	13	4,7
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden az	74	26,2
	Geliri giderinden fazla	30	10,6
	Geliri giderine denk	178	63,2
BKİ	Zayıf	2	0,7
	Normal kilolu	89	31,6
	Fazla kilolu	114	40,4
	Obez	77	27,3
Aile Tipi	Çekirdek	235	83,3
	Geniş	45	16
	Parçalanmış	2	0,7
Evlenme Şekli	Görücü usulü	115	40,8
	Anlaşarak	167	59,2
Evlilik Yaşı	18 yaş ve altı	49	17,4
	19-24	145	51,4
	25-29	65	23
	30 ve üzeri	23	8,2
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2	67	23,8
	3	100	35,4
	4 ve üzeri	115	40,8

Klimakteriyum dönemindeki kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de görülmektedir.

Örneklem grubundaki kadınların yaş grubu yüzde 56’sında 50-59 yaşlıdır ve yaş ortalaması $53,84 \pm 5,48$ ’dir (min.45-maks.65).

Eşlerinin yaş grubu ise yüzde 49,6’sında 50-59 yaşlıdır ve yaş ortalaması $58,59 \pm 7,15$ ’tir (min.44-maks.84). Kadınların eğitim durumu yüzde 52,8’inde ortaöğretim iken,

eşlerinin eğitim durumu yüzde 40,4’ünde üniversite olarak dağılmaktadır. Kadınların yüzde 51,8’i ev hanımı, eşlerinin yüzde 60,6’ı da emeklidir. Sosyal güvence yüzde 87,9’unda SGK olup, kadınların gelir düzeyi yüzde 63,1’inde geliri giderine denk olarak dağılmaktadır. BKİ yüzde 40,4’ünde fazla kilolu olup, BKİ ortalaması $27,60 \pm 5,27$ ’dir (min.16,37-maks.33,28). Kadınlar aile tipi yüzde 83,3’ünde çekirdek aile olup, yüzde 59,2’si anlaşarak evlenmiştir ve evlenme yaşı yüzde 17,4’ünde 18 yaşının altındadır. Evlenme yaş ortalaması $22,73 \pm 4,76$ ’dır (min.13-maks.45). Kadınların yüzde 40,8’i 4 kişi ve üzeri kişi ile aynı evde yaşamaktadır.

Tablo 4.2: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Alışkanlıkları (n=282)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Çay İçme	Hayır	6	2,1
	Evet	276	97,9
Kahve İçme	Hayır	48	17,0
	Evet	234	83,0
Sigara İçme	Hiç İçmedim	133	47,2
	Evet	74	26,2
	İçiyordum, Bıraktım	75	26,6
Alkol Kullanımı	Evet	41	14,5
	Hayır	241	85,5
Alkol Tüketim Miktarı (n=41)	Ayda 1-2 Kez	18	43,9
	Haftada 1 Kez	4	9,8
	Haftada 2 Kez	1	2,4
	Nadiren	18	43,9

Klimakteriyum dönemindeki kadınların alışkanlıkları Tablo 4.2’de görülmektedir. Kadınların yüzde 97,9’u çay, yüzde 83’ü kahve içtiğini, yüzde 47,2’si hiç sigara içmediğini, yüzde 26,6’sı eskiden içtiğini ancak bıraktığını, yüzde 85,5’i ise alkol kullanmadığını ifade etmiştir.

Kadınların “günde içilen çay” ortalaması $6,12 \pm 4,68$ bardak; “günde içilen kahve” ortalaması $1,48 \pm 0,87$ fincan; “günlük sigara” ortalaması $11,15 \pm 7,62$ adet olup, ortalama $20,18 \pm 9,74$ yıldır sigara içmektedir ve günde ortalama $12,76 \pm 7,13$ adet sigara içmektedir.

Tablo 4.3: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların ve Eşlerinin Kronik Sağlık Sorunları (n=282)

Kadının Sağlık Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik sağlık sorunu var	198	70,2
Kronik sağlık sorunu yok	84	29,8
Hipertansiyon	79	28,0
Kolesterol	62	22,0
Troid	55	19,5
Diyabet	54	19,1
Depresyon	46	16,3
Ailede meme, uterus kanseri öyküsü	22	7,8
Diğer (Akdeniz anemisi, alerji, migren, osteoporoz vb.)	19	6,7
Genetik hastalık	17	6,0
Meme kanseri	10	3,5
Endometriyum kanseri	6	2,1
Radyoterapi	5	1,8
Tromboemboli	5	1,8
Kemoterapi	3	1,1
Eşinin Sağlık Durumu		
Eş sağlık sorunu var	167	59,2
Eş sağlık sorunu yok	115	40,8
Hipertansiyon	73	25,9
Diyabet	57	20,2
Kolesterol	34	12,1
Prostat hast.	29	10,3
Tromboemboli	16	5,7
Troid	16	5,7
Diğer (panik atak, ülser, kardiyovasküler problemler vb.)	14	5,4
Depresyon	9	3,2
Kemoterapi	6	2,1
Genetik hastalık	5	1,8
Radyoterapi	4	1,4

Klimakteriyum dönemindeki kadınların ve eşlerinin kronik sağlık sorunları Tablo 4.3'te görülmektedir.

Kadınların yüzde 70,2'sinin sağlık sorunu olduğu; kadınların yüzde 28'nin hipertansiyon hastası, yüzde 22'sinin kolesterolünün yüksek olduğu, yüzde 19,5'in troid ve yüzde 19,1'nin diyabet hastası, olduğu belirlenmiştir. Kadınların yüzde 59,2'sinin eşinin sağlık sorunu olduğu, eşlerin yüzde 25,9'unun hipertansiyon yüzde 20,2'sinin diyabet, yüzde 12,1'inin kolesterol ve yüzde 10,3'ünün prostat sorunları olduğu belirlendi.

Tablo 4.4: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların İlaç Kullanım Durumu (n=282)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sürekli ilaç kullanımı var*	177	62,8
Sürekli ilaç kullanımı yok	105	37,2
Antihipertansif	76	27,0
Antidiyabetik	41	14,5
Antidepresif	34	12,1
Kolesterol ilacı	26	9,2
Analjezik	27	9,6
Diğer (antihistaminik, vitamin, antitiroid vb.)	41	14,5

* Aynı hastada birden fazla ilaç kullanımı vardır.

Klimakteriyum dönemindeki kadınların sürekli ilaç kullanma durumu Tablo 4.4’de görülmektedir. Kadınların yüzde 62,8’i sürekli ilaç kullandığını ifade etmiştir. Sürekli ilaç kullananların yüzde 27’si antihipertansif, yüzde 14,5’i antidiyabetik ve yüzde 12,1’i antidepresan kullandığını belirtmiştir.

Tablo 4.5: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=282)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma	Evet	38	13,5
	Hayır	244	86,5
Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemi	Kondom	13	34,2
	Geri Çekme	10	26,3
	Tüpligasyon	7	18,4
	RIA	6	15,8
	KOK	2	5,3
Gebe Kalma Korkusu	Evet	11	3,9
	Hayır	271	96,1
	Yok	277	98,2
Gebelik Sayısı	0	11	3,9
	1	47	16,7
	2	97	34,4
	3	75	26,6
	4 ve üzeri	52	18,4
Doğum Sayısı	0	11	3,9
	1	69	24,5
	2	133	47,2
	3 ve üzeri	69	24,4
Son Gebelik Yaşı	<25	40	14,8
	26-35	179	66,0
	>36	52	19,2
	Toplam	271	100,0
Doğum Şekli	Normal Doğum	198	73,1
	Sectio/Sezaryen	56	20,7
	Hem Normal Hem Sezaryen	17	6,2

Klimakteriyum dönemindeki kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4.5’te görülmektedir.

Kadınların yüzde 86,5'i doğum kontrol yöntemi kullanmadığını, kullananların ise yüzde 34,2'si kondom ve yüzde 26,3'ü geri çekme yöntemini kullandığını ifade etmiştir. Kadınların yüzde 96,1'i gebe kalma korkusu olmadığını belirtmiştir. Kadınlar yüzde 34,4'ü 2 kez gebe kalmış olup, yüzde 47,2'si 2 kez doğum yapmıştır, yüzde 66,1'inin son gebelik yaşı 26-35 yaş arasındadır ve yüzde 73,1'i normal doğum yapmıştır.

Tablo 4.6: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Özellikleri (n=282)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Adet Görme Durumu	Görmüyor	275	97,5
	Görüyor	7	2,5
Adet Görmeme Süresi	1 yıldır	38	13,8
	1-2 yıldır	51	18,5
	2- 5 yıldır	54	19,7
	5 Yıldan Fazla	132	48,0
Adetten Kesilme Şekli	Düzensizleşme ile	180	65,5
	Aniden Kesilme	42	15,3
	Ameliyat Sonrası	53	19,2
Geçirilen Jinekolojik Operasyon	TAH	32	60,4
	TAH+BSO	20	37,7
	VAH	1	1,9
Adetten Kesilme Yaşı	45 yaş altı	55	20,0
	45-50	163	59,3
	51-55	57	20,7
Menopoz Kontrolü için Hekime Başvurma	Evet	102	36,2
	Hayır	180	63,8
Hekime Başvuru Nedeni	Sıcak Basması	31	30,4
	Adet Düzensizliği	29	28,5
	Diğer (Rutin kontrol, osteoporoz vb.)	39	38,3
	Vajinal Kuruluk	3	2,9
Menopoz Şikayetleri İçin İlaç Tedavisi	Evet	116	41,1
	Hayır	166	58,9
İlaç Alma Nedeni	Hormonu Tamamlama	50	43,1
	Kemik Erimesi	25	21,6
	Ateş Basması	20	17,2
	Vajinal Kuruluk	8	6,9
	Diğer	13	11,2

Klimakteriyum dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özellikleri Tablo 4.6'da görülmektedir.

Kadınların yüzde 97,5'i hiç adet görmemekte olup, adet görmeme süresi yüzde 48'inde 5 yıldan fazladır. Kadınların yüzde 65,5'i adet düzensizleşmesi sonrası adetten kesilme, yüzde 15,3'ü aniden adetten kesilme ve yüzde 19,2'si jinekolojik ameliyat sonrası adetten kesilme yaşamışlardır. Kadınlar jinekolojik ameliyat olarak en sık (yüzde 60,4) TAH geçirmiştir.

Kadınlar adet kesilme yaşı yüzde 20'sinde 45 yaş altındadır. Adetten kesilme yaşı ortalama $47,21 \pm 4,31$ (min. 32-maks.55) ve adet görmeme süresi ortalama $81,16 \pm 70,00$ ay olarak bulunmuştur. Kadınlar menopoz kontrolü için hekime yüzde 36,2 oranında başvuru yapmış ve en sık başvuru nedeni yüzde 30,4 ile sıcak basması ve yüzde 28,4 adet düzensizliğidir.

Menopoz sonrası kadınların yüzde 41,1'i ilaç kullanmış ve yüzde 43,1'i hormon eksikliğini tamamlamak için ilaç almıştır.

Tablo 4.7: MSDÖ Puanları (n=282)

	Ort.	SS	Min.	Maks.
Somatik Şikayetler	5,00	3,45	0	16
Psikolojik Şikayetler	5,36	4,08	0	16
Ürogenital Şikayetler	3,06	2,74	0	12
Ölçek Toplam Puanı	13,42	8,82	0	44

Klimakteriyum dönemindeki kadınların MSDÖ'ye ilişkin bulguları Tablo 4.7'de görülmektedir. Kadınların toplam puan ortalaması $13,42 \pm 8,82$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8: Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Cinsel Sorunları (n=282)

			Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsel Yaşamda Sorun Var mı	Evet		59	20,9	
	Hayır		223	79,1	
Cinsel Sorun Nedeniyle Çözüm Arama	Başvuru Yapmadı		266	94,3	
	Hastane		3	1,1	
	Özel Doktor		5	1,8	
	Arkadaş		4	1,4	
	Diğer		4	1,4	
Cinsel Sorunun Kimden Kaynaklandığı?	Kadına ait		25	42,4	
	Eşine ait		21	35,6	
	Her İkisine ait		8	13,5	
	Çevreye ait		5	8,5	
	n	Ort.	SS	Min.	Maks.
İlk Cinsel Deneyim Yaşı	282	22,51	4,58	13,00	45,00
Ayda Girilen Cinsel İlişki Sayısı	240	4,01	3,15	1,00	20,00
Evlilik İlişkisi Değerlendirme	282	6,70	2,39	1,00	10,00
Cinselliği Değerlendirme	282	5,90	2,21	1,00	10,00

Klimakteriyum dönemindeki kadınların cinsel sorunlara ilişkin bulguları Tablo 4.8'de görülmektedir.

Kadınların yüzde 20,9'u cinsel yaşamında sorun olduğunu, sadece yüzde 5,7'sinin çözüm aradığı belirlenmiştir. Kadınların yüzde 42,4'ü sorunların kendisinden, yüzde 35,6'sı eşinden kaynaklandığını ifade etmiştir.

Kadınlar ilk cinsel deneyim yaşı ortalama $22,51 \pm 4,58$, ayda girilen cinsel ilişki sayısı ortalama $4,01 \pm 3,15$ 'tir.

Kadınların 0-10 arasında (0=çok kötü ve 10=çok iyi) puanlamaları istenilen "evlilik ilişkisini" değerlendirmede ortalama $6,70 \pm 2,39$ ve "cinsel yaşamını" değerlendirmede ortalama $5,90 \pm 2,21$ olarak bulunmuştur.

4.2 KADINLARIN KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ CİNSEL İŞLEV ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan klimakteriyum dönemindeki kadınların cinsel işlev özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.9: Kadınların Klimakterik Dönemde KCFİ Alt boyut ve Toplam Puanları (n=282)

KCFİ Alt boyutları	Ort.	SS	Min.	Maks.
İstek	4,54	1,84	2,00	9,00
Uyarılma	8,87	5,87	0,00	20,00
Lubrikasyon	10,54	6,96	0,00	20,00
Orgazm	7,72	5,19	0,00	15,00
Doyum	9,35	3,73	2,00	15,00
Ağrı	8,39	5,73	0,00	15,00
KCFİ Toplam Puanı	18,73	9,79	2,00	34,00

Klimakteriyum dönemindeki kadınların KCFİ alt boyutlarına ilişkin bulguları Tablo 4.9'da görülmektedir.

Kadınların KCFİ toplam puan ortalaması $18,73 \pm 9,78$ olup, alt boyutlarının ortalamaları ise; "İstek" $4,54 \pm 1,84$, "Uyarılma" $8,87 \pm 5,87$, "Lubrikasyon" $10,54 \pm 6,96$, "Orgazm" $7,72 \pm 5,19$, "Doyum" $9,35 \pm 3,73$ ve "Ağrı" $8,39 \pm 5,73$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Alt boyut ve Toplam Puanları (n=282)

KCMÖ Alt Boyutları	Ort.	SS	Min.	Maks.
Memnuniyet	19,20	4,85	6,00	30,00
İletişim	20,24	5,55	6,00	30,00
Uyumluluk	20,39	6,03	6,00	30,00
Endişe (ilişki ile ilgili)	22,86	6,36	6,00	30,00
Endişe (kişisel)	22,61	6,78	6,00	30,00
Kadın Cinsel Memnuniyet Toplam	82,56	18,073	30,00	120,00

Klimakteriyum dönemindeki kadınların KCMÖ'ne ilişkin bulguları Tablo 4.10'da görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların KCMÖ toplam puan ortalaması 82,56±18,07 olup, alt boyutlarının ortalamaları ise; “Memnuniyet” 19,20±4,85; “İletişim” 20,24±5,55; “Uyumluluk” 20,39±6,03; “Endişe (ilişki ile ilgili)” 22,86±6,36; “Endişe (kişisel)” 22,61±6,78 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.11: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi (n=282)

		KCFİ Toplam	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı
KCMÖ Toplam	r	0,270	0,171	0,282	0,215	0,272	0,412	0,146
	p	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,014
Memnuniyet	r	0,356	0,278	0,349	0,303	0,346	0,447	0,236
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İletişim	r	0,327	0,209	0,338	0,283	0,339	0,372	0,231
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Uyumluluk	r	0,192	0,112	0,212	0,133	0,196	0,356	0,072
	p	0,001	0,060	0,000	0,025	0,001	0,000	0,231
Endişe (ilişki ile ilgili)	r	0,002	-0,032	0,007	-0,020	0,011	0,140	-0,063
	p	0,973	0,588	0,909	0,734	0,859	0,019	0,290
Endişe (kişisel)	r	0,054	0,002	0,065	0,034	0,039	0,182	-0,006
	p	0,368	0,977	0,276	0,572	0,511	0,002	0,925

r= Pearson korelasyon analizi

KCFİ ve KCMÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi Tablo 4.11’de verilmiştir.

KCFİ ile KCMÖ arasında pozitif yönde ($r=0,270$; $p=0,000<0,05$), İstek alt boyutu ile KCMÖ arasında pozitif yönde ($r=0,171$; $p=0,004<0,05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Endişe (kişisel) ve Endişe (ilişki ile ilgili) alt boyutlarının KCFİ, İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm ve Ağrı alt boyutları arasında ve Ağrı alt boyutu ile Uyumluluk alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12: KCFİ ve MSDÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi (n=282)

		MSDÖ Toplam	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler
KCFİ Toplam	r	-0,223	-0,185	-0,151	-0,261
	p	0,000	0,002	0,011	0,000
İstek	r	-0,122	-0,102	-0,062	-0,173
	p	0,041	0,088	0,300	0,004
Uyarılma	r	-0,194	-0,154	-0,146	-0,213
	p	0,001	0,009	0,014	0,000
Lubrikasyon	r	-0,234	-0,185	-0,172	-0,263
	p	0,000	0,002	0,004	0,000
Orgazm	r	-0,227	-0,179	-0,176	-0,241
	p	0,000	0,003	0,003	0,000
Doym	r	-0,154	-0,117	-0,095	-0,208
	p	0,009	0,050	0,111	0,000
Ağrı	r	-0,227	-0,214	-0,125	-0,274
	p	0,000	0,000	0,036	0,000

r= Pearson korelasyon analizi

KCFİ ve MSDÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi Tablo 4.12’de verilmiştir.

Buna göre MSDÖ ile KCFİ arasında negatif yönde ($r=-0,223$; $p=0,000<0,05$), Somatik şikayetler alt boyutu ile KCFİ arasında negatif yönde ($r=-0,185$; $p=0,002<0,05$), Psikolojik şikayetler alt boyutu ile KCFİ arasında negatif yönde ($r=-0,151$; $p=0,011<0,05$), Ürogenital şikayetler alt boyutu ile KCFİ arasında negatif yönde ($r=-0,261$; $p=0,000<0,05$) bir ilişki görülmüştür.

Somatik şikayetler alt boyutu ile İstek alt boyutu arasında, Psikolojik şikayetler alt boyutu ile İstek alt boyutu arasında, Psikolojik şikayetler alt boyutu ile Doyum alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13: KCMÖ ve MSDÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi (n=282)

		MSDÖ Toplam	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler
KCMÖ Toplam	r	-0,224	-0,082	-0,242	-0,257
	p	0,000	0,170	0,000	0,000
Memnuniyet	r	-0,230	-0,104	-0,215	-0,289
	p	0,000	0,080	0,000	0,000
İletişim	r	-0,283	-0,163	-0,275	-0,297
	p	0,000	0,006	0,000	0,000
Uyumluluk	r	-0,139	-0,007	-0,170	-0,186
	p	0,019	0,910	0,004	0,002
Endişe (İlişki ile ilgili)	r	-0,058	0,032	-0,110	-0,062
	p	0,333	0,593	0,065	0,297
Endişe (Kişisel)	r	-0,100	-0,039	-0,128	-0,081
	p	0,094	0,511	0,031	0,175

r= Pearson korelasyon analizi

KCMÖ ve MSDÖ Alt boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi Tablo 4.13’te verilmiştir.

Buna göre MSDÖ ile KCMÖ arasında negatif yönde ($r=-0,224$; $p=0,000<0,05$), Psikolojik şikayetler alt boyutu ile KCMÖ arasında negatif yönde ($r=-0,242$; $p=0,000<0,05$), Ürogenital şikayetler alt boyutu ile KCMÖ arasında negatif yönde ($r=-0,257$; $p=0,000<0,05$) bir ilişki görülmüştür.

Somatik şikayetler alt boyutu ile KCMÖ, Memnuniyet, Uyumluluk, Endişe (ilişki ile ilgili), Endişe (kişisel) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). MSDÖ ile Endişe (ilişki ile ilgili), Endişe (kişisel) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Psikolojik şikayetler alt boyutu ile Endişe (ilişki ile ilgili) alt boyutu arasındaki istatistiksel açıdan

anlamli ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ürogenital şikayetler alt boyutu ile Endişe (ilişki ile ilgili) ve Endişe (kişisel) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamli ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.3 KADINLARIN KLİMAKTERİK DÖNEMDE TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT DEĞİŞKENLERİN MENOPOZ SEMPTOMLARI, CİNSEL İŞLEV VE CİNSEL MEMNUNİYETE ETKİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde klimakteriyum dönemindeki kadınların yaş, BKİ, adet görme durumu, adetten kesilme yaşı, menopoz sonrası ilaç tedavisi yapılması, kronik sağlık sorunu, eşinin kronik sağlık sorunu, sürekli ilaç kullanımı, doğum kontrol yöntemi kullanımı, cinsel yaşamında sorun olduğunu ifade etmesi durumlarının klimakterik dönemde yaşanan değişikliklere, cinsel işleve ve cinsel memnuniyete etkilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.14: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	F	p	Fark
Somatik Şikayetler	40-49	72	4,49	3,90	1,092	0,337	
	50-59	158	5,20	3,41			
	>60	52	5,13	2,87			
Psikolojik Şikayetler	40-49	72	5,36	4,65	0,001	0,999	
	50-59	158	5,37	4,05			
	>60	52	5,35	3,36			
Ürogenital Şikayetler	40-49	72	2,57	2,86	2,335	0,099	
	50-59	158	3,09	2,69			
	>60	52	3,63	2,61			
MSDÖ Toplam	40-49	72	12,42	10,25	0,681	0,507	
	50-59	158	13,65	8,51			
	>60	52	14,12	7,56			
İstek	40-49	72	5,21	1,60	10,774	0,000	1 > 2
	50-59	158	4,51	1,82			1 > 3
	>60	52	3,71	1,86			2 > 3
Uyarılma	40-49	72	11,01	5,32	15,329	0,000	1 > 2
	50-59	158	9,03	5,62			1 > 3
	>60	52	5,40	5,89			2 > 3
Lubrikasyon	40-49	72	13,11	5,93	13,403	0,000	1 > 2
	50-59	158	10,58	6,73			1 > 3
	>60	52	6,83	7,43			2 > 3
Orgazm	40-49	72	8,88	4,56	9,535	0,000	1 > 3
	50-59	158	8,06	5,04			2 > 3
	>60	52	5,06	5,63			
Doyum	40-49	72	10,35	3,26	7,476	0,001	1 > 3
	50-59	158	9,41	3,66			2 > 3
	>60	52	7,79	4,10			
Ağrı	40-49	72	10,15	4,86	12,348	0,000	1 > 3
	50-59	158	8,62	5,67			2 > 3
	>60	52	5,23	5,88			
KCFİ Toplam	40-49	72	22,11	8,22	14,092	0,000	1 > 3
	50-59	158	19,03	9,52			2 > 3
	>60	52	13,13	10,31			
Memnuniyet	40-49	72	19,72	4,56	1,396	0,249	
	50-59	158	19,27	4,75			
	>60	52	18,27	5,45			
İletişim	40-49	72	19,89	5,65	2,925	0,055	
	50-59	158	20,87	5,36			
	>60	52	18,81	5,76			
Uyumluluk	40-49	72	20,50	6,16	1,557	0,213	
	50-59	158	20,77	5,85			
	>60	52	19,08	6,34			
Endişe (ilişki ile ilgili)	40-49	72	23,40	5,82	1,737	0,178	
	50-59	158	23,09	6,26			
	>60	52	21,40	7,24			
Endişe (kişisel)	40-49	72	23,10	6,37	0,696	0,499	
	50-59	158	22,70	6,74			
	>60	52	21,67	7,46			
KCMÖ Toplam	40-49	72	83,36	16,73	2,348	0,097	
	50-59	158	83,79	17,96			
	>60	52	77,69	19,67			

F=tek yönlü varyans analizi (Anova)

Tablo 4.14’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının yaş değişkenine göre karşılaştırması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların MSDÖ, KCMÖ puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre yapılan sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmış ve yaş grubu 40-49 olanların İstek puanları ($5,21\pm 1,60$); yaş grubu 50-59 olanların İstek puanlarından ($4,51\pm 1,82$) ve yaş grubu >60 olanların İstek puanlarından ($3,71\pm 1,86$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların İstek puanları ($4,51\pm 1,82$), yaş grubu >60 olanların İstek puanlarından ($3,71\pm 1,86$) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu 40-49 olanların Uyarılma puanları ($11,01\pm 5,31$); yaş grubu 50-59 olanların Uyarılma puanlarından ($9,03 \pm 5,61$) ve yaş grubu >60 olanların Uyarılma puanlarından ($5,40\pm 5,89$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların Uyarılma puanları ($9,03\pm 5,61$), yaş grubu >60 olanların Uyarılma puanlarından ($5,40\pm 5,89$) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu 40-49 olanların lubrikasyon puanları ($13,11\pm 5,92$), yaş grubu 50-59 olanların Lubrikasyon puanlarından ($10,58\pm 6,72$) ve yaş grubu >60 olanların Lubrikasyon puanlarından ($6,83\pm 7,43$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların Lubrikasyon puanları ($10,58\pm 6,72$), yaş grubu >60 olanların Lubrikasyon puanlarından ($6,83\pm 7,43$) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu 40-49 olanların Orgazm puanları ($8,88\pm 4,55$), yaş grubu >60 olanların Orgazm puanlarından ($5,06\pm 5,62$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların Orgazm puanları ($8,06\pm 5,03$), yaş grubu >60 olanların Orgazm puanlarından ($5,06\pm 5,62$) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu 40-49 olanların Doyum puanları ($10,35\pm 3,25$), yaş grubu >60 olanların Doyum puanlarından ($7,79\pm 4,10$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların Doyum puanları ($9,41\pm 3,65$), yaş grubu >60 olanların Doyum puanlarından ($7,79\pm 4,10$) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu 40-49 olanların Ağrı puanları ($10,15\pm 4,85$), yaş grubu >60 olanların Ağrı puanlarından ($5,23\pm 5,88$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların Ağrı puanları

(8,62±5,67), yaş grubu>60 olanların Ağrı puanlarından (5,23±5,88) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu 40-49 olanların KCFİ toplam puanları (22,11±8,219), yaş grubu >60 olanların KCFİ toplam puanlarından (13,13±10,30) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların KCFİ toplam puanları (19,03±9,52), yaş grubu >60 olanların KCFİ toplam puanlarından (13,13±10,30) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.15: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının BKİ'ne Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	F	p	Fark
Somatik Şikayetler	Normal	89	5,390	3,534	1,081	0,341	
	Fazla Kilolu	114	4,680	3,642			
	Obez	77	5,100	3,050			
Psikolojik Şikayetler	Normal	89	5,260	3,755	3,083	0,047	3 > 2
	Fazla Kilolu	114	4,880	4,129			
	Obez	77	6,340	4,220			
Ürogenital Şikayetler	Normal	89	3,170	2,672	1,148	0,319	
	Fazla Kilolu	114	2,800	2,694			
	Obez	77	3,390	2,852			
MSDÖ Toplam	Normal	89	13,820	8,633	1,911	0,150	
	Fazla Kilolu	114	12,360	8,943			
	Obez	77	14,830	8,661			
İstek	Normal	89	4,650	1,752	0,839	0,433	
	Fazla Kilolu	114	4,570	1,932			
	Obez	77	4,300	1,748			
Uyarılma	Normal	89	9,830	5,488	2,601	0,076	
	Fazla Kilolu	114	8,700	5,979			
	Obez	77	7,780	5,942			
Lubrikasyon	Normal	89	11,640	6,603	2,175	0,115	
	Fazla Kilolu	114	10,260	7,189			
	Obez	77	9,440	6,864			
Orgazm	Normal	89	8,390	4,851	1,824	0,163	
	Fazla Kilolu	114	7,680	5,363			
	Obez	77	6,860	5,226			
Doyum	Normal	89	9,960	3,608	3,767	0,024	1 > 3
	Fazla Kilolu	114	9,450	3,614			
	Obez	77	8,400	3,887			
Ağrı	Normal	89	8,850	5,595	0,510	0,601	
	Fazla Kilolu	114	8,160	5,749			
	Obez	77	8,050	5,911			
KCFİ Toplam	Normal	89	20,110	9,271	2,029	0,133	
	Fazla Kilolu	114	18,550	10,063			
	Obez	77	17,070	9,735			
Memnuniyet	Normal	89	19,560	4,739	0,485	0,616	
	Fazla Kilolu	114	18,890	5,186			
	Obez	77	19,100	4,355			
İletişim	Normal	89	20,920	5,175	1,094	0,336	
	Fazla Kilolu	114	19,870	5,827			
	Obez	77	19,870	5,519			
Uyumluluk	Normal	89	20,710	6,107	0,267	0,766	
	Fazla Kilolu	114	20,420	5,932			
	Obez	77	20,030	5,998			
Endişe (ilişki ile ilgili)	Normal	89	22,910	6,579	0,019	0,982	
	Fazla Kilolu	114	22,960	6,081			
	Obez	77	22,780	6,322			
Endişe (kişisel)	Normal	89	23,220	6,772	0,486	0,615	
	Fazla Kilolu	114	22,410	6,634			
	Obez	77	22,320	6,804			
KCMÖ Toplam	Normal	89	84,260	18,081	0,604	0,547	
	Fazla Kilolu	114	81,870	18,317			
	Obez	77	81,550	17,263			

F=tek yönlü varyans analizi (Anova)

Tablo 4.15’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının BKİ değişkenine göre karşılaştırması yer almaktadır.

BKİ’ne göre Obez olanların Psikolojik şikayetler puanları (6,34±4,22), BKİ’ne göre fazla kilolu olanların Psikolojik şikayetler puanlarından (4,88±4,12) yüksek bulunmuştur. BKİ’ne göre normal kiloda olanların Doyum puanları (9,96±3,60), BKİ’ne göre Obez olanların Doyum puanlarından (8,40±3,88) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.16: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Adet Görme Durumuna Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Hiç Görmüyor	242	5,070	3,316	0,797	0,505
	Görüyor	40	4,600	4,217		
Psikolojik Şikayetler	Hiç Görmüyor	242	5,400	4,027	0,354	0,724
	Görüyor	40	5,150	4,441		
Ürogenital Şikayetler	Hiç Görmüyor	242	3,170	2,711	1,644	0,101
	Görüyor	40	2,400	2,827		
MSDÖ Toplam	Hiç Görmüyor	242	13,630	8,500	0,985	0,404
	Görüyor	40	12,150	10,587		
İstek	Hiç Görmüyor	242	4,370	1,827	-4,036	0,000
	Görüyor	40	5,600	1,533		
Uyarılma	Hiç Görmüyor	242	8,270	5,909	-4,327	0,000
	Görüyor	40	12,470	4,145		
Lubrikasyon	Hiç Görmüyor	242	9,800	7,049	-4,529	0,000
	Görüyor	40	15,000	4,261		
Orgazm	Hiç Görmüyor	242	7,290	5,275	-3,503	0,000
	Görüyor	40	10,320	3,689		
Doyum	Hiç Görmüyor	242	9,070	3,738	-3,110	0,002
	Görüyor	40	11,030	3,262		
Ağrı	Hiç Görmüyor	242	7,850	5,832	-3,956	0,000
	Görüyor	40	11,620	3,760		
KCFİ Toplam	Hiç Görmüyor	242	17,720	9,900	-4,364	0,000
	Görüyor	40	24,790	6,389		
Memnuniyet	Hiç Görmüyor	242	19,170	4,960	-0,283	0,777
	Görüyor	40	19,400	4,131		
İletişim	Hiç Görmüyor	242	20,410	5,607	1,309	0,192
	Görüyor	40	19,180	5,124		
Uyumluluk	Hiç Görmüyor	242	20,390	6,021	0,041	0,967
	Görüyor	40	20,350	6,171		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Hiç Görmüyor	242	22,880	6,394	0,143	0,887
	Görüyor	40	22,730	6,222		
Endişe (kişisel)	Hiç Görmüyor	242	22,680	6,762	0,416	0,678
	Görüyor	40	22,200	6,936		
KCMÖ Toplam	Hiç Görmüyor	242	82,750	18,586	0,442	0,659
	Görüyor	40	81,390	14,732		

t = t testi

Tablo 4.16’da MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının adet görme durumuna göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Buna göre adet görme değişkeninin MSDÖ, KCMÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Adet gören kadınların KCFİ toplam puanları (24,79), adet görmeyen kadınların KCFİ toplam puanlarından (17,72) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.17: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Adetten Kesilme Yaşına Göre Dağılımı

	Yaş	n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	45-50	163	4,520	3,295	-1,661	0,098
	51-55	57	5,330	2,911		
Psikolojik Şikayetler	45-50	163	4,900	3,771	0,306	0,760
	51-55	57	4,720	3,683		
Ürogenital Şikayetler	45-50	163	2,930	2,569	-0,269	0,788
	51-55	57	3,040	2,784		
MSDÖ Toplam	45-50	163	12,340	8,309	-0,599	0,550
	51-55	57	13,090	7,612		
İstek	45-50	163	4,740	1,839	1,627	0,105
	51-55	57	4,280	1,760		
Uyarılma	45-50	163	9,690	5,862	1,546	0,124
	51-55	57	8,300	5,766		
Lubrikasyon	45-50	163	11,180	6,643	1,109	0,302
	51-55	57	10,000	7,606		
Orgazm	45-50	163	8,220	5,038	0,944	0,346
	51-55	57	7,470	5,435		
Doyum	45-50	163	9,610	3,599	0,612	0,541
	51-55	57	9,260	3,815		
Ağrı	45-50	163	8,660	5,615	0,394	0,694
	51-55	57	8,320	6,021		
KCFİ Toplam	45-50	163	19,700	9,546	1,082	0,280
	51-55	57	18,080	10,210		
Memnuniyet	45-50	163	19,480	4,459	-0,507	0,612
	51-55	57	19,840	4,905		
İletişim	45-50	163	20,290	4,868	-2,392	0,018
	51-55	57	22,160	5,644		
Uyumluluk	45-50	163	20,630	5,560	-0,152	0,892
	51-55	57	20,770	7,051		
Endişe (ilişki ile ilgili)	45-50	163	22,940	6,232	-0,009	0,993
	51-55	57	22,950	6,940		
Endişe (kişisel)	45-50	163	22,810	6,748	-0,421	0,674
	51-55	57	23,250	6,669		
KCMÖ Toplam	45-50	163	83,280	16,333	-0,970	0,333
	51-55	57	85,870	20,022		

$t = t testi$

Tablo 4.17’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının adetten kesilme yaşına göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Adet kesilme yaşının Somatik şikayetler, Psikolojik şikayetler, Ürogenital şikayetler, MSDÖ toplam puan, İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Doyum, Ağrı, KCFİ toplam puan, Memnuniyet, Uyumluluk, Endişe (ilişki ile ilgili), Endişe (kişisel), KCMÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Adet kesilme yaşı 51-55 olan kadınların iletişim puanları (22,16), adetten kesilme yaşı 45-50 olan kadınların İletişim puanlarından (20,29) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,018$).

Tablo 4.18: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Menopoz Sonrası İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Evet	116	5,550	3,457	2,244	0,026
	Hayır	166	4,620	3,409		
Psikolojik Şikayetler	Evet	116	5,930	4,217	1,969	0,050
	Hayır	166	4,960	3,946		
Ürogenital Şikayetler	Evet	116	3,580	2,789	2,702	0,007
	Hayır	166	2,690	2,646		
MSDÖ Toplam	Evet	116	15,060	9,016	2,635	0,009
	Hayır	166	12,280	8,521		
İstek	Evet	116	4,520	1,858	-0,193	0,847
	Hayır	166	4,560	1,827		
Uyarılma	Evet	116	8,110	6,452	-1,808	0,081
	Hayır	166	9,390	5,389		
Lubrikasyon	Evet	116	9,310	7,481	-2,494	0,016
	Hayır	166	11,390	6,457		
Orgazm	Evet	116	6,920	5,545	-2,164	0,036
	Hayır	166	8,270	4,857		
Doyum	Evet	116	9,100	3,736	-0,931	0,352
	Hayır	166	9,520	3,730		
Ağrı	Evet	116	6,490	5,631	-4,820	0,000
	Hayır	166	9,710	5,440		
KCFİ Toplam	Evet	116	16,940	10,137	-2,583	0,011
	Hayır	166	19,970	9,368		
Memnuniyet	Evet	116	19,080	4,608	-0,350	0,727
	Hayır	166	19,280	5,016		
İletişim	Evet	116	20,280	5,456	0,097	0,923
	Hayır	166	20,210	5,630		
Uyumluluk	Evet	116	20,690	5,670	0,705	0,481
	Hayır	166	20,170	6,280		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Evet	116	23,310	5,702	0,998	0,304
	Hayır	166	22,540	6,779		
Endişe (kişisel)	Evet	116	22,950	5,972	0,693	0,474
	Hayır	166	22,380	7,294		
KCMÖ Toplam	Evet	116	83,170	17,112	0,476	0,634
	Hayır	166	82,130	18,754		

$t = t$ testi

Tablo 4.18’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının menopoz sonrası ilaç tedavisi alma durumuna göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Menopoz sonrası ilaç tedavisi alan kadınların MSDÖ toplam puanı (15,06), menopoz sonrası ilaç tedavisi almayan kadınların MSDÖ toplam puanından (12,28) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,009).

Menopoz sonrası ilaç tedavisi almayan kadınların KCFİ toplam puanı (19,97), menopoz sonrası ilaç tedavisi alan kadınların KCFİ toplam puanından (16,94) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,011).

Menopoz sonrası ilaç tedavisi alma durumu ile KCMÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.19: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Kronik Sağlık Sorunu Olmasına Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Var	198	5,250	3,289	1,867	0,063
	Yok	84	4,420	3,768		
Psikolojik Şikayetler	Var	198	5,600	4,007	1,483	0,139
	Yok	84	4,810	4,221		
Ürogenital Şikayetler	Var	198	3,180	2,710	1,132	0,259
	Yok	84	2,770	2,791		
MSDÖ Toplam	Var	198	14,030	8,474	1,770	0,078
	Yok	84	12,000	9,486		
İstek	Var	198	4,350	1,818	-2,756	0,006
	Yok	84	5,000	1,810		
Uyarılma	Var	198	8,180	5,906	-3,044	0,002
	Yok	84	10,480	5,498		
Lubrikasyon	Var	198	9,740	7,106	-2,979	0,002
	Yok	84	12,400	6,254		
Orgazm	Var	198	7,180	5,335	-2,687	0,005
	Yok	84	8,980	4,600		
Doyum	Var	198	9,070	3,768	-1,947	0,053
	Yok	84	10,010	3,579		
Ağrı	Var	198	7,680	5,845	-3,245	0,001
	Yok	84	10,060	5,114		
KCFİ Toplam	Var	198	17,560	9,887	-3,127	0,001
	Yok	84	21,480	9,025		
Memnuniyet	Var	198	18,870	4,727	-1,735	0,084
	Yok	84	19,960	5,060		
İletişim	Var	198	19,610	5,548	-2,975	0,003
	Yok	84	21,730	5,292		
Uyumluluk	Var	198	20,020	6,049	-1,592	0,113
	Yok	84	21,260	5,934		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Var	198	22,670	6,388	-0,755	0,451
	Yok	84	23,300	6,307		
Endişe (kişisel)	Var	198	22,570	6,731	-0,162	0,871
	Yok	84	22,710	6,920		
KCMÖ Toplam	Var	198	81,120	18,093	-2,070	0,039
	Yok	84	85,960	17,667		

Tablo 4.19’da MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının kronik sağlık sorunu olmasına göre durumuna göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Kadınlarda kronik sağlık sorunu olması değişkeninin MSDÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kronik sağlık sorunu olmayan kadınların KCFİ toplam puanı (21,48), kronik sağlık sorunu olan kadınların KCFİ toplam puanından (17,56) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Kronik sağlık sorunu olmayan kadınların KCMÖ iletişim puanı (21,73), kronik sağlık sorunu olan kadınların iletişim puanlarından (19,61) ve kronik sağlık sorunu olmayan kadınların KCMÖ toplam puanları (85,96) kronik sağlık sorunu olan kadınların KCMÖ toplam puanlarından (81,12) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,039$).

Tablo 4.20: MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Kadınların Eşinde Kronik Sağlık Sorunu Olmasına Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Var	167	5,510	3,488	3,004	0,003
	Yok	115	4,270	3,280		
Psikolojik Şikayetler	Var	167	5,800	4,081	2,170	0,031
	Yok	115	4,730	4,014		
Ürogenital Şikayetler	Var	167	3,510	2,757	3,455	0,001
	Yok	115	2,390	2,574		
MSDÖ Toplam	Var	167	14,820	8,951	3,263	0,001
	Yok	115	11,390	8,248		
İstek	Var	167	4,250	1,768	-3,331	0,001
	Yok	115	4,970	1,857		
Uyarılma	Var	167	8,040	5,871	-2,895	0,004
	Yok	115	10,070	5,687		
Lubrikasyon	Var	167	9,500	6,977	-3,046	0,003
	Yok	115	12,030	6,685		
Orgazm	Var	167	6,960	5,302	-2,977	0,003
	Yok	115	8,810	4,827		
Doyum	Var	167	8,810	3,810	-2,950	0,003
	Yok	115	10,130	3,486		
Ağrı	Var	167	7,400	5,836	-3,571	0,000
	Yok	115	9,830	5,282		
KCFİ Toplam	Var	167	17,080	9,868	-3,475	0,001
	Yok	115	21,120	9,199		
Memnuniyet	Var	167	18,750	4,746	-1,888	0,060
	Yok	115	19,850	4,933		
İletişim	Var	167	19,530	5,491	-2,618	0,009
	Yok	115	21,270	5,494		
Uyumluluk	Var	167	19,830	5,735	-1,888	0,060
	Yok	115	21,200	6,376		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Var	167	22,610	6,137	-0,787	0,432
	Yok	115	23,220	6,679		
Endişe (kişisel)	Var	167	22,190	6,588	-1,261	0,208
	Yok	115	23,230	7,025		
KCMÖ Toplam	Var	167	80,500	17,574	-2,319	0,021
	Yok	115	85,540	18,444		

$t = t testi$

Tablo 4.20’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının kadınların eşinde kronik sağlık sorunu olması durumuna göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

Eşinde kronik sağlık sorunu olan kadınların MSDÖ toplam puanı (14,82), eşinde kronik sağlık sorunu olmayan kadınların MSDÖ toplam puanından (11,39) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Eşinde kronik sağlık sorunu olmayan kadınların KCFİ toplam puanı (21,12), eşinde kronik sağlık sorunu olan kadınların KCFİ toplam puanından (17,08) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Eşinde kronik sağlık sorunu olmayan kadınların KCMÖ toplam puanı (85,54), eşinde kronik sağlık sorunu olan kadınların KCMÖ toplam puanından (80,50) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,021$). Eşinde kronik sağlık sorunu olması KCMÖ’nin Uyumluluk, Memnuniyet, Endişe (ilişki ile ilgili), Endişe (kişisel) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.21: MSDÖ, KCMÖ ve KCFİ Puanlarının Sürekli İlaç Kullanımına Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Var	177	5,660	3,247	4,277	0,000
	Yok	105	3,900	3,522		
Psikolojik Şikayetler	Var	177	5,790	3,918	2,311	0,022
	Yok	105	4,640	4,263		
Ürogenital Şikayetler	Var	177	3,440	2,713	3,059	0,002
	Yok	105	2,420	2,667		
MSDÖ Toplam	Var	177	14,890	8,250	3,703	0,000
	Yok	105	10,950	9,229		
İstek	Var	177	4,330	1,848	-2,507	0,013
	Yok	105	4,900	1,770		
Uyarılma	Var	177	8,190	5,994	-2,545	0,010
	Yok	105	10,010	5,503		
Lubrikasyon	Var	177	9,750	7,159	-2,478	0,011
	Yok	105	11,860	6,429		
Orgazm	Var	177	7,090	5,291	-2,661	0,007
	Yok	105	8,770	4,844		
Doyum	Var	177	9,070	3,720	-1,660	0,098
	Yok	105	9,830	3,720		
Ağrı	Var	177	7,590	5,895	-3,084	0,002
	Yok	105	9,730	5,204		
KCFİ Toplam	Var	177	17,480	9,938	-2,813	0,004
	Yok	105	20,830	9,199		
Memnuniyet	Var	177	19,010	4,812	-0,868	0,386
	Yok	105	19,520	4,907		
İletişim	Var	177	19,930	5,614	-1,223	0,222
	Yok	105	20,760	5,425		
Uyumluluk	Var	177	20,080	6,224	-1,091	0,276
	Yok	105	20,900	5,686		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Var	177	22,540	6,504	-1,103	0,271
	Yok	105	23,400	6,098		
Endişe (kişisel)	Var	177	22,510	6,871	-0,337	0,736
	Yok	105	22,790	6,642		
KCMÖ Toplam	Var	177	81,540	18,295	-1,230	0,220
	Yok	105	84,280	17,645		

t = t testi

Tablo 4.21’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının kadınların sürekli ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Sürekli ilaç kullanan kadınların MSDÖ toplam puanları (14,89), sürekli ilaç kullanmayan kadınların MSDÖ toplam puanlarından (10,95) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,000).

Sürekli ilaç kullanmayan kadınların KCFİ toplam puanları (20,83), sürekli ilaç kullanan kadınların kadın cinsel fonksiyon toplam puanlarından (17,48) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,004).

Sürekli ilaç kullanımı değişkeninin Doyum, Memnuniyet, İletişim, Uyumluluk, Endişe (ilişki ile ilgili), Endişe (kişisel), KCMÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.22: MSDÖ, KCMÖ ve KCFİ Puanlarının Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Evvet	38	5,110	4,361	0,195	0,874
	Hayır	244	4,990	3,300		
Psikolojik Şikayetler	Evvet	38	5,000	4,970	-0,587	0,623
	Hayır	244	5,420	3,933		
Ürogenital Şikayetler	Evvet	38	2,390	3,150	-1,608	0,109
	Hayır	244	3,160	2,658		
MSDÖ Toplam	Evvet	38	12,500	11,629	-0,692	0,590
	Hayır	244	13,570	8,319		
İstek	Evvet	38	5,260	1,781	2,627	0,009
	Hayır	244	4,430	1,823		
Uyarılma	Evvet	38	11,080	5,489	2,522	0,012
	Hayır	244	8,520	5,866		
Lubrikasyon	Evvet	38	13,680	6,376	3,042	0,003
	Hayır	244	10,050	6,931		
Orgazm	Evvet	38	8,970	4,722	1,612	0,108
	Hayır	244	7,520	5,235		
Doyum	Evvet	38	10,530	3,703	2,100	0,037
	Hayır	244	9,170	3,710		
Ağrı	Evvet	38	10,970	5,123	3,034	0,002
	Hayır	244	7,980	5,728		
KCFİ Toplam	Evvet	38	22,780	8,940	2,774	0,006
	Hayır	244	18,100	9,781		
Memnuniyet	Evvet	38	20,180	5,481	1,350	0,178
	Hayır	244	19,050	4,733		
İletişim	Evvet	38	20,390	5,716	0,187	0,852
	Hayır	244	20,210	5,534		
Uyumluluk	Evvet	38	20,000	7,025	-0,424	0,711
	Hayır	244	20,450	5,876		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Evvet	38	23,500	6,632	0,668	0,505
	Hayır	244	22,760	6,323		
Endişe (kişisel)	Evvet	38	22,660	7,673	0,043	0,965
	Hayır	244	22,610	6,643		
KCMÖ Toplam	Evvet	38	83,660	20,278	0,403	0,688
	Hayır	244	82,390	17,745		

t = t testi

Tablo 4.22’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının kadınların doğum kontrol yöntemi kullanma durumuna göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Doğum kontrol yöntemi kullanma değişkeninin, MSDÖ toplam puan ve KCMÖ toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların KCFİ toplam puanları (22,78), doğum kontrol yöntemi kullanmayan kadınların KCFİ toplam puanlarından (18,10) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,006).

Tablo 4.23: MSDÖ, KCMÖ ve KCFİ Puanlarının Cinsel Yaşamda Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

		n	Ort.	SS	t	p
Somatik Şikayetler	Var	59	6,000	3,543	2,516	0,012
	Yok	223	4,740	3,388		
Psikolojik Şikayetler	Var	59	7,140	3,897	3,846	0,000
	Yok	223	4,890	4,006		
Ürogenital Şikayetler	Var	59	4,440	3,042	4,518	0,000
	Yok	223	2,690	2,532		
MSDÖ Toplam	Var	59	17,580	9,044	4,187	0,000
	Yok	223	12,320	8,443		
İstek	Var	59	3,630	1,711	-4,447	0,000
	Yok	223	4,780	1,795		
Uyarılma	Var	59	6,390	5,414	-3,723	0,000
	Yok	223	9,520	5,825		
Lubrikasyon	Var	59	7,240	6,109	-4,213	0,000
	Yok	223	11,410	6,922		
Orgazm	Var	59	5,200	4,759	-4,316	0,000
	Yok	223	8,380	5,098		
Doyum	Var	59	6,780	3,625	-6,356	0,000
	Yok	223	10,030	3,459		
Ağrı	Var	59	6,640	5,857	-2,653	0,008
	Yok	223	8,850	5,624		
KCFİ Toplam	Var	59	13,720	9,125	-4,577	0,000
	Yok	223	20,050	9,544		
Memnuniyet	Var	59	15,190	4,922	-7,894	0,000
	Yok	223	20,260	4,240		
İletişim	Var	59	16,370	6,297	-6,433	0,000
	Yok	223	21,260	4,858		
Uyumluluk	Var	59	16,920	6,157	-5,196	0,000
	Yok	223	21,300	5,665		
Endişe (ilişki ile ilgili)	Var	59	19,510	6,010	-4,719	0,000
	Yok	223	23,740	6,162		
Endişe (kişisel)	Var	59	18,610	7,273	-5,348	0,000
	Yok	223	23,670	6,238		
KCMÖ Toplam	Var	59	67,530	17,399	-7,933	0,000
	Yok	223	86,530	16,077		

t= t testi

Tablo 4.23’de MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ puanlarının kadınların cinsel yaşamda sorun yaşama durumuna göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Cinsel yaşamında sorunu olduğunu ifade eden kadınların MSDÖ alt boyut puanları ve toplam puanı (17,58), cinsel yaşamında sorun olmayan kadınların MSDÖ alt boyut

puanları ve toplam puanından (12,32) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Cinsel yaşamında sorunu olmadığını ifade eden kadınların KCFİ alt boyut puanları ve toplam puanı (20,05), cinsel yaşamında sorunu olduğunu ifade eden kadınların KCFİ alt boyut puanları ve toplam puanından (13,72) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Cinsel yaşamında sorunu olmadığını ifade eden kadınların KCMÖ alt boyut puanları ve toplam puanı (86,53), cinsel yaşamında sorunu olduğunu ifade eden kadınların KCFİ alt boyut puanları ve toplam puanından (67,53) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

5. TARTIŞMA

Çalışma toplum temelli olarak, klimakterik dönemdeki kadınların cinsel işlev özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde; çalışmadan elde edilen bulgular, araştırma soruları ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışmayı takiben çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda öneriler bildirilmiştir.

Çalışmanın diğer çalışmalardan farkı; örneklem sayısının (n:282) yüksek olması ve araştırmanın, kadının kendini rahat hissedebileceği, soruları güvenle yanıtlayabileceği bir ortam olan kendi evinde, yüz yüze gerçekleştirilmiş, toplum temelli bir çalışma olmasıdır.

Araştırma örneklemini oluşturan klimakterik kadınların yaş ortalaması $53,84 \pm 5,48$ (min.=45, maks.=65), eşlerinin ise $58,59 \pm 7,15$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.1).

Menopoz dönemini ve cinsel yaşamı sorgulayan diğer araştırmalarda da örneklemini oluşturan kadınların ve eşlerinin yaş ortalaması benzerlik göstermektedir. Nalbant'ın (2009) çalışmasında kadınların yaş ortalaması $52,30 \pm 6,06$, eşlerin yaş ortalaması $56,56 \pm 7,10$ 'dur (Nalbant 2009).

Özerdoğan'ın 40-65 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmasında (2009) yaş ortalaması $48,02 \pm 6,99$, eşlerinin yaş ortalaması $51,32 \pm 7,56$ 'dır (Özerdoğan ve diğ. 2009).

Çalışmamızda kadınların yüzde 40,8'i görücü usulü, yüzde 59,2'si anlaşarak evlendiği, "evlenme yaşı" ortalaması ise $22,73 \pm 4,76$ (Tablo 4.1) olarak bulunmuştur. Özerdoğan (2009) çalışmasında ise küçük bir farkla kadınların yarıdan fazlasının (yüzde 63,6) görücü usulü ile yüzde 36,4'ü anlaşarak evlendiği ve ilk evlenme yaşı ortalamasının $20,15 \pm 3,30$ yaş olduğu görüldü (Özerdoğan ve diğ. 2009).

Araştırmamızda kadınlar doğum şekli değişkenine göre yüzde 73,1'i normal doğum, yüzde 20,7'si sezaryen, yüzde 6,3'ü ise hem normal hem sezaryen doğum olarak dağılmaktadır. Kadınlar doğum sayısı değişkenine göre yüzde 3,9'u hiç doğum yapmamış, yüzde 24,5'i 1 kez, yüzde 47,2'si 2 kez, yüzde 24,5'i 3 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Kadınlar son gebelik yaşı değişkenine göre yüzde 14,8'i 25 yaşın altında,

yüzde 66,1'i 26-35 yaş arasında, yüzde 19,2'si 36 yaş ve üzeri olarak dağılmaktadır (Tablo 4.5).

Özerdoğan'ın (2009) çalışmasında ise benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Doğum sayısı 0-9 arasında değişmekte olup, ortalama doğum sayısı $2.90 \pm 1,64$ 'dür. Doğum sayısı 0 olanlar yüzde 1,9, 1 olanlar yüzde 16,0, 2-3 olanlar yüzde 55,4 ve daha fazla olanlar ise yüzde 27,1'dir. Doğum yapanların yüzde 73,5'i normal vajinal doğum, yüzde 12,9'u sezeryan, yüzde 13,6'sı ise hem normal hem sezaryen doğum yaptıklarını bildirmiştir (Özerdoğan ve diğ. 2009).

Araştırma örneklemini oluşturan klimakterik kadınların menopoza yaş ortalaması $47,21 \pm 4,30$ 'dir. Kadınların yüzde 59,3'ü 45-50 yaş arasında, yüzde 20,7'si 51-55, yüzde 20'si 45 yaşın altında menopoza girmiştir (Tablo 4.6). Benzer şekilde, Türkiye Menopoz Derneği verilerine göre menopoza yaş 46,4 \pm 1,9 olarak hesaplanmış (Nalbant 2009), 2013 yılı TNSA verilerine göre ise, ülkemizde 46-47 yaş grubu kadınların yüzde 27,3'ünün, 48-49 yaş grubu kadınların ise yüzde 49'unun menopoza girdiği bildirilmiştir (TNSA 2013). Tepe (2012) çalışmasında yüzde 65,3'ünün 40-49 yaş arası, yüzde 32,4'nün 50 yaş ve üzerinde, yüzde 2,3'nün 40 yaş altında; Nalbant'ın (2009) çalışmasında menopoza yaşının ortalaması $45,34 \pm 4,87$ olduğu, kadınların yüzde 39,4'ünün erken menopoza ve yüzde 60,2'si beklenen normal yaşlarda (45-55) menopoza girdiği görülmüştür (Nalbant 2009). Tepe'nin (2012) çalışmasına göre menopoza giriş yaşı ortalaması $48,01 \pm 3,89$ olarak belirtilmiştir. Çoban'ın (2008) 40-71 yaş arası menopoza dönemindeki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise; Doğal menopoza yaş ortalaması $46,1 \pm 4,7$, Cerrahi menopoza yaş ortalaması $45,0 \pm 4,8$, menopoza süresi $51,7 \pm 61,7$ ay bulunmuştur (Çoban ve diğ. 2008). Gürkan'ın (2005) çalışmasında menopoza yaş ortalaması $46,6 \pm 4,9$ ve ortalama menopoza süresi $55,8 \pm 47,9$ ay olarak bulunmuştur (Gürkan 2005). Menopoza giriş yaşı Amerika'da 51, İtalya'da 48'dir (Amore ve diğ. 2007). Dünya ortalamasında ise bu oran 51'dir (Özcan ve Oskay 2013).

Araştırmamızda kadınların yüzde 97,5'i hiç adet görmemekte olup, adet görmeme süresi yüzde 48'inde 5 yıldan fazladır. Kadınların yüzde 80,8'i doğal yolla ve yüzde 19,2'si cerrahi yolla menopoza girmiştir. Kadınlar jinekolojik ameliyat olarak en sık (yüzde

60,4) TAH geçirmiştir (Tablo 4.6.). Avcı'nın (2013) çalışmasında ise benzer şekilde, kadınların yüzde 86,7'sinin menopoza doğal yolla girdiği görülmüştür (Avcı 2013).

Çalışmamızda kadınlar menopoz nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuru değişkenine göre yüzde 36,2'si başvuru yapmış, başvuru nedeni olarak yüzde 30,4'ü sıcak basması, yüzde 2,9'u vajinal kuruluk, yüzde 28,4'ü adet düzensizliği, yüzde 38,3'ü diğer sebepler olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Diğer çalışmalarda sebepler benzerlik gösterirken, oranlarında farklılıklar görülmüştür. Nalbant'ın (2009) çalışmasında menopoz döneminde en sık sağlık kuruluşuna gitme nedenleri terleme ve sıcak basması (yüzde 82,7) olup, bunu sinirli olma (yüzde 77), uyku sorunları (yüzde 61,7), cinsel sorunlar (yüzde 61,3), yüzde 59,3'ü eklem ve kas sorunları, yüzde 58,9'u kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi, yüzde 58,5'i vajinal kuruluk, yüzde 56'sı idrar sorunları, yüzde 52'si keyifsizlik, yüzde 48'i endişe ve kaygı ve yüzde 45'i fiziksel ve zihinsel yorgunluk izlemiştir (Nalbant 2009). Tepe'nin (2012) çalışmasında ise menopozlu ve düzensiz adet gören kadınlarda menopoz şikayetleri nedeniyle doktora başvuru oranı çalışmamızla benzer şekilde yüzde 37,4 bulunmuştur. Başvuru nedenleri sırasıyla; yüzde 57,4'ü sıcak basması ve terleme, yüzde 19,1'i eklem kas ağrısı, yüzde 14,7'si adet aniden kesilmesi ve gebelik korkusu yüzde 4,4'ü adet düzensizliğidir (Tepe 2012). Yapılan çalışmalarda menopoz şikayetleri sebebiyle doktora başvuru oranları düşüktür (Tepe 2012, Nalbant 2009).

Çalışmamızda kadınların yüzde 41,1'i menopoz şikayetleri için ilaç kullanmıştır. İlaç tedavisi başlama nedenleri ise yüzde 43,1'i eksik hormonu tamamlama, 25'i yüzde 21,6'sı kemik erimesi, yüzde 17,2'si ateş basması, yüzde 6,9'u vajinal kuruluk, yüzde 11,2'si diğer olarak dağılmaktadır (Tablo 4.6). Tepe'nin (2012) postmenopoz dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada oranlar farklı görülmüş; yüzde 34,7'si şikayetleri nedeni ile ilaç kullanmış, yüzde 36,1'i bu dönemde eksilen hormon nedeniyle, yüzde 55,7'si osteoporoz nedeniyle, yüzde 90,2'si ateş basması nedeniyle ilaç tedavisi gördüklerini belirtmiştir (Tepe 2012). Çoban'nın (2008) çalışmasında farklı bir sonuçla, kadınların yüzde 20,6'sı menopozal şikayetleri için ilaç veya bitki kullandığını belirtmiştir (Çoban ve diğ. 2008).

Çalışmamızda kadınların adetlerin kesilmesi şekline göre yüzde 65,5'i düzensizleşme sonrası kesilme, yüzde 15,3'ü aniden adetten kesilme, yüzde 19,2'si jinekolojik

ameliyat sonrası kesilme olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Tepe'nin (2012) çalışmasında farklı olarak menopoza giren kadınların yüzde 50'si aniden adetten kesilmiş, yüzde 46'sı adetin düzensizleşme sonrası kesilmesiyle, yüzde 4'ü ise ameliyat sonrası adetlerinin kesildiği belirtilmiştir (Tepe 2012).

Araştırmamıza katılan kadınların menopoz semptomları değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması ($13,42 \pm 8,81$); "Somatik şikayetler" ortalaması ($5,00 \pm 3,45$); "Psikolojik şikayetler" ortalaması ($5,36 \pm 4,08$); "Ürogenital şikayetler" ortalaması ($3,06 \pm 2,73$) olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). Bu sonuçlar doğrultusunda kadınların menopoz semptomlarını hafif geçirdikleri görülmektedir. Tepe'nin (2012) çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer olarak MSDÖ puan ortalaması $10,08 \pm 6,65$ olarak bulunmuş ve kadınların menopoz şikayetlerini hafif yaşadığı saptanmıştır. "Somatik şikayetler" ortalaması $4,01 \pm 2,56$, "Psikolojik şikayetler" puanı $3,82 \pm 3$, "Ürogenital şikayetler" puanı ise $2,26 \pm 2,11$ olarak saptanmıştır (Tepe 2012). Yine başka benzer bir çalışmada, yaş ortalaması $49,8 \pm 6,4$ ve yüzde 51,9'u perimenopoz, yüzde 48,1'i de postmenopoz evrede, MSDÖ puanını $11,0 \pm 8,2$, somatik şikayetler alt ölçeği puan ortalaması $4,2 \pm 3,2$, Psikolojik şikayetler alt ölçeği puan ortalaması $4,5 \pm 4,1$ ve Ürogenital şikayetler alt ölçeği puan ortalaması $2,3 \pm 2,6$ bulunmuş ve menopoz şikayetlerini hafif geçirdikleri belirtilmiştir (Heinemann ve diğ. 2004). Çoban'ın (2008) araştırmasında farklı olarak, MSDÖ toplam puanı $18,0 \pm 8,7$; "Somatik şikayetler" ortalaması $6,6 \pm 3,8$, "Psikolojik şikayetler" ortalaması $7,6 \pm 4,0$; "Ürogenital şikayetler" ortalaması $3,7 \pm 2,9$ olarak bulunmuş ve menopoz semptomlarının orta şiddette yaşandığı saptanmıştır (Çoban ve diğ. 2008). Avcı'nın (2013) çalışmasında farklı olarak, MSDÖ toplam puanı $22,52 \pm 9,83$; "somatik şikayetler" ortalaması $7,90 \pm 4,24$; "Psikolojik şikayetler" ortalaması $8,88 \pm 4,48$; "Ürogenital şikayetler" ortalaması $5,73 \pm 3,69$ olarak bulunmuş ve menopoz semptomlarını şiddetli yaşadığı saptanmıştır (Avcı 2013). Nalbant'ın (2009) çalışması ise Avcı'nın (2013) çalışmasıyla benzer olarak, MSDÖ puan ortalaması $22,58 \pm 6,31$, "somatik şikayetler" puan ortalaması $8,55 \pm 2,77$, "Psikolojik şikayetler" ortalama puanı $8,16 \pm 3,04$, "Ürogenital şikayetler" puan ortalaması $5,86 \pm 2,36$ olarak bulunmuş ve menopoz semptomlarını şiddetli yaşadığı saptanmıştır (Nalbant 2009).

Araştırmamızda MSDÖ ile KCFİ arasında negatif yönde bir ilişki saptanmış ($r=-0,223$; $p=0,000 < 0,05$) ancak Somatik şikayetler alt boyutu ile İstek alt boyutu arasında,

Psikolojik şikayetler alt boyutu ile İstek alt boyutu arasında, Psikolojik şikayetler alt boyutu ile Doyum alt boyutu arasında ($p>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.12). Sonuç olarak menopoz semptomları görüldükçe cinsel işlevlerde azalma saptanmış; somatik ve psikolojik şikayetlerle istek arasında, psikolojik şikayetlerle doyum arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir; Tepe'nin (2012) çalışmasına göre yaş grubu arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranının arttığı, yaş faktörünün etkisi kaldırıldığında ise menopozun cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Literatürle uyumlu olarak menopoz cinsel işlev bozukluğu için önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır (Özerdoğan ve diğ. 2009, Aslan 2008, Öksüz ve Malhan 2006, Safarinejad 2006, Yeni 2004).

Araştırmamızda MSDÖ ile KCMÖ arasında negatif yönde ($r=-0,224$; $p=0,000<0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Uyumlulukla, Psikolojik ve Ürogenital şikayetler arasında negatif bir ilişki bulunmuş ($p<0,05$) ancak Somatik şikayetlerle bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, evlilik uyumu ile menopoz semptomları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ve uyumlu bir evlilik ilişkisi olanlarda menopoz yakınmalarının daha az görüldüğü belirlenmiştir (Sis 2010, Çoban ve diğ. 2008).

Araştırmamıza katılan kadınların MSDÖ, KCMÖ puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre yapılan sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş grubu 40-49 olanların KCFİ toplam puanları ($22,11 \pm 8,21$), yaş grubu >60 olanların KCFİ toplam puanlarından ($13,13 \pm 10,30$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 50-59 olanların KCFİ toplam puanları ($19,03 \pm 9,52$), yaş grubu >60 olanların KCFİ toplam puanlarından ($13,13 \pm 10,30$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Sonuç olarak yaş ilerledikçe istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyumda azalma, dispareni artma saptanmıştır.

Literatür kadın cinsel işlev bozukluğu sıklığının yaşla birlikte arttığını ortaya koymaktadır (Özerdoğan ve diğ. 2009, Aslan ve diğ. 2008, Shifren ve diğ. 2008, Yeni

2004, Castelo ve diğ. 2003). Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Lindau ve arkadaşlarının, 57 ile 85 yaşları arasında 3005 kadın ve erkekle yaptıkları çalışmada, cinsel ilişkide yaşa bağlı azalma, kadınlarda erkeklere göre daha belirgindir (Lindau ve diğ. 2007). Leiblum ve arkadaşlarının 20 ile 70 yaş arasındaki kadınlarda yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde; yaşın ilerlemesiyle birlikte HSDD'nin artış gösterdiğini bildirmişlerdir (Leiblum ve diğ. 2006). Hayes ve arkadaşlarına göre yaşla birlikte istek azalması artmaktadır (Hayes ve diğ. 2007). Hallstrom ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir kesitsel çalışmada, rastgele seçilen 800 İsveçli, 38-54 yaş arası kadınlarda, yaş ve menopoz durumuyla ilişkili cinsel ilgi, orgazm ve koital uyarılmada çarpıcı bir azalma olduğu bulunmuştur (Hallstrom ve Samuelsson 1985).

Araştırmamızda BKİ ile Uyarılma ve Doyum alt boyutları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş, bu iki boyut dışında MSDÖ, KCFİ ve KCMÖ toplam puan ve alt boyutlarıyla bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.15). Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, obezite ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Kapdağlı 2009, Mirzaiinjmaadi ve diğ. 2006).

Araştırmamızda kronik sağlık sorunu olmayan kadınların KCFİ toplam puanları (21,48), kronik sağlık sorunu olan kadınların KCFİ toplam puanından (17,56) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Doyum alt boyutu kronik sağlık sorunu varlığından etkilenmemiştir (Tablo 4.20). Sürekli ilaç kullanmayan kadınların KCFİ toplam puanları (20,83), sürekli ilaç kullanan kadınların kadın cinsel fonksiyon toplam puanlarından (17,48) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.21). Kronik sağlık sorunu varlığı ve sürekli ilaç kullanımı cinsel işlevi olumsuz olarak etkilemektedir.

Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir; sağlık sorunu sayısı azaldıkça cinsel işlevlerin daha iyi olduğu görülmektedir (Kapdağlı 2009, Howard ve diğ. 2006). Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalık varlığı cinsel işlev bozukluğu için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Özerdoğan ve diğ. 2009, Safarinejad 2006, Yeni 2004). Diyabet ve hipertansiyon varlığı, vajinal penetrasyon güclüğü ve tatminsizlikte artmaya neden olmaktadır (Çalışkan ve diğ. 2010).

Araştırmamızda yaş, menopoz süresi, adet görme durumu, menopoz şikayetleri için ilaç kullanımı, kronik sağlık sorunu ve sürekli ilaç kullanımı, eşinde kronik sağlık sorunu,

doğum kontrol yöntemi kullanma durumu ve cinsel yaşamında sorun olduğunu ifade etme durumlarının cinsel işlevi etkilediği saptanmıştır.

Aslan ve arkadaşlarına (2008) göre ise BKİ, menopoz süresi, çocuk sayısı, kadının ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı bölgeyle cinsel işlev arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Özerdoğan'ın (2009) çalışmasına göre de yaş, eşinin yaşı, öğrenim durumu, eşin öğrenim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumu ile kadında cinsel işlev bozukluğu görülmesi arasında ileri derece anlamlı ilişki olduğu, evlilik şekli, ilk evlenme yaşı, evlilik süresi, doğum sayısı, menopoza girme ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki ileri derece anlamlı ve doğum şekli ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menopoz süresinin cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi bulunmamıştır (Özerdoğan ve diğ. 2009).

Tepe'nin (2012) çalışmasına göre de, kadının ve eşin yaş grubu, kadının ve eşin eğitim durumu, kadının ve eşin mesleği, partner yokluğu, görücü usulü ile evlilik yapma, akraba evliliği, evlilik süresi, kadının evlilikte cinselliğe bakışı, eşe olan hisler, evde söz sahibi olma durumu, cinsellikle ilgili ilk bilgi alınan kaynak, doğum sayısı, gebelik sayısı, çocuk sayısı, doğum şekli, düşük yapma, kadının ve eşin sağlık sorunları, kadının doğum kontrol yöntemi kullanımı, aylık ilişki sayısı, menopozda olma ve depresyon cinsel işlev bozukluğu üzerinde etkili bulunan faktörler olarak belirlenmiştir (Tepe 2012).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın başlangıç evresinde öngörülen sorular sınanmış ve şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- 1) Klimakterik dönemde yaşanan değişikliklerin kadınların cinsel memnuniyetlerini etkilediği; MSDÖ toplam puanı arttıkça KCMÖ toplam puanının azalmasına rağmen, somatik şikayetlerin KCMÖ toplam puanını etkilemediği, sadece somatik şikayetler puanı arttıkça iletişim alt boyutu puanının azaldığı görüldü.
- 2) Klimakterik dönemde kadın cinsel işlev özelliklerinin kadının cinsel memnuniyetini pozitif yönde etkilediği, KCFİ toplam puanı arttıkça KCMÖ toplam puanının arttığı; Ağrı ve İstek puanlarının, uyumluluk puanlarını etkilemediği; KCFİ toplam puanının, ilişki ile ilgili ve kişisel endişeleri etkilemediği, sadece Doyum alt boyutu puanı arttıkça ilişki ile ilgili endişelerin ve kişisel endişelerin puanının arttığı görüldü.
- 3) Klimakterik dönemde yaşanan değişikliklerin cinsel işlevleri etkilediği; MSDÖ toplam puanı arttıkça, KCFİ toplam puanının azaldığı; ancak somatik ve psikolojik değişikliklerin cinsel İstek puanını, psikolojik şikayetlerin ise cinsel doyum puanını etkilemediği görüldü.
- 4) Sosyo-demografik özelliklerin cinsel işlevi ve memnuniyeti etkilediği;
 - a. Adet görmeme süresi arttıkça somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetlerin arttığı,
 - b. Yaş ilerledikçe ürogenital şikayetlerin arttığı, BKİ arttıkça psikolojik şikayetlerin arttığı,
 - c. Yaş ilerledikçe ve adet görmeme süresi arttıkça cinsel isteğin azaldığı,
 - d. BKİ arttıkça, yaş ilerledikçe ve adet görmeme süresi arttıkça cinsel uyarılmanın ve cinsel doyumun azaldığı,
 - e. Yaş ilerledikçe, adet görmeme süresi arttıkça lubrikasyonun azaldığı,

- f. Yaş ilerledikçe, adet görmeme süresi arttıkça orgazmın azaldığı,
 - g. Yaş ilerledikçe, adet görmeme süresi arttıkça disparoninin arttığı,
 - h. Yaş ilerledikçe, adet görmeme süresi arttıkça KCFİ'nin azaldığı,
 - i. Adet görmeme süresi arttıkça memnuniyetin ve iletişimin azaldığı,
 - j. Adet görmeme süresi arttıkça KCMÖ toplam puanının azaldığı görülmüştür.
- 5) Klimakterik kadınların jinekolojik özelliklerinin cinsel işlevi, cinsel memnuniyeti ve menopoza semptomlarını etkilediği;
- a) Düzensiz adet görenlerin, adet görmeyenlere kıyasla kadın cinsel işlevlerinin daha yüksek olduğu,
 - b) Adetten kesilme yaşının kadın cinsel işlevlerini, cinsel memnuniyeti ve menopoza semptomlarını etkilemediği, sadece adet kesilme yaşı arttıkça iletişimin arttığı,
 - c) Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınlarda cinsel istek uyarılma, lubrikasyon ve cinsel doyumun daha yüksek, disparoninin daha az, orgazm ve cinsel memnuniyetin etkilenmediği,
- 6) Klimakteriyum döneminde kadınların ve eşlerinin genel sağlık durumunun cinsel işlevi, cinsel memnuniyeti ve menopoza semptomlarını etkilediği,
- a) Menopoza sonrası şikayetlerle ilgili ilaç tedavisi alanların ve kronik bir hastalığa bağlı ilaç alan klimakterik kadınların, almayanlardan daha az orgazm yaşadığı, lubrikasyonunun az olduğu, disparoninin fazla olduğu ve menopoza semptomlarını daha çok yaşadığı, cinsel memnuniyeti ise etkilemediği,
 - b) Kronik sağlık sorunu olmayan klimakterik kadınlarda uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve iletişimin yüksek olduğu, disparoninin daha az yaşandığı ve istek düzeyinin daha yüksek olduğu,
 - c) Eşlerinde kronik sağlık sorunu olan kadınların menopoza semptomlarını daha çok yaşadığı, cinsel işlevlerinin ve iletişimin azaldığı,

d) Cinsel yaşamında sorunu olduğunu bildiren kadınlarda menopoz semptomlarının daha çok görüldüğü, cinsel işlevlerin ve cinsel memnuniyetin azaldığı görülmüştür.

Bu araştırma ile klimakteriyum dönemdeki kadınların cinsel işlev özelliklerini belirlenmesi, menopoz semptomlarının yaşam kalitesine ve cinsel işlevlere etkisinin araştırılması, cinsel sorunların altında yatan sebeplere ulaşılması ve çıkan sonuçlar doğrultusunda hedefe yönelik uygun bakım planlarının oluşturulmasına fayda sağlanabilecektir.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- 1) Klimakteriyum döneminde cinselliği etkileyen faktörlerin incelenmesi,
- 2) Çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında ve daha uzun süreli izlemi kapsayacak şekilde tekrarlanması,
- 3) Çalışmanın eşleri de içine alacak şekilde veya kronik sağlık sorunu olan özel hasta gruplarında yapılması,
- 4) Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarla derinlemesine görüşme yöntemiyle yapılacak araştırmalarla konunun daha iyi anlaşılması,
- 5) Klimakteriyum döneminde cinsel işlev ve cinsel memnuniyet konularına yönelik araştırmaların hemşirelik alanında yapılması,
- 6) Hemşirelik sürecini planlarken klimakteriyum dönemindeki kadınların cinsel işlev özelliklerinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi,
- 7) Hemşirelik araştırmalarında cinsel işlevi değerlendirmede KCFİ ve KCMÖ formlarından yararlanmaları,
- 8) Klimakteriyum döneminde kadın sağlığının, temel sağlık hizmetleri kapsamında, birinci basamakta da izlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması yönünde izlem ve araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abalı, S., ve Aslan E., 2014. Menstrüal Siklus Evrelerine Göre Kadında Cinsel İşlev Özellikleri. *Doktora Tezi*. İstanbul.
- Addis, I.B., Van Den Eeden, S.K., Wassel-Fyr, C.L., Vittinghoff, E., Brown, J.S. & Thom, D.H., 2006. Reproductive risk factors for incontinence study at kaiser study group. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol.* **107(4)**, ss.755-764.
- American Psychiatric Association-APA, 2000, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR) Washington, DC.
- American Psychiatric Association-APA, 2013. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <http://www.psychiatry.org/dsm5> (Erişim: 23.04.2015).
- Amore, M., Di Donato, P., Berti, A., Palareti, A., Chirico, C., Papalini, A., & Zucchini, S., 2007. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas.* **56**, pp.303–311.
- Amore, M., Di Donato, P., Papalini, A. et al, 2004. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas.* **48**, pp.115–124.
- Ana, L.R., Valadares, I., Aarão, M., Pinto-Neto, I., Maria, J., Osis, I., Maria, H., Sousa, I., Lúcia Costa-Paiva, I., & Délio, M., 2008 Dec. Condell prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40–65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey clinics. **63(6)**, pp.775–782.
- Aslan, E. 2008. Kadın orgazm fizyolojisi. *Androloji Bülteni*, **33**, ss.176-180.
- Aslan, E., 2013. *Hastalıklarda cinsel disfonksiyon*, İç Hastalıkları Hemşireliği, Durna, Z., (Ed.) İstanbul, Akademi Basım ve Yayıncılık.
- Aslan, E., Poçan, G.A., Dolapçioğlu, K., Savaş, N. ve Bağış, T., 2008. Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **5(4)**, 8-263.
- Avcı, S., ve Yıldız A., 2013. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Avis, N.C., Stellato, R., Crawford, S., & Johannes, C., 2000, Is there an association between menopause status and sexual functioning. *Menopause.* **7**, pp.297–309.
- Aygin, D., ve Aslan, F.E., 2005. Kadın cinsel işlev ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, **25**, ss.393-399.

- Ayoubi, J.M., Fanchin, R., Monrozies, X., Imbert, P., Reme, J.M., & Pons, J.C., 2003 Dec. Respective consequences of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* **111(2)**, pp.179-82.
- Aziz, A., Brannstrom, M., Bergquist, C., & Silfverstolpe, G., 2005. Perimenopausal androgen decline after oophorectomy does not influence sexuality or psychological well-being. *Fertil Steril.* **83**, pp. 8-1021.
- Bachmann, G.A., & Leiblum, S.R., 1991. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas.* **13**, pp.43-50.
- Bachmann, G.A., & Leiblum, S.R., 2004. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause.* **11**, pp.30-120.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J.S., 2003. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* **32**, pp.193-208.
- Başgöl, Ş. ve Oskay, Ü., 2013. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınlarda interaktif biofeedback tedavisinin cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul.
- Basson, R. 2002. Rethinking low sexual desire in women. *Brit J Obstet and Gynaec.* **109**, pp.357-63.
- Basson, R., 2001. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marit Ther.* **27**, pp.395-403.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., & Fourcroy, J., 2000. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* **163**, pp.888- 893.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schovver, L., Van Lankveld, J., & Weijmar Schultz, W., 2003. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obst Gyn.* **24**, pp.9-221.
- Berman, J.R., Berman, L.A., Werbin, T.J., Flaherty, E.E., & Leahy, N.M, 1999 September. Goldstein I. Clinical evaluation of female sexual function: effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual responses. *Int J Impot Res.* **11(1)**, pp.31-38.
- Borissova, A.M, Kovatcheva, R., Shinkov, A., & Vukov, M.A. 2001. Study of psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy. *Maturitas.* **39**, pp.177-183.
- Brotto, L., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., Luria, M., 2010, Women's sexual desire and arousal disorders. *Sexual Medicine Sexual Dysfunctions in Men and Women Dergisi, 3rd International Consultation*, pp.1147-1194.

- Brotto, L.A. & Luria, M., 2008. Menopause, aging, and sexual response in women, in handbook of sexual and gender identity disorders. Rowland, D.L. & Incrocci, L. (Eds.), John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA.
- Burger, H.G., Dudley, E., Hopper, J., Cui, J., Dennerstein, L., & Hopper, J.I., 2000, A prospective longitudinal study of serum testosterone, DHE- androsterone sulfate, and sex hormone binding globulin levels through the menopause transition. *J Clin Endocrinol Metab.* **85**, pp.8-2832.
- Burger, H.G., Hale, G.E., Robertson, D.M., & Dennerstein, L., 2007. A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne Womens Midlife Health Project. *Hum Reprod Update.* **13**, pp.65-559.
- Cain, V.S., Johannes, C.B, Avis, N.E, Mohr, B., Schocken, M., Skurnick, J., & Ory, M., 2003. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN. *J Sex Res.* **40**, pp.76-266.
- Çalışkan, E., Çorakçı, A., Doğer, E., Coşkun, E., Özeren, S., ve Çorapçioğlu, A., 2010, Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* **30(5)**, ss.23-1517.
- Castelo-Branco, C., Blumel, J.E., & Araya, H., 2003. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol,* **23**, pp.30-426.
- Cawood, E.H., & Bancroft, J., 1996. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. *Psychol Med.* **26**, pp.36-925.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., ve İnceboz, Ü., 2008. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* **22(6)**, pp.343-349.
- Davis, S., & Jane, F., 2011. Sex and perimenopause. *Menopause.* **40(5)**, pp.274-278.
- Davis, S.R., & Burger, H.G., 1996. Clinical review 82: Androgens and the postmenopausal woman. *J Clin Endocrinol Metab.* **81**, pp.63-2759.
- Davis, S.R., Guay, A.T., Shifren, J.L. ve Mazer, N.A., 2004. Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *The Journal of Sex Medicine.* **1**, pp.82-86.
- Dennerstein, L., Burrows, G.D., Wood, C., & Hyman, G., 1980, Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstet Gynecol.* **56**, pp.22-316.
- Dennerstein, L., Col, N.F., Guthrie, J.R., & Politi, M., 2009. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause.* **16(3)**, pp.453-457.

- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H., 2001. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril.* **76**, pp.60-456.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Hopper, J., 1997. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas.* **26**, pp.83-93.
- Dennerstein, L., Lehert, P., & Burger, H., 2005. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril.* **84**. Pp.80-174.
- Dennerstein, L., Randolph, J., Taffe, J., Dudley, E., & Burger, H., 2002. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril.* **77**. Suppl 4: pp.8-42.
- Dennerstein, L., Smith, A., Morse, C., & Burger, H.G., 1994. Sexuality and the menopause. *J Psychosom Obstetr Gynecol.* **15**, pp.59-66.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000. 4th edition. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Doğan, S., Altinyazar, V., Eker, E., 2008. Kadın cinsel işlev bozukluklarında farmakolojik tedavilerin yeri. *Yeni Symposium Journal.* **46(4)**, ss.188-199.
- Doren, M., Rubig, A., Coelingh Bennink, H., & Holzgreve, W., 2001. Differential effects of the androgen status of postmenopausal women treated with tibolone and continuous combined estradiol and norethindrone acetate replacement therapy. *Fertil Steril.* **75**. pp.59-554.
- Ellmen, J., Hakulinen, P., Partanen, A., & Hayes, D.F., 2003. Estrogenic effects of toremifene and tamoxifen in postmenopausal breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat.* **82**, pp.103-11.
- Erdoğan, T., Savaş, M., Yılmaz, N., ve Baykara, M., 2001 February. Are normal hemodynamic responses invariably associated with normal penile rigidity and potency? *Int J Impot Res.* **13(1)**, ss.3-10.
- Ertunçalp, E., Seyisoğlu, H., Erel, C.T., Şentürk, L.M. ve Gezer, A., 1999. Changes in bone mineral density with age, menopausal status and body mass index in Turkish women. (2)1, pp. 45-51.
- Frank, J.E., Mistretta, P., & Will, J., 2008. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician.* **77(5)**, pp.635-642.
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., & Lin, H., et al., 2007. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstet Gynecol.* **110**, pp.40-230,
- Gallicchio, L., Schilling, C., Tomic, D., Miller, S.R., Zacur, H., & Flaws, J.A., 2007. Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric.* **10**, pp.42-132.

- Gast, M.J., Freedman, M.A., Vieweg, A.J., De Melo, N.R., Girao, M.J., & Zinaman, M.J., March/April 2009. A randomized study of low-dose conjugated estrogens on sexual function and quality of life in postmenopausal women. *Menopause*. **16(2)**, pp. 247-256.
- Georgiadis, J.R., Kortekaas, R., Kuipers, R., Nieuwenburg, A., Pruijm, J., Reinders, A.A., Holstege, G., 2006 December. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci*. **24(11)**, pp.16-3305.
- Giraldi, A., Salonia, A., Chivers, M., Georgiadis, J., Maravilla, K., McCarthy, M., O'Connell, H., & Levine, C.R., 2010. Physiology of women's sexual function and pathophysiology of women's sexual dysfunction. *Sexual Medicine Sexual Dysfunctions in Men and Women Dergisi*, **3rd International Consultation**, 1067-1112.
- Goldstein, I., & Alexander, J.L., 2005. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *J Sex Med*. **2(3)**, pp.65-154.
- Gonzales, M., Viafara, G., Caba, F., & Molina, E., 2004. Sexual function, menopause and hormone replacement therapy. *Maturitas*. **48**, pp.411-420.
- Görgel, E., ve Çakıroğlu, F.P., 2007. *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Gürkan, Ö.C., Mayıs-Haziran 2005. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. ss.30-35.
- Hallstrom, T., & Samuelsson, S., 1985. Mental health in the climacteric: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Acta Obstet Gynecol Scand*. **130**, pp.8-13.
- Hallstrom, T., 1977. Sexuality in the climacteric. *Clin Obstetr Gynecol*. **4**, pp.39-227.
- Hansen, L., Mann, J., McMahon, S. & Wong, T. (2004). Sexual health. *BMC Women's Health*. **4**, pp.24-31.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Koochaki, P.E., Leiblum, S.R., & Graziottin, A., 2007. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*. **87**, pp.12-107.
- Heinemann, L.A.J., DoMinh, T., Strelow, F., Gerbsch, S., Schnitker, J., & Schneider H.P.G., 2004. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, **22(2)**, p.67.
- Howard, J.R., O'Neill, S., & Travers, C., 2006. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*. **9(5)**, pp.355-67.

- Huang, A., Yaffe, K., & Vittinghoff, E., et al., 2008. The effect of ultralow- dose transdermal estradiol on sexual function in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* **198**, pp.1-7.
- Hunter, M.S., 1990. Somatic experience of the menopause: a prospective study. *Psychosom Med.* **52**, pp.357-367.
- İncesu, C., 2004. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri.* Ek 3, ss.3-13.
- İntepe, İ.H., 2007. Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi.* İstanbul.
- Kapdağlı, D., ve Bozdemir, N., 2009. Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi.* Adana.
- Kaufert, P.A., & Tate, R., 1992. The Manitoba project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas.* **14**, pp.143-155.
- Kaunitz, A.M., 2008. Clinical practice. Hormonal contraception in women of older reproductive age. *N Engl J Med.* **358**, pp.70-1262.
- Kenemans, P., Bundred, N.J., Foidart, J.M., Kubista, E., Von Schoultz, B., Sismondi, P., Vassilopoulou-Sellin, R., Yip, C.H., Egberts, J., Mol-Arts, M., Mulder, R., Van Os, S., & Beckmann, M.W., 2009. Liberate study group. Safety and efficacy of tibollone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: A double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* **10**, pp.46-135.
- King, M., Holt, V., & Nazareth, I., 2007. Women's views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Arch Sex Behav.* **36**, 8-281.
- Kinsey, A.C., 1948. *Sexual behavior in the human male.* Philadelphia, W.B. Saunders.
- Kinsey, A.C., 1953. *Sexual behavior in the human female.* Philadelphia, W.B. Saunders.
- Krychman, M.L., 2011. Vaginal estrogens for the treatment of dyspareunia. *J Sex Med.* **8**, 74-666.
- Kütmeç, C., 2009. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemsirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4(12)**.
- Laan, E., Van Lunsen, R.H.W., Everaerd, W., 2001. The effects of tibbolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric.* **4**, pp.28-41.
- Labrie, F., Luu-The, V., & Belanger, A., et al., 2005. Is dehydroepiandrosterone a hormone? *J Endocrinol.* **187**, pp.96-169.

- Labrie, F.A.D., Bouchard, C., Fortier, M., Cusan, L., Gomez, J., Girard, G., Baron, M., Ayotte, N., Moreau, M., Dube, R., Cote, I., Labrie, C., Lavoie, L., Berger, L., Gilbert Marretel, C., & Balsler, J., 2009. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause*. **16**.
- Lachowsky, M.N.R., June 2009. The effects of oestrogen on urogenital health. *Maturitas*. **63(2)**, pp.149-151.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T., 2005. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impotence Res*. **17**, pp.39-57.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. 1999. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. **281**, pp.537-544.
- Leiblum, S.R., Koochaki, P.E., Rodenberg, C.A., Barton, I.P., & Rosen, R.C., 2006. Hypoactive Sexual Desire Disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. **13**, pp.46-56.
- Levin, R.J., & Macdonagh, R.P., 1993 October. Increased vaginal blood flow induced by implant electrical stimulation of sacral anterior roots in the conscious woman: a case study. *Arch Sex Behav*. **22(5)**, pp.5-471.
- Levin, R.J., & Wylie K., 2008 February. Vaginal vasomotion--its appearance, measurement, and usefulness in assessing the mechanisms of vasodilatation. *J Sex Med*. **5(2)**, pp.86-377.
- Levin, R.J., 1980 August. The physiology of sexual function in women. *Clin Obstet Gynaecol*. **7(2)**, pp.52-213.
- Levin, R.J., 1991. VIP, vagina, clitoral and periurethral glans-an update on human female genital arousal. *Exp Clin Endocrinol*. **98(2)**, pp.9-61.
- Levin, R.J., 2003. The G-spot-reality or illusion? *Sex Relationship Ther*. **18**, pp.9-117.
- Levin, R.J., 2006. The physiology and pathophysiology of the female orgasm. In: Goldstein, I., Meston, C., Davis, S., Traish, A., (Eds.) *Women's Sexual Function and Dysfunction- Study Diagnosis Treatment*. 1 ed. London: Francis & Taylor; p.35-228.
- Levine, K., Williams, R., & Harmann, K., 2008. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*. **15**, pp.6-661.
- Lindau, T.S., Schumm, L.P., Laumann, E.O. et al., 2007. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*. **357(8)**, p.762.

- Lo, S.S.T., Kok, W.M., 2013. Sexuality of Chinese women around menopause *Maturitas*. **74**, pp.190– 195.
- Lonnè-Hoffmann, R.A.M., Dennerstein, L., Lehert, P., & Szoeki, C., 2014. Sexual function in the late postmenopause: A decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. *J Sex Med*. **11**, pp.2029–2038.
- Mah, K., & Binik, Y.M., 2001 August. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clin Psychol Rev*. **21(6)**, pp.56-823.
- Mansfield, P.K., Koch, P.B., Voda, A.M., 2000, Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health Care Women Int*. **21**, pp.59-543.
- Martelli, V., Valisella, S., Moscatiello, S., Matteucci, C., Lantadilla, C., Costantino, A., Pelusi, G., Marchesini, G., & Meriggola, M.C., 2012. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med*. **9**, pp.434–441.
- Masters, W.B., Johnson, V.E., *Human Sexual Behavior*. Sayın, Ü. (Ed), İstanbul, Bilimsel ve teknik Yayınları Çeviri Vâkfi 1994.
- McCarthy, M.M., 2008 January. Estradiol and the developing brain. *Physiol Rev*. **88(1)**, pp.91-124.
- McCarthy, M.M., Schwarz, J.M., Wright, C.L., Dean, S.L., 2008 June. Mechanisms mediating oestradiol modulation of the developing brain. *J Neuroendocrinol* **20(6)**, pp.83-777.
- Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., Nanchahal, K., Erens, B., 2003. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *BMJ*. **327**, pp.7-426.
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., & Sipski, M., 2004 July. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med*. **1(1)**, pp.8-66.
- Meston, C.M., Trapnell, P., 2005. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine*, **2**, 66-81.
- Meyer, K.F., Lewis, R., Corona, G., Fisher, W., Laumann, E., Moreira, E., Rellini, A., Seagraves, T., & Glasser, D., 2010. Definitions, classification and epidemiology of sexual dysfunction. *Sexual Medicine Sexual Dysfunctions in Men and Women Dergisi*, **3rd International Consultation**, 41-108.
- Mirzaiinj Mabadi, 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**, pp.28–34.

- Modelska, K., & Cummings, S., 2003. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebocontrolled trials. *Am J Obstet Gynecol.* **188**, pp.93-286.
- Modugno, F., Ness, R.B., Ewing, S., Cauley, J.A., 2003. Effect of raloxifene on sexual function in older postmenopausal women with osteoporosis. *Obstet Gynecol.* **101**, pp.61-353.
- Montorsi, F., Basson, R., Adaikan, G., Becher, E., Clayton, A., Giuliano, F., Khoury, S., & Sharlip, I., (2010). *Sexual medicine sexual dysfunctions in men and women*. Paris, France: Health publication ltd. s:681-690.
- Nalbant Atik, M., 2009. Menopozal Semptomlar İle Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler. *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın
- Nappi, R.E., & Kokot-Kierepa, M., 2010. Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas.* **67**, pp.8-233.
- Nappi, R.E., & Kokot-Kierepa, M., 2012. Vaginal health: Views, insights & attitudes (VIVA)—Results from an international survey. *Climacteric.* **15**, pp.36–44.
- Nappi, R.E., & Lachowsky, M., 2009. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas.* **63**, pp.41-138.
- Nappi, R.E., & Polatti, F., 2009. The use of estrogen therapy in women's sexual functioning (CME). *J Sex Med.* **6**, 16-603.
- Nappi, R.E., Kingsberg, S., Maamari, R., & Simon, J., 2013. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: Implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med.* **10**, pp.2232–2241.
- Nathorst-Boos, J., Von Schoultz, B., & Carlstrom, K., 1993. Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy-effects on sexual life, psychological well-being and androgen status. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* **14**, pp.93-283.
- Nilsson, K., & Heimer, G., 1992. Low-dose oestradiol in the treatment of urogenital oestrogen deficiency-a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Maturitas.* **15**, pp.7-121.
- Nusbaum, M., Lenahan, P., & Sadovsky, R., 2005. Sexual health in aging men and women. Addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age. *Geriatrics.* **60**, pp.18–23.
- Nusbaum, M.R.H., Helton, M.R., & Ray, N., 2004. The changing nature of women's sexual health concerns through the midlife years. *Maturitas.* **49**, pp.283–291.
- Odeblad, E., 1964. Intracavitary circulation of aqueous material in the human vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand.* **43**, ss.8-360.

- Öksüz, E., ve Malhan, S., 2005. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik analizi. *Sendrom*, **17**, pp.54-60.
- Öksüz, E., ve Malhan, S., 2006. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, **175(2)**. pp.8-654.
- Önem, K., ve Kadioğlu, A., 2005. Kadın orgazmik işlev bozukluğunda hormon replasman tedavisi. *Androloji Bülteni*, **23**, pp.248-251.
- Oskay, Ü., 2014. *Cinsellik ve üreme sorunları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi.
- Öz, B., Koç, R., Günaydın, Ölmez N., ve Memiş, A., 2004. Postmenopozal kadınlarda tip 11 diabetes mellitusun kas iskelet sistemi üzerine etkileri. *Türk Osteoporoz Dergisi*. **10**, p.22.
- Özcan, H., ve Oskay, Ü., 2013. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*. **28(4)**, pp.157-163.
- Özerdoğan, N., Sayıner, F.D., Köş, N., Deni, F., ve Ünsal, A., 2009. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Göztepe Tıp Dergisi*. **28(4)**, ss.157-163.
- Palacios, S., Castelo-Branco, C., Cancelo, M.J., & Vazquez, F., 2005. Low-dose, vaginally administered estrogens may enhance local benefits of systemic therapy in the treatment of urogenital atrophy in postmenopausal women on hormone therapy. *Maturitas*. **50**, pp.98-104.
- Palacios, S., Tobar, A.C., & Menendez, C., 2002. Sexuality in the climacteric years. *Maturitas*. **43(1)**, pp.69-77.
- Pastore, L.M., Carter, R.A., Hulka, B.S., 2004. Wells E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas*. **49**, pp.292-303.
- Pauls, R., Mutema, G., Segal, J., Silva, W.A., Kleeman, S., Dryfhout, M.V., Karram, M.A., 2006 November. Prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina. *J Sex Med*. **3(6)**, pp.87-979.
- Reed, S.D., Mitchell, C.M., Joffe, H., Cohen, L., Shifren, J.L., Newton, K.M., Freeman, E.W., Larson, J.C., Manson, J.E., LaCroix, A.Z., & Guthrie, K.A., 2014 Aug. Sexual function in women on estradiol or venlafaxine for hot flushes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014 Aug; **124(21)**, pp.41-233.
- Rhodes, J.C., Kjerulff. K.H., Langenberg, P.W., & Guzinski, G.M., 1999. Hysterectomy and sexual functioning. *Jama*. **282**, pp.41-1934.
- Ringa, V., Diter, K., Laborde, C., & Bajos, N., 2013. Women's sexuality: From aging to social representations. *J Sex Med*. **10**, pp.2399–2408.

- Rioux, J.E., Devlin, C., Gelfand, M.M., Steinberg, W.M., & Hepburn, D.S., 2000. Beta-estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis. *Menopause*. **7**, pp.61-156.
- Rosen, R.C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., & Shabsigh, et al. 2000. The Female Sexual Function Index (KCFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment female sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **26**, pp.191-208.
- Rosen, R.C., Shifren, J.L., Monz, B.U., Odom, D.M., Russo, P.A., & Johannes, C.B., 2009. Correlates of sexually related personal distress in women with low sexual desire. *J Sex Med*. **6**, pp.60-1549.
- Rossouw, J.E., Prentice, R.L., & Manson, J.E., et al. 2007. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *Jama*. **297**, pp.77-1465.
- Rymer, J., Chapman, M.G., Fogelman, I., & Wilson, P.O., 1994. A study of the effect of tibolone on the vagina in postmenopausal women. *Maturitas*. **18**, pp.33-127.
- Safarinejad, M.R., 2006. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*, **18**, pp.95-382.
- Sarrel, P.M., 1990. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol*. **75**, pp.26-30.
- Schmahmann, J.D., 2004. Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. **16(3)**, pp.78-367.
- Shelly, W., Draper, M.W., Krishnan, V., Wong, M., Jaffe, R.B., 2008. Selective estrogen receptor modulators: an update on recent clinical findings. *Obstet Gynecol Surv*. **63**, pp.81-163.
- Schneider H.P.G., Heinemann L.A.J., Thiele K., 2002. The menopause rating scale (MRS): cultural and linguistic translation into english, Life and Medical Science Online.
- Shifren, J.L., Monz, B.U., Russo, P.A, Segreti, A., Johannes, C.B., 2008. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. **112(5)**, pp.970-8.
- Shifren, JL, Avis NE. 2007. Surgical menopause: effects on psychological well-being and sexuality. *Menopause*. **14**, pp.586-91.
- Simon, J.A., & Reape, K.Z., 2009. Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause*; **16**:1.73-76.
- Sis, A., ve Pasinlioğlu, T., 2010. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum 2010.

- Society,. N.A.M., 2007. Estrogen and progesterone use in perianal postmenopausal women: March 2007 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. **14**: 168-82.
- Stewart, DE, Boydell K, Derzko C, et al. 1992. Psychological distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. *Int J Psychiatry Med*; **22**, pp.213-20.
- Sturdee, D.W., Panay, N., 2010. International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. **13**, pp.22-509.
- Suh, DD, Yang CC, Cao Y, Heiman JR, Garland PA, Maravilla KR. 2004 June. MRI of female genital and pelvic organs during sexual arousal. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; **25**[2], pp.153-62.
- Taşkın, L., 1998. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Tepe, S., Ağrıdağ, G., 2012. Adana ili havutlu beldesi'nde 35-64 yaş kadınlarda cinsel işlevde menopozun etkisi. *Uzmanlık Tezi*, Adana.
- Toesca, A, Stolfi VM, Cocchia D., 1996 June. Immunohistochemical study of the corpora cavernosa of the human clitoris. *J Anat*; **188** [Pt 3], pp.513-20.
- Tortumluoğlu, G., ve Erci, B., 2003. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları ve Menopozla İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, **6**(3) ss.77-78.
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türkiye Jinekoloji Obstetrik Derneği 2002. *Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları*, 1-4.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013 verileri, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım 2014.
- Türkiye üreme sağlığı programı, bilgilendirme dosyası-1, 2007. *Cinsel yaşam sorunları*. Şahin, D., Şimşek, F., Seyisoğlu, H., (Eds.) Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), ss.7-44.
- Varras, M, Polyzos D, Akrivis C., 2003. Effects of tamoxifen on the human female genital tract: review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol*. **24**: 258-68.
- Wierman, M.E., Nappi, R.E., Nancy, M., Susan, A., Davis, R., Ferdinand, L., William Rosner, M.D., & Shifren, J.L., 2010. Endocrine aspects of women's sexual function chairpersons. *Sexual Medicine Sexual Dysfunctions in Men and Women Dergisi*, **3rd International Consultation**, 1123- 1140.

- Wiklund, I, Karlberg, J, Mattsson, LA., 1993. Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo-controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* **168**, pp.30-824.
- World Health Organization. 1996. Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. *Geneva: WHO Technical Report Series number 866*
- Yağcı, A.T., Eylül 2006. Menopozda akupunktur tedavisi. *Uluslararası katılımlı 4. Ulusal Akupunktur Kongresi, Bildiriler, Antalya.*
- Yang, C.C., Cold, C.J., Yilmaz, U., Maravilla, K.R., 2006 April. Sexually responsive vascular tissue of the vulva. *BJU Int.* **97(4)**, pp.72-766.
- Yaşar, H., Özkan, L., Tepeler, A., 2012. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi.* **1**, pp.235-240.
- Yeni, E., 2004. *Menopoz ve Cinsellik.* In: Kadioğlu, A., Başar, M., Semerci, B., Orhan, İ., Aşçı, R., Yaman, Ö., Çayan, S., Usta, F., Kendirci, M., (Eds.) *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı.* İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayınları, pp.652-666.
- Zumoff, B., Strain, G.W., Miller, L.K., Rosner, W., 1995. Twenty-fourhour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab.* **80**, pp.30-1429.