

# Türk Kadınlarının Menopoza Geçiş ile Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyonlarının ve Yaşam Kalitesinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi

## Evaluation of Sexual Function and Quality of Life in Menopausal Transition and Menopause in a Cohort of Turkish Women

Dr. Eray ÇALIŞKAN,<sup>a</sup>  
Dr. Aydın ÇORAKÇI,<sup>a</sup>  
Dr. Emek DOĞER,<sup>a</sup>  
Dr. Ebru COŞKUN,<sup>a</sup>  
Dr. Semih ÖZEREN,<sup>a</sup>  
Dr. Aytül ÇORAPÇIOĞLU<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
<sup>b</sup>Psikiyatri AD,  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kocaeli

Geliş Tarihi/Received: 18.11.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 04.05.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Emek DOĞANER  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Kocaeli,  
TÜRKİYE/TURKEY  
emekdoger@yahoo.com

**ÖZET Amaç:** Menopoza geçiş dönemindeki ve çeşitli sebepler ile menopoza girmiş Türk kadınlarında cinsel fonksiyonların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma spontan gelişmiş menopozdaki 150 kadın, cerrahi olarak menopoza girmiş 50, prematür menopoz tanılı 50 ve menopoza geçiş döneminde 50 olmak üzere toplam 300 Türk kadını üzerinde kısaltılmış Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-bref) ve Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanılarak prospektif yöntem ile gerçekleştirildi. **Bulgular:** Gruplarda toplam cinsel disfonksiyon hızı %60 ile %78 arasında değişmekteydi ( $p=0.1$ ). Prematür menopoz tanılı kadınlar WHOQOL-bref anketinde psikolojik sağlık alanındaki en düşük skorlara sahipti. ( $p=0.02$ ). Evlilik süresi, vazomotor semptomlar ve GRISS ölçeğinde cinsel disfonksiyon varlığı ile yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon tespit edildi. Logistik regresyon analizleri cerrahi menopozun anorgazmi riskini artırdığını, hormon tedavisi ve eğitim süresindeki her bir yıllık artışın ise anorgazmi riskini azalttığını gösterdi. Vazomotor semptomların varlığı ile evlilik yılındaki artışların eşler arasında iletişimsizliğe, spontan, cerrahi ve prematür menopozun ise ilişki sıklığında azalmaya neden olduğu tespit edildi. **Sonuç:** Perimenopozal Türk kadınlarından elde edilen kesitte cinsel disfonksiyonun yüksek oranda görüldüğü ve cinsel disfonksiyon ile yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Çalışmamız; menopoz ve sonuçlarına ilaveten farklı değişkenleri de değerlendirerek perimenopozal kadınlardaki cinsel disfonksiyonun çok yönlü doğasını açıklayan bulgular sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Perimenopoz; yaşam kalitesi; cinsellik

**ABSTRACT Objective:** To evaluate sexual function and quality of life in a Turkish cohort of women in menopausal transition and menopausal women with various causes of menopause. **Material and Methods:** A prospective study was conducted on 300 Turkish women with spontaneous menopause ( $n=150$ ), induced menopause ( $n=50$ ), premature menopause ( $n=50$ ) and at menopausal transition ( $n=50$ ). World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-bref) and Glombok Rust Inventory of Sexual satisfaction were used. **Results:** Overall sexual dysfunction ranged between 60 % to 78 % among different groups ( $p=0.1$ ). Women with premature menopause had the lowest score in the psychological health domain of WHOQOL-bref ( $p=0.02$ ). Time elapsed since marriage, vasomotor symptoms and presence of sexual dysfunction in GRISS subscales were all negatively correlated with the quality of life scores. Logistic regression analysis revealed that induced menopause increased anorgasmia while hormone therapy and every increase in education years decreased the risk. Presence of vasomotor symptoms and long time elapsed after marriage in years increased the risk of non-communication. Spontaneous, induced and premature menopause increased the risk of infrequency. **Conclusion:** A high rate of sexual dysfunction was noted in this Turkish cohort. Sexual dysfunction was negatively correlated with quality of life scores. Our study provides evidence to multifaceted nature of sexual dysfunction in perimenopausal women including many variables other than menopause and its consequences.

**Key Words:** Perimenopouse; quality of life; sexuality

**M**enopoz, kadının cinsel yaşamının fiziksel ve anatomik değişikliklerden olduğu kadar psikolojik değişimlerden de etkilendiği bir dönemdir.<sup>1</sup> Menopozla geçiş algısı sosyokültürel özelliklerden ve yaşam stilinden güçlü şekilde etkilenir.<sup>2</sup> Her ne kadar güncel literatür, menopozun cinsellik üzerine olumsuz etkilerini azalmış östrojen ve androjenlere odaklanarak açıklamaya çalışsa da bu hormonların fizyolojik dozlardaki replasmanı ile istenen sonuçlar elde edilememektedir.<sup>3,4</sup> Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini tanımlarken, bireyin yaşadığı yerin kültürünü ve değer yargılarını algılamasını, hedeflerini, beklentilerini, standartlarını ve kaygılarını bir bütün olarak göz önünde bulundurmaktadır. Kadınlarda menopoz nedeniyle yaşam kalitesinde değişiklik olmadığını öne süren pek çok çalışmanın aksine, bazı çalışmalarda yaşam kalitesinde anlamlı kötüleşme tespit edilmiştir.<sup>5-7</sup> Bu tip kadınlarda yaşam kalitesini yükseltmek için hormon replasman tedavisi önerilmekteyse de eklenen progesteronun östrojenin bazı olumlu etkilerini azalttığı öne sürülmektedir.<sup>8,9</sup>

Menopozdaki Türk kadınlarını değerlendiren çalışmalar rölatif olarak yüksek (%40-46) vazomotor semptomlara rağmen, hormon replasman tedavisi kullanım hızının düşük olduğunu ortaya koymuştur (%29.4).<sup>10</sup> Türk kadınları menopozu doğal bir olay olarak kabul etmekte, bu durum premenopozal ve postmenopozal dönem yaşam kalitesi skorlarının benzer olmasından da anlaşılacağı şekilde kadınların %75.4'ünü endişelendirmemektedir.<sup>11</sup>

Cinsel fonksiyonlar ile yaşam kalitesinin birbirini etkilediği varsayımı Türk kadınları için tam anlamıyla literatürde yer bulmamıştır. Bu çalışmanın amacı menopozla geçiş dönemindeki ve çeşitli sebeplerle menopozla girmiş Türk kadınlarındaki cinsel fonksiyonları, yaşam kalitesini ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

### ÇALIŞMA GRUBU

Çalışmamız Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Etik Kurulu'nun izni sonrası 2003-2006 yılları arasında prospektif vaka-kontrol yöntemi ile gerçekleştirildi.

Katılımı kabul eden tüm kadınlardan yazılı onam alındı.

Katılımcıların jinekolojik muayeneleri polikliniğimize ilk başvurularında gerçekleştirildi. Çalışma grupları STRAW tanımlamaları ile uyumlu olarak, kontrol grubunu oluşturan spontan gelişmiş menopozdaki 150 kadın ile çalışma alt gruplarını oluşturan menopozla geçiş dönemindeki 50, 40 yaşından önce spontan menopozla girmiş erken menopozdaki 50 ve total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi ile menopozu indüklenmiş 50 olmak üzere toplam 300 kadın ile oluşturuldu.<sup>12</sup> Bahsedilen alt gruplara dahil olan her hastanın ardından başvuran spontan menopozdaki ilk kadın kontrol grubuna (n= 150) kayıt edildi. Malign hastalıkların cinsellik ve yaşam kalitesi üzerine menopozdan bağımsız etkileri nedeniyle kanser tanısına sahip ve bundan dolayı tedavi gören hastalar çalışma dışı bırakıldı.

### TAKİP FORMLARI

Yüz yüze yapılan görüşmelerde; kadınların sağlık öyküleri, ayrıntılı menopoz öyküleri, sosyodemografik verileri elde edildi. Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmek üzere, farklı kültürler arasında da karşılaştırma yapmak için uygun olan 100 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (WHOQOL-100) fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarından seçilmiş 26 soruyla kısaltılmış hali olan WHOQOL-Bref anketi kullanıldı. Türk kadınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Fidaner ve ark. tarafından yürütülen WHOQOL-Bref yeterli psikometrik özellikleri ile klinik kullanım için uygun bulunmuştur.<sup>13</sup> Bu anket için yaklaşık 15 dakika süren cevaplama işlemi kapalı Likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır.

Cinsel problemlerin varlığı ve şiddeti, çok boyutlu cinsel fonksiyon anketi olan kadınlar için Gollombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) ile değerlendirildi. GRISS toplam cinsel fonksiyonunun yanı sıra ilişki sıklığı, eşler arası iletişim, tatmin, kaçınma, dokunma, vajinal penetrasyon güçlüğü ve orgazm dahil olmak üzere yedi alt boyutu değerlendiren 28 soru içerir. Türk kadınları için geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiş olan

soruların cevaplandırılması; hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğunlukla, her zaman seçenekleri üzerinden yapılmakta her soru için 0, 1, 2, 3, 4 skorları kullanılmaktadır.<sup>14</sup> Elde edilen ham skorlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart skorlara dönüştürülmektedir. 1 ile 4 arasındaki skorlar; normal cinsel fonksiyonları yansıtırken, 5 ile 9 arasındaki skorlar; seviyesi giderek artan cinsel disfonksiyonu yansıtmaktadır.

## TANIMLAR

Çekirdek aile kadının çocuklarla veya çocuksuz olarak eşi ile birlikte yaşaması, geniş aile ise eş ve çocukların yanında diğer aile bireylerinin de aynı çatı altında yaşama ortak olması olarak tanımlandı. Aşk evliliği kadının kendi kararı ile yaptığı evliliği anlatırken, evliliğin diğer tipleri tanımlı görücü usulü veya ailenin daha yaşlı bireylerinin önceden aldıkları karar ile yaşanan evlilikleri tanımlamak için kullanıldı. Aynı yatakta uyuma terimi ile çiftlerin aynı odada farklı yataklarda uyumalarına alternatif olarak eşlerin tek yatağı paylaştıkları anlatıldı. Hormon tedavisi cerrahi menopozdaki kadınlarda östrojen kullanımını ve uterusu olan kadınlarda ise östrojen ve progesteron kombinasyonu kullanımını ifade etmek amacıyla kullanıldı.

## İstatistiksel analiz

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; “ortalama ve standart sapma” olarak verilirken, kategorik değişkenler için “sayı ve yüzde” şeklinde ifade edildi. Sürekli değişkenler için gruplar arasındaki farklılığı belirlemede tek yönlü varyans analizi yapıldı ve varyans analizini takiben, farklı grupları belirlemek amacıyla Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Ayrıca bu değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-Kare testi kullanıldı. Logistik regresyon analizi (stepwise forward) cinsel disfonksiyon varlığını (GRISS skoru  $\geq 5$ ) değerlendirmek için kullanıldı. Yaş, kaç yıldır menopozda olduğu, eğitim yılı, parite, evlilik süresi gibi sürekli değişkenler ile hormon tedavisi, diyabet, hipertansiyon, tütün kullanımı, herhangi bir vazomotor semptom, çekirdek aile, aşk evliliği, ayrı yatak odası, çocuklar ile birlikte uyuma, eşiyile aynı yatakta uyuma gibi var-yok şeklinde sorgulanan kategorik değişkenlerin tümü regresyon modeline dahil edildi. Hasta grubu aynı zamanda menopozal geçiş grubunda kategorik değişken şeklinde indikatör olarak modele dahil edildi. Tüm hesaplamalar SPSS istatistik paket

**TABLO 1:** Menopozal geçiş dönemindeki ve farklı nedenlerle menopoza girmiş hastalardaki sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.

Değişken	Menopozal geçiş olguları (n=50)	Erken menopoz olguları (n=50)	Cerrahi menopoz olguları (n=50)	Spontan menopoz olguları (n=150)	p
Yaş (ort ± SS)	45.7 ± 3.1	44.9 ± 5.5	51.1 ± 6.1	52.3 ± 5.5	<0.001*
Eğitim (yıl, ort ± SS)	10.2 ± 3.8	6.9 ± 4.1	7.2 ± 4.9	8 ± 4.6	0.001*
Parite (ort ± SS)	2.3±1	2.7±1.5	2.7±1.4	2.8±1.1	0.3
Nulliparite (n, %)	3 (6)	2 (4)	5 (10)	2 (1.3)	0.04**
Tütün kullanımı (n, %)	12 (24)	16 (32)	5 (10)	2 (1.3)	0.04**
Düşük gelir seviyesi (n, %)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	8 (5.3)	0.4
Çekirdek aile (n, %)	42 (84)	47 (94)	45 (90)	135 (90)	0.4
Evlilik yılı (ort ± SS)	22.7 ± 7.2	25.9 ± 8.4	28.9 ± 8.5	29.1 ± 8.5	<0.001*
Eş ile aynı yatakta uyuma (n, %)	6 (12)	9 (18)	7 (14)	24 (16.1)	0.8
Diğer aile bireyleri ile aynı odada uyuma (n, %)	5 (10)	3 (6)	6 (12)	10 (6.7)	0.5
Aşk evliliği (n, %)	30 (60)	25 (50)	20 (40)	71 (46.3)	0.1
Hormon tedavisi (n, %)	0	23 (46)	26 (52)	62 (41.3)	0.4
Vazomotor semptomlar (n, %)	5 (10)	11 (22)	17 (34)	26 (17.3)	<0.001**
Diyabet (n, %)	4 (8)	5 (10)	5 (10)	12 (8)	0.9
Hipertansiyon (n, %)	7 (14)	11 (22)	20 (40)	46 (30.7)	0.01**

\*: p<0.005, \*\*: p<0.05, Tek yönlü ANOVA, Ki-kare testi.

programından yapıldı ve istatistik anlamlılık düzeyi olarak %5 değeri dikkate alındı.

## SONUÇLAR

Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1’de sunulmuştur. Gruplar gelir düzeyi, aile tipi, diabet gibi sistemik hastalıkların varlığı, aşk evliliği, diğer aile bireyleri ile aynı odada uyuma, eş ile aynı yatağı paylaşma açısından karşılaştırılabilir bulundu. Hormon tedavisinin sıklığı ise menopozal gruplar arasında karşılaştırılabilirildi. Beklenileceği gibi spontan menopoz grubundaki kadınlar, diğer gruptakilerden daha yaşlıydı ( $p < 0.001$ ) ve evlilik süreleri daha uzundu ( $p < 0.001$ ). Nulliparite ( $p = 0.04$ ), hipertansiyon ( $p = 0.01$ ) ve vazomotor semptomlar ( $p < 0.001$ ) en sık cerrahi menopoz grubunda görüldü. Tütün kullanımına ise en sık prematür menopoz grubunda rastlandı ( $p = 0.04$ ).

Menopoza geçiş dönemindeki kadınlar ile farklı sebeplerle menopoza girmiş kadınlar arasında yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması Tablo 2’de sunulmuştur. Fiziksel sağlık alanı skorları, sosyal ilişki alanı skorları, çevre alanı skorları ve toplam WHOQOL-Bref skorları menopozal gruplar ile menopoza geçiş dönemi grubu arasında karşılaştırılabilir bulundu. Psikolojik sağlık alanı skoru bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş olup ( $p = 0.02$ ), erken menopoza olan kadınların en düşük skora sahip olduğu görüldü.

Farklı yaşam kalitesi alanı skorları ile bazı değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 3’te sunulmuştur. Yaşam kalitesi skorları ile eğitim yılı ve gelir düzeyi arasında pozitif yönde korelasyon bulunurken; parite, eş ile aynı yatakta uyumamak, çekirdek aile olmamak, evlilik süresi ve vazomotor semptomların varlığı ile yaşam kalitesi skorları negatif korelasyonlu bulunmuştur.

**TABLO 2:** Menopozal geçiş dönemindeki ve farklı nedenlerle menopoza girmiş hastalardaki yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.

Değişken	Menopozal geçiş olguları (n=50) (ort ± SS)	Erken menopoz olguları (n=50) (ort ± SS)	Cerrahi menopoz olguları (n=50) (ort ± SS)	Spontan menopoz olguları (n=150) (ort ± SS)	p
Fiziksel sağlık alanı	67.9 ± 18	59.4 ± 18.2	60.8 ± 20.6	61.2 ± 22.7	0.1
Psikolojik sağlık alanı	64.4 ± 16.1	53.1 ± 17	59.4 ± 18.2	56.8 ± 21.6	0.02
Sosyal ilişkiler alanı	65.2 ± 21.5	55.8 ± 21.7	57.4 ± 22.4	58.7 ± 22.2	0.1
Çevre alanı	63.4 ± 14.1	63.6 ± 14.5	68.2 ± 14.6	63 ± 17.6	0.2
Toplam WHOQOL-bref skoru	64.8 ± 14.3	59.1 ± 14.8	62.8 ± 15.6	60.6 ± 18.2	0.3

.:  $p < 0.05$ , Tek yönlü ANOVA

**TABLO 3:** Yaşam kalitesi alanları skorları ile farklı değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.

Değişken	Fiziksel sağlık skoru	Psikolojik sağlık skoru	Sosyal ilişkiler skoru	Çevre skoru
Parite	-0.3***	-0.2***	-0.24***	-0.16**
Eğitim yılı	0.3***	0.3***	0.25***	0.21***
Eş ile aynı yatakta uyumama	-0.2***	-0.17**	-0.26***	-0.14**
Çekirdek aile olmama	-0.12*	-0.12*	-0.1	-0.16***
Gelir düzeyi	0.2***	0.2***	0.18***	0.26***
Evlilik yılı	-0.2***	-0.1	-0.1	-0.01
Vazomotor semptomlar	-0.14**	-0.11	-0.1*	-0.1
İletişimsizlik	-0.18***	-0.2***	-0.14**	-0.14**
Kaçınma	-0.36***	-0.38***	-0.35***	-0.27***
Vajinal penetrasyon güçlüğü	-0.14**	-0.04	0.02	0.01
Anorgazmi	-0.45***	-0.53***	-0.48***	-0.37***
Dokunmada bozulma	-0.3***	-0.28***	-0.28***	-0.24***
Tatminsizlik	-0.44***	-0.47***	-0.51***	-0.37***

\*:  $p < 0.05$ , \*\*:  $p < 0.01$ , \*\*\*:  $p < 0.001$

Benzer şekilde, GRISS alt boyutlarını oluşturan iletişimlilik, kaçınma, vajinal penetrasyon güçlüğü, anorgazmi, dokunma ve tatminsizliği kapsayan cinsel fonksiyon bozukluğu değişkenlerinin tümü yaşam kalitesi skorları ile negatif yönde korelasyon göstermektedir.

Farklı gruplarda, her bir GRISS alt boyutunda anormal cinsel fonksiyon skorlarına sahip (35) katılımcı hızının dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur. İletimsizlik (p= 0.2) ve tatminsizlik (p= 0.07) oranları bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Dokunma boyutunda bozulma (p= 0.01) ve ilişki sıklığında azalma; menopozal gruplar ile karşılaştırıldığında menopoz geçiş grubundaki kadınlarda, (p< 0.001) daha az görülmekteydi. Kaçınma en sık erken menopoz grubundaki kadınlarda (p= 0.03) ve anorgazmi ise en sık cerrahi menopoz grubundaki kadınlarda (p< 0.001) gözlemlendi. Vajinal penetrasyon güçlüğünün en az rastlandığı grup ise spontan menopoz grubuydu (p= 0.01).

Logistik regresyon analizleri cerrahi menopozun anorgazmi riskini artırdığını (OR=2.7, 95%CI=1.1-6.8, p= 0.03), hormon tedavisi (OR=0.5, 95%CI=0.29-0.94, p= 0.03) ve eğitim süresindeki her yıllık artışın ise (OR=0.84, 95%CI=0.79-0.90, p= 0.001) anorgazmi riskini azalttığını gösterdi. Diyabet varlığı (OR=9.7, 95%CI=1.2-73.8, p= 0.02) ve çocuklarla birlikte uyuma (OR=2.9, 95%CI=1.1-7.5, p= 0.03) vajinal penetrasyon güçlüğü riskini artırmaktaydı. Menopoz süresi dokunma boyutunda bozulma ile (OR=1.1, 95%CI=1.01-1.18, p= 0.03) aksine eğitim süresindeki her yıllık artış ise bunun

gerçekleşmesi riskinde azalma ile birlikteydi (OR=0.91, 95%CI=0.85-0.97, p= 0.009).

Evlilik yılının artması (OR=1.04, 95%CI=1.01-1.08, p= 0.002) ve tütün kullanımının (OR=2.6, 95%CI=1.3-5.2, p= 0.006) kaçınma riskini yükselttiği görüldü. Eş ile birlikte uyumama (OR=2, 95%CI=1.1-3.9, p= 0.02) ve hipertansiyon varlığı (OR=1.7, 95%CI=1.01-2.9 p= 0.01) tatminsizlik riskini arttırmaktaydı. Benzer şekilde vazomotor semptomların varlığı (OR=2.3, 95%CI=1.06-5.1, p= 0.03) ve evlilik yılının artmasının (OR=1.07, 95%CI=1.03-1.1, p<0.001) iletişimlilik riskini, spontan (OR=3, 95%CI= 1.3-7.1, p= 0.01), cerrahi (OR=15.4, 95%CI= 1.9-124, p= 0.01) ve erken menopozun (OR=15.4, 95%CI=1.9-124, p= 0.01) ise cinsel ilişki sıklığının azalması riskini yükselttiği tespit edildi.

Menopoz süresi (OR=1.07, 95%CI=1.003-1.15, p= 0.04), tütün kullanımı (OR=2.5, 95%CI=1.2-5.5, p= 0.01) ve evlilik süresinin (OR= 1.06, 95%CI=1.02-1.09, p= 0.001) toplam cinsel disfonksiyon riskini arttırdığı bulundu.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda ulaştığımız kritik sonuç, yaşam kalitesinin, menopoz tipi ve vazomotor semptomlar gibi diğer tüm değişkenlerin ötesinde cinsel disfonksiyonun varlığından daha çok etkilendiğinin ortaya konulmuş olmasıdır. Bu noktada iatrojenik, cerrahi veya prematür menopoz gibi menopozun erken sebepleri ile vazomotor semptomların cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyerek, hormon replasman tedavisinin ise cinsel fonksiyonlar üzerine

**TABLO 4:** Her bir GRISS alt skalasında anormal cinsel fonksiyon skorlarına sahip (≥5) katılımcı hızının dağılımı.

Değişken	Menopozal geçiş	Erken menopoz	Cerrahi menopoz	Spontan menopoz	p
	olguları (n=50)	olguları (n=50)	olguları (n=50)	olguları (n=150)	
	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)	
Toplam cinsel disfonksiyon	30 (60)	39 (78)	39 (78)	109 (72.7)	0.1
İlişki sıklığında azalma	38 (76)	49 (98)	49 (98)	136 (90.7)	<0.001*
İletimsizlik	33 (66)	33 (66)	39 (78)	114 (76)	0.2
Kaçınma	31 (62)	42 (84)	32 (64)	94 (62)	0.03
Vajinal penetrasyon güçlüğü	43 (86)	41 (82)	39 (78)	100 (66.7)	0.01*
Anorgazmi	5 (10)	24 (48)	29 (58)	57 (38)	<0.001*
Dokunmada bozulma	30 (60)	42 (84)	41 (82)	120 (80)	0.01*
Tatminsizlik	9 (18)	18 (36)	20 (40)	54 (36)	0.07

.: p<0.05, Ki-kare testi.

olumlu sonuçlarıyla yaşam kalitesine etkili olduğunu ortaya koyduk. Çalışmamızda, eğitim süresinin artması olumlu etkileri ile aksine eşle zayıf karşılıklı ilişki, çocuklarla uyumak, çocuklardan başka diğer aile bireyleriyle birlikte yaşamak, diyabet ve hipertansiyon gibi sistemik hastalıkların varlığı ve menopoza süresinin uzun olması ise olumsuz etkileri ile cinsel fonksiyonlar üzerine diğer belirleyici faktörler olarak tespit edildi.

Çalışmamızdaki erken menopoza grubunu oluşturan kadınlar, yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alanında en düşük skorlara sahiptiler. Her ne kadar bu grubun demografik özellikleri diğer menopoza grupları ile benzer olsa da, ilişki sıklığında azalma, kaçınma, vajinal penetrasyon güçlüğü ve dokunma gibi alt boyutlarda yüksek disfonksiyon hızına sahip oldukları görüldü. Benzer sonuçlara erken menopoza kadınlık duygusunda azalma, mental-geyencek bozulma ve orgazm güçlüğüne neden olarak tatminsizliğe ve cinsel yönden kendine güvensizlik duygusuna yol açtığını gösteren çalışmalarda da ulaşılmıştır.<sup>15,16</sup> Çalışma grubumuzun toplam fertilitite hızı 2.5 olarak tespit edilmiştir ve bu Türkiye'deki güncel araştırmaların raporları ile benzerdir.<sup>17</sup> Bundan dolayı erken menopoza tanılı kadınlarda düşük psikolojik sağlık skoruna yeterli sayıda çocuğa sahip olmamaları değil, mevcut durumlarını hastalık olarak algılamalarının ve hormonal eksikliğin yol açtığı seksüel disfonksiyonun neden olduğunu öngörmekteyiz. Bu durum gruptaki kadınlarda tütün kullanımı prevalansının yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Herhangi bir nedenle ovaryan fonksiyonların kaybı, östrojen ve androjen seviyelerini azaltarak cinsel fonksiyonlarda azalmaya yol açarken bu hormonların replasmanı ise cinsel ilişki sıklığında ve orgazmda artışa neden olur.<sup>18</sup> Cerrahi menopoza çalışmamızda kanıtları görüldüğü gibi orgazm sıklığındaki azalmanın da nedenidir.<sup>19</sup> Ek olarak hem cerrahi hem de erken menopoza hastalarında ilişki sıklığında azalma görülmüşse de cerrahi menopoza olgularındaki yaşam kalitesi, menopoza geçiş ve spontan menopoza gruplarındaki hastaların yaşam kalitesi ile benzer bulunmuştur. Bu sonuç histerektomi yoluyla altta yatan hastalığın tedavisinin, yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler gösterdiğini

öne süren çalışmaların bulgularını desteklemektedir.<sup>20</sup>

Kadının cinsel fonksiyonları ile ilgili yeni anlayış cinsel uyarının bilinç düzeyinde işlenmesinin pek çok psikolojik ve biyolojik faktörler tarafından yönetildiğine işaret etmektedir.<sup>21</sup> Çevresel ve dursal şartlar uygun olduğunda kadını cinsel ilişkiye yönelten bilinç düzeyinin ötesinde de pek çok neden vardır.<sup>22,23</sup> Yayınlanan birçok çalışma; orta yaşlardaki ve menopoza geçiş dönemindeki kadınlarda, cinsel isteğin oluşmasında sosyokültürel etkileşimleri, tıbbi hastalıklar ve ilişkili tedavileri, geçmiş cinsel tecrübeleri, stress faktörlerini ve akıl sağlığı problemlerini, menopoza durumundan daha anlamlı belirteçler olarak ortaya koymaktadır.<sup>1,24</sup> Bizim sonuçlarımız menopoza nedenlerinin, vazomotor semptomların ve hormon replasman tedavisinin cinsel disfonksiyonun alt boyutları için önemli olduğunu göstermektedir. Ek olarak çocuklar ile beraber uyumak, evlilik süresinin artması ve eş ile birlikte uyumamak cinsel disfonksiyon riskini artırmaktadır. Bunlar orta yaşlardaki ve menopoza cinselliğin önemli belirleyicileri olan mahremiyet, önceki cinsel deneyimler ve birlikte yaşam kalitesine etkili faktörlerdir.<sup>25,26</sup>

Araştırmamızda eğitim yılı arttıkça cinsel disfonksiyon oranında azalma olduğunu gördük. Düşük eğitim seviyesi menopoza kadınlarda yaşam kalitesinin ve cinselliğe olan ilginin azalmasına yol açmaktadır.<sup>26</sup> Eğitim yaşadığımız dünyayı anlamada, stresle baş etmede ve özsaygı gelişiminde önemlidir. Ayrıca eğitim, okulların ülkemizde kadınların aile bireyleri dışındaki erkekler ile bir arada bulunabilecekleri sınırlı yerlerden biri olması nedeniyle, iki cins arasındaki sağlıklı iletişim ve anlamının gelişmesi yönünden de önemlidir.

Diyabet ve hipertansiyon varlığı, vajinal penetrasyon güçlüğü ve tatminsizlikte artmaya neden olmaktadır. Diyabetli hastalarda libidoda, orgazmik fonksiyonlarda ve vajinal ıslaklıkta azalma gösterilmiştir.<sup>1,27</sup> Hipertansiyon sıklıkla cinsel fonksiyonlarda azalma ile ilişkili damarsal hastalıklarla birliktelik gösterir.<sup>25</sup> Bunun yanı sıra; bu hastalıkların patofizyolojik nedenleri ve kronik süreç, genel sağlık ve iyilik halini bozarak cinsel fonksiyonları azaltır.<sup>21,25,26</sup>

Çalışmamızda Türk kadınları için geçerli ve güvenilir iki ölçek ile cinsel disfonksiyon varlığının yaşam kalitesi alanlarının skorlarında azalmaya neden olduğunu gösterdik. Her ne kadar birçok çalışma, cinselliğin toplam sağlık ve genel iyilik hali ile ilişkili olduğunu belirtmiş olsa da; bu sonuç,

Türk menopozal kesiti için literatürde tam olarak yer almamıştı.<sup>1,3</sup> Çalışmamız menopoza geçiş ve menopoz dönemindeki Türk kadınlarında cinsel disfonksiyonun çok yönlü doğasını anlamak için yeni kanıtlar sağlamıştır.

## KAYNAKLAR

- Palacios S, Tobar AC, Menendez C. Sexuality in the climacteric years. *Maturitas* 2002;43 Suppl 1:S69-77.
- Leplege A, Dennerstein L. Menopause and quality of life. *Qual Life Res* 2000;9(1):689-92.
- Alexander JL, Kotz K, Dennerstein L, Kutner SJ, Wallen K, Notelovitz M. The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials. *Menopause* 2004;11(6 Pt 2):749-65.
- Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(1):286-93.
- Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril* 2001;76(1):44-50.
- Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramagna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000;34(1):17-23.
- Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, Lu SR, Juang KD. Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island. *Qual Life Res* 2003;12(1):53-61.
- Freedman MA. Quality of life and menopause: the role of estrogen. *J Womens Health (Larchmt)* 2002;11(8):703-18.
- İnceboz ÜS. [Hormonal therapy and quality of life]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(31):22-7.
- Biri A, Bakar C, Maral I, Bumin MA, Güner H. [The knowledge of women over 40 years of age about menopause, their complaints about menopause and status of hormone replacement therapy usage]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14(2):75-83.
- Ozkan S, Alataş ES, Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Qual Life Res* 2005;14(8):1795-801.
- Utian WH. Semantics, menopause-related terminology, and the STRAW reproductive aging staging system. *Menopause* 2001;8(6):398-401.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser YS, Eser E, Göker E. [The psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF]. *3P J* 1999;7(Ek 2):23-40.
- Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. [Standardization of the golombok rust inventory of sexual satisfaction questionnaire study]. *Turk Psikiyatri Derg* 1993;4(2):83-8.
- Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 2004;11(1):120-30.
- Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause* 2004;11(6 Pt 2):766-77.
- Ünalın T, Koç I. Family planning. *Demography and Health Survey Turkey 1998*. Ankara: University of Hacettepe, Institute of Population; 1999. p 45-65.
- Sherwin BB. Randomized clinical trials of combined estrogen-androgen preparations: effects on sexual functioning. *Fertil Steril* 2002;77 Suppl 4:S49-54.
- Maas CP, Weijnenborg PT, ter Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annu Rev Sex Res* 2003;14(1):83-113.
- Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnström U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre- and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(1):46-51.
- Basson R. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause* 2004;11(6 Pt 2):714-25.
- Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003;40(3):266-76.
- Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 2001;98(2):350-3.
- Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause* 2004;11(6 Pt 2):726-40.
- Kaiser FE. Sexual function and the older woman. *Clin Geriatr Med* 2003;19(3):463-72.
- Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003;14:64-82.
- Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002;25(4):672-7.