



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MENOPOZ SEMPTOMLARININ CİNSEL YAŞAM VE
EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeliz GÖRMÜŞ

Samsun

Mayıs -2017



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MENOPOZ SEMPTOMLARININ CİNSEL YAŞAM VE
EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeliz GÖRMÜŞ

Danışman
Yrd. Doç.Dr. Birsen ALTAY

Samsun
Mayıs-2017

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yeliz GÖRMÜŞ tarafından Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY Danışmanlığında hazırlanan “Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşam ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 20/06/2017 tarihinde yapılan sınav ile Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)

Üye : Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç. Dr.H.Demet CABAR, Sinop Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

20 / 06 / 2017

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr.Birsen ALTAY 'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocam Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, minnetlerimi sunar, teşekkür ederim.

Çalışmamım her aşamasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen annem Gülcemal, babam Mustafa, kardeşlerim Elif ve Efrail UZ 'a saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Beraber çıktığımız üniversite hayatımın anlamlı ve güzel olmasını sağlayan hayat boyunca destekçim çok kıymetli dostum Hediye KARATAŞLI 'ya, adeta hayatıma girdikten sonra bakış açımın ve farkındalığımın artmasına sebep olan ve içsel huzurumu da destekleyen Tuba ÇINARLI'ya minnetlerimi sunar, teşekkür ederim.

Bir ışık gibi hayatıma doğan ve yaşamın, nefes almamın değerini artıran, mucizevi anlar yaşatan biricik oğlum Kral Timur GÖRMÜŞ 'e sevgilerimi sunar teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde beni destekleyen ve hep daha iyisini yapabileceğim konusunda cesaret veren sevgili eşim Bülent GÖRMÜŞ'e teşekkürlerimi bir borç bilirim.

"Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yüksek Lisans tezlerini destekleme projeleri kapsamında PYO.SSY.1904.16.004 kodlu proje olarak desteklenmiştir." Teşekkür ederim.

ÖZET

MENOPOZ SEMPTOMLARININ CİNSEL YAŞAM VE EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışma menopoz semptomlarının cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal- Metot:Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan bu çalışma 01.03.2016-31.05.2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine menopozal belirtilerle başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 206 evli kadın alınmıştır. Verilerin toplanmasında kişisel tanıtıcı bilgi formu, menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği, evlilikte uyum ölçeği ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde Student t, Anova, Kruscall-Wallis (KW- X^2), Mann-Whitney (MW-z testi) korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular:Çalışmada kadınların yaş ortalaması $49,58\pm 5,71$, menopoz yaş ortalaması $46,73\pm 4,24$ ve evlilik süre ortalaması $27,72\pm 8,54$ olarak bulunmuştur. Kadınların %35,4'ü menopoz konusunda bilgi sahibi olduğunu, %34,0 ünün menopoz şikâyetlerini eşile paylaştığını, %42,7'si menopoz semptomlarının eşini etkilediğini, %34 ü menopoz semptomlarının cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Doğal ve cerrahi olarak menopoza giren, menopoza yönelik bilgisi olmayan, menopoz semptomlarının eşini olumsuz etkilediğini bildiren ve evlilikte şiddet gören kadınların menopoz semptomlarını daha yoğun yaşadığı saptanmıştır ($p<0.05$). Menopoz semptomlarını eşile paylaşan, evliliğini çok iyi olarak değerlendiren, evlilikte yaşanan sorunları konuşarak çözebilen kadınların evlilikte uyum ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).Araştırmaya katılan kadınların menopoz semptomlarının puanları arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanları ve evlilik uyum puanlarının azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç:Kadınların menopoz semptomlarının artışı cinsel yaşam ve evliliği olumsuz etkilediği bulunmuştur.Cinsel yaşam kalitesi arttıkça evlilik uyumu da artmaktadır.Bu gruba hemşireler tarafından daha duyarlı yaklaşılması, kadın ve eşine birlikte eğitim verilmesi gerektiği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz; cinsellik; evlilik uyumu, cinsel yaşam kalitesi

Yeliz GÖRMÜŞ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Mayıs-2017

ABSTRACT

THE EFFECT OF MENOPAUSAL SYMPTOMS ON SEX LIFE QUALITY AND MARRIAGE HARMONY

Aim: The study has been done in order to define The The Effect Of Menopausal Symptoms On Sex Life Quality And Marriage Harmony

Material and Method: This study was one at Health Application and Research Center at University of 19 Mayıs between 01.03.2016 and 31.05.2016. N=206 married women who applied with menopausal symptoms to the outpatient polyclinics of gynecology and obstetrics and those who admitted joining the research were included. To collect data, self-description form, the rating scale of menopausal symptoms, family harmony scale, sex life quality scale have been used. To analyze data, Student t, Anova, Kruskal-Wallis (KW- X^2), Mann-Whitney (MW-z test), correlation test have been used.

Results: in this study it is found that women's age average is 49.58 ± 5.71 , menopause age average is 46.73 ± 4.24 , marriage period average is 27.72 ± 8.54 of women said that they had information about menopause and that 34.00 percent of women shared their marriage complaint, 42.7 percent of women said that their menopausal symptoms affected their husbands, 34 percent of women said that their menopausal sex life affected them negatively. It is found that the women who went through menopause naturally or surgically, those who didn't have any information about menopause, those who reported their menopausal symptoms affected their husbands negatively, and those who had a violent marriage life had more intense menopausal symptoms ($p < 0.05$). It is found that the women who share their menopausal symptoms, those who evaluate their marriage very well, those who can solve the problems of marriage by talking have higher point average scale of sex life quality and marriage harmony. It is defined while the women's menopause symptoms points increase, their sex life quality and marriage harmony point decrease ($p < 0.05$).

Conclusion: It is found that the increase of women's menopause symptoms affect the marriage negatively. The more sex life quality is the more marriage harmony becomes. Nurses should approach this group sensitively and it is suggested that wife and husband should be educated together.

Keywords: Menopause; sexuality; marriage harmony; sex life quality

Yeliz GÖRMÜŞ, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University -Samsun, Mayıs-2017

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	Analysis Of Variance (Varyans Analizi)
CYKÖ	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	Evlilik Uyum Ölçeği
FSH	Folikül uyarıcı hormon
IMS	International Menopause Society
MSDÖ	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
NCCIH	National Center for Complementary and Integratih Health
NIH	National Instutes of Health
p	p Değeri
Pg/ml	Mililitre başına pikogram
r	Pearson korelasyonu
sd	Standart Sapma
t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
ort	Ortalama
KW	Kruskal Wallis Test İstatistiği

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Menopoz	5
2.2.Menopoz Semptomları Ve Menopozda Görülen Değişiklikler	7
2.3.Menopoz Semptomları.....	8
2.4.Menopozda Görülen Değişiklikler.....	8
2.4.1.Menstrual Değişiklikler.....	9
2.4.2.Vazomotor Değişiklikler	9
2.4.3.Psikolojik Değişiklikler.....	10
2.4.4.Saç Ve Derideki Değişiklikler	11
2.4.5.Ürogenital Sistem Değişiklikleri.....	11
2.4.6.Sindirim Sistemi Değişiklikleri.....	13
2.4.7.Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	14
2.4.8.Kas ve İskelet Sistemi Değişikleri	14
2.4.9.Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	15
2.5. Menopozda Tedavi Yaklaşımları	16
2.5.1.Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	16
2.5.2.Hormon Dışı Tedaviler	17
2.5.3.Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar	18
2.6.Cinsel Yaşam	19

2.7.Menopoz Ve Cinsel Yaşam	20
2.8.Evlilik Uyumu.....	22
2.9.Menopoz Ve Evlilik Uyumu	23
2.10.Menopoz Semptomları Ve Yakınmalarıyla Baş Etmede Hemşirenin Rolü.....	24
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.3.1. Araştırmanın Evreni	26
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	27
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	27
3.5. Verilerin Toplanması	30
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	30
3.5.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması	30
3.6. İstatiksel Analiz	30
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR.....	32
5.TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR	69
EKLER	79
Ek-1 Anket Formu	80
Kişiyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	80
Ek-2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	83
Ek-3 Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Türkçe Formu Ölçeği	85
Ek-4 Evlilik Uyum Ölçeği	87

Ek-5 Etik Kurul Onayı	90
Ek-6 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kullanım İzini.....	91
Ek-7 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzini	92
Ek-8 Cinsel Yaşam Kalitesi –Kadın Türkçe Formu Ölçeği Kullanım İzni	93
Ek-9 Evlilik Uyum Ölçeği Kullanım İzni	94
ÖZGEÇMİŞ	95



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan hayatının değişkenlik durumlarından doğum, ölüm ya da ergenliğe geçiş önemli dönemleridir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Kadının hayatı çocukluk, ergenlik, üreme, klimakterium ve yaşlılık olmak üzere beş ayrı dönemi içerebilir (Taşkın, 2007; Nalbant, 2009). Yaşlılığa geçiş; toplumsal bir süreç olarak hayatın kayda değer dönemlerinden biridir. Yaşlılığa geçişin başlangıç noktası üretkenliğin sonlanmasıyla birlikte yeni bir dönem olan menopoza oluşturur (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Menopoz Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen ve yaygın olarak kullanılan tanıma göre over aktivitesi yitiminden dolayı menstruasyonun sona ermesidir (Nalbant, 2009; Kutlu ve ark., 2012; Özcan ve Beji, 2014). Menopoz dönemindeki kadın popülasyonunun büyüklüğü ve bu dönemde yaşanan sıkıntılar göz önüne alınacak olursa önemli bir toplumsal sorun olarak menopoz geniş bir yer kaplar (Avcı, 2013). Toplumlar ve bireylere göre farklılık gösteren menopoza girme yaşı ortalama 45-55 yaşları arasındadır (Özcan ve Beji, 2014, Avcı, 2013).

Klimakterium menopoz öncesini, menopoz dönemini, menopoz sonrası kapsayan üreme çağının başlangıcından yaşlılık dönemine geçişini belirten bir aşamadır (Özcan ve Beji, 2014). Klimakteriumda belirtilerin ortaya çıkmasının nedeni overyumlardaki değişimler sonucunda hormon dengesinin değişmesidir. Klimakterium östrojen metabolizmasındaki düşme sonucu semptomların başladığı andan, geçiş sürecinin bittiği ve semptomların kaybolduğu ana kadar geçen dönemdir. Bu dönem 40 yaş civarı başlayarak 65 yaş sınırı, yaşlılık dönemine kadar devam eder. Klimakterium menopoza geçiş, menopoz ve menopoz sonrası yıllarını içerir. Premenopozal dönem menopozdan 2-6 yıl önceki, postmenopozal dönem ise menopozdan 6-8 yıl sonraki dönem şeklinde tariflenir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Bu dönemde bir yıl süreyle adet görmeyen kadının menopoza girdiği kabul edilir. Klimakterium içinde önemli bir dönüm noktası olan menopoz ise over aktivitesinin yitilmesiyle menstruasyonun kalıcı sonlanmasıdır. Menopoz sonrası postmenopozal dönem ise menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi içerir (Nalbant, 2009; International Menopause Society, 2017).

Menopoz bedensel ve ruhsal birçok değişikliği beraberinde getirir. Bunlardan bazıları vazomotor ve kardiyovasküler belirtiler, (sıcak basmaları, gece terlemeleri, aritmi, ağrı ve çarpıntı) gastro-intestinal değişiklikler, (kabızlık, spazm, distansiyon, dispepsi) lökomotor sistem sorunları, (osteoporoz, kas ağrısı, eklem ağrısı, hareket esnekliğinde azalma, kemik kırıkları), oftalmik değişiklikler, (gözde kuruma) cinsel organlarda atrofik değişiklikler, (vajinal kuruluk, vulvo vajinal kaşıntı, dizüri, pollaküri, stres inkontinansı, vajinal akıntı) cilt değişiklikleri, (cildin hidrasyonunun azalması ve kırıması, elâstikiyet kaybı) nöro-psişik belirtiler, (unutkanlık, baş ağrısı) ve psikiyatrik belirtiler (anksiyete, depresyon, duygulanımda labilite, uykusuzluk, irritabilite, cinsel istek azalması) dir. Bu belirtiler klimakterik dönemin daha sıkıntılı yaşanmasına sebep olabilmektedir (Atasü, 2001; Varma ve ark., 2006; Amore ve ark., 2007; Çoban ve ark., 2008; Nalbant, 2009; Timur ve Şahin, 2010; Çetin ve Eroğlu, 2015).

Yaşlanma sürecinde menopoza geçiş dönemi fiziksel, psikolojik değişikliklere ve cinsel işlev bozukluklarına yol açar (Mattar ve ark., 2008). Yaşam süreci boyunca insan cinselliğini ve cinsel sağlığını pek çok faktör etkileyebilmektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Cinsel doyum bireyin cinsel ilişkisinden duyduğu zevk ve memnuniyet ve olarak tanımlanabilir. Cinsel doyumda bireyin cinsiyeti ve yaşı, cinsel deneyimlerini geliştirme tarzı, toplumsal ilişkileri, kültürel etmenler, yaşam koşulları bireysel çeşitliliklere yol açmaktadır (Eker, 2000; Palacios ve ark., 2002; Varma ve ark., 2006). Menopozda cinsel sorunların altında yatan ilk neden yaşın ilerlemesiyle birlikte over aktivitesinin yavaşlaması ve dolaşımdaki östrojen, progesteron ve testosteron düzeylerinin düşmesine bağlı olur (Palacios ve ark., 2002; Kadioğlu ve ark., 2004; Varma ve ark., 2006). Cinsel şikâyetlerin oluşma nedenleri arasında östrojen azlığından kaynaklı vajende atrofi ve kuruluk olmasıdır. Bu da cinsel ilişki üzerinde cinsel isteksizlik, uyarılmada düşüş, cinsel birleşmede azalma yapabilmektedir. Menopoz sonrası dönemde idrar kaçırma cinsel birleşmenin azalmasına, vajina girişini çevreleyen kasların istem dışı kasılması ise cinsel birleşmenin ağrılı olmasına ve vajinusmusa sebep olmaktadır. Bu farklılıkların daha az görüldüğü kesim düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olanlardır (Palacios ve ark., 2002; Kadioğlu ve ark., 2004; Nalbant, 2009; Mattar ve ark., 2008).

Klimakterik dönem, küçük bir kadın grubunu etkileyen bazı değişikliklerin olduğu bir dönem değil, aynı zamanda yakınmalar ve hastalıklar süreci ile aile ve

toplumu da etkileyen sorunlu bir dönemdir(Tortumluoğlu ve Erci, 2003).Evlilik; birlikteliğe, dayanışmaya, karşılıklı cinsel doyumun sağlanmasına, kuşakların devamlılığına vesile olan bağlılık biçimidir. Evlilik kişilerin daimi birliktelik amacıyla birleşerek meydana getirdiği, nesli sürdürmeyi, evlatları ve karşılıklı mesuliyetlerini sağlamak amacıyla sözleştikleri kurumdur (Çelik ve Tümkaya, 2012; Yalçın, 2014).

Menopoz dönemi, çeşitli yakınmaların yanı sıra bazen hastalıklar süreci ile de kadın ve aileyi etkileyen problemlerle dolu bir dönemdir. Bu dönemde kadınların yaşadığı değişiklikler eşlerini de etkilemektedir (Nehir ve ark., 2009; Sis, 2010). Menopoz döneminde eş önemli bir destek faktörü olarak görülmekte ve diğer aile üyeleri, dost, akrabaların gösterdiği yakınlık yetersiz kalabilmektedir (Çoban ve ark., 2008). Çocukların büyüüp evlenmesi ve evden ayrılmasıyla, yine orta yaş döneminde meydana gelen “boş yuva sendromu” nedeniyle seneler sonra menopoz dönemindeki kadın evde eşiyile baş başa kalmakta ve eşinin desteğine olan ihtiyacı artmaktadır. Bu dönemde ergenlik çağında ya da daha küçük çocukları olan kadınlarda daha fazla ruhsal sıkıntı ortaya çıkarken büyüyen çocuklarında giderek artan bağımsızlık istekleri anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (Tot, 2004) .

Menopoz dönemindeki kadınlarda yaşanan somatik şikâyetler evlilik ilişkilerini, psikolojik şikâyetler duygularda olumsuzluk yaratarak evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamı olumsuz etkilemekte, ürogenital şikâyetler cinsel yaşamının niteliğini bozabilmektedir (Tot, 2004; Amore ve ark., 2007; Krajewska ve ark., 2007; Ensrud ve ark., 2009; Warren, 2009).

Kadın sağlığını geliştirmek için menopoz dönemindeki kadınların cinsel yaşam kalitesini, evlilik uyumlarını değerlendirmek ve ilişkili faktörleri belirlemek hemşirelerin önemli sorumluluklarındandır. Bu çalışmanın amacı kadınların menopozal belirtilerinin cinsel yaşam ve evlilik uyumunu nasıl etkilediğini belirlemektir. Elde edilen veriler doğrultusunda menopozla birlikte gelen; cinsel yaşam sorunları ve gereksinimleriyle ilgili stratejiler geliştirmek, planlamak, menopoz etkilerinin, evlilik üzerindeki etkileri konusunda bilinç oluşturmaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kadınların yaşadıkları menopoz semptomlarının, evlilik uyumlarını ve cinsel yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Menopoz semptomları ile hastaneye başvuran kadınların sosyodemografik, klinik , menopozla ilgili özellikleri, evlilik ilişkileri özellikleri ve cinsel yaşam özellikleri nelerdir?
2. Menopoz semptomları ile hastaneye başvuran kadınların menopoz semptomları nelerdir?
3. Menopoz semptomları ile hastaneye başvuran kadınların evlilik uyumları nasıldır?
4. Menopoz semptomları ile hastaneye başvuran kadınların cinsel yaşamları nasıldır?
5. Kadınların yaşadığı menopoz semptomları cinsel yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu etkiler mi?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Menopoz

Menopoz; Yunanca, men, menos, mena= ay, pause=durma, kesilme köklerinin birleştirilmesinden türetilmiş bir kelimedir. Menopoz, menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması anlamına gelir. Kadınlarda bir yıl süre ile menstruasyonun olmaması menopozun başladığı anlamına gelir (Taşkın, 2007; Nalbant, 2007). Uygulamada ise menopoz üzerinden bir yıl geçtikten sonra tanı konabilen en son adet kanamasıdır. FSH değerinin 40 pg/ml üzerinde olması (4-30 pg/ml) menopoza giriş olarak kabul edilir (Yıldırım, 2000; Özgür, 2007; Nalbant, 2009).

Yaşanılan coğrafya, ırk ve gelişmişlik düzeyi, kalıtım, menarş yaşı, evlilik ve çalışma durumu, genital faktörler, kontraseptif ve sigara kullanımı, doğurganlık, psikolojik faktörler, beslenme, sosyoekonomik ve sosyokültürel gibi birçok faktör menopoz yaşını etkilemektedir (Güney, 2006; Nalbant, 2007). Menopoz yaşı bazı ülkelerde daha küçük yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44), bazı ülkelerde daha büyük yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48) olduğu bildirilmektedir (Hidayet ve ark., 1999; Kazerooni ve ark., 2000; Sis, 2010). Ülkemizde yapılan çalışmalar menopoz başlangıç yaşının 46-48 arasında olduğunu göstermektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). 2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları, ülkemizde 48-49 yaş grubu kadınların % 49,1'nin, menopoza girdiğini göstermektedir (TNSA, 2013).

Menopoz ve klimakteryum çoğu zaman birbiri yerine kullanılsa da, aslında menopoz klimakteryum içinde yer alan bir olgudur. Genel olarak klimakteryum ani ve köklü bir psikofizyolojik olay olarak tanımlanmasına karşın, östrojen sekresyonunda ki azalmaya paralel olarak adet kanamaları giderek azalmakta ya da kesilmekte ve düzensizleşmektedir (Balık, 2013).

Klimakterium (climacterium) merdiven basamağı manasına gelen "klimakterikoz" kelimesi türetilerek meydana gelmiştir (Karanisoğlu, 2000; Balık, 2013; Taşkın, 2016). Menopoz klimakterium içinde oldukça ehemmiyeti olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal farklılıkların gerçekleştiği, adet sonlandığı bir dönemdir. Klimakterium ortalama 45 yaşında başlar ve postmenopozal dönemde kapsayarak 65 yaşına kadar sürer (Hotun, 1996; Karanisoğlu, 2000; Balık, 2013; Taşkın, 2016). Klimakteryumla ortaya çıkan ovarial folliküllerin eksilmesiyle birlikte östrojen üretimi azalır ve tamamen bitmesi sonucu östrojen salınımı durarak atrofi gerçekleşir. Artık

üreme döngüsü biter ve menopoz tablosu meydana gelir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Balık, 2013; Taşkın, 2016).

Klimakterium dönemi üç dönemde sınıflandırılır :(Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Balık,2013) .

Premenopoz: Klimakteriumun ilk evresi ve menopozdan önceki 2-6 yılı kapsayarak premenopozal dönem adını alır. Premenopozda vazomotor ve menstrual değişikliklerden olan sıcak basması ve adet düzensizlikleri gibi semptomlar görülmektedir (Hotun, 1996; Güler, 2015). Bu semptomların görülmeye başlamasından menopoz dönemi arasındaki süreyi içerir. Bu fazda menstrual siklus düzenini kaybetmiş ve fertilité şansı düşmüştür. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir. Vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi bazı yakınmalar bu devrede ortaya çıkar (Tunç, 2014; Taşkın, 2016).

Menopoz: En son adet kanamasının görülmesidir (Koç ve Titiz, 2016). Menopoz belirli bir anda gelişmekle beraber bu olaya kadar oluşan değişiklikler yıllar öncesinden başlamaktadır. Eğer kadın bir yıl süre ile adet görmemişse, gördüğü son adete menopoz denilmektedir. Bu andan sonraki döneme postmenopozal dönem, önceki döneme premenopozal dönem adı verilmektedir (Balık, 2013).

Postmenopoz: Menopozun bitişinden 6-8 yıl sonrası ve yaşlılık dönemi arasındaki dönemi içerir (Taşkın, 2016). Postmenopoz dönemi 1 yıllık adet görmeme sonucu oluşur (Hotun, 1996; Koç ve Titiz 2016). Postmenopozal dönemde semptomlar daha fazla görülmekte ve overlerin işlevleri durarak, doğurganlık sonlanmaktadır (Tortumluoğlu, 2003; Güney, 2006; Özkan, 2006). Aynı zamanda postmenopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı vajinal atrofi, östrojen ve progesteron seviyelerindeki düşme sonucu osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve deri bozuklukları görülebilmektedir (Tunç, 2014; Taşkın, 2016).

Menopoz üç biçimde gerçekleşmektedir: (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Balık, 2013).

Fizyolojik menopoz: Overlerdeki foliküllerin azalmasıyla fertilitenin sonlanmasıdır. Kadınların overlerinde 400.000-500.000 yumurta vardır, yaşın ilerlemesiyle bu yumurtalar azalır ve sonucunda tükenerek doğal ya da fizyolojik menopoz ortaya çıkar. Kadınların yarısında menstruasyon 45-51 yaşında biterken, 60

yaşında biten kadınlar da vardır. Menopoza girme yaşında kişisel faktörlerin etkisi vardır (Hotun, 1996; Balık, 2013).

Erken Menopoz:40 yaşın altında vaktinden önce menopoza girilmesi sonucunda gerçekleşmekte ve prematür over yetmezliği şeklinde adlandırılmaktadır. Erken menopozun nedeni kalıtım ile ilgili X kromozomundaki değişikliklerden kaynaklanabileceği yönündedir. Erken menopoza girmek fizyolojik ve psikolojik açıdan sorunların yaşanmasına sebep olur. Etkileri kesinleşmemekle beraber ilk adet görme yaşı, doğum kontrol ilaçları, kalıtsal etkenler, yumurtalıkların alınması, zararlı madde kullanımı, kısa süreli aralıklarla hamilelik durumu, obezite gibi çeşitli faktörler erken menopoza neden sayılabilir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Balık, 2013). Kadınların menopozdan daha az etkilenmesi ve erken menopoz oluşmadan prematür menopoza neden olan bu faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (Güney, 2006; Tunç, 2014).

Cerrahi menopoz: Menstruasyon devam ederken overlerin herhangi bir sebeple alınması durumunda gerçekleşmekte veya bazı operasyonlar normal zamandan önce menopoza girişe sebep olmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). İki yumurtalığın doğal olarak menopoza girmeden önce alınması işlemi cerrahi menopoz şeklinde tariflenmektedir (Hekim, 2001, Atasü ve Şahmay, 2001). Cerrahi menopozda çoğunlukla rahim ve yumurtalıklar beraber çıkarılmaktadır. Menopoz semptomları normal menopoza göre cerrahi menopozda daha şiddetli olmaktadır. Doğal menopozda overlerin bitmesi zamanla olduğundan beden buna uyum sağlamakta, cerrahi menopozda ise overler bir anda alındığından belirtiler daha şiddetli yaşanmaktadır. Cerrahi menopoza giren kadınlara cerrahiden 15- 20 gün sonrasında tedaviye başlanmaktadır (Varma ve ark., 2006; Güney, 2006; Özkan, 2006; Tunç, 2014). Cerrahi menopoz zorunluluk durumunda yapıldığından çeşitlilik gösteren durumlar ortaya çıkarabilir. Doğal menopozda overler sağlam kalmakta ve androjenleri salgılamayı sürdürmekte iken cerrahi menopoz, overlerden androjen, östrojen ve progesteronun salgılanmasının tamamen tükenmesine sebep olmaktadır (Balık, 2013) .

2.2.Menopoz Semptomları Ve Menopozda Görülen Değişiklikler

Menopoz dönemi bazı sağlık sorunlarının da yaşandığı her kadının kendine has biçimde yaşadığı fizyolojik bir süreçtir. Bu süreci kadınlar, herhangi bir fiziksel ya da psikolojik semptom görülmeden atlatabileceği gibi, menopoz semptomlarının çok yoğun yaşandığı ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bir süreç olarak da

geçirebilir (Soules ve ark., 2001). Menopoz ve yaşlanma birbirine paralel olarak gelişen iki süreç olduğu için semptomların ne kadarından yaşlanmanın ne kadarından ise menopozun sorumlu olduğunu ayırt etmek zor olabilir (Yıldırım, 2010; İnceboz ve ark., 2010; Koyuncu, 2015).

2.3.Menopoz Semptomları

- Anksiyete
- Deride Ve Saçlarda Değişiklik
- Depresyon
- Uyku Bozuklukları
- Vajinada kuruluk
- Halsiz hissetme
- Başın ağrısı
- Ateş basması, gece terlemesi
- Adet düzensizlikleri
- Huzursuz olma
- Eklem ve kas ağrısı
- Cinsel isteksizlik
- Cinsel birleşmeden ağrı duyma
- Çarpıntı
- Konsantre olamama
- Belleğin zayıflaması
- İdrar yapmada güçlük

2.4.Menopozda Görülen Değişiklikler

Menopoz dönemi over işlevlerinin bitmesiyle beraber bazı endokrinolojik ve vazomotor belirtilerin görüldüğü süreçtir (Erdem, 2006; Tunç, 2014).

Stotland ve Smith, menopozdaki değişiklikleri

- Biyolojik değişiklikler;
 - Vazomotor semptomlar; sıcak basmaları, gece terlemeleri
 - Endokrin ve metabolik değişiklikler; deri-meme atrofisi, osteoporoz, senil vajinit, hirsutizm

- Psikolojik semptomlar; depresyon, iritabilite, duygu oynamaları, kaygı
- Sosyal değişiklikler; aile içi zorlamalar, çekiciliğin azaldığı düşüncesi, aile dışı zorlamalar, çevrenin kültürel tutumu şeklinde sınıflandırmıştır (Stotland ve Smith, 1990; Balık, 2013).

2.4.1.Menstrual Değişiklikler

Adet düzensizliklerine çok sık rastalanılabilmektedir. Premenopozal menstruasyon (anovulatvar) anormal uterin kanama şeklindedir. Menopoz döneminde overlerin fonksiyonları azalarak doğurganlık düşer. Daha sonraki süreçte de overlerden az miktarda östrojen salınabilir ve mestruasyon sürebilir. Östrojen eksikliğine bağlı endometrial veya vajinal atrofi bu dönemde görülen vajinal kanamaların en sık nedenidir. Vajinal kanamaların nedenleri arasında endojen östrojenin fazla salgılanması ve bu fazlalığın progesteron ile karşılanamamasıdır (Karanisoğlu, 2000; Atasü ve Şahmay, 2001; Yıldırım, 2000; Balık, 2013; Taşkın, 2016). Siklus anomalileri menopozun ön habercisidir. Kanamanın işlevselliğini adet döngüsünün sarkması ve kanamanın azalması açıklar (Karanisoğlu, 2000).

2.4.2.Vazomotor Değişiklikler

Kadında östrojen azalması, vazomotor sistemde de önemli değişiklik görülmesine neden olur (Balık, 2013). Sıcak basması ve gece terlemeleri menopoz döneminin en spesifik semptomları olan vazomotor semptomlarıdır (Koyuncu, 2015). Bu semptomların görülme sıklığı %60-85 arasında değişmektedir (National Institutes of Health, 2016). Vazomotor değişimlerin mekanizmasıyla ilgili olarak farklı teoriler ortaya atılmasına rağmen, tümüyle aydınlatılamamıştır.

Vazomotor değişikliklerin belirtileri üç şekilde görülür:

- Yüz kızarması (flushes)
- Sıcak basması (hotflash)
- Gece terlemesi (sweating)

Çoğunlukla bu üç belirti birlikte sıcak basması şeklinde adlandırılmaktadır (Hotun, 1996) . Sıcak basmaları baş ve yüzde sıcaklık hissi olarak boyun, meme ve vücudun diğer bölümlerine yayılarak saniyeler, dakikalar ya da haftalarca sürebilmektedir. Vazodilatasyon ve lokal sıcaklık artışı çoğunlukla terlemeyle devam

eder, lakin terleme sıcak basması olmasa da görülebilir. Uyku sırasında oluşan sıcak basmaları da gece terlemesi olarak adlandırılmaktadır (Altınsoy, 2002). Perimenopozal dönemde görülen bu şikâyetler bazen erken postmenopozal dönemin sonlarına kadar da devam edebilmektedir (Koyuncu, 2015). Günde 5-20 defa nöbet şeklinde meydana gelen sıcak basmaları kadınların %65'inde 1-5 yıl, %25'inde 5-10 yıl, %10 kadarında ise 10 yıldan daha uzun süre devam edebilmektedir (Yıldırım, 2000). Frekans, süre ve yoğunluk açısından kişiler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (Güngör, 2003; Erel 2004; Nalbant, 2009). Hareketsiz, sigara içen, kilolu olmayan kadınlarda sıcak basmaları fazla görülürken, yemeklerin acılı olması, alkol, kafein alınımları ve havanın sıcak olması da sıcak basmalarını artırabilmektedir (Erel, 2004).

Menopoz dönemindeki kadınlarda sıcak basmalarına ek olarak en çok görülen vazomotor değişiklikler; baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, göz önünde uçuşmalar, nefes darlığı, çarpıntı, bulantı, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, titreme ve dikkati toplayama olarak sayılabilir (Varma ve ark., 2006; Krajewska ve ark., 2007). Erdem (2006), kadınların %80,4'ünün sıcak basması, %78,3'ünün el ve ayaklarda uyuşma, %70,1'inin gece terlemesi, %57,7'sinin baş ağrısı, %41,2'sinin boğulma hissi ve %38,1'inin dikkat dağınıklığı yaşadığını ifade etmektedir (Nalbant, 2009).

Perimenopozal kadınlarda uykuya dalmada güçlük ve gecede bir kaç kere uykunun bölünmesi gibi bazı uyku bozukluklarıyla karşılaşmaktadır (Koyuncu, 2015). Uyku bozukluklarından biri olan sık sık uyanmanın önemli nedenlerinden biri gece terlemeleridir. Uykuya dalma güçlüğü'nün önemli sebepleri arasında perimenopozal kadınlarda sık görülen endişe hali, ani duygu-durum değişiklikleri gibi psikolojik nedenler sayılabilir. Uykunun tam alınamamasına uykunun sık sık bölünmesi ve uykuya dalmada güçlük sebep olabilir. Bunun sonucunda ise gün içinde gerginlik, yorgunluk ve odaklanma sorunları yaşanabilmektedir (Ulusoy ve Kukulcu, 2013; Koyuncu, 2015).

2.4.3. Psikolojik Değişiklikler

Menopozal dönemde ortaya çıkan psikososyal ve biyolojik farklılıklar duygu durumundaki başlıklarını tetikleyebilmektedir. Menopozal dönem kadınların yaşın verdiği mesuliyetle ve ilişkilerde değişiklik yaşadığı, evliliklerde ayrılma ve boşanma yaşanabildiği, anne, babanın vefat etmesi, kocanın hasta olması veya ölümü, büyüklerin bakımı, evlatlarının haneden uzaklaşması, yeni bir mülhite yerleşme gibi negatif

olayların yaşanabildiği ve daha kırılgan olmasına neden olduğu, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilendiği bir dönemdir (Nalbant, 2009; Koyuncu, 2015) .

Bu dönemde kadının vücudunda değişiklikler gelişir ve hormon düzeyleri değişir bu da orta derecede bir endişeden açıkça inkâra kadar farklı heyecanlar göstermesine sebep olabilir. Kadının menopoza verdiği yanıt, yaşam şekli ve yaşlanma sürecinin genetik regülasyonu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Nalbant, 2009).

Perimenopozal dönemde, sinirlilik, anksiyete ve gerginlik, yorgunluk, cinsel istekte azalma, hafıza ve konsantrasyon sorunları gibi çeşitli psikolojik belirtiler görülebilir. Azalmış östrojen düzeyi ile bu belirtilerin görülmesi kanıtlanmamıştır. Fakat beyinde östrojen, progesteron ve testesteron reseptörlerinin bulunması; hormon düzeylerindeki azalma sonucu ile bu belirtilerin ilişkili olabileceğini düşündürebilir (Koyuncu, 2015).

2.4.4.Saç Ve Derideki Değişiklikler

Deri östrojen, progesteron ve androjen reseptörlerini bulundurmasından dolayı hormonal değişikliklere oldukça hassas organdır. Östrojen seviyesindeki azalmayla paralel olarak derinin esnekliği azalmakta, deri nemsiz kalmakta bu da derinin kırışmasına ve incelmeye sebep olmaktadır. Ayrıca menopoz dönemindeki östrojen seviyelerindeki azalma tırnakların kırılmasına neden olmaktadır (Kaymak ve Tırnaksız, 2006; Nalbant, 2015).

Menopoz sonrası dönemde östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak sex hormonu bağlayan globülin (SHBG) düzeyi azalmaktadır. Bu da serbest testesteron düzeyini artırarak kıllanmaya yol açmaktadır. Genellikle göğüs ve karında, dudak üstü ve çenede tüylerin çıkmasına eğilim artmakta bu durumun aksine saçlar, pubik ve aksiller kıllarda incelme gözlenebilmektedir (Erdem, 2006; Özkan, 2006; Tunç, 2014) Saç telinin gelişimi ve büyüme hızı östrojene bağlı olmaktadır. Postmenopozal dönemde saçın uzaması yavaşlar ve ciddi saç dökülmesi görülmektedir (Kaymak ve Tırnaksız, 2006; Nalbant, 2009).

2.4.5.Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Menopoz döneminin en rahatsız edici yakınmaları arasında döl yolu (vajina) mukozasının incelmesi, kuruması ve duyarlılaşması sayılabilir (Balık, 2013). Üretra, vajina ve mesanede östrojen etkilerinin azalmasıyla ürogenital sistemde belirgin

fonksiyon bozukluğu görülür. Dizüri, sık idrara çıkma, üriner inkontinans ve üriner sistem enfeksiyonları östrojen eksikliği nedeniyle sık görülmekte ve yaş ilerledikçe de sıklığı artmaktadır (Aydoğmuş ve Yavuz, 2011; Tunç, 2014).

Üretra ve çevre dokularının mukoza tonusunda oluşan azalma, üretranın epitel katlarının azalması ile incilmesi, mesanede boşalma eşiğinin düşmesine neden olmaktadır. Pelvik tonus kaybı ise alt üriner yolların fonksiyonel bütünlüğünün azalması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Pelvik desteğin azalması, üretra-vezikal açıda sarkma meydana getirerek idrar tutmayı zorlaştırmaktadır. Menopoz ile üriner inkontinansının (mesane kontrolünün kaybı ve beraberinde istem dışı, damlalar halinde veya daha yoğun olarak idrarın kaçması) arasında ilişki olduğu görülmektedir (Hotun, 1996; Balık, 2013).

Östrojen seviyelerinin üretra ve çevre dokularda oluşturduğu atrofi üriner inkontinansın sık görülmesinin önemli sebeplerindendir. Özellikle stres üriner inkontinans nedenlerinde, üretral tonusun ve çevre dokuların üretraya desteğinin bozulması (uterin prolapsus, sistosel ve rektosel) ve sfinkter yetersizliğinin etkisi olduğu düşünülmektedir (Waetjen ve ark., 2009; Fritel ve ark., 2012; Koyuncu,2015) . Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları ve dizüri de menopoz döneminde sık görülen sorunlardır (Bruce ve Rymer, 2009; Koyuncu,2015).

Vulva, vajen, üretra ve mesane üçlüsünün embriyolojik bağlantıları vardır ve vulva, vajen, üretra ve mesane çok sayıda östrojen reseptörü içerir. Postmenopozal dönemde östrojen düzeyindeki önemli azalma ile bu organlarda atrofi oluşabilir (Dessole ve ark., 2004). Genital atrofiler, postmenopozal dönemde cinsel fonksiyonları etkileyen önemli faktörlerden biri olarak karşımıza çıkar. Vajinada kuruluk ve yanma, ileri dönemlerde vulvada oluşan darlıklar, koitus güçlüğü ve disparoniye neden olarak cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilemektedir (Bruce ve Rymer,2009; Koyuncu, 2015). Vajinal kuruluğa giderecek basit kaydırıcı jel, hormon tedavisi veya başka medikal tedaviler sorunu çözebilmektedir. Hormon replasman tedavisi ile kadınların %90'ı menopoz öncesi dönemdeki cinsel isteğini geri kazanabilmektedir. Hormon tedavisi vajinadaki kuruluğu gidermekte, vajina duvarının güçlenmesini sağlayan egzersizler ve kayganlaştırıcı kremlerde cinsel ilişki sırasındaki yakınmaları azaltabilmektedir (Northrup, 2005; Tunç, 2014) .

Ayrıca ilişki sırasında üretra ve mesanede irritasyon gelişebilir ve tekrarlayan sistit ve uretrit ile sonuçlanabilir. Seksüel fonksiyonun menopozdaki değişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda östrojen, androjen ve dehidroepiandrosteron sülfat azalmasından çok yükselen FSH düzeylerinin seksüel fonksiyon azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Michigan “Ulusal Kadın Sağlığı Çalışması (The Study of Women Across the Nation-SWAN)”, “Melbourne Orta Yaş Kadın Sağlığı Programı (Melbourne Women’s Midlife Health Program-MWMHP)” ve “Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması’nda (Massachusetts Women’s Health Study MWHS)” testosteron ve yüksek FSH seviyelerinin cinsel isteksizlik, östradiol seviyelerindeki düşüşte ağrı nedeni olarak belirtilmiştir (Avis ve ark., 2009; Sowers ve ark., 2007; Tunç, 2014).

Bazı çalışmalar geçirilmiş pelvik operasyonlarının ve kontrasepsiyon yöntemlerinin, sigara kullanımının, evlilik süresinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi olmadığını, kronik hastalık öyküsü, eşin sağlık durumu, çok sayıda doğum varlığı, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmama ve menopozun ise cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Cayan ve ark., 2004; Shin ve ark., 2005).

2.4.6.Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Östrojen reseptörleri açısından zengin olmasından kaynaklı ağız mukozasının östrojen azalmasına bağlı postmenopozal kadınlarda ağız kuruluğu, ağızda kötü tat, diş eti hastalıkları oluşabilmektedir. Bağırsak mukozasında atrofi olmasına bağlı mide sıvısında azalma, gastrik reflü ve safra taşı oluşumu artabilmekte, kalın bağırsağın istemsiz kasılmasıyla beraber şişkinlik, kabızlık yada ishal, hemoroidde artma, iştahın artması görülebilmektedir (Hotun, 1996; Evlice ve ark., 2002; Erdem, 2006; Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Varma ve ark., 2005; Balık, 2015; Tunç, 2014).

Menopoz toplam yağ birikimini artırmakta ve menopoz sonrasında kadınlarda android tip şişmanlık çok görülmektedir (Balık, 2015). Östrojen seviyesindeki azalma başka hormonları ve metabolizmayı da etkilemekte ve aynı miktarda kalori alımına karşın, menopoz döneminde vücut ağırlığında artma olduğu gözlenmektedir (Korugan, 2000; Balık, 2015).

2.4.7.Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar erkeklere göre kadınlarda daha geç ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 2010; Koyuncu, 2015). Menopozda kadınlar artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir (Hekim, 2001; Yıldırım, 2000; Tunç,2014). Östrojenin kardiyoprotektif etkisi reproduktif dönemdeki kadınlarda menopoz sonrasında ortadan kalkar. Bundan dolayı postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar oldukça sık görülür (Yıldırım, 2010;Koyuncu, 2015). Koroner arter hastalıkları riski özellikle prematür menopoza giren kadınlarda normal yaşta menopoza giren kadınlara göre daha fazladır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Özdemir, 2012) .

Koroner hastalık neticesinde gelişen semptomlar östrojen seviyesinin düşmesiyle farklı biçimde ortaya çıkmaktadır. Semptomlar yetersiz kanlanmanın meydana getirdiği semptomlardır ve aritmi, ağrı, çarpıntı şeklinde görülmektedir. Kadınlarda menopoz döneminden önce yaşıtı erkeklere kıyasla kardiyovasküler hastalıklara yakalanma olasılığı 2,5-4,5 kat azken, 55 yaşından sonra kardiyovasküler hastalık görülme olasılığı 35-54 yaş kategorisine göre 10 kat artmaktadır (Hekim, 2001; Yıldırım, 2000; Tunç,2014). Östrojen azalmasının etkisi overlerin çıkartılması ile oluşan cerrahi menopoza girmiş kadınlarda daha erken dönemde ortaya çıktığı gösterilmiştir (Tuna, 2005). Kardiyovasküler hastalıkların artmasına östrojen seviyelerindeki düşüş sebep gösterilmektedir. Kadınların kilo fazlalığı, sigara, alkol kullanımı, beslenmedeki dengesizlikler, hareketsiz yaşam, tansiyon ve kolesterol seviyelerindeki yükselme ve genetik faktörler kalp hastalıkları riskini artıran önemli etkenlerdir (Tortumluoğlu, 2003; Nalbant, 2009).

2.4.8.Kas ve İskelet Sistemi Değişikleri

Bağ, kemik ve kas dokusu kas-iskelet sisteminin önemli kompartmanlarını oluşturur. Menopozda meydana gelen kas ve iskelet sistemindeki semptomlar eklem ve kas ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde azalma ve tüm motor hareketlerde azalmadır (Güngör, 2003). Menopoz sonrasında kaslarda kaslarda ciddi değişiklikler yaşanmaktadır. Pelvik tabanı oluşturan kaslar ve ligamentler östrojen eksikliğinde gevşeyerek çeşitli şikâyetlere yol açabilmektedir (Güngör, 2003; İltar, 2005).

25-30 yaşlarından sonraki dönemde kemik kitlesi kayıpları başlamaktadır. Menopoz süresince östrojen düzeyindeki düşmeyle kemik kayıpları sürmektedir. Yaşam boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Özellikle postmenopozal dönemin ilk 15-20 yılı içerisinde total vücut kemik kitlesinin yaklaşık %30 oranında azaldığı, bu kaybın %52-66 kadarının östrojen eksikliğine, geri kalanının ise yaşlanmaya bağlı olduğu bildirilmektedir (Tuna, 2005). Sonraki dönemde ise postmenopozal kırıklar görülmektedir (Erdem, 2006; Tunç, 2014).

Osteoporoz, kemik dokusunun mikro yapısının bozulması sonucu kemik kitlesindeki azalmadır. Postmenopozal dönemde, östrojen ve progesteronun dolaşımdaki seviyelerinin belirgin ölçüde düşüşü, kemik resorbsiyonunda artmaya, negatif kalsiyum dengesine ve kemik hacminde kayıp yaşanmasına sebep olmaktadır. Hastalığın klinik tanısı kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi (T-skoru -2,5'in altında ise osteoporoz) ya da kemiklerde kırık hikayesi ile konulur (Onat ve ark, 2013; Koyuncu, 2009).

Osteoporoz, düşük kemik mineral yoğunluğu ya da çok küçük travmalarla kırık oluşmasıdır (Küçükardalı ve ark., 2006; Avcı, 2013). Osteoporoz kemik yoğunluğunda azalma ve kemik dokusunun mikro yapısında bozulma nedeniyle kemik kırılabilirliğinin artması ile karakterize, milyonlarca postmenopozal kadın ve çeşitli yaşlarda erkek olguyu etkileyen, sık görülen, kronik, ilerleyici ve sistemik bir hastalıktır (Schmitt ve ark., 2009). Kemik kitlesindeki düşme ve kemik yapısının değişmesi sonucunda kemiklerde kırılma olasılığı artmakta, kırılmalar çoğunlukla omurga, kol ve kalçada kırık ihtimalinin artması sonucu osteoporozla karşılaşmaktadır. Ortalama yaşama süresinin uzaması osteoporoz vakalarının görülme olasılığını artırır (Erdem, 2006; Tunç, 2014).

Postmenopozal dönemin ilk 5 yılında kemik kaybı çok hızlı olurken daha sonraki süreçte yavaş olur. Kemik kitlesinin korunması tedaviye erken başlamakla sağlanabilir. Düzenli egzersiz yapmak, kalsiyum ve D vitamininden zengin besinlerle dengeli beslenmek osteoporozun önlenmesinde çok ciddi rol oynar (Koyuncu, 2009).

2.4.9. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri

Östrojen hormonu birçok organ ve dokunun gelişiminde rol oynadığı gibi santral sinir sisteminin organizasyonu ve gelişiminde de kalıcı etkiler bırakır. Menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme, tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülmektedir.

Östrojenin uyarıcı etkisine karşın progesteronun kuvvetli anestezi etkisi gözlenmektedir (Özkan, 2006; Tunç, 2014).

2.5. Menopozda Tedavi Yaklaşımları

2.5.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların temel nedeni over hormonlarının düzeyindeki azalmadır. Bu semptomların tedavisindeki yaklaşımlardan en önemlisi ise HRT'dir (Koyuncu, 2009). HRT, Menopoz semptomlarını iyileştirmek için yalnızca östrojen ya da östrojenle beraber progestin verilmesiyle uygulanan bir program olan hormon tedavisidir (Jones, 2007).

Menopoz döneminin sıklıkla karşılaşılan subjektif klimakterik semptomları olgunun 50 li yaşlarda en üst seviyededir. Sıklıkla görülen ve vazomotor, nöroendokrin sistemi ilgilendiren, sıcak basması, gece terlemesi, insomnia, karakter değişimleri, anksiyete, irritabilite, hafıza ve dikkat kaybı, kendine güven duygusunu yitirme, çarpıntı hissi, baş ağrısı vb. semptomlar kadının premenopozal dönemde 40'lı yaşlarda başlayabilmektedir. Bu değişimlerdeki primer neden dolaşımdaki östrojen düzeyindeki azalmadan kaynaklanır. Ortalama menopoz yaşı 49,3 olarak alınırsa ve bu nokta başlangıç : (0) noktası kabul edilirse: kadında total östrojenlerde ki azalmanın başlaması over yetersizliğe girişinden 5 yıl önce : (-5)dir. Negatif feedback mekanizması gereği de fsh deki artış ile önceden itibaren karşılanabilir. Menopozal dönemin akut sendromlarında görülen bu sorunlar östrojen tedavisine en iyi yanıt verenlerin arasındadır.

Premenopozal ve postmenopozal dönemde, ilk 5-6 yıllık periyotta östrojen eksikliğine bağlı olarak vazomotor ve nöroendokrin sisteme ait belirtiler dışında ürogenital sisteme ait genital sistem atrofileri, üretral sendrom, libido kaybı, bağ dokusu değişikliklerine bağlı cilt incelmeleri atrofik değişimler, ekrem ağrıları, idrar inkontinansı, uterus prolapsus, sistorektosel sorunları ile karşılaşılabilmektedir. Bu ara semptomlarda lokal ve sistemik östrojen uygulamaları vajinal kuruluk, disparonia, atrofik vajinit sorunlarını düzeltirken, östrojen replasman tedavisi ile üretral sendrom sonucu infeksiyon olmaksızın gelişen dizüri, pollaküri, idrara yetişememe vb. mesane ve üretral sfinkterlerin kollajen kayıplarına bağlı semptomlar da gerilemektedir. Östrojen replasman tedavisi ile östrojen eksikliği sonucu kollajen kaybına bağlı gelişen deride kuruma, incelme, saçlarda kuruluk, tırnak kırılmaları geriler. 6-15 yıllık

menopozal dönem olgularında ise arterial ve iskelet sistemi değişimleri sonucunda geliŒecek serebro vasküler atak, koroner kalp hastalıkları ve osteoporozun nedeni östrojen eksikliği olabilir. Yalnız östrojenler ya da östrojen ve progesteron kombinasyonları ile uzun dönem sorunlarının önlenmesi hrt ile sağlanır.

Hrt'nin asıl amacı kadın yaŒamını uzatmak değil premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların yaŒanan ömür içinde yaŒam kalitesini artırabilmektir. Hrt bu amaç içinde olgularda hormon eksikliğinin akut, ara, uzun dönemde ortaya çıkacak semptomları iyileŒtirmek ilkesi ile uygulanmaktadır (Yıldırım, 2000).Hormon replasman tedavisi kullanma kararı, miktarı ve ne kadar süre kullanılacağı doktor önerisiyle kadınların kendileri tarafından verilmelidir. Orta-ciddi derecede menopozal semptomları olan kadınlarda, erken postmenopozal dönemde hormon replasman tedavisi kullanılabilir (Koyuncu 2009).

2.5.2.Hormon DıŒı Tedaviler

Antikonvülzanların sıcak basmalarını %45 oranında azalttığı, vazomotor Œikayetlere ve eklem kas ağrılarına da iyi geldiği bildirilmiŒtir (Erel, 2004; Erdem, 2006;Tunç, 2014).Güçlü antioksidan özelliği olan E vitamini, ateroskleroza önlediği bildirilmekte, sıcak basması, baŒ ağrısı, baŒ dönmesi, yorgunluk, sinirlilik, çarpıntı gibi semptomları hafifletmekte ve kalsiyum metabolizmasında etkili olmaktadır (Karadavut ve ark., 2002; Küçükardalı ve ark., 2006). D vitamini ile birlikte alınan kalsiyumun kemik kütlelerini korumaya yönelik etkisi kesinleŒmemekle birlikte menopoz dönemindeki kadınlara kalsiyum ilaveleri almaları önerilmektedir (Erel, 2004; Küçükardalı ve ark., 2006).

Bifosfanatlar ağızdan alınımına elveriŒli kemik yoğunluğunu arttıran ilaçlardır. Yapılan çalıŒmalarda günlük ve haftalık alım arasında etkinlik ve yan etkiler bakımından fark bulunamadığı belirtilmektedir. Bifosfonatların karın ağrısı, diare, özafagus, mide ve ince bağırsaklarda ülserler gibi gastrointestinal bozukluklar en sık yan etkileridir. Bifosfanat kullanımına baŒlamadan önce olası hipokalsemiyi önlemek amacıyla kalsiyum ve D vitamini eksikliği varsa kesinlikle giderilmelidir. Emilim bozulduğundan kalsiyum ve bifosfanatlar aynı anda alınmaması gerektiği bilinmelidir. Bifosfanatlar önemli yan etkileri olmayan genelde iyi tolere edilen ilaç grupları arasındadır (Erel, 2004; Erdem, 2006).

2.5.3.Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar

Klimakterium döneminde olan kadınlar tıp dışında çoğunlukla kültürlere özgü tedavi metodlarını seçerler. Bu yöntemler arasında rahatlama yöntemleri, hareket, geleneksel tedaviler, doğal kaynaklar, beslenme programları, akupunktur, yoga, manipülasyon teknikleri, meditasyon, homeopati vardır (Tunç, 2014).

Egzersiz yapmayan kadınların daha şiddetli sıcak basması semptomu yaşadığı bulunmuştur (Morelli ve Naquin, 2002). Elavsky ve McAuley'in, 2005 yaptıkları çalışmada; fiziksel etkinliği fazla olan kadınların vazomotor belirtileri daha az yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca yapılan çalışmalarda egzersizin koroner arter hastalığının tedavisinde ve önlenmesinde, depresif sendromları azaltmada ve genital sistem sorunlarında etkisinin olduğu belirtilir (Morelli ve Naquin, 2002; Öge, 2004). Düzenli yapılan egzersizin osteoporozdan korunmada da önemli olduğu vurgulanmaktadır (Tunç, 2014).

Pelvik taban kas egzersizi vajina kaslarını canlandırıp, güçlendirmeye yaramakta, ptke ile pelvik organ desteğini artırarak üriner inkontinansın engellenmesi amaçlanmaktadır (Tunç, 2014). Bu egzersizler kan akımını artırarak, vajina duvarını kalınlaştırır ve klitoris duyarlılığını artırarak, orgazmı güçlendirir (Northrup, 2005). Eğer kadın idrar yaparken idrarını durdurabiliyorsa kasların gücünün iyi olduğu anlaşılır (Taşkın, 2016).

Yoga egzersizleri denge, germe, gevşeme, kuvvetlendirme yolu ile postmenopozal kadınlarda, gerginlik, uykusuzluk, depresyon, postür ve kemik mineral yoğunluğu üzerinde olumlu etkiler göstermektedir. Yoga eğitimi, postmenopozal osteoporozlu kadınların ağrı, statik denge, fiziksel ve sosyal işlevler, genel sağlık algılamasını olumlu yönde etkilemektedir. Bundan dolayı osteoporozda, klasik egzersiz programlarına alternatif olarak bir seçenek olarak düşünülmektedir. Bazı çalışmalar yoga yapmanın stresi, nabızı ve tansiyonu azalttığını ve sağlığı pozitif etkilediğini göstermektedir (Kronenberg ve Fugh-Berman, 2002; Tüzün ve ark., 2004; National Center for Complementary and Integratif Health, 2016).

Diyafragmatik solunum teknikleri ise, depresyonu azaltmakta, kan basıncı artışını azaltmakta ve sıcaklık basması şiddetini ve sıklığını azaltabilmektedir (NCCIH, 2016; Tunç, 2014; Taşkın, 2016). Günümüzde beslenmeye önem vermek, doğal yoldan kadın sağlığını iyileştirmede önemli bir yere sahiptir (Güngör, 2003). Yaşam tarzlarının

ve diyetin kültürel farklılıklar göstermesi sebebiyle menopozdaki yaklaşım da farklı olmaktadır (Karadavut ve ark., 2002; Küçükardalı ve ark., 2006). Menopozda, besinlerdeki selüloz oranı yüksek olmalı ve sindirim sisteminden emilimi yavaş kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir. Bitkisel yağlar ve omega 3 yağ asitleri, LDL reseptörlerini uyarmada, kolesterol yükselişinin kontrolünde yararlı etkide bulunurlar. Hayvansal kaynaklı proteinler tercih edilirken kolesterol içeriğine dikkat edilmesi gerekir (Güngör, 2003; Tunç, 2014).

2.6.Cinsel Yaşam

Cinsellik, haz duyma, arzulama, yakınlık hissetme, üremeyi isteme gibi duyguları içeren öğrenme sürecinin toplumlara göre şekillendiği yaşam gerçeğidir (Yıldırım, 2008). Bozdemir ve Özcan'ın makalesinde İncesu'ya göre; cinselliğin hem en çok merak edilen, hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de aslında hiç konuşulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yandan övünülürken diğer yandan utanılan bir durum olmasından kaynaklı zorlu bir konu olduğu belirtilir (Kömürcü ve ark., 2014).

Cinsellik intrauterin hayattan başlayarak erişkinliğe kadar psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenerek gelişmektedir (Nalbant, 2009). İnsanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder. Cinsellik, cinsel organların dışında tüm bedeni ve akılı içermektedir (Şahin ve ark., 2006). Bozdemir ve Özcan, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (WHO, 2010). Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklı olma durumudur. Cinsellik; psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerin etkileşiminden etkilenir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

Cinsel doyum bireyin cinsel ilişkisinden duyduğu memnuniyet ve keyif şeklinde tanımlanabilir. Cinsel doyum alanında bireysel farklılıklara yaş faktörü, sosyal ilişkiler, cinsel yaşanmışlıklar, kültürel sebep olmaktadır (Varma ve ark., 2006).

Cinselliğin beyinde başladığı ve doyurucu bir cinsellik için önce beyinin en önemli cinsel organ olduğuna inanılması gerekmektedir (Şahin ve ark, 2006; Nalbant, 2009).

Psikolojik ve kişisel arası etmenlerin; psikolojik ve cinsel faktörler, cinsel kimlik geliştirmenin, ilk cinsel ilişkinin, psikiyatrik bozuklukların, travmatik veya küçük düşürücü, utandırıcı cinsel başlangıçların, kişilik bozukluklarının, cinsel istismarın, anksiyete ve depresyon durumlarının, fiziksel, cinsel şiddete maruz kalmanın, vücut görüntüsünün, stresin, disparoni ve vajinusmusun, kişiler arası etkileşim ve cinsel fonksiyonların, infertilitenin, aile ilişkilerinin, eşler arası ilişkinin niteliğinin, ilişkide uyumsuzluğun, sevgi ve samimiyetin cinsellik üzerinde etkileri vardır. Cinsellik bireylerin ruhsal etkileşimlerini ve bireyler arası ilişkileri de içine alan, birçok tarafı olan bir kavramdır (Özcan ve Beji, 2014) .

Dünya Sağlık Örgütü 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 (WHO, 2010). Cinsel sağlık cinsel davranış şekillerinin kontrollü olması ve cinsellikten zevk duymayı içerir. Üreme çağı ile birlikte tüm hayatı kaplayan farklı biçimlerde ifade edilen, güven ve saygıyı içeren iyi olma halidir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

2.7.Menopoz Ve Cinsel Yaşam

Mutlu bir ilişki; psikolojik, fiziksel, duygusal tatmin ve cinsel istek ile doğrudan alakalıdır (Addis ve ark,2006; Shifren ve ark., 2008). Cinsel sorunların, orta yaştaki kadınların yaşamı boyunca yaygın olduğu görülmektedir. Menopozda hormon seviyesindeki değişimlere rağmen, cinsel işlev bozukluğu, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar, antidepresan gibi ilaç tedavilerine başlamaya sebep olmaktadır (Davis ve Jane, 2011). Menopoz döneminde, orta yaştaki kadınlarda cinsellikle ilgili değişikliklerin fiziksel ve anatomik etkileri olduğu kadar psikolojik etkileri de ortaya çıkar (Özcan ve Beji, 2014; Nalbant, 2009). Menopoza geçiş algısı sosyokültürel özelliklerden ve yaşam stilinden güçlü şekilde etkilenmektedir. Menopozun cinsellik üzerine olumsuz etkilerini azalmış östrojen ve androjenlere odaklanarak açıklanmaya çalışılsa da bu hormonların fizyolojik dozlardaki replasmanı ile istenen sonuçlara varılamamaktadır (Çalışkan ve ark.,2009). Bu dönemde tüm kadınlarda ortak olan hormonal değişim ve kişisel değişiklik gösteren özellikler (yaşam tarzı, cinselliğe ilişkin deneyimler, sosyokültürel ve çevresel faktörler, dini inanışlar, eşin durumu,

mevcut ve geçirilmiş hastalık ve operasyonlar vb.) cinsel yaşamı etkilemektedir (Oskay, 2004; Tortumluoğlu, 2004; Varma ve ark., 2006; Yücel, 2006, Şahin ve ark., 2008; Nalbant, 2009).

Menopoz döneminde yaşanan cinsel sorunların hormonal durum ve kişisel özelliklerden kaynaklanan cinsel problemlerden ayrıştırarak sadece menopozal semptomların etkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (Amore ve ark., 2007; Varma ve ark., 2006; Gallicchio ve ark., 2007; Nalbant, 2009).

Menopoz dönemindeki kadınların çokça yaşadığı cinsel sıkıntılar; cinsel isteksizlik, gevşemede rahatsızlık, uyrılmada yaşanan güçlükler, ilişkide ağrı duyma ve orgazm olamama şeklindedir. Perimenopozal kadınların yaklaşık%5'inden azında ise orgazm olamama, %10-15'inde cinsel arzu yokluğu olduğu rapor edilmiştir (Avis ve ark. ,2009). Ağrılı cinsel ilişkinin (Disparoni) nedenleri; vajina sıvısında azalma, cinsel işlev problemleri, vajinal bölgelerdeki enfeksiyonlar gibi hallerin incelenmesi gerekir (Özcan ve Beji, 2014). Menopoz öncesi dönemde çocuk veya eşden ayrılma, kronik rahatsızlıkların ortaya çıkması, maddi sorunlar yaşamak cinsel problemlerin yaşanmasına yol açar (Amore ve ark., 2007). Kilo alarak vücut görüntüsünün değişmesi, kadınların beden algısındaki düşme ve özgüvenin azalması cinsellik konusunda isteksizlik geliştirebilir (Addis ve ark., 2006; Özcan ve Beji, 2014).

Menopoz döneminde cinsel hayat psikolojik değişikliklerden de etkilenebilir, hormon düzeylerindeki değişimden kaynaklı depresyon ve anksiyeteye rastlanabilir (Palacios veTobar, 2002). Perimenopozal dönemde duygulanım bozukluklarının sık görülmesine hormonlardaki değişiklikler neden olmaktadır. Cinsel doyumun negatif yönde etkilenmesi depresyon ve anksiyete nedeniyile de olabilir (Özcan ve Beji, 2014).

Kadının sosyal ve ekonomik varoluşunun çocuk doğurma ile ilişkili görüldüğü kültürlerde, üreme işlevinin bitmesi cinsellik eylemin tamamlandığı anlamı taşımaktadır. Menopozal döneme özel yaşanan sosyokültürel değişiklikler ve psikolojik sıkıntılar cinsel işlev ve cinsel doyum problemlerinin oluşmasında etken olduğu düşünülür. Cerrahi menopoz cinsel istek, doyum, orgazm ve lubrikasyonun azalmasına neden olabilmekte, cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Cerrahî menopozda doğal menopoza göre daha şiddetli psikolojik ve klimakterik belirtilerin ortaya çıktığı bilinmektedir (Varma ve ark., 2006).

2.8.Evlilik Uyumu

Evlilik: Bir erkek ve bir kadın arasında toplum tarafından onaylanmış ilişki, karşılıklı dayanışma, toplumsal onaylama sonunda gerçekleşen bir sözleşme ve toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan, cinsel ilişkilerin doyuma ulaştığı bir kaynaşmadır (Sardoğan ve Karahan, 2005; Yiğitoğlu, 2009). Bir evliliğin zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşması evlilikte uyum şeklinde adlandırılmaktadır (Şener ve Terzioğlu, 2008; Yiğitoğlu, 2009).

Evlilik uyumu, eşlerin birbirleriyle ve evlilikleriyle memnuniyet ve mutluluklarının olduğu bir kavramdır. Bütün evliliklerin gayesi mutluluktur. Hamilelik, düşük ya da kürtajlar, çocuk sahibi olma, ağır hastalıklar, hastaneye yatma, yoğun ekonomik sıkıntı dönemleri, mesleki konumdaki deneyimler, yeni bir yerleşim yerine taşınma sonrası evliliklerde sorunlar başlayabilmektedir (Taşçı ve ark.,2008).

Mutluluk, ortak bir evlilik kavramına yol açan karşılıklı uyum, , tatmin ve beklentilerin gerçekleşmesi sonucunda gerçekleşmektedir. Olumlu duyguların, özellikle doyum ve bağlılığın zaman içinde giderek azalmasıyla birliktelikler ayrılık ile sonuçlanmaktadır. Olumlu duyguların azalması aşkın kaybolmasına neden olmakta ve ilişkinin bitmesi aşkın bitmesinden değil de tatminsizlik ve mutsuzluktan dolayı olmaktadır (Sprecher, 1999). Evlilik uyumunda önemli faktörlerden biri de cinsel uyumla ilgilidir. Cinsel işlev bozuklukları ile evlilikte yaşanan sorunlar bağlantılıdır, bu bağlantıda hangisinin daha önemli olduğunu ayırmak gerekmektedir (Erbek ve ark., 2005).

Evlilik ve aile öğeleri arasındaki ilişkiler iç içe olabileceği gibi ayrı da olabilir ve bazı durumlarda evlilikte etkili olan etmenler yalnız eşi etkileyebileceği, bazı durumlar da ise eşler üzerinde etkili faktörlerin diğer aile üyelerini de etkileyebileceği şeklindedir (Yalçın, 2014). Çift uyumunun önemli belirleyicileri arasında sayılan davranışsal birbirine bağlı olma, gereksinimlerin karşılanması, duygusal düşkünlük evlilik doyumunda da önemli rol oynamaktadır. Evlilikte yakın olma ve evlilik doyumunu arasında çok doğrudan bir ilişki söz konusudur. Zamanla eşler arasında yakınlık arttıkça evlilik doyumunda da artış olur. Evlilik mutluluğu; ortaklığın, toplumsallığın ve hoş giden diğer etkinliklerin ne ölçüde yaşandığına bağlı olmaktadır. Evlilikte iyi ve kötü olaylar yaşanabilir ve evliliğin iyi ve kötü yanları birbirlerinden bağımsızdır. Çiftlerin mutsuzluğunun sebebi özellikle gerginliklerin yeterince dengelenmemesidir (Çelik,

2006; Yalçın, 2014). Çocuklar evlilikte mutluluğu etkileyen temel faktörlerdendir. Çocukların mutluluk üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olmaktadır. Çocuklar ortaklık, sevgi ve eğlence kaynaklarıdır. Böylece, aile bağlarını güçlendirerek ve bu bağları temsil eden duygusal ilişkilerin yaşanmasını sağlarlar. Buna karşın, çocuk bakımı, deneyim gerektiren bir iştir ve genellikle kadınlara yüklenir. Bu durum ise, karı-koca arasında gizli bir gerginlik kaynağı oluşturmakta ve çiftlerin mutluluğunu dolaylı olarak etkiye uğratmaktadır (Çelik , 2006).

Evlilikte mutluluğu ve uyum yakalanması aynı kültürü yaşamak, aşk, tatmin edici cinsel hayat gibi faktörlerin birleşmesi sonucunda ulaşılır. Evlilik uyumu genelde evlilik mutluluğu ile birlikte cinsel doyum, olumlu iletişim ve eğer yeniden evlenilecek olursa yine aynı kişiyle evlenme isteği gibi farklı evlilik uyumu ölçütleriyle saptanmaktadır (Yalçın, 2014).

2.9.Menopoz Ve Evlilik Uyumu

Klimakterik dönemde birçok değişiklikler, semptomlar ve rahatsızlıklar nedeniyle toplumun ana unsuru olan kadının etkilenmesi aile kurumunu ve cemiyeti etkilemektedir (Tortumluoğlu ve Erci, 2003). Klimakterik dönem sıkıntılarıyla mücadele etmede eşin verdiği destek, aile içinde söz hakkının bulunması, evlilik bağının ehemmiyetinin oldukça fazla olduğu söylenebilir. Menopoz döneminde kocanın verdiği destek çok önemli görülmekte, eş dışındaki kişilerin bu konuda eksik kalabilmektedir. Menopoz ve evlilik uyumunu araştıran çalışmalarda menopozla ilgili sıkıntılarla mücadele etmede evlilik bağları ve eş ilişkileri önemlidir (Bayraktar ve Uçanok, 2002; Çoban ve ark., 2008).

Kadınlar menopoz dönemini rahat ve sorunsuz geçirebilmeleri amacıyla eşlerinin, çocuklarının, sağlık çalışanlarının ve tüm toplumun desteğine ihtiyaç duyarlar. Özellikle toplumun kültürel yapısı içinde menopozla ilgili yaygın görüş ve tutumların yanı sıra, erkeklerin menopozu algılaması, bu sorunu yaşayan eşlerine verecekleri destek ile kadınları olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Menopoz dönemine yönelik kadınların, eşlerinin ve toplumun bilinçlendirilmesi, bu açıdan oldukça önemlidir (Şen ve Saruhan 2010; Bayraktar ve Uçanok, 2002; Balık, 2013).

2.10.Menopoz Semptomları Ve Yakınmalarıyla Baş Etmede Hemşirenin Rolü

Menopoz döneminde yaşanan semptomlar, problemler nelerdir? Nasıl mücadele edileceği konusunda kadınlar aydınlatılmalı, doğru olmayan inanç ve anlayışları değiştirmek maksadıyla sağlık konusunda eğitim planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu hemşirelik fonksiyonlarını planlamak ve uygulamak, kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi için gerekli ve önemlidir (Morelli ve Naquin, 2002; Avcı,2013).

Menopoz belirli yaştaki kadınlarda olağan bir geçiş dönemidir. Sağlıktaki eğitimde önemli yeri olan hemşireler kadınlara menopoz konusundaki negatif algıları değiştirmede destek olabilirler. Döneme özgü yeni tatlılık oluşacağı, hayatın bitişi olarak görülmemesi gerektiği anlatılmalıdır (Avcı, 2013).

Menopoz konusundaki bilgilerin çoğunluğu kulaktan dolma bilgiler olduğundan menopoz tanınmalı, ne gibi farklılıklar gelişeceği, menopozda nasıl önlem alınacağı anlatılmalıdır. Multidisipliner ekip üyelerinden olan hemşirenin menopozal dönemdeki kadınların sorunlarla baş etmesinde; uygulayıcı, yönetici, eğitici, danışman ve araştırmacı rolleri mevcuttur.

Menopozal dönemde, uygun beslenmenin sağlanması, ürogenital semptomlar ve seksüel problemlerin çözümü (kegel egzersizleri v.b) ve yakınmalarla baş etme tekniklerinin öğretilmesi ve benimsetilmesi hemşirenin en önemli uygulayıcı görevleridir. Hemşire sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak planlanması, sağlanması, geliştirilmesi, eşgüdümü ve değerlendirilmesinde birey, aile, diğer bilim dalı ve sektörlerinden olan kişilerle işbirliğini sağlayarak yönetici rolü üstlenir.

Hemşire menopoz dönemindeki kadına, hormonal yetersizlikler sonucu vücudunda meydana gelen fiziksel değişiklikleri anlatarak menopozal yakınmalarla baş etme ve buna yönelik tedavi şekilleri hakkında bilgi vererek eğitici rolünü kullanır. Hemşire olumlu yaklaşımlar ile kadının bu bilgileri doğru algılayıp, kendinde hissettiği veya farkına vardığı değişiklikleri ortaya koymasını ve çözümü konusunda düşüncelerini konuşmasını sağlayarak psikolojik destek verir.

Hemşirelerin menopoz eğitiminde vurgulanması gerekenler;

- Menopozal dönemin normal bir süreç olduğu
- Sigara ve alkol kullanılmaması gerektiği

- Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması
- Kendi kendine meme muayenesi yapabilmesi
- Uygunun düzenli olması ve yeterli dinlenmenin sağlanması
- Cinsel hayatın devamlılığının sağlanması
- Sosyal aktivitelere katılımın gerginliği azaltarak anksiyetenin giderilmesinde destek olacağı
- Sağlıklı yaşamı devam ettirmek için düzenli her yıl sağlık kontrollerinin yapılması gerekli olduğudur, vurgulanmalıdır (Sis 2010).

Menopoz döneminde danışmanlık, kadına menopozal yakınmaları için uygun çözümler seçmede, problemlerin sebebini anlamakta, problemlere cevap vermede yardımcı olmaktır. Özellikle hormon tedavileri hakkında kadınlara danışmanlık sağlamak hemşirenin danışmanlık rolüdür. Menopoz polikliniğinde çalışan uzman hemşirenin yeniliklere açık bir kişiliğe sahip olması, menopoz dönemindeki tedavi ve tarama yöntemleri hakkında araştırmalar yapması ve güncel bilgileri takip etmesi araştırmacı rolüdür.

Kadınların menopoz dönemini problemsiz geçirebilmelerini sağlanması için multidisipliner üyelerden olan hemşirelere ve ailelerine ciddi görevler düşmektedir. Temel insan gereksinimleriyle birlikte menopozal dönemde kadının ihtiyaçları:

- ✓ Orantılı beslenmek
- ✓ Düzenli uyku ve yeterli dinlenmek
- ✓ Uygun fiziksel aktivite
- ✓ Cinsel yaşamı devam ettirmek
- ✓ Vazomotor semptomlarla başetmek
- ✓ Hamilelikten korunmak
- ✓ Stresle başetmek
- ✓ Deride oluşan değişiklikler ile başetmek
- ✓ Kişisel değer ve benlik saygısını sürdürmek
- ✓ Sosyal destektir (Tortumluoğlu 2003; Şahin ve ark., 2008; Avcı, 2013; Sis, 2010; Taşkın, 2016).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine menopozal belirtilerle başvuran kadınlarda menopoz semptomlarını değerlendirmek, semptomların evlilik ilişkileri ve cinsel yaşam üzerindeki etkilerinin saptanması amacıyla yapılan tanımlayıcı ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma kapsamına 01.03.2016-31.05.2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine menopozal belirtilerle başvuran kadınlar alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Kayıtların incelenmesiyle, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine son bir yıl içerisinde (01 Ocak 2014-06 Kasım 2015) menopoz semptomlarıyla başvuran kadın sayısından yola çıkılarak belirlenmiş olup, %5 hata payı, %95 güven sınırında ve %90 test gücü ile yapılan güç analizi sonucunda, 40 yaş ve üzeri, evli, menopoz semptomları olan kadınlar evreni oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği arasında %30 korelasyon olacak şekilde %80 test gücü %95 güven sınırı için hedeflenen örneklem büyüklüğü en az 165 kişi olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan çalışma 01.03.2016-31.05.2016 tarihleri arasında menopozal belirtiler nedeniyle kadın doğum polikliniğine başvuran araştırmayı kabul eden 206 evli kadına ulaşılarak yapılmıştır. Çalışmanın belirlenmesinde gönüllülük esasına dayalı çalışmaya katılmaya istekli, kolay iletişim kurabilen, 40 yaş ve üzeri, evli bayanlar alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve evlilik uyum ölçeğidir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği, yaş, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, evlilik yaşı, çalışma durumu, aylık gelir durumu, aile tipi, gebelik sayısı, evde kimlerle birlikte yaşadığı, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, kronik hastalık durumu, evlilik süresi, menopoza girme durumu, menopoza girme yaşı, en son adet görme zamanı, menopoza yönelik bilgi durumu, menopoz semptomlarının eşi etkileme durumu, menopoz şikayetlerini kiminle paylaştığı, menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullanımı, ailede kararlara katılma durumu, evliliği nasıl değerlendirdiği, sorunlar karşısında sergilenen tutumu, evlilikte şiddet görme durumu, menopoz semptomları başlamadan önceki cinsel yaşam varlığı, menopoz semptomlarının cinsel yaşamı etkileyip etkilemediği, menopoz semptomlarının eşe karşı isteği etkileme durumlarıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen kadınlara dair sosyo-demografik ve klinik özellikleri tanıtıcı bilgi formu ile menopoza ilişkin özellikleri sorgulanarak ve kadınlara Gürkan(2005) tarafından geliştirilen, ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan “Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği”, Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından geliştirilen, ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın” türkçe formu, Tutarel-Kışlak (1999) tarafından geliştirilen, ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan “Evlilik Uyum Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

Kadınları Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kadınları tanıtıcı bilgi formu, kadınların sosyo-demografik bilgilerini içeren içeren 11 soru (yaşı, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, evlilik yaşı, çalışma durumu, aylık gelir durumu, aile tipi, gebelik sayısı, evlilik süresi, evde kimlerle yaşadığı, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, klinik ve menopoza ilişkin özelliklerini içeren 8 soru (kronik hastalığı olma durumu,

menopoza girme durumu, menopoza girme yaşı, en son adet görme zamanı, menopoza yönelik bilgi durumu, menopoz semptomlarının eşi etkileme durumu, menopoz şikayetlerini kiminle paylaştığı, menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullanımı), evlilik ilişkilerini inceleyen 4 soru (ailede kararlara katılma durumu evliliği nasıl değerlendirdiği, sorunlar karşısında sergilenen tutumu, evlilikte şiddet görme durumu), cinsel yaşamlarını değerlendiren 3 soru (menopoz semptomları başlamadan önceki cinsel yaşam varlığı, menopoz semptomlarının cinsel yaşamı etkileyip etkilemediği, menopoz semptomlarının eşe karşı isteği etkileme durumu) olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopoz semptomlarının şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından İngilizce'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 1996 yılında yapılmıştır (Heinemann ve ark., 2003). Gürkan tarafından Türkçeye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 2005 yılında yapılmıştır. Menopozal şikâyetleri içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçek, her bir madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçeneklerinden oluşmaktadır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçeğin 3 alt boyutu vardır.

- 1- Somatik şikâyetler alt boyutu (1, 2, 3, 11. maddeler)
- 2- Psikolojik şikâyetler alt boyutu (4, 5, 6, 7. maddeler),
- 3- Ürogenital şikâyetler alt boyutudur (8, 9, 10. maddeler) den oluşmaktadır.

Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade temektedir. Ölçeğin toplam puan korelasyon katsayısı $r=0.92$, somatik şikayetler için $r=0.89$, psikolojik şikayetler için $r=0.91$ ve ürogenital şikayetler için $r=0.81$ 'dir ($p=0.000$). Tüm ölçek maddelerinin iç tutarlılığı Cronbach's alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir Ölçekten alınabilecek en az puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Gürkan, 2005) (Ek-2). Ölçeğin Cronbah Alfa güvenilirlik katsayısı 0.84'dür. Bu çalışmada ise MSDÖ'nün Cronbah Alfa güvenilirlik katsayısı 0,87, alt boyutlar için Cronbah Alfa değeri somatik semptomların $r=0.65$, psikolojik semptomların $r=0.79$ ve ürogenital semptomların $r=0.72$ olduğu belirlenmiştir.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe formu (CYKÖ)

Orijinal adı Sexual Quality of Life Questionnaire-Female olan Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın formu ölçeği Symonds ve ark (2005) tarafından geliştirilmiş, Türkçe' uyarlanması, geçerlilik güvenilirliği Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır (Symonds ve ark., 2005). Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilen, bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması gerekmektedir. Ölçeğin puanlama sistemi; 1-6 arasında olduğu belirtilmektedir. 1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum şeklinde, puan aralığı 18-108 arasındadır. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde puan aralığı 0-90 arasındadır. 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilerek toplam puan hesaplanmaktadır. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanın 100'e dönüştürülmesi için; $(\text{Ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90$ formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.83 olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2010) (Ek-3). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık sayısı 0,95 bulunmuştur.

Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)

Orijinal adı Marital Adjustment Test (MAT) olan Evlilik Uyum Ölçeği, Locke ve Wallace (1959) tarafından evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, Türkçeye uyarlanması, geçerlilik güvenilirliği Tutarel-Kışlak tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Locke ve ark., 1959). Her madde, seçenek sayısına göre farklılaşan 0 ile 6 arasında puanlanan 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlama sistemi; 1.madde:0-6, 2-9 maddeler:5-0, 10.madde:0,1, 2, 11, madde:3, 2, 1, 12.madde: anlaşmazlık:0, dışarıda bişeyler yapmak:1, evde oturmak:2, 13.madde:0,1, 2, 3, 14.madde:2, 1, 0, 15.madde:0,1, 2, 2 diye hesaplanarak ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60'dır. Evlilik uyum ölçeği, genel uyum sorusunu, anlaşma alan sorularını, çatışma, çözme, bağlılık ve iletişim sorularını içermekte ve evlilikte uyum ölçeğinin kesme noktası 43,5 puan olarak belirlenmiştir. Bu değer altındaki puanın evlilikte uyum sorunlarına işaret ettiği bildirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, puanlardaki artış evlilik uyumundaki

artışı ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (Kışlak, 1999) (Ek-4). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,89 bulunmuştur.

3.5.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden menopoz semptomlarıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuru yapan, 40 yaş ve üzeri, evli kadınlar yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 01.03.2016-31.05.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onamları alınıp anketler uygulanmıştır. Veri toplama süresi 9-13 dakika tutmuştur. Kadınlara ankette adlarının yazılmıyacağı, çalışmaya katılmayı isteyip istemediği tamamen şahsına kaldığı, elde edilen verilerin yalnızca araştırmada kullanılacağı belirtilmiştir.

3.6. İstatiksel Analiz

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoz semptomları değerlendirilmiş, cinsel yaşam ve evlilik uyumu üzerindeki etkisine ilişkin verilerin istatiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 20 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Betimleyici analizler yapılmış, iki bağımsız karşılaştırmalarında t-testi uygulanmış, çoklu karşılaştırmalarda tek faktör varyans analizinde (ANOVA) Kruskall Wallis(KW) testi kullanılmıştır. Farklı grupları belirlemede Mann-Whitney (MW-z testi) kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinde Cronbach Alpha analizi kullanılmıştır. Sonuçlar frekans, yüzde, ortalama şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (25.02.2016/ sayı; B.30,2.ODM.020.08/2152-144) onayının alınmasıyla başlanmıştır. Araştırma verilerini toplamak için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden sayı;15374210-044-E.30009 yazılı izin alınmıştır ve araştırma kapsamına alınan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-5,6).

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yüksek Lisans tezlerini destekleme projeleri kapsamında PYO.SSY.1904.16.004 kodlu proje olarak desteklenmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma menoz semptomlarıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yapılmış olup tek merkezde olmasıyla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=206)

Özellikler		n	%
Yaş grupları	40-50	121	58,7
	51-60	85	41,3
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	38	18,4
	Okur-yazar	11	5,3
	İlkokul	90	43,7
	Ortaokul	18	8,7
	Lise	32	15,5
	Üniversite	17	8,3
Eşinin eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	8	3,9
	Okur-yazar	14	6,8
	İlkokul	89	43,2
	Ortaokul	23	11,2
	Lise	36	17,5
	Üniversite	36	17,5
Çalışma durumu	Çalışıyor	42	20,4
	Çalışmıyor	164	79,6
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	87	42,2
	Gelir gidere eşit	76	36,9
	Gelir giderden fazla	43	20,9
Aile tipi	Geniş	139	67,5
	Çekirdek	67	32,5
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	68	33,0
	Aile üyeleri	121	58,7
En uzun yaşadığı yerleşim birimi	Çocukları	17	8,3
	İl	101	49,0
	İlçe	57	27,7
	Köy	48	23,3

Çalışma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan 206 kadından, %58,7’sinin 40-50 , %41,3’ ünün 51-60 yaş aralığında olduğu, %43,2 ’sinin ilkokul mezunu olduğu,

%5,3' ünün okur-yazar olduğu, eşlerinin eğitim düzeyinin %17,5' inin üniversite mezunu olduğu, %79,6' sının çalışmadığı, %42,2' sinin gelir durumunun giderden az olduğu, %67,5' inin geniş aile, %32,5' inin çekirdek aile yapısında olduğu, %58,7' sinin aile üyeleriyle, %8,3' ünün çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %49' unun ilde, %23,3' ünün köyde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1) .

Tablo 2. Kadınların klinik ve menopoza yönelik ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=206)

Özellikler		n	%
Kronik hastalığı olma durumu	Var	102	49,5
	Yok	104	50,5
Menopoza girme durumu	Henüz menopoza girmemiş	68	33,0
	Doğal menopoz	95	46,1
	Cerrahi menopoz	43	20,9
En son adet görme zamanı	1 yıldan kısa süre önce	103	50,0
	1-3 yıl	32	15,5
	4 yıl ve öncesi	71	34,5
Menopoza yönelik bilgi durumu	Biliyor	73	35,4
	Bilmiyor	64	31,1
	Kısmen	69	33,5
Menopoz semptomlarının eşi etkileme durumu	Etkiledi	88	42,7
	Etkilemedi	74	35,9
	Kararsız	44	21,4
Menopoz şikâyetlerini paylaştığı kişiler	Paylaşmıyor	54	26,2
	Çocuk	31	15,0
	Eş	70	34,0
	Arkadaş/akraba	42	20,4
	Doktor/hemşire	9	4,4
Menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullanımı	Kullanıyor	16	7,8
	Kullanmıyor	190	92,2

Menopoz semptomlarıyla kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların klinik ve menopoza yönelik ilişkin özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur. Çalışma kapsamına alınan kadınların %50,5' inin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, %67' sinin menopoza girdiği, %50' sinin 1 yıldan kısa önce adet gördüğü, %35,4' ünün menopoza

yönelik bilgili olduğu,%42,7' sinin menopoz semptomlarının eşini etkilediği, %34,0' ünün menopoz şikayetlerini eşiyle paylaştığı, %92,2' sinin menopoz şikayetleri için herhangi bir ilaç yada bitki kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 2) .

Tablo 3. Kadınların evliliklerine ilişkin özelliklerin dağılımı (n=206)

Özellikler		n	%
Ailede kararlara katılma durumu	Katılıyor	122	59,2
	Katılmıyor	43	20,9
	Kısmen	41	19,9
Evliliği değerlendirme durumu	Çok iyi	36	17,5
	İyi	84	40,8
	Orta	62	30,1
	Kötü	24	11,7
Sorunlar karşısındaki sergilenen durum	Konuşarak tartışma	110	53,4
	Sessiz kalma	54	26,2
	Kavga, şiddet	26	12,6
	Ailelere, çevreye yansıtma	16	7,8
Evlilikte şiddet görme durumu	Görüyor	96	46,6
	Görmüyor	110	53,4

Menopoz semptomlarıyla kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların evliliklerine ilişkin özellikleri Tablo 3'de sunulmuştur. Kadınların %59,5' sinin ailede kararlara katıldığı, %40,8'inin evliliğinin iyi olduğu, %53,4' ünün sorunları konuşarak tartıştığı, %53,4' ünün şiddet görmediği belirlenmiştir (Tablo 3) .

Tablo 4. Kadınların cinsel özelliklerine ilişkin ortalamaların dağılımı (n=206)

Özellikler		n	%
Menopoz semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olma durumu	Var	167	81,1
	Yok	39	18,9
Menopoz ve semptomlarının cinsel hayatı etkileme durumu	Öncesine göre olumsuz	70	34,0
	Öncesine göre olumlu	2	1,0
	Etkilemedi	134	65,0
Menopoz ve semptomlarının cinsel açıdan eşe karşı isteği etkileme durumu	Öncesine göre azaldı	60	29,1
	Etkilemedi	146	70,9

Menopoz semptomlarıyla kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların cinsel özelliklerine ilişkin özellikleri Tablo 4’de sunulmuştur. Çalışma kapsamına alınan kadınların %81,1’ inin menopozdan önce cinsel yaşamının düzenli ve tatmin edici olduğu, %65’ inin menopozun cinsel yaşamı etkilemediği, %70,9’ unun menopozun eşine karşı cinsel isteğini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4) .

Tablo 5. Evlilik, gebelik ve menapoza ilişkin ortalamaların dağılımı (n=206)

Özellikler	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Evlilik yaşı	206	12,00	45,00	21,37	5,35
Gebelik sayısı	206	,00	9,00	3,35	1,89
Evlilik süresi	206	2,00	47,00	27,72	8,54
Menopoz yaşı	138	35,00	55,00	46,73	4,24

Çalışma kapsamında alınan kadınların yaş ortalaması $49,58 \pm 5,71$ olup, kadınlar minimum 40 maksimum 60 yaşlarındadır. Kadınların en küçük evlenme yaşı 12, en büyük 45 olup, evlenme yaşı ortalaması $21,37 \pm 5,35$ dir. Kadınların gebelik sayısı ortalaması $3,35 \pm 1,89$, evlilik süre ortalaması $27,72 \pm 8,54$ ve menopoz yaş ortalaması ise $46,73 \pm 4,24$ olarak bulunmuştur. Kadınların menopoza girme yaşı minimum 35, maksimum 55 dir (Tablo 5) .

Tablo 6. Kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı

Ölçekler	min	max	ort	std	crombach α
Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği	2,00	44,00	26,39	9,7	0,87
Somatik şikâyetler	1,00	16,00	9,16	3,9	
Psikolojik şikâyetler	1,00	16,00	11,48	4,0	
Ürogenital şikâyetler	1,00	12,00	6,41	3,2	
Cinsel yaşam kalitesi ölçeği	14,44	100,00	56,10	22,5	0,95
Evlilikte uyum ölçeği	3,00	57,00	39,44	10,8	0,89

Kadınların menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinden aldıkları en düşük puan 2,00, en yüksek puan 44,00 olarak tespit edilmiş ve ölçeğin puan ortalaması 26,39-9,7 olarak bulunmuştur. Kadınların menopoz semptomları alt ölçeği olan somatik semptomlardan aldığı en küçük puan 1,00, en yüksek aldığı puan 16,00, somatik puanların ortalaması $9,16 \pm 3,9$, psikolojik semptomlardan aldığı en küçük puan 1,00, en yüksek puan 16,00, ortalaması $11,48 \pm 4,0$, ürogenital semptomlardan aldığı en küçük puan 1,00, en yüksek puan 12,00, ortalaması $6,41 \pm 3,2$ olarak bulunmuştur. Kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en düşük puan 14,44, en yüksek puan 100,00 olarak tespit edilmiş ve ölçeğin puan ortalaması 56,10-22,5 olarak bulunmuştur. Kadınların evlilik uyum ölçeğinden aldıkları en düşük puan 3,00, en yüksek puan 57,00 olarak tespit edilmiş ve ölçeğin puan ortalaması 39,44-10,8 olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarında crombach alfa güvenilirlik katsayısı menopoz semptomları ölçeği için 0,87, cinsel yaşam kalitesi ölçeği için 0,95, evlilikte uyum ölçeği için 0,89 olarak tespit edilmiştir (Tablo 6) .

Tablo 7. Kadınların sosyodemografik özellikleri ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Yaş grupları	40-50	24,4±29,5	t =-3,525
	51-60	29,18±9,4	p= 0,001
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	41,31±8,9	KW= 17,267 p= 0,005
	Okur-yazar	36,72±14,1	
	İlkokul	39,55±9,7	
	Ortaokul	38,88±11,5	
	Lise	36,90±14,3	
	Üniversite	41,82±9,5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	21,92±11,2	t =-3,393
	Çalışmıyor	27,539±,08	p= 0,001
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	26,91±9,4	KW= 0,136 p= 0,934
	Gelir gidere eşit	26,091±0,1	
	Gelir giderden fazla	25,86±10,1	
Aile tipi	Geniş	27,00±9,2	t =1,297
	Çekirdek	25,111±0,8	p= 0,196
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	25,07±10,7	KW= 0,923
	Aile üyeleri	27,05±9,1	p= 0,630
	Çocukları	26,94±10,0	
En uzun yaşadığı yerleşim birimi	İl	25,36±10,4	KW= 2,245
	İlçe	26,38±9,7	p= 0,325
	Köy	28,56±8,1	

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Kadınların sosyodemografik özellikleri ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 7 'de karşılaştırılmıştır. 51-60 yaş grubundaki kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup, yaş grupları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 7). Eğitim durumlarına göre menopoz semptomlarını

değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılık üniversite mezunu kadınların MSDÖ ortalama puanının, okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan kadınların MSDÖ ortalama puanından yüksek olduğundan kaynaklanmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 7). Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin ortalama puanının çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği saptanmış olup elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmayan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$), (Tablo 7). Aylık gelir durumu, aile tipi, evde kimlerle birlikte yaşadığı, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Kadınların klinik ve menopoza yönelik özellikleri ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Menopoz	Test Değerleri
		Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ort±Std	(Analiz)
Kronik hastalığı olma durumu	Var	28,85±9,2	t=3,675
	Yok	23,98±9,7	p=0,000
Menopoza girme durumu	Menopoza girmemiş	22,27±10,2	KW= 16,096
	Doğal menopoz	28,92±8,8	p= 0,000
	Cerrahi menopoz	27,30±9,0	
En son adet görme zamanı	1 yıldan kısa süre önce	23,25±9,7	KW= 23,813
	1-3 yıl	26,93±10,5	p= 0,000
	4 yıl ve öncesi	30,70±7,8	
Menopoza yönelik bilgi durumu	Biliyor	24,05±10,7	KW= 6,062
	Bilmiyor	28,09±9,4	p= 0,048
	Kısmen	27,28±8,6	
Menopoz semptomlarının eşi etkileme durumu	Etkiledi	30,30±7,5	KW= 23,399
	Etkilemedi	23,39±10,4	p= 0,000
	Kararsız	23,61±10,3	
Menopoz şikâyetlerini kiminle paylaşma durumu	Hiç kimse paylaşmıyor	24,81±10,4	
	Çocuk	28,54±7,7	KW= 2,393
	Eş	26,40±9,2	p= 0,664
	Arkadaş/akraba	27,35±9,3	
	Doktor/hemşire	23,88±16,5	
Menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullanımı	Kullanıyor	39,68±8,3	t =-1,403
	Kullanmıyor	26,11±9,8	p= 0,162

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Kadınların klinik ve menopoza yönelik özellikleri ile menepoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 8 de karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığı olan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Cerrahi ve doğal menopoza giren kadınların menopoz semptomlarını

değerlendirme ölçeği puan ortalaması henüz menopoza girmeyen kadınların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Adet görme zamanına göre dört yıl ve öncesi bir zamanda adet gören kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoza yönelik bilgisi olmayan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Menopoz semptomlarının eşini etkilediğini dile getiren kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz şikâyetlerini paylaştığı kişiler, menopoz yakınmaları için ilaç, bitki kullanma durumu ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p >0.05$) (Tablo 8) .

Tablo 9. Kadınların evliliklerine ilişkin özellikleri ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Menopoz	Test Değerleri
		Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ort±Std	(Analiz)
Ailede kararlara katılma durumu	Katılıyor	25,20±10,1	KW=8,183 p= 0,017
	Katılmıyor	30,09±8,3	
	Kısmen	26,04±9,3	
Evliliği değerlendirme durumu	Çok iyi	23,88±10,8	KW= 6,705 p= 0,082
	İyi	25,57±9,5	
	Orta	28,12±9,4	
	Kötü	28,54±9,4	
Sorunlar karşısındaki sergilenen durum	Konuşarak tartışma	25,38±9,9	KW= 6,047 p= 0,109
	Sessiz kalma	26,00±9,9	
	Kavga, şiddet	28,92±9,9	
	Ailelere, çevreye yansıtma	30,56±6,3	
Evlilikte şiddet görme durumu	Görüyor	27,85±9,3	t =2,014 p= 0,045
	Görmüyor	25,11±10,0	

Kadınların evliliklerine ilişkin özellikleri ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 9 da karşılaştırılmıştır. Ailede kararlara katılmayanların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).Evlilikte şiddet gören kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evliliği değerlendirme durumu, evlilikte yaşanan sorunlar karşısında sergilenen tutum ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Kadınların cinsel yaşamlarıyla menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Menopoz başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olma durumu	Var	25,46±9,5
	Yok	30,35±9,8
Menopoz ve semptomlarının cinsel hayatı etkileme durumu	Öncesine göre olumsuz	29,34±8,6
	Etkilemedi	24,73±10,0
Menopoz ve semptomlarının cinsel açıdan eşe karşı isteği etkileme durumu	Öncesine göre azaldı	29,0±8,8
	Etkilemedi	25,32±9,9

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Menopoz ve menopoz semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olmayan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz semptomları nedeniyle cinsel hayatı olumsuz etkilenen kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz ve

semptomları sebebiyle eşine karşı cinsel isteği azalan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 11. Kadınların sosyodemografik özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Yaş grupları	40-50	60,83±22,7	t =3,703 p= 0,000
	51-60	49,37±20,6	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	54,64±24,2	KW= 4,539 p= 0,475
	Okur-yazar	59,09±20,7	
	İlkokul	54,33±21,3	
	Ortaokul	56,60±18,1	
	Lise	55,90±26,1	
	Üniversite	66,66±22,6	
Çalışma durumu	Çalışıyor	62,61±23,2	t =2,116 p= ,036
	Çalışmıyor	54,43±22,1	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	56,75±23,8	KW= 0,110 p= 0,947
	Gelir gidere eşit	55,24±21,3	
	Gelir giderden fazla	56,30±22,3	
Aile tipi	Geniş	54,19±22,5	p= 0,080 t =-1,760
	Çekirdek	60,0±22,1	
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	56,06±22,0	KW= 1,197 p= 0,550
	Aile üyeleri	56,92±22,8	
	Çocukları	50,45±22,9	
En uzun yaşadığı yerleşim birimi	İl	58,78±23,0	KW= 3,099 p= 0,212
	İlçe	52,39±20,0	
	Köy	54,86±23,8	

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Kadınların sosyodemografik özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 10 de karşılaştırılmıştır. 40-50 yaş aralığında olan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup, yaş grupları açısından aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p < 0.05$). Eğitim düzeyi, aylık gelir durumu, aile tipi, evde kimlerle birlikte yaşadığı, en uzun yaşadığı yerleşim birimi ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12. Kadınların klinik ve menopoza yönelik özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Kronik hastalığı olma durumu	Var	54,12±21,8	t=-1,248
	Yok	58,04±23,1	p=0,213
Menopoza girme durumu	Menopoza girmemiş	64,26±22,0	KW= 14,597
	Doğal menopoz	50,69±21,2	p= 0,001
	Cerrahi menopoz	55,16±22,8	
En son adet görme zamanı	1 yıldan kısa süre önce	63,45±23,7	KW= 21,365
	1-3 yıl	48,15±21,0	p= 0,000
	4 yıl ve öncesi	49,02±17,7	
Menopoza yönelik bilgi durumu	Biliyor	60,44±22,5	KW= 4,415 p= 0,110
	Bilmiyor	52,82±24,0	
	Kısmen	54,55±20,5	
Menopoz semptomlarının eşi etkileme durumu	Etkiledi	45,47±18,9	KW=35,884
	Etkilemedi	62,35±21,4	p= 0,000
	Kararsız	66,84±22,3	
Menopoz şikayetlerini kiminle paylaşma durumu	Hiç kimse	55,96±23,5	KW= 4,007 p= 0,405
	Çocuk	50,89±18,9	
	Eş	59,84±24,5	
	Arkadaş/akraba	53,54±21,5	
	Doktor/hemşire	57,77±11,6	
Menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullanımı	Kullanıyor	55,76±13,7	t =-0,063
	Kullanmıyor	56,13±23,1	p= 0,950

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= testi

Kadınların klinik ve menopoza yönelik özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 12 de karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığı olmayan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel

olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoza girmeyen kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması menopoza giren kadınların puan ortalamasından daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Adet görme durumlarına göre bir yıldan daha kısa süre önce adet gören kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoza yönelik bilgi durumu, menopoz semptomlarını kiminle paylaştığı, menopoz yakınmaları için ilaç ya da bitki kullanımı ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p >0.05$).

Tablo 13. Kadınların evliliklerine ilişkin özellikler ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Ailede kararlara katılma durumu	Katılıyor	59,54±21,9	KW= 15,400 p= 0,000
	Katılmıyor	44,16±21,0	
	Kararsız	58,40±21,9	
Evliliği değerlendirme durumu	Çok iyi	66,41±26,1	KW= 31,528 p= 0,000
	İyi	61,53±21,6	
	Orta	49,48±17,9	
	Kötü	38,75±15,5	
Sorunlar karşısındaki sergilenen durum	Konuşarak tartışma	61,77±22,0	KW= 19,166 p= 0,000
	Sessiz kalma	53,45±21,3	
	Kavga, şiddet	42,56±20,4	
	Ailelere, çevreye yansıtma	48,05±21,7	
Evlilikte şiddet görme durumu	Görüyor	68,84±11,5	t =-0,595
	Görmüyor	69,75±10,4	p= 0,553

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= testi

Kadınların klinik ve menopoza yönelik özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 13 de karşılaştırılmıştır. Ailede kararlara katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel

olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Evliliği çok iyi olan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması, evliliği iyi, orta ve kötü olan kadınların CYKÖ puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. İstatiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ailede sorunlar karşısında konuşarak tartışa kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. İstatiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilikte şiddet görme durumu ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p >0.05$).

Tablo 14. Kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Menopoz semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olma durumu	Var	59,21±22,7	t =4,265 p= 0,000
	Yok	42,79±16,1	
Menopoz ve semptomlarının cinsel hayatı etkileme durumu	Öncesine göre olumsuz	46,22±20,5	t =-4,745 p= ,000
	Etkilemedi	61,27±22,0	
Menopoz ve semptomlarının cinsel açıdan eşe karşı isteği etkileme durumu	Öncesine göre azaldı	46,29±19,4	t =-4,160 p=0 ,000
	Etkilemedi	60,13±22,5	

χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Menopoz ve semptomları başlamadan önce cinsel yaşamı olan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz ve semptomları nedeniyle cinsel yaşamı etkilenmeyen kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup istatiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz ve semptomları nedeniyle eşine karşı cinsel isteğinde bir değişiklik olmayan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 15. Kadınların sosyodemografik özellikleri ile evlilik uyumu ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Evlilikte uyum ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Yaş grupları	40-50	40,84±10,7	t =2,229
	51-60	37,45±10,6	p=0 ,027
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	39,02±4,9	
	Okur-yazar	41,72±8,6	t =1,861
	İlkokul	38,61±5,9	p=0 ,292
	Ortaokul	38,94±8,5	
	Lise	41,53±8,1	
	Üniversite	37,94±6,5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	38,88±11,6	t =-0,379
	Çalışmıyor	39,59±10,6	p=0 ,705
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	40,54±11,9	KW= 7,854
	Gelir gidere eşit	40,38±8,7	p= 0,020
	Gelir giderden fazla	35,58±11,1	
Aile tipi	Geniş	39,66±10,5	t =0,410
	Çekirdek	39,00±11,5	p=0 ,682
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	39,57±12,0	KW= 0,201
	Aile üyeleri	39,54±9,9	p= 0,904
	Çocukları	38,23±12,3	
En uzun yaşadığı yerleşim birimi	İl	37,81±11,4	KW= 5,075
	İlçe	39,84±10,4	p= 0,079
	Köy	42,41±9,3	

χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Kadınların sosyo demografik özellikleri ile evlilikte uyum ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 15 de karşılaştırılmıştır. 50-60 yaş aralığında olan kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması, 40-50 yaş aralığında olan kadınların EUÖ puan ortalamasından daha düşük olup, yaş grupları açısından aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olan kadınların evlilik uyum ölçeği puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük bulunmuş olup, kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, evde kimlerle birlikte yaşadığı, en uzun

yaşadığı yerleşim birimi ile evlilikte uyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 16. Kadınların klinik ve menopoza yönelik özellikleri ile evlilik uyumu ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Evlilik Uyum Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Kronik hastalığı olma durumu	Var	37,59±10,5	t= -2,456 p= 0,015
	Yok	41,25±10,8	
Menopoza girme durumu	Menopoza girmemiş	41,88±9,1	KW= 6,282 p= 0,043
	Doğal menopoz	37,88±10,9	
	Cerrahi menopoz	39,04±12,5	
En son adet görme zamanı	1 yıldan kısa süre önce	42,16±10,2	KW= 16,221 p= 0,000
	1-3 yıl	37,56±8,9	
	4 yıl ve öncesi	36,35±11,5	
Menopoza yönelik bilgi durumu	Evet	40,86±11,3	KW= 3,428 p= 0,180
	Hayır	38,95±9,7	
	Kısmen	38,40±11,1	
Menopoz semptomlarının eşi etkileme durumu	Etkiledi	35,87±10,8	KW= 20,270 p= 0,000
	Etkilemedi	42,32±10,7	
	Kararsız	41,75±8,9	
Menopoz şikâyetlerini kiminle paylaşma durumu	Hiç kimseyle paylaşmıyor	39,81±10,1	KW= 41,187 p= 0,000
	Çocuk	35,87±10,3	
	Eş	44,58±9,0	
	Arkadaş/akraba	32,88±10,6	
	Doktor/hemşire	40,22±11,4	
Menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullanımı	Kullanıyor	39,12±7,8	t = -0,123 p= 0,902
	Kullanmıyor	39,47±11,0	

χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği, t = t testi

Kadınların klinik ve menopoza dair özellikleri ile evlilikte uyum ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 10 da karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığı olmayan kadınların evlilikte uyum ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Menopoza girmeyen kadınların evlilikte uyum ölçeği ortalama puan ortalaması menopoza giren kadınların EUÖ puan ortalamasından daha yüksek olup

istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).1 yıldan daha kısa süre önce adet gören kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).Menopoz semptomlarından eşi etkilenmeyen kadınların evlilikte uyum puan ortalaması, menopoz semptomlarından eşi etkilenen kadınların euö puan ortalamasından daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz semptomlarını eşiyle paylaşanların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması yüksek olduğu bulunmuş olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoza yönelik bilgi durumu ve menopoz yakınmaları için ilaç, bitki kullanımı ile evlilikte uyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p >0.05$).

Tablo 17. Kadınların evlilik özellikleri ile evlilik uyumu ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Evlilik Uyum Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Ailede kararlara katılma durumu	Katılıyor	41,73±10,2	KW= 25,806 p= 0,000
	Katılmıyor	33,06±9,6	
	Kısmen	39,31±11,3	
Evliliği değerlendirme durumu	Çok iyi	48,72±5,4	KW= 94,260 p= 0,000
	İyi	42,88±7,7	
	Orta	36,01±7,7	
	Kötü	22,37±10,6	
Sorunlar karşısındaki sergilenen durum	Konuşarak tartışma	44,39±7,5	KW= 70,067 p= 0,000
	Sessiz kalma	39,20±7,6	
	Kavga, şiddet	26,88±12,1	
	Ailelere, çevreye yansıtma	26,68±10,2	
Evlilikte şiddet görme durumu	Görüyor	41,94±7,5	t =5,761 p=0 ,000
	Görmüyor	36,95±4,6	

KW= Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Kadınların evlilik özellikleri ile evlilik uyumu ölçeği ortalaması Tablo 17 de karşılaştırılmıştır. Ailede kararlara katılan kadınların evlilikte uyum ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evliliği değerlendirme durumuna göre evliliği çok iyi olan kadınların evlilikte uyum ortalama

puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilikte yaşanan sorunlar karşısında konuşarak tartışanların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilikte şiddet gören kadınların evlilikte uyum ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 18. Kadınların cinsel yaşam özellikleri ile evlilik uyumu ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler		Evlilik Uyum Ölçeği Ort±Std	Test Değerleri (Analiz)
Menopoz ve semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olma durumu	Var	41,38±9,3	t = 5,725 p= 0 ,000
	Yok	31,12±12,7	
Menopoz ve semptomlarının cinsel hayatı etkileme durumu	Öncesine göre olumsuz	35,12±11,5	t = -4,265 p= 0 ,000
	Etkilemedi	41,70±9,8	
Menopoz ve semptomlarının cinsel açıdan eşe karşı isteği etkileme durumu	Öncesine göre azaldı	36,70±11,0	t = -2,359 p= 0 ,019
	Etkilemedi	40,57±10,5	

χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği, t= t testi

Kadınların cinsel yaşam özellikleri ile evlilik uyumu ölçeği ortalaması Tablo 18 de karşılaştırılmıştır. Menopoz ve semptomları başlamadan önce cinsel yaşamı olan kadınların evlilikte uyum ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz ve semptomları nedeniyle öncesine göre cinsel yaşamı etkilenmeyen kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz ve semptomları nedeniyle eşine karşı cinsel isteğinde değişiklik olmayan kadınların evlilikte uyum ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19. Kadınların evlilik, gebelik ve menapoza ilişkin özellikler ile menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği, cinsel yaşam kalitesi ölçeği, evlilikte uyum ölçeğinin karşılaştırılması

Özellikler	Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği	Evlilik uyum ölçeği	Cinsel yaşam kalitesi ölçeği
Evlilik yaşı	r:-0,206** p:0,003	r:0,111 p:0,111	r:0,155* p:0,026
Gebelik sayısı	r:0,154* p:0,028	r:-0,022 p:0,756	r:-0,035 p:0,618
Evlilik süresi	r :0,299** p:0,000	r:-0,251** p:0,000	r:-0,306** p:0,000
Menopoz yaşı	r:-0,044 p:0,607	r:-0,155* p:0,069	r:-0,125 p:0,145

*: p< 0,05

** :p<0,01

Çalışmaya katılan kadınların evlilik yaşı ile menopoz semptomları değerlendirme ölçeği arasında negatif yönde düşük korelasyon olduğu belirlenmiş olmakla birlikte evlilik yaşı arttıkça menopoz semptomlarının azaldığı saptanmıştır. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile evlilik yaşı arasında pozitif yönde düşük korelasyon olduğu belirlenmiş olmakla birlikte evlilik yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Kadınların evlilik yaşı ile evlilik uyumu arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 19).

Gebelik sayısı ile menopoz semptomları değerlendirme ölçeği arasında pozitif yönde düşük korelasyon olduğu belirlenmiş olmakla birlikte gebelik sayısı arttıkça menopoz semptomlarının arttığı belirlenmiştir. Kadınların gebelik sayısı ile cinsel yaşam arasında ve evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p >0.05).

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresi ile menopoz semptomları değerlendirme ölçeği arasında pozitif yönde düşük korelasyon olduğu belirlenmiş olmakla birlikte evlilik süresi arttıkça menopoz semptomlarının arttığı belirlenmiş olup, evlilik süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyum ölçeği arasında negatif yönde düşük korelasyon olduğu evlilik süresi arttıkça evlilik uyumu ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (p>0.01).

Menopoza girme yaşı ile evlilikte uyum ölçeği arasında negatif yönde düşük korelasyon olduğu belirlenmiş olmakla birlikte menopoza girme yaşı arttıkça evlilikte

uyumun azaldığı saptanmıştır. Menopoz girme yaşı ile menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 20. Ölçekler arası pearson ilişki katsayıları ve testi

		Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği	Evlilik uyum ölçeği	Cinsel yaşam kalitesi ölçeği
Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği	r p	1		
Evlilikte uyum ölçeği	r p	-0,216**	1	
Cinsel yaşam kalitesi ölçeği	r p	-0,339**	0,456**	1

*: $p < 0,005$

**: $p < 0,001$

Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği, cinsel yaşam kalitesi ölçeği, evlilik uyum ölçeği arasındaki ilişki Tablo 20 de sunulmuştur. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ile evlilikte uyum ölçeği ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği arasında negatif yönde korelasyon cinsel yaşam kalitesi ve evlilikte uyum ölçeği arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır. ($r = -0,216$; $p = 0,002$, $r = -0,339$; $p = 0,000$, $r = 0,456$; $p = 0,000$).

5.TARTIŞMA

Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine menopozal belirtilerle başvuru yapan kadınların, menopoz yakınmalarının değerlendirilmesi ve bu yakınmaların kadınların cinsel yaşam ve evlilik ilişkileri üzerindeki etkilerine ilişkin değerlendirmelerini belirlemek amacı ile planlanmış ve yürütülmüştür. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen veriler, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Kadınların menopoz semptomları değerlendirme ölçeği puan ortalaması $26,4\pm 9,7$ olarak bulunmuştur (Tablo 6). Kadınların menopoz semptomları alt ölçeği olan somatik semptomların puan ortalaması $9,2\pm 3,9$, psikolojik semptomların puan ortalaması $11,5\pm 4,0$, ürogenital semptomları puan ortalaması $6,4\pm 3,2$ olarak bulunmuştur (Tablo 6). Nalbant (2009)ın çalışmasında menopoz semptomları ölçeği puan ortalaması $22,6\pm 6,3$ olarak bulunmuş, somatik şikayetler alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 8.55 ± 2.77 , psikolojik şikayetler alt ölçeğinin ortalama puanı 8.16 ± 3.04 , ürogenital şikayetlerin puan ortalaması 5.86 ± 2.36 'dır. Çoban ve ark. (2008) çalışmasında menopoz semptomları ölçeği puan ortalaması 18.0 ± 8.7 , somatik şikayetlerin puan ortalaması 6.6 ± 3.8 , psikolojik şikayetlerin puan ortalaması 7.6 ± 4.0 ve ürogenital şikayetlerin puan ortalaması 3.7 ± 2.9 dir. Özgür (2007)ün çalışmasında menopoz semptomları ölçeği puan ortalaması 15.32 ± 8.14 , somatik şikâyetlerin puan ortalaması 6.02 ± 3.28 , psikolojik şikâyetler alt ölçeği için 6.87 ± 3.89 ve ürogenital şikâyetlerin puan ortalaması 2.43 ± 2.18 saptanmıştır. Bulgular litaratürle karşılaştırıldığında örneklemdaki kadınların menopozal semptomlarını daha şiddetli yaşadığı sonucuna varılmaktadır.

Kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalaması $56,10\pm 22,5$ olarak bulunmuştur (Tablo 6). Cinsel yaşam kalitesi kadın Türkçe formu ölçeğinin menopoz dönemindeki kadınlara uygulanmış çalışmalara ulaşılamamıştır. Yörük (2013) yaptığı çalışmada doğum sonu dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde ölçeği kullanmıştır. Yörük (2013) cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın formu son test madde ve toplam puan ortalamalarının çalışma grubu için $58,59$, kontrol grubu için $65,35$ olarak bulmuştur. Kadınların menopoz döneminde cinsel yaşam kalitelerinin düşük çıkması menopoz semptomlarından cinsel yaşamlarının etkilendiğini göstermektedir.

Kadınların evlilik uyum ölçeği puan ortalaması $39,44 \pm 10,8$ olarak bulunmuştur (Tablo 6). Ölçekte evliliklerin uyum düzeyini belirleme noktası 43 olduğu saptanmıştır. (Kışlak, 1999). Uyum ve uyumsuzluğu ayırt etmedeki noktaya göre kadınların evlilik uyum düzeyleri düşük çıkmıştır. Çoban ve ark., 2008 yaptığı çalışmada evlilik uyum puanları ortalaması 41.2 ± 9.7 bulunmuş olup evlilikte uyum artıkça menopoz semptomlarının azaldığı saptanmıştır. Kadınların menopoz semptomlarının şiddetinin artması evlilik uyumunun azaldığını göstermektedir. Menopoz dönemi yaşanan sıkıntıların evlilik ilişkileri üzerinde olumsuz etki bırakması semptomların şiddetiyle paralellik göstermektedir.

Menopoz ve semptomlarıyla kadın doğum polikliğine başvuran kadınların 51-60 yaş aralığında olanlarının menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığı bulunmuştur (Tablo 7). Koyuncu (2015) nun çalışmasında menopoz semptomlarının az olduğu grup 40-44 yaş aralığındaki kadınların olduğu saptanmış olup bu bulgu çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Uçanok ve Bayraktar (1996) çalışmasında 55-60 yaş grubunda olan kadınların menopozal belirtileri daha sık yaşadığı belirlenmiştir. Kalahroudi ve ark. (2012) larının yaptığı çalışmada menopoz belirtileri ile yaşın arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Ünsaldı (2004) 'nın araştırmasında ise yaş artıkça menopoz semptomlarının azaldığı bulunmuştur. 51-60 yaş aralığındaki kadınların çoğunluğunun postmenopozal döneme denk geldiğinden, yaş artıkça semptomların şiddetinin daha fazla arttığı söylenebilir.

Üniversite mezunu olan kadınların menopoz semptomlarını daha çok yaşadığı bulunmuştur (Tablo 7). Öğrenim düzeyinin yüksek oluşu kadınların sağlık ve sağlıklı yaşam şekilleri hakkında daha çok bilgili olması menopoz semptomlarından daha az etkilenmelerine sebep olabileceğini dile getiren Koyuncu (2015) yaptığı çalışmada menopoz belirtilerle öğrenim düzeyi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Kalahroudi ve ark.,(2012) yaptığı çalışmada öğrenim seviyesi ile menopozal semptomların ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Öğrenim düzeyi düşük olan kadınların yaşadıkları belirtilerin menopozdan kaynaklı olabileceğini bilmemelerinden dolayı menopoz semptomlarını daha az yaşadığı düşünülebilir. Üniversite mezunu kadınların değişen yaşam şartları ve yaşanan strese bağlı daha çok semptom yaşadığı sonucunu düşündürebilir.

Çalışmayan kadınların menopoz semptomlarını daha çok yaşadığı bulunmuştur (Tablo 7). Koyuncu (2015) yaptığı çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında

farklılık yokken, Kalahroudi ve ark.,(2012) yaptıkları çalışmada çalışmayan kadınların menopoz belirtilerini daha şiddetli yaşadığı belirlenmiştir. Ünsaldı (2004)'nın çalışmasında çalışan kadınların menopozal semptomları daha az yaşadığı sonucuna varılmıştır. Çalışan kadınların menopozal belirtileri daha az yaşaması çalışarak meşguliyetlerinin fazla olmasından ve yaşam şekillerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kronik hastalığı olanların menopozal semptomlarını daha şiddetli yaşadığı bulunmuştur (Tablo 8). Koyuncu (2015) çalışmasında menopoz semptomları şiddetinin kronik hastalığı olanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Menopozal semptomları kronik hastalığı olan kadınların daha fazla yaşadığını saptayan çalışmalarda vardır (İnceboz ve ark., 2010; Im ve ark., 2014; Lerner ve ark.,2010). Menopozal dönem östrojen eksikliğinden kaynaklanan belirtilerle, kronik hastalıklardan kaynaklanan belirtilerin ayrımının yapılmasının zor olduğu, birçok kronik hastalığın da ortaya çıktığı bir süreçtir. Menopoz bir süreç olduğundan yaşanan semptomlar kronik hastalığı olanlarda semptomların şiddetinin fazla olması literatürle uyumluluk göstermektedir

Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınların menopozal yakınmaları daha şiddetli yaşadığı bulunmuştur (Tablo 8). Menopoza girmeyen kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığı bulunmuştur. Karlıdere ve Özşahin (2008) çalışmasında cerrahi ve doğal menopoza giren kadınların menopozal belirti örüntüsünün değişmediği ancak menopoz süresinin ve menopozal belirtilerin sıklığının cerrahi menopozda arttığı sonucuna varılmıştır. Koyuncu (2015) nun çalışmasında premenopozal kadınların ciddi semptom sıklığının perimenopozal ve postmenopozal kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmaların cerrahi olarak menopoza giren kadınlarda, doğal menopoza girenlere göre menopozal semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Ayrancı, 2010; Çelik ve Pasinlioğlu, 2014). Menopoza girmiş olma durumu sonucunda menopoz semptomlarının daha şiddetli yaşanabileceği literatürle uyumluluk göstermektedir. Cerrahi olarak menopoza girme durumu aniden gelişebileceğinden semptomların daha şiddetli yaşanmasına sebep olabilir.

Dört yıl ve öncesi adet gören kadınların menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 8). Östrojen seviyesindeki düşüşle bereber adet kanamaları azalabilmekte, kesilebilmekte ve adet düzeni bozulabilmektedir (Saules ve ark., 2001). Menopoza girmeyen kadınlar adet gördüklerinden dolayı menopozdaki bazı

semptomları daha az yaşamaktadırlar. 4 yıl ve öncesi adet görenler menopoza girdiklerinden dolayı menopozun getirdiği değişikliklerle, östrojen azlığından fiziksel, sosyal ve psikolojik problemler yaşanmasına sebep olabilir (Özcan ve Beji 2014).

Menopoza yönelik bilgi durumu konusunda; menopoz nedir, ne gibi semptomlar yaşanacağını bilmeyen kadınların menopozal belirtilerinin şiddetini daha çok yaşadığı bulunmuştur (Tablo 6). Kadınların menopoza yönelik bilgi ve düşünceleri; menopoz döneminde karşılaşılabilecek risk durumları için tedbir alabilmeleri, olumsuz sonuçla karşılaşmamaları ve menopoz şikayetleriyle baş edebilmeleriyle ilgilidir (Özkan 2006).

Menopoz ve semptomlarından eşinin etkilendiğini ifade eden kadınların menopoz semptomlarını daha çok yaşadığı bulunmuştur (Tablo 8). Menopoz ve semptomlarından yaşam kalitesinin etkilendiği ve dolaylı olarak eşinin etkilendiği söylenebilir. Ertem (2010) çalışmasında kadınların menopozal dönemde olmasının aile içi ilişkileri etkilediği saptanmıştır. Menopozu bazı kadınlar, kadınlığın bitişi olarak gördüklerinden, yaşanan yakınmalardan kaynaklı eşinde etkilenebileceği düşünülebilir. Aynı zamanda cinsel olarak da kendini eksik hisseden kadınların bu durumdan eşlerinin etkilendiğini ve daha çok semptom yaşanabileceği düşünülebilir.

Ailede kararlara katılmayan kadınların menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 9). Çelik ve Pasinlioğlu (2014) nun çalışmasında menopoz semptomlarını daha az yaşayanlar ailede kararlara katılanlar olarak bulunmuştur. Çoban ve ark. (2008) ve Nehir ve ark. (2009) nın çalışmalarında menopozal semptomları ailede kararlara katılanların daha az yaşadığı bulunmuştur. Ailede kararlara katılmayanların daha şiddetli semptom yaşaması, kararlara katılan kadınların kendini daha rahat ifade etmesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Ailede kararlara katılanların menopoz semptomlarının şiddetini az yaşaması literatürle uyumluluk göstermedir. Evlilikte şiddet gören kadınların menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığı bulunmuştur (Tablo 9). Şiddetin türü fiziksel ya da duygusal şiddeti kapsamaktadır. Kadına şiddet; yaşamın özel bir alanında ya da toplumda kadına baskı kurulması, keyfi durumlardan özgürlüklerinin kısıtlanması, fiziksel, psikolojik, cinsel yönden hasar bırakılabilen, kadını inciten davranışların tamamıdır. Kızgınlık, utanma, güçsüzlük, korku gibi duyguların oluşmasında etkindir. Şiddet kadınların ruhsal sağlık ve beden bütünlüğünde risk faktörüdür. Post travmatik stres bozukluğu, beden

kontrolünde azalma, somatik yakınmalar, depresyon, benlik saygısında azalma ve intihar düşüncelerine aile içi şiddet sebep olabilir (Koyun ve ark.,2011). Şiddete uğrayan kadınların, yaşadığı sıkıntı ve strese bağlı hormonal olarak da değişim yaşadığı ve hormonların menopoz üzerindeki etkisi, semptomları yaşama sıklığını artırabileceği düşünülebilir. Evlilikte yaşanan şiddetin psikolojik ve fizyolojik olarak kadını etkilediğinden menopozal belirtilerin daha çok yaşanmasına sebep olabilir.

Menopozdan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olmayan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinden daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Tablo 10). Menopozdan önce cinsel hayatın düzenli ve tatmin edici olmaması, menopozdan sonra östrojenin azalmasıyla birlikte semptomların şiddetini daha fazla artırdığı söylenebilir. Menopoz ve semptomları nedeniyle cinsel hayatı olumsuz etkilenen kadınların menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığı bulunmuştur (Tablo 10) . Nalbant (2009) çalışmasında menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça cinsel ilişkide problem yaşamının arttığı bulunmuştur. Cinsel ilginin düşmesine yaşla beraber hormon seviyelerindeki azalma, menopozla ortaya çıkan ürogenital atrofi ve kas, iskelet sistemi sorunları sebep olmaktadır (Bartlik ve Goldstein 2000, Amore ve ark. 2007, Yücel 2006). Gallicchio ve ark. (2007) çalışmasında cinsel aktiviteden yaşadıkları tatmin menopozal dönemde daha düşük çıkmıştır. Özerdoğan ve ark. (2009) çalışmasında menopoza girenlerde cinsel fonksiyon bozukluğunun daha çok görüldüğü saptanmıştır (Çayan ve ark. 2004, Oksüz ve Malhan 2006). Menopoz dönemi kadınların biyolojik problemlere ek olarak cinsel sorunlar da yaşadığı bir dönemdir. Bu dönemde eşler arasında uyum sorunlarının yaşanması ve tartışmanın olması, menopoza girmenin vermiş olduğu sıkıntılarla mücadele eden kadınların eşlerinin cinsel istekte bulunmasından kaynaklanabilmektedir (Balık, 2013). Menopoz ve semptomları sebebiyle eşine karşı cinsel isteği azalan kadınların menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 10). Nalbant (2009) in çalışmasında menopoz semptomlarıyla cinsel fonksiyonların birbirini etkilediği, menopoz semptomları arttıkça cinsel ilişkide rahatsızlık yaşamının arttığı, menopozun alt ölçeklerinden olan ürogenital semptomlar arttıkça cinsel fonksiyonun azladığı saptanmıştır. Genç kadınlara kıyasla yaşlı kadınlarda cinsel istek ve uyarılma bozuklukları daha çok görülür. Cinsel isteğin azalması östrojen ve androjen seviyelerindeki azalma sonucu fizyolojik bir durumdur (Nalbant, 2009).

Menopoz ve semptomlarıyla kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların %58,7 si 40-50 yaş aralığındadır ve bu grubun cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 11). Nalbant (2009) çalışmasında cinsel doyumun yaş artıkça azaldığı, yaş artıkça cinsel fonksiyon puanlarının ve cinsel ilişkinin düştüğü, yaş artıkça cinsel problemlerin arttığı dile getirilmektedir. Karakoyunlu (2007) nun çalışmasında cinsel fonksiyon bozukluğu yaşla birlikte artmaktadır. Yücel (2006) çalışmasında cinsel sorun yaşama ile yaş arasında anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Yaş artışıyla beraber östrojen düzeyindeki azalmayla cinsel yaşam kalitesi düşmekte ve menopoz semptomları daha şiddetli yaşanabilmektedir.

Çalışan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Özerdoğan (2009) çalışmasında çalışmayan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu daha çok görüldüğü saptanmıştır. Çalışan kadınlar sosyal alanda bulduklarından ve bilgiye ulaşma olasılığının daha fazla olması cinsel yaşam kalitesinin artmasına sebep olabileceği düşünülebilir.

Kronik hastalığı olmayan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Yücel (2006) in çalışmasında cinsel yaşam üzerinde kronik hastalık durumunun etkili olduğu, Er ve ark (2007) çalışmasında ise kronik kalp yetmezliği olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kronik hastalığın olma durumu menopoz semptomlarının şiddetini artırmakla beraber, cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkili olması literatürle uyumluluk göstermektedir.

Menopoza girmeyen kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Cinsel fonksiyon bozukluğu yaşanmasının nedeni klimakterik dönemdeki over fonksiyonlarındaki azalma sonucu hormon dengelerinin değişmesi ve östojen, testosteron düzeylerinin azalmasıdır (Galicchio 2007). Özerdoğan ve Sayiner (2009) in çalışmasında menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon görülme sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Menopoz östrojen seviyesinin azalmasıyla vajinal kuruluğa neden olarak cinsel sorun yaşanması, cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Literatürde benzer sonuçlar bulunmuştur (Çayan ve ark. 2004, Oksüz ve Malhan 2006; Safarinejad 2006).

Adet görme durumuna göre, bir yıldan daha kısa süre önce adet gören kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Tablo 12). Chae ve ark. (2014) çalışmasında postmenopoz dönemindeki kadınların premenopoz dönemindeki kadınlara oranla cinsel disfonksiyonu daha fazla yaşadığı sonucuna varılmıştır. Bir yıldan daha kısa süre önce adet gören kadınlar premenopoz dönemindeki kadınları kapsayarak henüz menopoza girmemiş, menopoz semptomları yaşayan kadınlardır. Premenopoz (menopoza girmeyen) dönemindeki kadınlar postmenopoz dönemindeki kadınlara göre menopoz semptomlarını daha az taşımakta ve buna bağlı olarak cinsel yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Menopoz ve semptomlarından eşinin etkilenmediğini ifade eden kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Nehir ve ark (2009) çalışmasında kadınların menopozal yakınmalarının eşiyle olan ilişkisini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Menopoz semptomlarından eşi etkilenen kadınların cinsel yaşam kalitesi puanının düşük çıkması, menopoz ve semptomlarından dolayı yaşanan değişiklikler ve en yakını olarak eşinin etkilenmesi beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Eş ile paylaşımda bulunmak cinsellik konusunda da anlaşmayı beraberinde getirerek cinsel yaşam kalitesini artmasına sebep olabileceği düşünülebilir.

Ailede kararlara katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Nehir ve ark. (2009) nın çalışmasında menopozal semptomlarını, evlilik uyumunu, yaşam kalitesi alanlarından psikolojik alanı ailede kararlara katılan kadınların pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Cabral ve ark (2013) çalışmasında cinsel disfonksiyon riskinin azaldığı grup partneri yüksek eğitim düzeyine sahip ve iletişimi iyi olan, Özkan ve Özcan (2010) çalışmasında ise cinsel ilişki boyunca duygusal samimiyetten memnun olmaktadır. Ailede kararlara katılan kadınların cinsel yaşam kalitesinin yüksek olması; kendine güvenen, ne istediğini bilen ve bunu dile getiren kadınların kararlara eşitlikçi yaklaşımı şeklinde söylenebilir. Evliliğini çok iyi olarak değerlendiren kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Mutlu evlilik açısından cinsel yaşam önemlidir (Yörük, 2013). Evlilik, toplumsal normlara göre onaylanmış bir bağın kurulması ve doğumla sonuçlanabilen cinsel ilişkinin toplumsal normlara uygun hale getirilmesi, tanımına göre göre cinsellik evlilik için çok önemlidir (Karahana ve Sardoğan, 2005). Bu yüzden evliliği iyi olan kadınlar, eşleriyle daha iyi iletişim kurabilir ve bu da yaşam kalitesini

artıran bir sonuç olarak düşünülebilir. Ailede yaşanan sorunlar karşısında konuşarak tartışan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Hisli Şahin ve ark. (2012) nın yaptığı çalışmada iletişim eksikliğinin ve engellerinin orgazm bozukluğunun oluşmasında etken olduğu ifade edilmiştir. Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri arasında iletişim sorunları da bulunabilmektedir. Güçlü olmayan ilişkilere sahip kadınlar ilişkiden memnun olmama durumlarını cinsellikten kaçınarak yansıtabilir (Özkan ve Beji, 2014). Sorunlar karşısında tartışarak çözüm bulmak ve partner ile etkileşimi iyi olmak, kadınların cinsel yaşam kalitesini artırabileceği düşünülebilir.

Menopoz ve semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Yücel (2006) in çalışmasında menopoz öncesi düzenli cinsel yaşam varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasında ilişki bulunmamıştır. Düzenli ve tatmin edici cinsel ilişkiye sahip olan kadınların menopoz döneminde yaşanan semptomları rahat geçirmelerine, cinsel yaşamda yaşanabilecek sorunların çözülmesi açısından önem teşkil edebilir. Menopoz ve semptomları nedeniyle cinsel yaşamı öncesine göre etkilenmeyen kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Yücel (2006) çalışmasında vajinal kuruluk sonucu oluşan problemlerin azalması düzenli cinsel yaşam sonucunda vajinal kanlanmanın artmasına bağlı olduğu dile getirilmektedir. Menopoz ve semptomları nedeniyle cinsel yaşamı olumsuz etkilenen kadınların menopozla birlikte cinselliklerinin bittiği düşüncesi ve bu konuda kendilerini yetersiz hissetmesiyle açıklanabilir. Menopoz ve semptomları nedeniyle eşine karşı cinsel isteğinde bir değişiklik olmayan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Nalbant (2009) in çalışmasında kadınların menopoz sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği, eşine karşı cinsel isteği ve cinsel ilişki sıklığı azaldığı sonucuna varılmıştır. Kadınlar cinsel ilişkiyi görev şeklinde gördüğü, partneri isterse cinsel birleşmenin olduğu, cinsellik konusunda söz sahibi olmadığından sebeple menopoz örüntüsü ile beraber cinselliği kısıtladıkları düşünülmektedir (Yücel, 2006).

Yaş kriterine göre 50-60 yaş aralığında olan kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha düşük olup, yaş grupları açısından yaş artıka evlilikte uyumun azaldığı bulunmuştur. (Tablo 15). Çelik (2006) in çalışmasında 51 yaş ve üzeri

kadınların evlilik doyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş ilerledikçe evlilik beklentilerinin azalması birlikte yapılan aktivitelerin azalması evlilik uyumunu azaltılabileceği düşünülebilir. Geliri giderden fazla olan kadınların evlilikte uyumu daha düşük bulunmuştur (Tablo 15). Erdoğan (2007) ın çalışmasında evlilik uyumu ile gelir düzeyi arasında fark olmadığı saptanmıştır. Şener ve Terzioğlu (2008) yaptığı çalışmada evlilik uyumunun artmasında ailenin toplam gelirinin artışının etkili olduğu saptanmıştır. Menopoz dönemindeki kadınlar emeklilik dönemine denk geldiğinden büyük bir kısmının gelirle ilgili probleminin olmamasından dolayı gelir durumunun da birlikte paylaşımı artıracağından , paylaşımın azalması evlilik uyumunu azaltılabileceği düşünülebilir.

Kronik hastalığı olmayan kadınların evlilikte uyum ölçeği ortalama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Gerekli sağlık bakımı almayan menopoz dönemindeki kadınlarda kronik hastalıklar ortaya çıkmakta ve yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmektedir (Yurdakul ve ark., 2007). Yaşam kalitesi olumsuz etkilenen kadınların dolaylı olarak evlilikleri de etkilenmektedir. Menopoza girmeyen kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Nehir ve ark., (2009) ının çalışmasında evlilik memnuniyeti ile menopoz semptomlarının arasında ters ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Menopoz sonrasında östrojen eksikliğinden kaynaklanan psikolojik, sosyal, fiziksel sorunlar yaşanabilmektedir. Menopozun getirdiği değişiklikler, kadınları olumsuz etkileyebilmekte yaşam kalitesini bozabilmektedir. Menopoz durumu yaşla beraber biyolojik, psikolojik alanlar etkilenmekte, bu etkileşimle cinsel yaşamın verdiği sıkıntılardan dolayı olarak evlilik üzerinde sorun teşkil edebileceği düşünülmüştür.

Bir yıldan daha kısa süre önce adet gören kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Nehir ve ark., (2009) un yaptığı çalışma ile uyumluluk göstermektedir. Premenopoz dönemindeki kadınları kapsayarak, cinsel ilişkideki memnuniyetin evlilik uyumunu önemli ölçüde etkilediği, adet görmenin fiziksel sağlığı da olumlu yönde etkilemesinden dolayı olduğu düşünülebilir. Menopoz semptomlarından eş etkilenmeyen kadınların evlilikte uyum ortalama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Menopoz döneminde kadınların yaşadığı duygusal, psikolojik, biyolojik değişiklikler eşleri ve evlilikleri üzerinde de dolaylı etki yaratabilmektedir. Menopozal dönem kadınların kırılmaya daha müsait ve desteğe

ihtiyacı olduğu bir d6nemdir (Koyuncu, 2015). Eşlerin menopozal d6nemi algılaması ve g6stereceği destek kadınları pozitif ya da negatif y6nde etkilemektedir (Balık, 2013). Menopoz d6neminde de kadınları manevi anlamda yalnız bırakmayan eşlerin g6stereceği etkinin evlilikte uyumun bir parçası şeklinde d6ş6n6lebilir.

Menopoz semptomlarını eşiyle paylaşan kadınların evlilikte uyum 6lçeği puan ortalaması daha y6ksek bulunmuştur (Tablo 16). Evlilik doyumunda pozitif katkı; partnerlerin duyarlılığı, d6ş6nceli davranışları, olumlu bakış açıları, iletişim kurabilmeleri gibi şekillerin olması y6n6ndedir (Demiray, 2006).Eş ile etkileşimde bulunmak, duyguları ifade etmek , iletişimin kaliteli olması psikolojik olarak rahatlama açısından kadınları etkileyebilir ve evlilik ilişkisi açısından olumlu etkisi olduğu d6ş6n6lebilir.

Ailede kararlara katılan kadınların evlilikte uyum 6lçeği ortalama puan ortalaması daha y6ksek bulunmuştur (Tablo 17). Nehir ve ark., (2009) ın çalışmasında evlilik uyumundaki artış ailede kararlara katılan kadınlarda daha y6ksek bulunmuştur. Uyumlu evlilik; karşılıklı etkileşim içinde olan , problemleri pozitif y6nde 6zebilen, evlilik ve ailevi konularda fikir birliği oluşturan çiftlerden oluşmaktadır (Erberk ve ark., 2005).Eşit derecede söz sahibi olmak ve ortaklaşa karar almak evlilik uyumunu artıran durum olarak d6ş6n6lebilir. Evliliğini 6ok iyi olarak değerlendiren kadınların evlilikte uyum puan ortalaması daha y6ksek bulunmuştur (Tablo 17). Sağlıklı ve yeterli iletişim ve partnerlerin bu durumdan elde ettiği doyumla mutlu ve uyumlu evlilik sağlanabilir. Evliliğin kalitesi ve evlilikte uyumun artmasında iletişim 6eşitleri ve d6zeyindeki anlaşmadan duyulan hoşnutluk etkendir. Evlilikte uyum iletişimden duyulan memnuniyetin artmasıyla artmaktadır (Şener ve Terzioğlu, 2008).Değerlendirme durumuna g6re 6ok iyi olarak değerlendirilen evlilikler pozitif bakış açısına sahip, aynı duyguları hissederek, aynı şeylerden zevk almayla evlilik uyumunun artabileceği d6ş6n6lebilir. Evlilikte yaşanan sorunlar karşısında konuşarak tartışan kadınların evlilikte uyumları daha y6ksek bulunmuştur (Tablo 17). Şener ve Terzioğlu (2008) nun yaptıkları çalışmada evlilikteki uyum iletişimde yaşanan sorunlar artıkça azalmaktadır. Balık (2013) ın çalışmasında menopoza ilişkin tutumların olumlu olduğu grup klimakterik d6nemde evliliği uyumlu olan kişilerden oluşmaktadır. Huzurlu ve mutlu beraberlik sağlıklı mutabakat ile iletişimde olan problemler karşılıklı

hoşgörüyü belirtmesiyle sağlanabilir. Konuşarak ortak paydada buluşmak evlilik uyumunu artırabilir.

Evlilikte şiddet gören kadınların evlilikte uyum puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Ende ve Tüfekçi (2015) nin çalışmasında eşinden şiddet görmeyen kadınların evlilik uyumu daha yüksek çıkmıştır. Erkekler ilişkideki sorunları bir yarışma gibi ele alıp kazanmaya veya kaçınmaya yönelirken kadınlar ilişkide yaşanan bir soruna karşı çözüm odaklı bir yaklaşım olarak bağışlamayı daha fazla kullanmaktadırlar (Fincham ve Beach, 2007). Türk kültüründe boşanma sonrası sosyal ve psikolojik kayıpların yaşanması bu kayıplardan kaçınmayı ve ilişkiyi devam ettirmeyi güçlendiriyor olabilir (Doğan, 1998; Yılmaz, 2002).Taysi (2010) yaptığı çalışmada evli kadınların, evlilikteki olumsuzluğu ya da ihlali daha fazla düşünüyor ve bu nedenle eşin ihlalini daha şiddetli algılıyor olabileceği sonucuna varılmıştır. Işıoğlu (2006) nun çalışmasında evlilik memnuniyetini aile içinde şiddet görmeyen azattığı saptanmıştır. Fiziksel veya duygusal şiddet gördüklerini ifade eden kadınların evlilik uyumlarının yüksek çıkması zaten menopoz döneminde olan kadınların gördükleri şiddete alışmış olmasının, evlilikte geçirilen süreyle, yıllarında verdiği alışmışlıkla, kültürel olarakta kocam beni döverde severde anlayışının hakim sürmesi, şiddeti evliliğin bir parçası olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Menopoz ve semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olan kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Biyolojik bir gereksinim olan cinsel güdüyü doyumlamak evliliğin işlevleri arasındadır. Eşlerin uyum içinde olması, cinsel güdünün doyuma ulaşması, cinsel istek ve beklentilerin karşılanması evlilikte gereklidir (Yığıtoğlu, 2009).

Menopoz ve semptomları nedeniyle öncesine göre cinsel yaşamı etkilenmeyen kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Azalan östrojen miktarı ile ve menopozu cinselliğin bitişi yada cinsellikten kurtuluş olarak gören kadınlar cinsellikte yaşanan sorunlar nedeniyle evlilikleri olumsuz etkilenebileceği düşünülebilir. Menopoz, yaşlanmayla seyreden bir olay olduğundan tıbbi hastalıklarda artmaktadır. Kadınların bazıları menopozdan sonraki döneme çocukların evlenmesi, torunların doğmasıyla gibi sebeplerle cinselliği kendilerine yasaklarlar. Menopoz döneminde, döneme özgü sosyal-kültürel etmenlerin, psikolojik sorunların cinsel doyum ve işlev sorunlarının oluşmasında biyolojik etkenlerden daha

çok etken olduğu düşünülmektedir (Peykerli ve ark., 2001; Özcan ve Beji, 2014). Menopozun cinsel hayatı olumsuz etkilediği, doğal olarak cinsel yaşamın da evlilik üzerinde önemli etkisi olduğunu bildirilmektedir (Balık, 2013). Menopoz ve semptomları nedeniyle eşine karşı cinsel isteği değişmeyen kadınların evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Kublay ve Oktan (2015) yaptığı çalışmada evli bireylerin birbirlerini duygusal, toplumsal, cinsel yönlerden tatmin etmeleri, evlilik yaşantılarının evlilikte uyumu ve getirdiği olumlu duygulanım ile öznel mutluluğu sağladığı yönündedir. Cinsel istekte azalma cinsel yaşamı olumsuz etkilemekte bu da evlilikte sorun yaşama olasılığını artırabileceği düşünülebilir.

Evlilik yaşı arttıkça menopoz semptomlarının şiddetinin azaldığı, cinsel yaşam kalitesinin arttığı, evlilik uyumunun değişmediği bulunmuştur (Tablo 19). Çoban ve ark., 2008 yaptığı çalışmada evlenme yaşı 21 ve üzerinde olanların menopozal yakınmaların daha az görüldüğü sonucuna varılmıştır. Evlilik yaşı arttıkça kendini tanıma ve olgunlaşma süreciyle menopoz semptomlarını bilmek semptomların şiddetini daha hafif geçirileceği şeklinde düşünülebilir. Literatürde evlenme yaşı arttıkça cinsel doyumun arttığı yönündeki çalışmalar evlilik yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı bulgusunu desteklemektedir (Arslan, 2000; Abalı, 2006). Özerdoğan ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada ilk evlilik yaşı arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğu görülme olasılığının azaldığı bulunmuş olup evlilik yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı bulgusuyla uyumludur. Evlilik yaşı arttıkça cinsel olarak kendine güvenin artması ve kendini daha fazla tanımanın cinsel yaşam kalitesini artırabileceği düşünülebilir. Şener ve Terzioğlunun çalışmasında evlilik yaşı arttıkça evlilikte uyumun azaldığı sonucuna varılmıştır.

Gebelik sayısı arttıkça menopoz semptomları değerlendirme ölçeği puan ortalaması artmaktadır (Tablo 19). Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak Çoban ve ark., 2008 yaptığı çalışmada gebelik sayısı 3 ve altında olanların menopozal yakınmaları daha az yaşadığı belirtilmektedir. Gebelik sayısının fazla olması hormonal olarak yaşanan değişimlerin fazla olmasından ve normal doğumların vajinal sorunlara sebep olabileceğinden menopoz semptomlarının şiddetini artırabileceği düşünülebilir.

Evlilik süresi arttıkça kadınların menopoz semptomları ölçeği puan ortalaması artmakta, cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması ve evlilik uyumu puan ortalaması azalmaktadır (Tablo 19). Evlilik süresi ilk evlenme yaşı küçük olanlarda daha fazla

çıkıldığından, evlilik yaşı artıkça menopozal semptomlar daha az görülmesi Çoban ve ark., 2008 in yaptığı çalışmayla uyumludur. Evlilik süresi artıkça menopoz semptomları da artmaktadır. Evlilik süresinin artması yaşanan gebelik sayısının fazla olabileceğinden cinsel sorunlar ve cinsel ilişkide değişikliklerin yaşanması menopoz semptomların şiddetini artırabileceği düşünülebilir.

Evlilik süresi artıkça cinsel yaşam kalitesi azalmıştır. Özerdoğan ve ark., (2009) nın yaptığı çalışmada ise cinsel fonksiyon bozukluğu ile evlilik süresi arasında ilişki olduğu, evlilik süresi atıkça cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı artmaktadır sonucuna varılmıştır. Evlilik süresi artıkça yaşa, hormonlara, kronik hastalıkların artışına bağlı cinsel yaşamın azalması beklenebilir bir sonuç olabileceği düşünülebilir.

Evlilik süresi artıkça evlilik uyumu azalmaktadır. Demiray (2006)'ın yaptığı çalışmada evlilik uyumunun ilk 10 yıldan sonra azaldığı, 16-20 yıl arasında arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Kublay ve Oktan (2015) nın yaptığı çalışmada evlilik süresi artıkça evlilik uyumunda düşüş görülmekte sadece 26-35 yıl arasındaki evliliklerde evlilikte uyumda artma görüldüğü sonucuna varılmıştır. Litaratürde evlilik süresine göre evlilik uyumunun farklılaşmadığını belirtilen çalışmalarda görülmektedir (Tutarel Kışlak ve Çabukça, 2002; Erdoğan, 2007).Evlilik süresi artıkça evlilik uyumunun azalması beraber yapılacak paylaşımların azalması şeklinde düşünülebilir.

Menopoza girme yaşı artıkça evlilikte uyum ölçeği puan ortalaması azalmaktadır (Tablo 19). Nehir ve ark. (2009) yaptığı çalışmada kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalar ile evlilik memnuniyeti arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Menopoza girme yaşının daha geç olmasının yaşla gelişebilecek hastalıkların oluşmasıyla aynı zamana denk gelmesinden dolayı evlilik uyumunu olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Menopozal belirtiler ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında ters yönde bir ilişki vardır (Tablo 20). Menopozal semptomları daha şiddetli yaşayanların cinsel yaşam kalitesi daha düşük düzeyde çıkmıştır. Nalbant (2009) un yaptığı çalışmayla uyumludur. Varma ve ark., (2006) yaptığı çalışmada klimakterik belirtilerin cinsel doyumu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Menopozal semptomlar ve adet görmenin sonlanması cinsel hayatın bitişi olarak görülebilmekte buda cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Menopozal belirtiler ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiye bakıldığında ise ters yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 20). Nehir ve ark., 2009 yaptığı çalışmada evlilik yaşantısından memnun olanların menopoza yönelik belirtileri daha az yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Tortumluoğlu ve Erci (2003) yaptığı çalışmada ise evlilik yaşantısındaki memnuniyet durumu ile menopoz dönemindeki yakınmalarda farklılık oluşturmadığı bildirilmektedir. Balık (2013) çalışmasında da evlilik uyumu ve menopoz semptomları arasında negatif yönde ve orta düzeyde önemli bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Menopozal semptomlar kadınlarda hormonal, fizyolojik değişikliklere sebep olduğundan eşler bu durumdan olumsuz etkilenebilir.

Cinsel yaşam kalitesi ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiye bakıldığında ise pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Tablo 20). Çağ ve Yıldırım (2013) yaptığı çalışmada cinsel yaşam memnuniyetinin evlilik doyumunu ikinci sırada yordadığı sonucuna varılmıştır. Abalı (2006) yaptığı çalışmada zamanla eşlerin cinsel anlamda birbirlerini mutlu edememelerinin verdiği moral bozukluğunun, evlilik ve aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Cinsel yaşam evliliğin çok önemli kriterlerinden biri olduğu için cinsel yaşamın iyi olma hali evlilikte uyumu artırması beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Çalışma kapsamına alınan kadınların menopoz semptomları değerlendirme ölçeği puan ortalaması (26,39±9,7) olduğu belirlendi. Menopoz semptomları taşıyan kadınların psikolojik semptomları (11,48±4,0) daha çok yaşadığı saptandı Menopoz semptomları taşıyan çalışma kapsamına alınan kadınların cinsel yaşam kalitesi-kadın ölçeği puan ortalaması 56,10 ±22,5 olduğu belirlendi. Menopoz semptomları taşıyan çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik uyum ölçeği puan ortalaması 39,44±10,8 olduğu belirlendi (Tablo 6).
- Çalışma kapsamına alınan 40-50 yaş grubunda olan, öğrenim düzeyi daha düşük olan, çalışan kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı bulunmuştur (Tablo 7).
- Çalışma kapsamına alınan kronik hastalığı olmayan, , menopoza girmemiş, bir yıldan önce adet gören, menopoz semptomlarından eşi etkilenmeyen, menopoz konusunda bilgisi olan kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı bulunmuştur (Tablo 8).
- Çalışma kapsamına alınan ailede kararlara katılan ve evlilikte şiddet görmeyen kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı bulunmuştur (Tablo 9).
- Çalışma kapsamına alınan menopoz semptomları başlamadan düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olan, menopoz semptomlarından cinsel hayatı etkilenmeyen, menopoz semptomları nedeniyle eşine karşı cinsel isteği etkilenmeyen kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı bulunmuştur (Tablo 10).
- Çalışma kapsamına alınan 40-50 yaş aralığında olan ve çalışan kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 11).
- Çalışma kapsamına alınan kronik hastalığı olmayan, menopoza girmeyen, bir yıldan kısa süre önce adet gören, menopoz ve semptomlarından eşininin etkilemediğini ifade eden kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 12).
- Çalışma kapsamına alınan ailede kararlara katılan, evliliğini çok iyi olarak değerlendiren, sorunlar karşısında konuşarak tartışma tutumu sergileyen kadınların cinsel yaşamlarının daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 13).

- Çalışma sonucunda menopoz semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olanların, menopoz semptomlarından cinsel hayatı etkilenmeyenlerin, menopoz semptomları nedeniyle eşine karşı cinsel isteğinde değişiklik olmayanların cinsel yaşam kalitesi daha yüksek çıkmış olup, cinsel hayatlarının daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 14).
- Çalışma kapsamına alınan 40-50 yaş aralığında olan ve aylık geliri giderden az olan kadınların evlilik uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 15).
- Çalışma kapsamına alınan kronik hastalığı olmayan, menopoza girmeyen, bir yıldan önce adet gören, menopoz semptomlarından eşi etkilenmeyen, menopoz şikâyetlerini eşiyle paylaşan kadınların evlilik uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 16).
- Çalışma kapsamına alınan ailede kararlara katılan, evliliğini çok iyi olarak değerlendiren, ailede yaşanan sorunlarda konuşarak tartışan, evlilikte şiddet gören kadınların evlilik uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 17).
- Çalışma kapsamına alınan menopoz semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici cinsel yaşamı olan, menopoz semptomlarından cinsel hayatı etkilenmeyen, menopoz semptomlarından dolayı eşine karşı cinsel isteği etkilenmeyen kadınların evlilik uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 18).
- Çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik yaşı artıkça menopoz semptomlarının azaldığı, gebelik sayısı artıkça menopoz semptomlarının arttığı, evlilik süresi artıkça menopoz semptomlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 19).
- Çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik yaşı artıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı, evlilik süresi artıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik süresi artıkça evlilik uyumunun azaldığı, menopoza girme yaşı artıkça evlilikte uyumun azaldığı saptanmıştır (Tablo 19).
- Çalışma kapsamına alınan kadınların menopoz semptomlarının artışı cinsel yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Cinsel yaşam kalitesinin artışı evlilikte uyumu artırdığı sonucuna varılmıştır (Tablo 20).

Öneriler

* Menopoz semptomlarını kadınların çoğu şiddetli olarak yaşadığından dolayı, menopoz semptomlarının şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltma, semptomlarla baş etme, menopoz konusunda bilgilendirme, eğitim verme hizmetlerinin yürütülmesi adına menopoz polikliniklerinin oluşturulması ve hemşirelerinde menopoz konusunda yeterli bilgiye sahip danışmanlık hizmeti vermede etkin rol alması,

* Menopoz dönemindeki kadın sadece ürojinekolojik açıdan değil psikolojik açıdan da değerlendirilmeli ve eğitim programlarının multidisipliner olarak yapılması,

* Öğrenim düzeyi daha düşük ve sosyokültürel olarakta menopoza kadınlığın bitişi olarak, cerrahi olarak menopoza girenler uterusun alınması sonucunda da organla ilişkilendirerek, cinselliğin artık bitişi şeklinde tanımlamalar yapabilmektedir. Bu anlamda menopozun cinsellikte bitiş noktası olmadığı sadece bir geçiş süreci olduğu konusunda bilgilendirilmeleri,

* Çoğu hastanın şikayeti olmakla beraber menopozla yaşanabilecek semptomların sonucu olarak vajinal kuruluştan dolayı ağırlı cinsel ilişki duyduklarından kadınlar cinsellikten kaçmaktadırlar. Kadınlar yaşadığı semptomları söylemesi konusunda desteklenmeli ve kadınlara semptomların tedavisi konusunda eğitimlerin verilmesi,

* Çalışmada çalışan kadın ve öğrenim düzeyi yüksek olan kadın sayısı azdır. Bu nedenle çalışmanın farklı sosyokültürel kadınlarda karşılaştırılmalı olarak tekrar edilmesi, menopozal belirtilerin cinsel yaşam ve evlilik uyumundaki etkisini daha iyi açıklamak için, daha büyük örneklem grubunda yapılması,

* Menopoz semptomlarının cinsel yaşam ve evlilik uyumunda etkileri olmakla beraber, menopoz dönemindeki kadınların aile danışmanlığı kapsamında ailelerinin sosyal olarak desteklenmesi, hemşirelerin hemcinsleri olarak daha yakın olarak gören kadınların cinsel paylaşımı daha kolay olabileceğinden bu konuda daha etkin rol alması gerektiği,

* Kadınların premenopoz, menopoz, postmenopoz dönemleri ve doğal, cerrahi olarak menopoza girme durumları menopoz semptomlarının etkisi açısından farklı sonuçlar çıkaracağından, bu durumların ayrılarak araştırma yapılması gerektiği önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abalı S. Boşanmak için başvuran kadınların evlilikteki cinsel yaşamlarını boşanma nedeni olarak görme durumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006; 12-108.
- Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology* 2006; 107(4):755-764.
- Altınsoy N. Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2002; 5-109.
- Amore M, Donato PD, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, Zucchini S. Sexual And Psychological Symptoms İn The Climacteric Years. *Maturitas* 2007; 56 (3):303-311.
- Arslan AŞ. Eğitim Düzeyi, Cinsiyet, Boşanma Nedeni ve Sosyal Statünün Kadının Boşanma İsteğine İlişkin Algılar Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000; 1-74.
- Atasü T, Şahmay S. Klimakteryum Ve Menopoz, Jinekoloji (Kadın Hastalıkları), 2. Baskı, İstanbul, Nobel tıp kitapevi, 2001; 657-674.
- Atasü T. Menopoz Tedavisi Ve Kanser. 1.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2001; 109-137
- Atik Nalbant M. Menopozal Semptomlar İle Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Yüksek lisans Tezi, 2009; 1-42, 105-120
- Avcı S. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 3-32.
- Avis NE, Brockwell S, Randolph Jr JF, Shen S, Cain VS, Ory M, Greendale GA. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2009; 16(3):442-452.
- Aydoğmuş S, Yavuz B. Geriatrik yaş grubunda kadın sağlığı: Yaşla beraber gelişen jinekolojik ve fizyolojik değişiklikler. *Akad Geriatri* 2011; 3:13-16.
- Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC women's health* 2010; 10(1):2-14.
- Balık D, Menopozun Evlilik İlişkileri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, ,Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 6-20, 28-50

- Bartlık B, Goldstein MD, Marion Z. Practical geriatrics: maintaining sexual health after menopause. *Psychiatric Services* 2000; 51(6):751-753.
- Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. The review of approaches and cross-cultural studies related to menopause. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002; 5(2):5-12.
- Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2011; 5(4):37-46
- Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009; 23(1):25-32.
- Cabral PU, Canário AC, Spyrides MH, Uchôa SA, Eleutério J, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2013; 120(3):271-274.
- ergünChae HD, Choi SY, Cho EJ, Cho YM, Lee SR, Lee ES, Park HM. Awareness and experience of menopausal symptom and hormone therapy in korean postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine* 2014; 20(1):7-13.
- Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2013; 4(39):13-23.
- Çalışkan E, Çorakçı A, Doğer E, Coşkun E, Özeren S, Çorapçıoğlu A. Türk Kadınlarının Menopoza Geçiş İle Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyonlarının ve Yaşam Kalitesinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences* 2010; 30(5):1517-1523.
- Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function. *European Urology Supplements* 2004; 72:52-57.
- Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 16-29.
- Çelik CK. Eğitim Yöneticilerinin Meslekî Tükenmişlikleri İle Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, Yüksek Lisans Tezi*, 2006; 34-40, 46-90.
- Çelik M, Tümkaya S. Öğretim elemanlarının evlilik uyumu ve yaşam doyumlarının iş değişkenleri ile ilişkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012; 13(1): 223-238.
- Çetin ÖE, Eroğlu K. Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 8(4):214-224.
- Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları Ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal

- Yakınmalar Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 22 (6):343-349.
- Davis SR, Jane F. Sex and perimenopause. Australian family physician 2011; 40(5): 274-277.
- Demiray Ö. Evlilikte uyumun demografik özelliklere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 1-53.
- Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, Marci R, Cosmi E. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. Menopause 2004;11(1):49-56.
- Doğan E. Evli ve boşanmışlarda yalnızlık, depresyon, benlik saygısı ve denetim odağı inancı, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 1998; 61-68.
- Eker E. Menopozda Psikiyatrik Sendromlar Ve Cinsellik. Ertüngealp E, Seyisoğlu H, Menopoz ve Osteoporoz, 1. Baskı, İstanbul. Form reklam hizmetleri, 2000; 38-41.
- Elavsky S, McAuley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. The European Menopause Journal Maturitas 2005; 52(3):374-385.
- Ende Z, Tüfekçi FG. Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Evlilik Uyumu ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;102-113.
- Ensrud KE, Stone KL, Blackwell TL, Sawaya GF, Tagliaferri M, Diem SJ, Grady D. Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. The North American Menopause Society. Menopause 2009; 16(2):290-292.
- Er S, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R ve Rosanio S. Kronik kalp yetmezliği olan kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğu prevalansı ve klinik ilişkisi. Androloji Bülteni 2008; 180-181.
- Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam 2005; 18(2):72-81.
- Erdem Ö. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar Ve Baş Etme Yolları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 1-77.
- Erdoğan S. Evlilik uyumu ile psikiyatrik rahatsızlıklar, bağlanma stilleri ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2007; 4-87.
- Erel CT. Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir? .Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2004; 6:53-57.

- Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1):469-483.
- Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:108-112.
- Fincham FD, Beach SR. Forgiveness and marital quality: Precursor or consequence in well established relationships? Journal of Positive Psychology 2007; 2(4):260-268.
- Fritel X, Ringa V, Quiboeuf E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 2012; 91(8):901-910.
- Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of sexual functioning among mid-life women. Climacteric 2007; 10(2):132-142.
- Görgel EB, Çakıroğlu FP. Menopoz Döneminde Kadın. 1.Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2007; 3-10.
- Güler M. Premenopoz Ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Beslenmeye Bağlı Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2015;4-6
- Güney N.Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 10-16.
- Güngör L. Elazığ Yeni Mahalle Eğitim Ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menapoz Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Uzmanlık Tezi, 2003; 8-10
- Gürkan ÖC. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. Hemşirelik Forumu Dergisi 2005; 30-35.
- Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the menopause rating scale (MRS). Health and quality of life outcomes, 2003; 1(1): 28.
- Hekim N. Menopozun Oluşumu Ve Devamındaki Endokrinolojik Değişikler Ve Getirdiği Sorunlar. Atasü T, Özekici Ü, Hekim N. Editörler, Menopoz Tedavisi Ve Kanseri, 1.Baskı, İstanbul, 2001; 63-95.
- Hidayet NM, Sharaf SA, Aref TA, Tawfik TA, Moubarak II. Correlates of age at natural menopause: a community-based study in Alexandria. EMHJ 1999; 5(2): 307-319.
- Hisli Şahin N, Durak Batıgün A, Alkan Pazvantoğlu E. Cinsel İşlevlerdeki Sorunlarda Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfkenin Rolü. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(1):18-25.
- Hotun N. Kadınların Klimakterium Dönemlerine Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi,1996; 3-27.

- Im EO, Ko Y, Chee W. Ethnic differences in the clusters of menopausal symptoms. *Health care for women international* 2014; 35(5):549-565.
- International Menopause Society, 2017, MenopauseTerminology.
http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php, 2017.
- Işıloğlu B. Anksiyete ve depresyon tanısı ile izlenen evli kadınlarda aile içi şiddetin sosyodemografik faktörler, çift uyumu ve hastalıkla ilişkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2006; 94-100.
- İlter E. Raloksifen Hidroklorid'in Postmenopozal Düşük Kemik Mineral Yoğunluklu Kadınlarda Kullanımı Ve Etkileri. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005; 6-12.
- İnceboz Ü, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Manisa Bölgesinde Yaşayan Klimakterik Dönem Kadınlarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 27(2):111-116
- Jones M, Eichenwald T, Hall Nw. Menopoz For Dummies Meraklısına, Öztekin Ç, çeviri, 1.Baskı, İstanbul, Doğan Egmont Yayıncılık, 2007; 143-218.
- Kadıoğlu A, Önem K, Ahmedov İ, Kadın Cinsel Fonksiyon Disfonksiyonun Patofizyolojisi. Kadıoğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman Ö, Çayan S, Usta M, Kendirci M, editörler; Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, 2004; 620-29.
- Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z. Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. *Nursing and Midwifery Studies* 2012; 1(2):88-93.
- Karadavut K, Basaran A, Çakçı A. Osteoporoz Tedavisinde Vitamin D'nin Yeri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002; 5(3):115-122.
- Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 54-64.
- Karanisoğlu H. Klimakterik Dönem, Coşkun A. Editör, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 2.Baskı, İstanbul, Birmat Matbaacılık, 2000; 204-2012.
- Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 159-160.
- Kaymak Y, Tırnaksız F. Menapoz Ve Deri, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2006; 26(6):675-684.
- Kazerooni T, Talei AR, Sadeghi-Hassanabadi A, Arasteh MM, Saalabian J. Reproductive behaviour in women in Shiraz, Islamic Republic of Iran. *EMHJ* 2000; 6(2/3):517-521.

- Kıslak ŞT, Çabukça F. Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2002; 5(5):35-41
- Koç M, Titiz H. Kadın Yöneticilerde İş Tatmin Düzeylerinin Orta Yetişkinlik Dönemi Açısından İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2016; 15: 346-348.
- Korugan Ü. Menopozda Beslenme. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Editör, Menopoz ve Osteoporoz, İstanbul, Form Reklam Hizmetleri. 2000; 343-345.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(1):86-91.
- Koyuncu T. Beylikova'da Orta Yaş Kadınlarda Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi Ve Sağlık Eğitiminin Menopoz Semptomları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015; 5-12, 34-50.
- Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Gün, Ç. Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: Bir literatür incelemesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014; 11(1):9-17.
- Krajewska K, Krajewska-Kulak E, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodosopoyloy E, Rolka H. Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS Scale. Preliminary report. *Adv Med Sci* 2007; 52(1):140-143.
- Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Annals of internal medicine* 2002; 137(10):805-813.
- Kublay D, Oktan V. Evlilik Uyumu: Değer Tercihleri ve Öznel Mutluluk Açısından İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2015; 5(44):25-35.
- Kutlu R, Çivi S, Pamuk G. Postmenopozal Kadınlarda Osteoporoz Sıklığı ve FRAX™ Skalası Kullanılarak 10 Yıllık Kırık Riskinin Hesaplanması. *Journal of Physical Medicine Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 2012; 15(2): 126-127.
- Küçükardalı Y, Solmazgül E, Kaplan M, Sahan B, Salmanoglu M. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Popülasyonunda Osteoporoz Taraması, *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9(1):25-29.
- Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. *Journal of women's health* 2010; 19(5):975-985.
- Locke HJ, Wallace KM. Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and family living* 1959; 21(3): 251-255.

- Mattar CN, Chong Y. S, Su LL, Agarwal AA, Wong PC, Choolani M. Care Of Women In Menopause: Sexual Function, Dysfunction And Therapeutic Modalities. Annals Academy of Medicine 2008; 37(3):215.
- Morelli V, Naquin C. Alternative therapies for traditional disease states: menopause. American family physician 2002; 66(1):129-134.
- National Center for Complementary and Integrative Health, Menopause <https://nccih.nih.gov/health/menopause>, 2016.
- National Institutes of Health, Menopausal Symptoms: In Depth. [https://nccih.nih.gov/health/menopause/menopause symptoms](https://nccih.nih.gov/health/menopause/menopause_symptoms), 2016 .
- Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Menopozal Belirtilerin Ve Evlilik Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31(1):15-21.
- Northrup C. Menopoz gerçeği. Doruker Füsün. Editör, çeviri. 1. Baskı, Ankara, Altın kitaplar yayınevi, 2005; 290-315.
- Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. The Journal of urology 2006; 175(2):654-658.
- Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Osteoporoz Risk Faktörlerinin Kemik Mineral Yoğunluğuyla İlişkisi. Türk Osteoporoz Dergisi 2013; 1(19):74-80.
- Oskay ÜY, Klimakterium Döneminde Cinsellik, İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi 2004, 13(52):59-61.
- Öge A. Yaşlanmayla Oluşan Endokrin Değişiklikler Ve Tedavi Yaklaşımları. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (2):117-121.
- Özbaş S, Özkan S. Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(5):541-542.
- Özcan H, Beji NK. Menopoz Döneminde Cinsellik. Androloji Bülteni 2014; 58:209-210.
- Özdemir E. Serum Prolaktin, Homosistein Ve Hs-Crp Düzeylerinin Postmenopozal Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Gruplarında Karşılaştırılması. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2012; 10-12.
- Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2):46-59.
- Özgür N. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 4-10, 54-90

- Özkan A. Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 13-15, 6-75.
- Özkan AGZ ve Beji NK. Psikolojik ve kişilerarası etmenlerin cinsel fonksiyon üzerine etkileri. *Androloji Bülteni* 2014; 58:203-207.
- Palacios S, Tobar AC, Menendez C. Sexuality In The Climacteric Years. *Maturitas* 2002; 43:69-77.
- Peykerli G, Ekşi A, Ertem Vehit H. Bir grup Türk kadınının menopozla ilgili duygu ve düşünceleri, Atasü T. Editör, Menopoz Tedavisi ve Kanser, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2001; 35-46.
- Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 2006; 18(4):382-395.
- Sardoğan ME, Karahan TF. Evli bireylere yönelik bir insan ilişkileri beceri eğitimi programının evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2005; 38(2):89-102.
- Schmitt NM, Schmitt J, Dören M. The role of physical activity in the prevention of osteoporosis in postmenopausal women—an update. *Maturitas* 2009; 63(1): 34-38
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112(5):970-978.
- Shin C, Lee S, Lee T, Shin K, Yi H, Kimm K, Cho N. Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2005; 59(4):395-402.
- Sis A. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 2-16.
- Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, Woods N. Executive Summary: Stages Of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001. *Menopause* 2001; 8(6):402-407.
- Sowers M, Zheng H, Tomey K, Gutierrez CK, Jannausch M, Li X, Yosef M, Symons J. Changes in body composition in women over six years at midlife: ovarian and chronological aging. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2007; 92(3):895-901.
- Sprecher S. "I love you more today than yesterday": romantic partners' perceptions of changes in love and related affect over time. *Journal of personality and social psychology* 1999; 76(1):46-53.
- Stotland NL, Smith TE. Psychiatric consultation to obstetrics and gynecology: Systems and syndromes. *Rev Psychiatry*, 1990; 9: 537-563.

- Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of sex ve marital therapy* 2005; 31(5), 385-397.
- Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel Yaşam Ve Sorunları. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, (CETAD), İstanbul, 2006; 7-10.*
- Şahin S, Sözeri C, Cevahir C. Menopoz Ve Cinsel Yaşam, *Androloji Bülteni, 2008; 168-173.*
- Şen E, Saruhan A. Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi İle İlgili Kanıta Dayalı Çalışmalar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2010; 20 :20 .*
- Şener A, Terzioğlu G. Bazı Sosyo-Ekonomik Ve Demografik Değişkenler İle İletişimin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Araştırılması. *Aile ve Toplum Dergisi 2008; 4 (13):7-19.*
- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2008; 5(2):105-110.*
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Ankara. Sistem Ofset. 2007; 451-464.
- Taşkın L. Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 13.baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016; 677-687.
- Taysi E. Evlilikte Bağışlama: Evlilik Uyumu ve Yüklemelerin Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi 2010; 25(65), 40-50.*
- Timur S, Hotun Şahin N. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3):61-67.*
- Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları ve Menopoz İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 6:77-90.*
- Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Doktora Tezi, 2003; 17-19.*
- Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk Kadınlarında Menopoz. *Journal of Human Sciences, 2006; 1-7.*
- Tot Ş. Menopozun Psikiyatrik Yönleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5(2):114-119.*
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal 2010; 32(2):172-180.*
- Tuna V. Cerrahi Menopoz Ve Doğal Menopoz Olgularında Kan Lipid Profili, Trombotik Sistem, Arteriyel Elastisite Ve Psikoseksüel Parametrelerdeki Değişiklikler. *Bakırköy Doğumevi Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2005; 21-23.*

- Tunç N. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi, Yakınma Ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 24-26.
- Tutarel-Kışlak Ş. Evlilik Uyumu Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, 3P Dergisi 1999; (7):50-57.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/2013>.
- Tüzün S, Aktas İ, Akarırmak Ü, Sipahi S, Tüzün F. Postmenopozal osteoporozda yoga eğitiminin denge ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Türk Osteoporoz Dergisi 2004; 10(3):118-122.
- Ulusoy MN, Kukulcu K. Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2(2):206.
- Ünsaldı R. Evlilik uyumunun ve çeşitli değişkenlerin menopoza ilişkin belirtilerle ilişkisinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2004; 55-66
- Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik Belirtiler ve Cinsel Doyum Arasındaki ilişki. Yeni Symposium Journal 2006; 44(4):183-184.
- Waetjen LE, Ye J, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampselle CM, Gold EB. Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. Obstetrics and Gynecology 2009; (5):989.
- Warren MP. Menopausal hot flashes: how long do they really last?. The North American Menopause Society. Menopause 2009; 16(3):427.
- World Health Organization. "Developing sexual health programmes: a framework for action.2010; 2-10.
- Yalçın H. Evlilik Uyumu İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2014; 3(1):250-252.
- Yıldırım M. Menopoz Ve İnfertilite. Seyisoğlu H, Ertüngealp E, Editörler, Menopoz Ve Osteoporoz, İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2000; 312-314.
- Yıldırım T. Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi, tutum ve davranışları. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, Uzmanlık Tezi, 2008; 12-14.
- Yıldırım A. Postmenopozal Hormon Replasman (Yerine Koyma) Tedavisi Ve Kardiyovasküler Sistem. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2010; 38(1):32-40.
- Yılmaz AE. Boşanmış bireylerin duygusal ve sosyal uyumu ve psikolojik sıkıntılarının çocuklarla ilgili konularda algılanan güç-kontrol, algılanan sosyal destek ve demografik özelliklerden yordanması. Orta Doğu Üniversitesi Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2002; 70-85.

Yiğitoğlu S. Adölesan Gebe Ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 8-10.

Yörük F. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde plısıt modelin etkinliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Yüksek lisans tezi, 2013; 19-52.

Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 21(5):187-193.

Yücel Ç. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının Ve Baş etme Durumlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006; 1-13.



EKLER

Ek-1 Anket Formu

MENOPOZ SEMPTOMLARININ CİNSEL YAŞAM ve EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Kadın ve Doğum Hastalıkları Polikliniğine menopozal belirtilerle başvuran; 40-60 yaşındaki kadınlarda menopoz semptomlarının cinsel hayatı ve evlilik uyumunu nasıl etkilediğini belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yeliz GÖRMÜŞ

KİŞİYİ TANITICI BİLGİ FORMU

1-Yaşınız:

2-Eğitim düzeyiniz: ()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul () Ortaokul

()Lise ()Üniversite

3-Eşinizin Eğitim Düzeyi: ()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul () Ortaokul

()Lise ()Üniversite

4-Kaç yaşında evlendiniz?

5-Çalışma Durumunuz: ()Evet ()Hayır

6-Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz: ()Gelir giderden az

() Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

7-Aile tipiniz: ()Geniş ()Çekirdek

8-Gebelik sayınız: () Yaşayan çocuk () Düşük çocuk ()Kürtaj () Ölü doğum

9-Evde kimlerle birlikte yaşadığı:()Eşi ()Aile üyeleri ()Çocukları () Tek başına

10-En uzun yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

11-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı: () Evet () Hayır

12-Evlilik süresiniz:

13-Ailede kararlara katılma durumu? () Evet () Hayır ()Kısmen

14- Menopoza girdiniz mi? ()Henüz menopoza girmedim ()Doğal menopoz

()Cerrahi Menopoz

15-Menopoza girme yaşıınız?

16-En son ne zaman adet gördünüz? () 1 yıldan daha kısa süre önce () 1-3 yıl

() 4 yıl ve öncesi

17- Menopoza yönelik bilginiz var mı? () Var ()Yok ()Kısmen

18- Menopoz semptomlarının eşinizi etkileme durumu: () Etkiledi () Etkilemedi

()Kararsızım

19- Menopoz şikayetlerini kiminle paylaştınız? ()Hiç kimseyle paylaşmadım

()Çocuk ()Eşim ()Arkadaş/Akraba ()Doktor/Hemşire

20- Menopoz yakınmaları için ilaç/bitki kullandınız mı? () Evet () Hayır

21- Evliliğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? () Çok iyi () İyi ()Orta () Kötü

22-Sorunlar karşısında nasıl bir tutum sergiliyorsunuz? () Konuşarak tartışmayla

() Sessiz kalıyorum ()Kavga-şiddet boyutunda () Ailelere, çevreye yansıtarak

23-Evlilikte şiddet görüyor musunuz? () Evet () Hayır

24- Menopoz ve semptomları başlamadan önce düzenli ve tatmin edici bir cinsel yaşamınız var mıydı?

Var Yok

25- Menopoz ve semptomları genel olarak cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

Öncesine göre olumsuz Etkilemedi

26- Menopoz ve semptomları cinsel açıdan eşinize karşı isteğinizi nasıl etkiledi?

Öncesine göre azaldı Etkilemedi



Ek-2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

	0	1	2	3	4
	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
1. Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					

8.Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçıрма)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					

Ek-3 Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Türkçe Formu Ölçeği

1=Tamamen katılıyorum

2=Büyük ölçüde katılıyorum

3=Kısmen katılıyorum

4=Kısmen katılmıyorum

5=Büyük ölçüde katılmıyorum

6=Hiç katılmıyorum

	1	2	3	4	5	6
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli/zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
5.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
6.Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10.Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
11.Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						

12.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
13.Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
14.Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
15.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
16.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
18.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

Ek-4 Evlilik Uyum Ölçeği

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığımız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

* * * * *

Çok						
Mutsuz			Mutlu			Çok Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki **anlaşma** ya da **anlaşmazlık** derecesini yaklaşık olarak(**X**) şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığım ız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
2. Aile bütçesini idare etme	()	()	()	()	()	()
3. Boş zaman etkinlikleri	()	()	()	()	()	()
4. Duyguların ifadesi	()	()	()	()	()	()
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()
6. Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()

7. Toplumsal

kurallara

**uyuma(doğru, iyi veya
uygun davranış)**

() () () () () ()

8. Yaşam felsefesi

() () () () () ()

9. Eşin akrabalarıyla

anlaşma

() () () () () ()

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanındaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- () Erkeğin susması ile
() Kadının susması ile
() Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- () Hepsini
() Bazılarını
() Çok azını
() Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- () Dışarıda bir şeyler yapmayı
() Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

Dışarıda bir şeyler yapmayı

Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

Sık sık

Arada sırada

Çok seyrek

Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

Aynı kişiyle evlenirdiniz

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz

Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman

Nadiren

Çoğu konularda

Her konuda

Ek-5 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/2152-144

25.02.2016

Sayın Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Menopoz semptomlarının cinsel yaşam ve evlilik uyumu üzerine etkisi** başlıklı OMÜ KAEEK 2015/469 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 24.12.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-6 On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kullanım İzini



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-044-E.30009
Konu : Anket çalışması hk.

24/03/2016

SN.YELİZ GÖRMÜŞ
Hemşire

"Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşam ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi" konulu anket çalışmanızın uygun görüldüğünü belirtir Kadın Hastalık ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının 22.03.2016 tarih ve 29372 sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Esra KUŞ
Dahili: 2327
esra.kilic@omu.edu.tr

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Ek-7 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzini

Merhaba Yeliz,

Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğini, çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarım. Çalışmalarında başarılar dilerim. Ölçeğin yayınlandığı makaleye

www.kadinvehastaliklari.com isimli sitemdeki özgeçmişimden ulaşabilirsin.

İyi çalışmalar.

Yrd.Doç.Dr.Özlem CAN GÜRKAN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

e mail: ozlemcan@marmara.edu.tr

Ek-8 Cinsel Yaşam Kalitesi –Kadın Türkçe Formu Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Uz,
Tez çalışmanızda ölçeği kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Başarılı bir çalışma olması dileğiyle iyi çalışmalar.
Ölçek ve makale ektedir.

??
Yrd. Doç. Dr. Nilfer TUUT
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
58140 KAMPUS/VAS

Gönderen: YELİZ UZ GÖRMÜŞ
<yelizlara@hotmail.com>
Gönderildi: 3 Mayıs 2017 Çarşamba 14:10
Kime: nlfr_yildirim@hotmail.com
Konu: İlt: ölçek hakkında

Merhaba ölçeği kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar dilerim.
Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

Gönderen: YELİZ UZ GÖRMÜŞ
<yelizlara@hotmail.com>
Gönderildi: 2 Mayıs 2017 Salı 11:41:27
Kime: ZEHRA GÖLBAŞI
Konu: İlt: ölçek hakkında

Gönderen: YELİZ UZ GÖRMÜŞ
<yelizlara@hotmail.com>
Gönderildi: 1 Mayıs 2017 Pazartesi 22:53
Kime: zgolbasi@cumhuriyet.edu.tr
Konu: ölçek hakkında

Ek-9 Evlilik Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Merhaba,
Tezinizde EUÖ'yü kullanabilirsiniz.
Ölçek ve makale ektedir.
ŞK

Prof.Dr.Şennur Tutarel Kışlak
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Sıhhiye-Ankara
0312 310 32 80/1401

Gönderen: YELİZ UZ GÖRMÜŞ

<yelizlara@hotmail.com>

Gönderildi: 25 Nisan 2017 Salı 09:48

Kime: sennurkislak@hotmail.com;

kislak@ankara.edu.t

Konu: ölçek hakkında

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yeliz GÖRMÜŞ

Doğum Yeri: SAMSUN

Doğum Tarihi: 11.08.1985

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu 2004-2008

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Evde Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2014-2017

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Pediatri Cerrahi Servisi 2008-2009

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ameliyathane 2009-2017

E-posta: yelizlara@hotmail.com