

**T.C.**  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**PERİMENOPAZAL KADINLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN**  
**İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. MELİS DAĞTEKİN

**TEZ DANIŞMANI**

Doç. Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2023

**T.C.**  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PERİMENOPAZAL KADINLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN**  
**İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
Dr. MELİS DAĞTEKİN

**TEZ DANIŞMANI**  
Doç. Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2023

## TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, karşılaştığım sorunlara her zaman hızlı ve etkin çözümler üreten, empatisini ve desteğini hep hissettiğim tez danışmanım, saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hülya ERTEKİN'e

Psikiyatri uzmanlık eğitimim sırasında bilgilerini bizlerle paylaşan, kendilerinden pek çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN'e, Prof. Dr. Murat İlhan ATAGÜN'e, Dr. Öğretim Üyesi Ali Emre ŞEVİK'e , Doç. Dr. Erhan AKINCI'ya, Doç. Dr. Halil İbrahim TAŞ'a, Dr. Öğretim Üyesi Şükrü Alperen KORKMAZ'a, istatistik hesaplamalarımnda desteğini ve bilgisini paylaşmaktan hiç çekinmeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim görevlimiz Prof. Dr. Coşkun BAKAR'a

Covid 19 pandemi süreci vasıtasıyla tanıştığım ve hayatımın bir parçası haline gelen, en zorlu şartlarda yanımda olan ve hep olacağını hissettiğim canım arkadaşım Uzman Dr. Sinem ÖRKÇÜ GEÇTİ'ye ve çok değerli ailesine

Asistan hekimlik sürecim boyunca tüm engebeli, neşeli yolları beraber aştığım ve çok iyi bir psikiyatrist olacağına inandığım sevgili eşkıdemim ve dostum Dr. İlhan Ahmet ÇETİNER'e, yanımda olduğunu hep hissettiren canım dostum, meslektaşım Dr. Zarife Esra KILIÇASLAN'a, Dr. Berke BETİN'e,

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım psikolog arkadaşlarıma, tüm hemşirelere, sekreterlere, sosyal hizmet uzmanımıza ve yardımcı personelimize

Bugün 'ben' olabilmemde en büyük emeğe sahip olan, hayatımdaki en büyük desteğim, değerlim, babaannem Yıldız AKÇINAR'a ve canım kızım Üzüm'e çok teşekkür ederim.

Dr. Melis DAĞTEKİN

ÇANAKKALE- 2023

## ÖZET

### Perimenopozal Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılığın İşlevsellik Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

**Giriş ve Amaç:** Perimenopoz yumurtalık fonksiyonlarının azalmaya başlayıp, üremenin sonladığı menopoza geçiş aşamasıdır. Östrojen ve progesteron seviyelerinde azalma, folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyelerinde artma meydana gelir. Perimenopoz sırasında olan bu hormonal dalgalanmanın varlığı vazomotor instabilite, bilişsel, metabolik ve somatik değişiklikler gibi fiziksel değişimlerin yanında psikolojik değişimlere de neden olur. Özellikle hormonal süreçlerin tetiklediği ruhsal ve fiziksel semptomların, ruhsal olarak koruyucu bir faktör olan psikolojik dayanıklılık kavramı açısından değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Psikolojik dayanıklılık düzeyi; ortaya çıkabilecek ruhsal hastalıklar ve psikolojik iyi oluşları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Araştırmamızın amacı perimenopozal dönemdeki kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi ile; sosyal, mesleki, ailesel, bilişsel ve cinsellik işlevleriyle ilişkili parametrelerin işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Bu çalışma Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine başvuran, perimenopoz tanısı alan kadınların dahil edildiği tanımlayıcı bir çalışmadır. Katılımcılar SCID-5-CV DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile değerlendirildi. Sosyodemografik veri formu ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve öz bildirim ölçekleri olan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) tüm katılımcılara uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmamıza perimenopozal dönemde toplam 72 kadın dahil edildi. Kadınların, yaş ortalaması  $47,72 \pm 3,7$  (37-58) olarak bulundu. Kadınların

%40,3 (n=29)'ünün, %55,6 (n=40)'sının çalışmakta olduğu ve %68,1 (n=49)'inin evli olduğu görüldü. Çalışmaya katılan hastaların SCID 5 Klinik Görüşme Değerlendirmesine göre aldıkları tanılara bakıldığında hastaların %29,2 (n=21)'sinin majör depresif bozukluk, %20,8 (n=15)'inin anksiyete bozuklukları, %1,4 (n=1)'ünün alkol kullanım bozukluğu, %2,8 (n=2)'inin bipolar duygudurum bozukluğu tanısına sahip olduğu, bununla birlikte %40,3 (n=29)'ünün premenstruel disforik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı görüldü. Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırılarda; psikiyatrik tanısı olanlarda KİDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken, YPDÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı daha düşüktür ( $p<0,05$ ). GRCYÖ kesme noktasına göre ayrılan iki grubun KİDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde mesleki ve bilişsel işlevsellik alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla;  $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ). Yapılan ileri düzey logistik regresyon analizinde; perimenopozal dönemden geçen kadınlarda; işlevselliğin en önemli yordayıcılarının; YPDÖ gelecek algısı, MÖYKÖ cinsel alan ve GRCDÖ toplam puanı olduğu saptanmıştır (OR sırasıyla -0,323, 0,341, 0,635).

**Sonuç:** Perimenopozal dönemdeki kadınlar için; psikolojik dayanıklılık ve işlevsellik düzeylerini etkileyen en önemli parametreler fiziksel, ruhsal hastalıkların ve cinsel işlevlerde sorunların olmasıdır. Perimenopozal dönemdeki kadınların menopoz hakkında bilgi seviyesi belirlenmeli, bu konuda bilgi eksikliği olan kadınlara eğitim planlanmalı, özellikle cinsel sorunları daha kolay ifade edebilecekleri ortamlar sağlanmalı, gerekliliği halinde cinsel terapisteye yönlendirilmesi teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Perimenopoz, işlevsellik, psikolojik dayanıklılık

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE ON FUNCTIONING IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

**Introduction and Objective:** Perimenopause is the transition stage to menopause in which ovarian functions decrease and reproduction ends. Estrogen and progesterone levels decrease, and increased follicle-stimulating hormone (*FSH*) levels are observed. This hormonal fluctuation during perimenopause causes psychological and physical changes such as vasomotor instability and cognitive, metabolic, and somatic changes. It is very important to evaluate the mental and physical symptoms triggered by hormonal processes in terms of psychological resilience, a psychologically protective factor. A level of psychological resilience; can significantly impact the mental illnesses that may arise and their psychological well-being. Our study aimed to determine the psychological resilience level of women in the perimenopausal period, evaluating the effect of parameters related to social, occupational, familial, cognitive, and sexual functions on the level of functioning.

**Materials & Methods:** This study has a descriptive nature in which women diagnosed with perimenopause who applied to Çanakkale 18 Mart University Faculty of Medicine Training and Research Hospital Department of Obstetrics and Gynecology were included. Structured Clinical Interview for SCID-5-CV DSM-5 evaluated participants. Sociodemographic data form and Short Functioning Assessment Scale (*SFAS*) and self-report scales such as the Psychological Resilience Scale for Adults (*PRSA*), Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale (*GRSSS*), Menopause Specific Quality of Life Scale (*MSQoLS*), Beck Depression Inventory (*BDI*), Beck Anxiety Inventory (*BAI*) were applied to all participants.

**Results:** A total of 72 women in the perimenopausal period were included in our study. The mean age of the women was  $47.72 \pm 3.7$  years (37 – 58 years). It was seen that 40.3% ( $n=29$ ) of the woman, 55.6% ( $n=40$ ) were working, and 68.1% ( $n=49$ ) were married. When the diagnoses of the patients participating in the study according to the SCID-5 Clinical Interview Evaluation were examined, it was seen that 29.2% ( $n=21$ ) of the patients had the diagnosis of major depressive disorder, 20.8% ( $n=15$ ) had anxiety disorders, 1.4% ( $n=1$ ) had alcohol use disorder, 2.8% ( $n=2$ ) had a bipolar disorder. However, 40.3% ( $n=29$ ) met the premenstrual dysphoric disorder diagnostic criteria. When the patients were grouped according to the presence of a psychiatric diagnosis, the SFAS scores were statistically significantly higher in those with a psychiatric diagnosis, and the total SFAS scores were statistically significantly lower ( $p<0.05$ ). When the mean of the SFAS scores of the two groups was divided according to the GRSSS cut-off point, a significant difference was found in the occupational and cognitive functioning sub-groups ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ , respectively). In the advanced logistic regression analysis, the most important predictors of functionality were elaborated as determined by PRSA future perception score, GRSSS sexual area, and MSQoLS (OR -0.323, 0.341, 0.635, respectively).

**Conclusion:** For women in the perimenopausal period, the most important parameters affecting the levels of psychological resilience and functioning are physical and mental diseases and problems in sexual functions. The level of knowledge of women in the perimenopausal period about menopause should be determined, and training should be planned for women who lack knowledge on this subject, especially environments where they can express sexual problems more easily, and referral to a sex therapist should be encouraged if necessary.

**Keywords:** *Perimenopause, functioning, psychological resilience*

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b>	iii
<b>ÖZET</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	viii
<b>EKLER</b>	xi
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER</b>	xii
<b>TABLolar</b>	xiv
<b>1- GİRİŞ – AMAÇ</b>	1
<b>2 –GENEL BİLGİLER</b>	2
2.1. Kadın Yaşamının Evreleri ve Perimenopozal Dönem	3
2.1.1. Puberte	5
2.1.2 Cinsel Olgunluk	5
2.1.3. Klimakterium	5
2.2.1. Perimenopozal Dönem	5
2.2.1.1. Vazomotor Semptomlar (VMS)	6
2.2.1.2. Mensturuel Siklus Bozuklukları	7
2.2.1.3. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri	7
2.2.1.4. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	8
2.2.1.5. Kas İskelet Sistemi Değişiklikler	8
2.2.1.6. Ürogenital Semptomlar	8
2.2.1.7. Uyku bozuklukları	11
2.2.1.8. Derideki Değişiklikler	11
2.2.1.9. Depresyon	11
2.2.1.10. Anksiyete	12



2.2.3.MENOPOZ	14
2.2.4.Perimenopoz-Menopoz Dönemleri Karşılaştırma Çalışmaları	15
2.2.5.Postmenopoz	18
2.2.6. Yaşlılık	18
2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	18
2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları	21
2.3.1.1. Kontrol	21
2.3.1.2. Kendini Adama	22
2.3.1.3. Meydan Okuma	22
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	23
2.3.2.1.Risk Faktörleri	23
2.3.2.2. Koruyucu faktörler	25
2.3.2.3. Biyolojik Faktörler	25
2.3.2.4. Psikolojik Faktörler	26
2.4.İŞLEVSELLİK	29
<b>BÖLÜM 3: GEREÇ-YÖNTEM</b>	31
3. 1 Evren ve Örneklem	31
3. 2 Etik İzin	31
3. 3 Çalışmanın Uygulanması	31
3. 4 Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri	32
3.5 Veri Toplama Araçlar	32
3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu	33
3.5.2 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)	33
3.5.3 Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	34
3.5.4 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	35
3.5.5 Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu	36

3.5.6 Beck Depresyon Envanteri	37
3.5.7 Beck Anksiyete Ölçeği	37
3.6 İstatistiksel Veri Analizi	38
<b>4- BULGULAR</b>	<b>39</b>
<b>5- TARTIŞMA</b>	<b>61</b>
5.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyodemografik Özellikler	62
5.2 Psikiyatrik Tanı Varlığı ile Sigara Kullanımı	62
Arasındaki İlişkinin Tartışılması	
5.3. Psikiyatrik Tanısı Olanlarda Psikolojik Dayanıklılık, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi	63
5.4 Cinsel İşlevler ile İşlevsellik, Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	65
5.5. Bedensel Hastalık Olanlarda İşlevsellik, Psikolojik dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi	67
5.6. Korelasyon ve Regresyon Sonuçlarının Analizleri	70
<b>6. SINIRLILIKLAR</b>	<b>75</b>
<b>7. SONUÇ – ÖNERİLER</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>78</b>
<b>EKLER</b>	<b>94</b>

## **EKLER**

EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

EK 3: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

EK 4: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

EK 5: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi İççeği

EK 6: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

EK 7: Beck Anksiyete Envanteri

EK 8: Beck Depresyon Envanteri

## KISALTMALAR VE SİMGELER

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

SWAN: Study of Woman's Health Across the Nation

Dünya Sağlık Örgütü: DSÖ

Ö: Özerklik

Mİ: Mesleki işlevsellik,

Bİ: Bilişsel İşlevsellik,

MK: Mali Konular,

KAİ: Kişilerarası İlişkiler,

BZE: Boş zaman etkinlikleri,

YS: Yapısal stil,

GA: Gelecek algısı,

AU: Aile uyumu

KA: Kendilik algısı,

SY: Sosyal yeterlilik,

SK: Sosyal kaynaklar

AKB: Alkol kullanım bozukluğu

VA: Vazomotor alan

PSA:Psikososyal alan

FA: Fiziksel alan

CA: Cinsel alan

KA=kaçınma

DY: Doyum

İL: iletişim

DK: Dokunma

İS: İlişki sıklığı

VA: Vajinismus

OY= Orgazm yokluğu

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı



## TABLULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik bulguları

Tablo 4.2. Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan katılımcıların demografik bulguları

Tablo 4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları

Tablo 4.4 Psikiyatrik tanısı olan/olmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.5. Psikiyatrik tanısı olan/olmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması-2

Tablo 4.6. Tüm Katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçek Puanları

Tablo 4.7.Katılımcıların cinsel doyum ölçeğine göre KİDÖ, YPDÖ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.8.Katılımcıların komorbid fiziksel hastalıklarının olup olmamasına göre yapılan grupların KİDÖ, YPDÖ, MÖYKÖ, GRCDÖ toplam ve alt puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.9. Korelasyon Analizi bulgular-1

Tablo 4.10. Korelasyon Analizi bulguları-2

Tablo 4.11. Korelasyon Analizi bulguları-3

Tablo 4.12 Korelasyon Analizi bulguları-4

Tablo 4.13. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği toplam puanının yordayıcı faktörlerine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Tablo 4.14 Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puanını yordayıcı faktörler

Tablo.4.15. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği Gelecek Algısı, Aile Uyumunu, Kendilik Algısı ve Sosyal Yeterlilik alt boyutlarının yordayıcıları



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın yaşamının döngülerinden biri olarak klimakterium kelimesinin kökeni Yunanca kritik süreç olarak adlandırılan "klimakter" kelimesinden gelmektedir. Bu dönem kadının, üreme yetisinin azalmasıyla başlayan geçiş yılları olarak nitelendirilmektedir. Klimakteriumda birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklik meydana gelir. Bunlardan biri "menopoz"dur. Menopoz over fonksiyonlarının sona ermesi ile mensturasyonun kalıcı olarak kesilmesidir (1).

Menopoz dönemi, kadın yaşamının üreme döneminin sona ermesi ve yaşlılık arasında yer alan sağlıklı bir süreçtir (2). Menopozal sürece girme olarak değerlendirilen 'perimenopoz dönemi'nin 35-50 yaşları arasında başladığı bilinmekle birlikte, ortalama menapoza girme yaşının 51,3 olduğu bildirilmiştir (3).

Perimenopoz; menopozdan yaklaşık beş-altı yıl kadar önce üreme hormonlarının düzeyindeki değişimler, öncelikle mensturasyon dönemlerinin düzeninde bozulmalara; bununla birlikte sıcak basması, aşırı gece ve gündüz terlemeleri gibi vazomotor semptomlara, uyku kalitesinde bozulmaya, duygudurumda değişikliklerin olmasına neden olur (4). Üreme yeteneğinin azalması ve yaş almaya ilişkin görüşler kadar, adet kanamasıyla ilgili inanışlar da bu dönemin fiziksel ve ruhsal açıdan bir düşüş dönemi olarak değerlendirilmesinde etkili olmuştur.

Perimenopoz ve duygudurum arasındaki güçlü ilişkinin nedeni olarak ilk planda östrojen seviyesindeki düşüş öne sürülmektedir. Bu görüşe göre, menopoz sonrası dönemde östrojen seviyesinin daha da düşmesine bağlı olarak ruhsal belirtilerde daha da artış olması beklenmekte iken bu konuyla ilgili verilerin çelişkili olduğu görülmüştür (5). Perimenopozal dönemde duygudurum dalgalanmaları ve bu belirtilerin miktarında artış olduğu görülse de menopoza girildikten sonra belirtilerde azalma olduğu bildirilmiştir (6). Ruhsal belirti görülme olasılığının daha çok menopoza girmeden önceki yıllarda yani perimenopozal dönemde arttığını destekleyen başka yayınlar da bulunmaktadır (7).



Psikolojik dayanıklılık, kişinin zorlu hayat koşulları altında, mesleki, ailesel, sosyal alanlarda veya yas gibi kayıp süreçlerinde baş edebilme, üstesinden gelebilme ve başarılı olma yeteneğidir (8). Zorlayıcı yaşam koşullarından geri dönüş olarak ifade edilmektedir (9).

Psikolojik dayanıklılık ile ilgili bir araştırmada; yapısal stil, çevresel kaynaklar, sosyal yeterlilik, aile içi uyum, öz yeterlilik gibi başlıklar kullanılarak beş boyutta ele alınmıştır. Boyutların tamamı toplandığında kişinin psikolojik dayanıklılığını oluşturduğu belirlenmiştir. Bu boyutlar; öz yeterlilik kişinin kendine değer vermesini, kendine duyduğu öz güvenini, geleceğe yönelik umutlarını ve hayata karşı uyum sağlama becerisini ortaya koymaktadır. Sosyal yeterlilik ise kişinin dış dünya ile uyumunu, etkinliklere katılma isteğini ve dışa dönüklüğünü göstermektedir. Yapısal stil, kişinin rutin işlerini planlayabilme, yerine getirebilme ve tamamlayabilmesi ile ilgilidir. Aile uyumu kişinin ailesiyle arasındaki sürmekte olan bağ, iletişim ve desteği belirtmektedir. Çevresel kaynaklar ise, kişinin yakınlarından (arkadaş, akraba vb.) aldığı yardım ve gördüğü ilgi olarak belirtilmektedir (10).

Perimenopozal dönemde ortaya çıkabilen diğer rahatsızlıklar, sosyokültürel etkiler, aile içi yaşantılar, kayıplardan kaynaklanan yas süreçleri, ek rahatsızlıklar nedeniyle düzenli kullanılan ilaçların yan etkileri de menopoza girme sürecinde ortaya çıkan hormonal düzensizliklere ve belirtilere eklendiğinde bu dönemden geçmekte olan kadının psikolojik dayanıklılığı ve çeşitli alanlardaki işlevselliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir (11).

Araştırmamızın amacı perimenopozal dönemdeki kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi ile; sosyal, mesleki, ailesel, bilişsel ve cinsellikle ilişkili parametrelerin işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir.

## **Bu çalışmada aşağıdaki hipotezlerin sınanması düşünülmektedir:**

1-Perimenopozal dönemde olan kadınların psikolojik dayanıklılığı yüksek olanlarının işlevselliğinin, psikolojik dayanıklılığı düşük olanlara göre daha iyi olacağı öngörülmüştür

2-Psikiyatrik rahatsızlıkları olan kadınların psikolojik dayanıklılık ve işlevsellik düzeylerinin bu durumdan olumsuz yönde etkileneceği düşünülmüştür.

3-Perimenopoz semptomlarının şiddetinin psikolojik dayanıklılık ve işlevselliği olumsuz yönde etkileyebileceği öngörülmüştür.

4-Komorbid ek fiziksel hastalık, psikolojik dayanıklılık, işlevsellik ve cinsel yaşam kalitesi için bir risk faktörü olabilir.

## **GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kadın Yaşamının Evreleri ve Perimenopozal Dönem**

İnsan yaşamı bir süreçtir ve kesin sınırları olamasa da belirli dönemlere ayrılarak incelenmesi daha sağlıklıdır. Her dönem kendine özgü fiziksel, sosyal, psikolojik ve biyolojik özellikler içerir.

Kadın yaşamı 5 dönem olarak incelenebilir.

1- Çocukluk Dönemi 0-8 yaş

2- Ergenlik Dönemi 9-18 yaş (Puberte ve Adölesan)

3- Cinsel Olgunluk Dönemi 19-45 yaş

4- Klimakteryum, Perimenopozal Dönem ve Menopoz Dönemi 45-64 yaş

5- Yaşlılık (senium) dönemi 64 yaşın üzeri (12).

Bununla birlikte; Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1996 yılında geliştirilen tanımlamalara göre, ovarian foliküler aktivitesinin yitimi ile, kalıcı şekilde adet son bulması doğal menopoza olarak tanımlanmakta iken; her iki overin de cerrahi yöntemlerle çıkarılması veya kemoterapi, radyoterapi tedavileri nedeniyle meydana gelen menopoza için indüklenmiş menopoza tanımlaması kullanılmaktadır. Son adet dönemine kadar olan dönem premenopoz, menopoza hemen önceki dönem ve menopoza sonraki ilk bir yılı içine alan dönem perimenopoz ve son adet döneminden sonraki dönem postmenopoz olarak tanımlanmaktadır (13). Fakat bilimsel araştırmalar tarafından bu tanımlamalar, bir kadının üreme niteliğini fonksiyonel olarak tanımlamadaki duyarlılığı, özgüllüğü ve kanıta dayalılığı açısından yeterli görülmemektedir. Bu sebeple, Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), hem klinik ortamlarda hem de bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere standart ve pratik bir üreme yaşlanma evreleme sistemi geliştirmiştir. Üzerinde uzlaşılan evreleme sistemi son adet dönemi dikkate alınarak hazırlanmıştır ve yaştan bağımsız yedi dereceden oluşmaktadır (14). Evrelerin özetlenmiş görünümü şekil 1.1'de bulunmaktadır.

Son adet dönemi  
↑

					Postmenopoz	
-5 (erken)	-4 (en üst sınır)	-3 (geç)	-2 (erken)	-1 (geç)	+1 (erken)	+2 (geç)
Üreme Evresi			Menopozal Geçiş		1 yıl	
			Perimenopoz			

**Şekil 1.1. STRAW'da Tanımlanan, Kadınlarda Normal Üreme Yaşlanma Aşamaları**  
(Soules ve diğ., 2001'den özetlenmiştir).

### **2.1.1. Puberte**

Puberte dönemi bireyin cinsel anlamda olgunlaşmaya başladığı ve üreme yeteneğine sahip olmaya başladığı çocukluk ve cinsel olgunluk dönemi arasındaki bir çağ olarak tanımlanmaktadır. Puberte döneminde sekonder cinsiyet faktörleri gelişir, vücut yapısı değişmeye başlar ve büyüme süreci süratlenir (15).

### **2.1.2 Cinsel Olgunluk**

Kadın yaşamının, fiziksel, ruhsal ve cinsel açıdan olgunluğa ulaştığı ve doğurganlık kapasitesinin en yüksek seviyelere ulaştığı dönemdir. Puberte ve adölesan dönem sona erdiğinde başlayan bu dönem, 19-40 yaş arasındadır (16).

### **2.1.3. Klimakterium**

Kadın yaşamının dönemlerinden biri olan klimakterium teriminin kökeni Yunanca kritik süreç ve basamak anlamına gelen "klimakter" kelimesinden gelmektedir (17). Bu dönemde üreme kapasitesi azalmaya ve doğurganlık son bulmaya başlar (18). Bu dönem ortalama 45 yaşlarında başlayıp yaklaşık 20 yıl yaşlılık dönemine kadar devam etmektedir ve dönemin en önemli değişikliği ise menopozdur (19).

Premenopoz, perimenopoz, menopozal geçiş ve klimakterik terimleri birbiri yerine kullanılmakta ve anlamları ve kullanılış biçimleri ile ilgili keskin bir sınır bulunmamaktadır (20). Klimakterium dönemi cinsel olgunluk döneminden başlayıp yaşlılık dönemine kadar uzanmaktadır .

### **2.2.1. Perimenopozal Dönem**

Premenopoz ve perimenopoz terimleri birbiri yerine kullanılabilir. Bu dönem klimakteriumun ilk fazı olup menopozdan yaklaşık 2-6 yıl önce

başlayan bir süreçtir. Bu dönemde birkaç ay veya yıla varabilen adet düzensizlikleri, fiziksel ve psikolojik semptomlar görülebilmekle birlikte yumurtaların üreme fonksiyonları azalsa dahi doğurganlık devam etmektedir (21).

Perimenopoz; östrojen salınımının yavaşladığı, menstruasyon döngüsünün düzensizleşmeye başladığı ve regl kanamasının kesilmeye doğru ilerlediği (22) dönemden son adet kanamasının üzerinden geçen 12 aylık süreyi de içine alan zaman dilimi olarak tanımlanmaktadır (23). Perimenopoz ifadesi menopoz civarı, menopoz yakını anlamında kullanılmaktadır (24).

Perimenopozal süreç yaklaşık kırklı yaşlarda başlayıp 2 ile 8 yıl arası sürmektedir. Kesin menopoz tanısının konulması dünya üzerinde birçok faktörden etkilenmesinden kaynaklı olarak değişiklik gösterebilmekle birlikte 45-55 yaş arası olup; ortalama 51,3 olduğu bilinmektedir (3). Overler tarafından seks hormonu salgılanmasının düzensizleşmesi, akabinde azalması ve nihayetinde sonlanması ile perimenopozal ve menopozal döneme özgü birçok değişiklik ortaya çıkar. Bu değişiklikler en sık karşılaşılan vazomotor semptomlar, ürolojik belirtiler, uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, genital atrofi ve kuruluk, duygudurum değişiklikleri ve dalgalanmaları gibi birçok sistemi etkileyebilen semptomlardır.

**2.2.1.1. Vazomotor Semptomlar (VMS);** genellikle yüz ve yukarıdaki vücut bölgelerini etkileyen aniden ortaya çıkan, sıklıkla rahatsız eden, huzursuzluk yaratabilen vücut sıcaklık artışıdır. Bu ısı artışları anksiyete, taşikardi, terleme ile birlikte olabilmekte iken; daha sık geceleri ortaya çıkan, kıyafet değişikliğine sebep olabilecek gece terlemesi olarak adlandırılan terleme atakları ile de kendini gösterebilir. Sıklığı ve şiddeti kişiden kişiye farklılık gösterebilmekle birlikte 1-10 dakika arası sürebilir, gün içerisinde tekrayabilir. Sıcaklık artışı, kaygı verici olaylar deneyimleme ve sıcak besin maddeleri atak nedeni olabilmektedir (25).

VMS'nin patofizyolojisi tam olarak kanıtlanmamış olmasına rağmen yaygın görüşler, östrojen üretiminin azalması ve serum konsantrasyonunun

düşmesi ile hipotalamustaki endorfin etkisi azalarak, buradaki termoregülatör çekirdekte spontan olarak ısı kaybını arttırmaya yönelik uyarıların tetiklenmesi şeklindedir(26). Semptom şiddetine ve sıklığına göre hafif, orta ve ağır olarak nitelendirilir. Hafif bulgular, terleme olmadan sıcaklık artışı; orta şiddette bulgular, içinde bulunduğu duruma devam etmesini engellemeyen sıcaklık artışı ve terleme; ağır şiddette semptomlar ise sürdürmekte olduğu aktiviteye devam etmesine olanak sağlamayan sıcaklık artışı ve terleme olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte kadınların %26'sı VMS'yi deneyimlemeyebilir (27).

**2.2.1.2. Mensturuel Siklus Bozuklukları:** Kadınlarda yaşlanma ile over fonksiyonlarının azalması görülür ve bu durum menstrual siklusa düzensizlikleri beraberinde getirmektedir. Perimenopozal sürecin çeşitli aşamalarında polimenore, hipermenore ve amenore görülebilmekle beraber kanamanın aşamalı olarak azalması beklenir. Over fonksiyonlarında ortaya çıkan bu azalma ile fertilité oranı da düşer (7).

**2.2.1.3. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri:** Östrojen nöronlar arasındaki bağlantıyı ve etkileşimi aktif duruma getirmekte yardımcı bir mediatördür. Bu mediatördeki azalmaya bağlı olarak hafıza, hesaplama, hatırlama, odaklanma gibi işlemlerde zorlanma veya azalma olabilmektedir. Bu şikayetler genelde perimenopozal süreçte daha sık görülüp menopoza azalsa da bazı kadınlarda menopoza girdikten sonra da devam edebilmektedir (23). Son yirmi beş yılda yapılan araştırmalar, östradiolün bilişsel işlevi etkilediğini ortaya koydu ve östrojenin bilişsel eylemleri için olası yeni mekanizmalar keşfedildi. Genomik (ER $\beta$ ) ve genomik olmayan değişikliklere (membran reseptörleri) aracılık edebilen yeni östrojen reseptörleri tanımlanmıştır (28).

Alzheimer hastalığının kadınlarda daha fazla görülmesinin nedenleri arasında postmenopozal kadınlarda östrojen seviyelerinin azaldığı ve östrojen tedavisi alan kadınlarda Alzheimer hastalığı ihtimalinin azaldığı gözlenmiştir (28).

**2.2.1.4. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri:** Kadınlar cinsel olgunluk ve üretken dönemleri boyunca östrojen hormonunun kardiyovasküler koruyucu etkisi altındadırlar. Ancak kadınlar perimenopozal süreçle birlikte azalan östrojen üretimi damar sertliği, tıkanıklıkları ve diğer kardiyak rahatsızlıklara karşı artmış risk altındadırlar (29). Kalp ve damar hastalıkları bakımından kadınlar her ne kadar düşük risk grubunda olsalar da yaş almakla bu riskin hızla arttığı gözlemlenmiştir. 55-59 yaş arası kadınlarda kalp ve damar hastalıklarının sıklığının 30-34 yaş aralığına göre 50 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (30). Menopoz sonrası vücut yağ dağılımı, erkek tipine dönmeye başlar ve kardiyolojik rahatsızlıkların ortaya çıkması bakımından risk olarak nitelendirilen bel ve karın çevresinde yağlanma artışının menopoz sonrası kadınlarda belirginleşmeye başladığı görülmüştür (31).

**2.2.1.5. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri:** Kas ve eklemlerde yaygın ağrı, hareketlilik kabiliyetinde azalma, kolay kırılma, hassasiyet kas iskelet sistemi ile ilgili perimenopozal ve menopozal süreçlerdeki olumsuz değişiklikler olarak değerlendirilmektedir (32). Kemik dokusunda azalmanın perimenopozal dönemde başlayıp, menopozla girdikten sonraki ilk yıllarda en yüksek düzeye ulaştığı, ilk 5-8 yılda yıl ortalamasının %4-8 iken bu oranın sonraki yıllarda yaklaşık %1 'e düştüğü görülmüştür (33). Kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelmektedir. Özellikle de postmenopozal dönemde yaş alma ve diğer rahatsızlıkların ortaya çıkması ile birlikte vücut kemik kütle indeksi yaklaşık %30 azalmaktadır (34). Postmenopozal dönemde görülen kemik doku kaybının büyük bir kısmının yaşlanmanın etkisinden çok östrojen eksikliğine bağlı olduğu, bu durumun osteoporoz riskini çok yükselttiği ve osteoporozdan en fazla vertebra kemiğinin etkilendiği bildirilmiştir (35).

**2.2.1.6. Ürogenital Semptomlar:** Perimenopozal dönem ve sonrasında genital atrofi olarak belirtilen duruma östrojen seviyelerindeki azalma neden olmaktadır. Perimenopozal ve menopozal dönemdeki kadınların %45'inde görülmektedir. Menopoz sonrası zaman geçtikçe azalma görülen VMS'nin aksine, ürogenital semptomlar yaş almayla birlikte şiddetini artırır (36). Bu

semptomlar vajinal, üriner ve diğer genital belirtiler oluşturmakla birlikte; üriner inkontinans, dizüri, idrara sık çıkma, ağrılı cinsel birleşme, vajinal akıntı, vulvovajinal irritasyon sık görülen yakınmalardır (37).

Seksüel disfonksiyon veya cinsel işlev bozukluğu hem kadın hem erkekleri yoğun olarak etkileyen bir problemdir (38). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve sevgiyi arttıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin bir bütünleşmesidir (39). Cinsellikle ilgili sorunlar bu bütünlüğün bozulmasına yol açarak, bireylerin ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına sebep olur. Cinsel ilişki; iki insanın biyolojik, ruhsal ve sosyal yönleriyle yaşadıkları birleşmedir. Bu birleşmenin belirli bir tek şekli ve kuralı olmadığı gibi taraflar birbirine ve çevreye zarar vermedikleri ve doyuma ulaştıkları sürece nasıl ve ne kadar cinsel aktivitede bulacaklarına kendileri karar verir (40).

Kadında fiziksel ve psikolojik uyarılma sonucu beyindeki bazı merkezler harekete geçer. Beyinden klitoris (bızır) ve diğer cinsel organlara gelen emir sonucu alınan uyarı cinsel tepkiye dönüşür (41). Yani kadın cinsel ilişkiye beyniyle katılır ve bunun için psikolojik hazırlığı da büyük önem taşır.

Cinsel aktivite 4 aşamada gerçekleşir:

- Cinsel İstek Fazı (Libido)
- Cinsel Uyarılma Fazı
- Orgazm Fazı
- Rezolüsyon (Çözülme/Gevşeme) Fazı

her bir fazda çeşitli değişiklikler olur ve cinsel aktivite tamamlanır (42).

Cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek bozuklukları (azalmış cinsel istek, tiksinti), uyarılma bozuklukları, subjektif cinsel uyarılma bozukluğu, genital uyarılma bozukluğu, kombine uyarılma bozukluğu, kalıcı uyarılma bozukluğu, orgazm bozuklukları, ağrılı cinsel ilişki (disparoni), vajinismus, cinsel aversiyon



(tikinti) bozuklukları, non-koital (cinsel ilişkiden bağımsız) genital ağrı bozukluğu şeklinde sınıflandırılır (43).

Hormonal değişimlere bağlı ortaya çıkan bu semptomların yanı sıra bu dönemdeki kadınların bazıları kendilerini cinsel olarak daha az çekici hisseder. Cinsellikle ilgili sorunlar depresif belirtileri tetikleyebilir, aynı zamanda depresyonu olanlarda da cinsel işlevlerdeki sorunlar daha da kötüleşebilir (44,45).

Bazı araştırmalar bu dönemde ortaya çıkan cinsel sorunların hormonal durumdan ziyade psikososyal faktörlerle ilişkisinin daha fazla olduğunu göstermiştir (46).

Menopozal dönemde cinselliği etkileyen faktörler (45);

1. Yaş
2. Hormonal değişimlerin etkisi
3. Menopozun türü ve süresi; cerrahi menopoz ve menopozal semptomların fazla olması cinsel işlevleri olumsuz yönde etkiler.
4. Kronik tıbbi hastalıkların varlığı (pelvik taban yetmezliği, kanser, endometriozis, diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon, obezite, nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek ve karaciğer yetmezliği, akciğer hastalığı, osteoartrit, hipotiroidi, hiperprolaktinemi); özellikle obezite, üriner inkontinans ve mesane sorunlarının cinsel işlevleri daha fazla etkilediği gösterilmiştir.
5. Eş ile ilgili durumlar
6. Üreme geçmişi
7. Depresyon-anksiyete
8. Sosyolojik faktörler; sosyal statü, eğitim, dini inanışlar, kültürel faktörler
9. Menopoz öncesi cinsel işlevler
10. Etnik köken ve ırk
11. Sosyoekonomik durum
12. Madde bağımlılığı
13. Bilgi düzeyi
14. Coğrafi koşullar
15. Sağlık hizmetlerine ulaşım

**2.2.1.7. Uyku bozuklukları:** Uykuya dalma ve sürdürmedeki sorunların perimenopozal dönemde arttığı bildirilmiştir. Genel anlamda insomnia olarak bilinen uyku sorunları, uykuya dalma güçlüğü, orta dönem insomnia, terminal dönem insomnia olarak kendini gösterebilir. Perimenopozal dönemde %39-47, menopozal dönemde ise %35-60 sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir. Perimenopozal ve menopozal süreçlerde kilo alma, vücut kitle indeksinin yükselmesi, obezite, uyku apnesi ve primer veya sekonder olarak kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilen huzursuz bacak sendromu uyku bozuklukları için risk faktörleridir. Östrojen, melatonin ve melatonerjik reseptör agonistleri ile uyku kalitesi ve süresi artırılabilir (47,48).

**2.2.1.8. Derideki Değişiklikler:** Östrojenin deri elastikiyeti ve canlılığı üzerine etkileri bulunmakta iken vücuttaki seviyesinin azalması derinin elastikiyet özelliğini kaybetmesine, derinin kurummasına ve yaşlanmasına neden olur (49). Perimenopozal dönem ve ilerisinde kadınlardaki deri tabakalarının incelendiği, kırışıklıkların artmaya başladığı, yaraların daha kolay oluşup, geç iyileştiği bildirilmiştir (49,50).

**2.2.1.9. Depresyon:** Klinik anlamda depresyon, iki haftadan uzun süre devam edecek şekilde kişinin hayatını olumsuz şekilde etkileyen mutsuzluk, hayattan keyif almama, enerjisizlik, suçluluk duyma, fiziksel olarak yavaşlama hali, huzursuzluk, kendine zarar verme düşüncelerinin en az beş tanesinin olması durumudur. Bazı durumlarda tam olarak depresyon tanısı konulmasa da eşik altı depresif belirtiler görülebilmektedir. Bu durumlarda kişi biyolojik, psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz yönde etkilenir (51). Depresyon, tek başına yalnız olduğunu hissetme, ümitsizlik duygusu, suçluluk düşünceleri ile kendini gösterebilir. Bireyde değersizlik düşüncesi hakimdir. Kişi daha önce keyifle yaptığı işlere karşı ilgi kaybı yaşarken; uyku ve iştahta artma veya azalma ile cinsel istekte azalmanın olduğu fizyolojik boyutlar da depresif duyguduruma

eşlik edebilmektedir. Depresyon, en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biridir. Genel olarak major depresyon yaygınlığı % 3-5.8 kadardır. Bir yıllık yaygınlık %2.6-6.2 olarak verilmektedir. Hayat boyu risk erkekler için % 3-12, kadınlar için %10-26'dır (52).

Perimenopoz, depresif belirtilerin gelişmesi ve majör depresif bozukluk tanısı için riskli bir dönemdir (53). Bu dönemde depresyon veya eşik altı depresif belirtilerin görülme olasılığı daha önceden depresyon tanısı almamış ve ailesel psikiyatrik yükü olmayan bireylerde dahi artmıştır (54). Perimenopozun yaygın görülen vazomotor semptomları; insomina, ürogenital semptomlar depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmekte hatta depresif belirtiler ile çokça örtüşmektedir. Aile üyelerinin bakıma olan ihtiyacı, mesleki problemler ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar, yaş alma ile meydana gelen fiziksel değişiklikler ve aile içi rahatsızlıklar gibi yaşam stresleri duygudurumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (55).

Bir çalışmada, depresif belirtileri olan perimenopozal kadınların, depresif belirtileri olmayanlara göre daha fazla zorlayıcı yaşam olayı ve az sosyal destek gördüklerini belirttikleri görülmüş olup aynı çalışmada aktif bir sosyal çevrenin depresyona karşı koruyucu rolü olduğu bulunmuştur (56). Psiko-sosyal teori, perimenopozal dönemde meydana gelen depresif belirtilerin; evlilik sorunları, fiziksel rahatsızlıklar ve ekonomik problemler ile açıklanabileceğini öne sürüyorsa da (57), bir vaka-kontrol çalışmasında eğitim seviyesi, evlilik problemleri ve ekonomik seviye açısından depresif belirtileri olan ve olmayan perimenopozal kadınlar arasında fark görülmemiştir (58). Ancak daha önce depresyon tanısı alan kadınların, perimenopozal dönemden geçerken atak sayısının ve belirti şiddetinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (59).

**2.2.1.10 Anksiyete:** Anksiyete nedeni bilinmeyen, belirsiz, içten gelen, sıkıntı, endişe, korku, kötü bir şeyin olacağını düşünme duygusu olup; anlık, kısa süreli, devamlı, dışarıdan bir uyarıyla tetiklenen ya da tetiklenme ihtiyacı olmadan sürekli var olan bir tepki olabilir. Genellikle kişinin işlevselliğinin bozulmasına ve azalmasına neden olur (57).

Hafif olarak hissedilen gerginlik veya endişe duygusu olarak ortaya çıkabileceği gibi; boğulma hissi, çarpıntı, yaygın fiziksel ağrılar, kalp krizi geçireceği ve aklını yitireceği düşüncesi gibi panik belirtileri ile kendini gösterebilir. Bununla birlikte, olumsuz veya çok kötü bir olayın olacağı korkusu gibi abartılı inanışlar da görülebilir. Birey, bu belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilecek durumlardan, mekanlardan, kişilerden kaçmaya başlar (60).

Toplumda en fazla görülen ruhsal rahatsızlıklardan birisi de anksiyetedir. Yapılan araştırmalara göre anksiyete bozukluklarının yaşam noyu yaygınlık oranı %29'dur (61). Anksiyete bozuklukları genelde erken yaşlarda başlamaktadır. Ortalama 10-25 yaş, ergenlik ve genç erişkinlik dönemi anksiyetenin görülme ihtimalinin en fazla olduğu dönemlerdir (60). Düşük geliri olan toplumlarda ve kadınlarda anksiyete daha fazla görülmektedir (62). Bunun yanında hayat boyu anksiyete bozukluğu tanısı koyulan hastaların %75'lik kısmında komorbid ruhsal bozukluk da görülmektedir (63).

Perimenopozal dönem ve sonrasında anksiyete belirtilerinin depresif belirtilere göre daha sık görüldüğü bilinmekteyse de bu dönemle ilgili yapılan çalışmalar daha sık depresyon üzerinedir (64). Konuyla ilgili olarak kesin sonuçlara varılamamakla birlikte, menopozal geçişte anksiyete belirtilerinin artış gösterdiği ve menopozdan sonra düşmeye başladığı öne sürülmektedir (65). Kesitsel bir araştırmanın verileri, yaşları 40 ile 55 arasında değişen kadınların yaklaşık %52'sinin kendilerini gergin, sinirli ve endişeli hissettiklerini göstermekte iken (66); benzer bir grupta yapılmış olan bir başka kesitsel çalışmada kadınların %24'ünün psikolojik sıkıntı bildirdikleri ve sıkıntı şiddetinin en yüksek perimenopozal grupta bildirildiği bulgulanmıştır (67).

Güncel bilgiler, genel popülasyonda bu dönemdeki kadınların depresif ve anksiyete belirtilerinin yüksek oranda olduğunu göstermektedir (68). Anksiyete ile sıcak basmasının ilişkili bulunduğu bir çalışmada, orta şiddette anksiyetesi olan kadınların 3 kat ve yüksek şiddette anksiyetesi olanların 5 kat daha fazla sıcak basması yaşantıladıkları gösterilmiştir (69).

SWAN çalışmasının bulgularına göre, Hispanikler hariç, tüm diğer etnik gruplarda başlangıçtaki anksiyete semptomlarının seviyelerinin vazomotor belirtilerle güçlü birlikteliği gösterilmiştir (70). Toplum tabanlı güncel çalışmada; perimenopozal dönemdeki anksiyete ve depresyon belirtilerinin stresli yaşam olayları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (71). Yaşları 34 ile 55 arasında değişen kadınlar ile yapılan bir çalışmada anksiyetenin kötü gidişatlı menopozal belirtilerle paralel ilişkili olduğu bulunmuştur (72).

### **2.2.3.MENOPOZ**

Menopoz dünyada neredeyse bütün kadınların yaşamı boyunca bir şekilde etkilendiği, kadınların büyük bir kısmında sıkıntı yaratan çok sayıda semptomun yaşandığı önemli bir yaşam olayıdır (73,74). Kadın hayatının üretkenlik döneminin sonları ile senil döneminin başlangıcı arasında yaşanan, gerek öncesi perimenopozal dönemde gerek menopoza girdikten sonra yaşam standartlarını olumsuz etkilemesi nedeniyle hayatın en önemli dönüm noktalarından biridir (2). Yunanca men (ay) ve pausis (kesilme) sözcüklerinden türetilmiştir ve sözlük anlamı 'son adettir' (2,28). Menopoz ovarian foliküllerin fonksiyonunun sonlanması ile mensturasyonun 12 ay ve sonrasında kalıcı olarak kesilmesi olup, son adet tarihinden bir yıl sonra tanı konulabilmektedir (2). Klimakterik dönemde başlayan ovarial folikül sayısındaki azalma ile birlikte östrojen salgılanması ve kan konsantrasyonu azalmakta, ovarial foliküllerin tamamen bitmesi ile östrojen üretilmesi durmakta ve overlerde atrofi görülmektedir (75). Sonuçta üreme döngüsü ve menstrual döngü ortadan kalkarak menopoz meydana gelmektedir (24). Menopoz yaşı ırk, iklim, menarş yaşı, genetik faktörler, gebelik sayısı, oral kontraseptif kullanımı ve sigara kullanımı gibi durumlardan etkilenmektedir (76). Dünya çapında menopoz yaşı ortalama olarak 51 olup, bu oranın 45-55 arasında, Türkiye'de ise ortalama olarak menopoz yaşının 47 olduğu bildirilmiştir (70,77). Menopozda endokrin sistemin yavaşladığı, bunun yanında sistemik olarak da yavaşlama olduğu, menopoza giren kadınların toplum sağlığı açısından bir risk grubu oluşturduğu bildirilmiştir (28,78).

## 2.2.4.Perimenopoz-Menopoz Dönemleri Karşılaştırma Çalışmaları

Menopoz belirtileri ile ilgili çalışmalar; perimenopozal dönemde başlayan vazomotor belirtiler, genital kuruluk, uyku bozuklukları, disforik duygudurum, hafızada ve odaklanmada zayıflama, somatizasyon / ağrı, üriner problemler, kanama sorunları ve cinsel disfonksiyon gibi çok çeşitli alanlarda sorunların büyük bir kısmının menopoza girdikten sonra da devam ettiği, bazılarının şiddetinin arttığı, bazı semptomların ise şiddetinin azaldığını belirtmişlerdir (79).

Toplum tabanlı kesitsel bir çalışmaya göre, premenopozdan perimenopoza geçiş sürecinde vazomotor belirtilerin; perimenopozdan postmenopoza geçişte ise ürogenital belirtiler ile uyku sorunlarının daha ön planda görüldüğü bulunmuştur (80). Toplum tabanlı boylamsal bir çalışmada, erken perimenopozdan geç perimenopoza geçişte en fazla bildirilen belirtiler sırasıyla; sıcak basması, gece terlemeleri ve vajinal kuruluk olarak bulunmuş iken; menopozal geçişle birlikte artmakta olan uyku problemlerinin; sıcak basmalarının ve psikososyal faktörlerin ön planda olduğu görülmüştür (81). Bir başka çalışmada da, vazomotor belirtilerin menopoza geçişle birlikte arttığı ve menopozal durumla güçlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak duygudurum belirtilerinin menopozal duruma kıyasla, özellikle kişiler arası ilişkilerle ilgili güncel yaşam olayları ve kayıplar, yas süreci, çocuk ve ebeveyn bakım yükü ile daha fazla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle, orta yaş kadınlarının psikolojik belirtilerine ilişkin tedavi söz konusu olduğunda, güncel yaşam olayları, geçmiş deneyim ve davranışlar, geçmiş psikiyatrik tanılar, aile yükü gibi menopoz dışındaki faktörlerin de değerlendirilmesi önerilmektedir (82).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, menopozal semptomların en fazla 55-60 yaşta görüldüğü ve eğitim seviyesi arttıkça menopoza ait belirtilerin arttığı bulunmuştur (77). Bir başka çalışmada da en yaygın menopozal belirtilerin sırasıyla; eklem ve kas ağrısı, çabuk öfkelenme tahammülsüzlük, sıcak basması, uyku bozuklukları, duygudurum belirtileri ve cinsel istekte azalma olduğu bulunmuştur (83).

Study of Woman's Health Across the Nation (SWAN)'e göre menopozal belirtilerin görülme sıklığında, nerdeyse bütün belirtilerde premenopozdan erken perimenopoza doğru yükseliş göstermekte, özellikle premenopozdan erken perimenopoza ve erken perimenopozdan geç perimenopoza geçişle birlikte vazomotor semptomların sıklığı ve şiddeti artmaktadır (70). Ancak postmenopoza doğru ilerledikçe vazomotor belirtilerin görülme sıklığında etkili düşüşler yaşansa da; unutkanlık, ağrılar ve uyku sorunlarının sıklığındaki düşüşler daha az olmakta birlikte, ürogenital belirtilerin yaygınlığında artış gözlenmektedir. Psikolojik semptomların görülme ihtimali en fazla erken perimenopozal kadınlar arasında gözlenmekte iken; bu belirtilerin geç perimenopozal dönemden postmenopoza geçerken düşüşe geçtiği de bulgular arasındadır (84).

SWAN ayrıca, etnik kökenler arasındaki belirtilerin de ciddi ölçüde farklılaştığını göstermektedir. Buna göre Kafkas kadınlarıyla karşılaştırıldıklarında; Çin, Japon, Afrikalı-Amerikalı ve İspanyol kadınlar önemli ölçüde daha az belirti bildirmektedirler (67,85). Perimenopozal ve menopozal dönemdeki bu ayrışmalar dikkate alındığında, semptomların menopozal süreci mi, yaşlanmaya mı, yoksa başka fiziksel ya da psikososyal faktörlere bağlı olarak mı meydana geldiği önemli bir tartışma konusu yaratmaktadır.

Menopozal belirtileri sınıflandırmak için yapılan birçok araştırmanın verilerine göre, çoğunlukla vazomotor belirtilerin psikolojik veya somatik belirtilerden ayrıştığı görülmektedir (86). Bu dönemde ortaya çıkan semptomların sadece menopoza özgü olduğu düşünülmüş ve ona göre davranılmışsa da sadece vazomotor belirtiler ve vajinal kuruluğun direkt menopozla bağlantısı bulunmuştur. Diğer belirtilerin (duygudurum belirtileri, fiziksel belirtiler) vazomotor ve ürogenital belirtilere sekonder olarak veya başka nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta olduğu görülmüştür (87). Diğer taraftan, vazomotor belirtilerin de sadece menopozal durum ve östrojen seviyeleri ile ilgili değil, aynı zamanda düşük sosyo-ekonomik seviye, sigara içme, az fiziksel aktivite ve menopoza ilişkin premenopozal tutumlarla ilişkili olduğu da gösterilmiştir (54).

Perimenopozal ve menopozal dönemlerde belirtileri bildirmediği bireysel farklılıkların menopoza ilişkin tutumlardan, etnik farklılık, cinsiyet, üreme ve yaşlanmaya ilişkin düşünceler ve betimlemeler hakkındaki ayrışmalar ve yaşamsal birtakım faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir (88). Faktör analizi sonuçları hem vazomotor hem de psikolojik belirtilerden oluşan tek bir menopozal sendrom olduğu fikrini onaylamamaktadır. Ayrıca sadece vazomotor belirtiler menopozal durum ile tutarlı ilişkili bulunduğundan, menopoza geçiş boyunca bildirilen semptomların görülme sıklığı da tek bir menopozal sendrom fikrine karşıdır. Universal bir menopozal sendromun olduğuna dair yeterli veri olmamasına karşın, menopozal kadınlar genellikle bir grup belirtiliyle kliniklere başvurumaktadırlar. Ancak bu belirtilerin bazıları yaşlanmaya veya menopozdan bağımsız diğer yaşam olaylarına bağlı olabilmektedir (89).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi tanımı; bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemi, beklentileri, standartları ve endişeleri ile yaşamdaki konumunu nasıl algıladığıdır (90). Menopozla birlikte gelen, kadınların yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunlarının ve menopoz semptomlarının sebep olduğu olumsuz etkilerin tedavisinde hormon replasman tedavisi (HRT) ve tamamlayıcı alternatif tıp (TAT) uygulamaları kullanılmaktadır (91). Dolaşımda azalan östrojen ve progesteron hormonlarını dışarıdan yerine koyma tedavisi olan HRT'de asıl amaç, menopozal semptomları gidererek kadının yaşam kalitesini artırmaktır.

Perimenopoz ve menopoz dönemi yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda; menopozda artan osteoporozun kadınların yaşam kalitesini azalttığı ve düzenli yapılan egzersizin kadınların yaşam kalitesini artırdığı, düşük eğitim düzeyinin yaşam kalitesini azalttığı, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma neticesinde görülen özgüvende azalma, endişe ve depresyon gibi ruhsal fonksiyon bozukluklarının bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceği görülmüştür (92–95).



PERİMENOPAZAL SEMPTOMLAR	MENOPOZ SEMPTOMLAR	ORTAK SEMPTOMLAR
Psikolojik semptomlar ön planda(sinirlilik, gerginlik, disfori, uyku bozuklukları, depresif duygudurum)	Psikolojik semptomlar azalıyor	Terleme, gece terlemesi, sıcak basması (VMS)
VMS var ancak geri planda	VMS ağırlaşıyor	Somatik semptomlar( Baş ağrısı, vücut ağrıları,
Ürogenital semptomlar var ancak geri planda	Cinsel isteksizlik, idrar kaçırma, vajinal kuruluk gibi ürogenital semptomlar artıyor	Ürogenital semptomlar

### 2.2.5. Postmenopoz

Son adet tarihi ile başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcına kadar süren periyottur (96). Erken ve geç evre olarak ikiye ayrılır ve menopoza girildikten sonraki dönemi oluşturur. Menopoz sonrası erken dönem, son adet dönemi itibarıyla başlayan 5 yıllık zaman dilimi olarak belirtilmektedir. Erken evre, ayrıca son adet dönemi sonrası ilk 12 ayı içeren 'a' dilimi ve bunu izleyen 4 yılı içeren 'b' dilimi olarak ikiye ayrılmıştır. Geç dönemin kesin bir başlangıcı olmasına karşın, kadının ölümüyle sona ermesi nedeniyle süresi değişkendir (97).

### 2.2.6. Yaşlılık

Kadında yaşlılık, menopozu tamamlanan kadınları ifade etmektedir. Yaşlılıkta hüresel ve/veya dokusal olmak üzere fiziksel alanda, zihinsel alanda kayıplar görülmekle birlikte; kişilik açısından değişimler meydana gelmektedir(98). Bu dönemde insanlar yakın çevresindekilerin kaybını yaşar, fiziksel güçlerinde ve bellekte bir azalmanın farkına varırlar. Aynı zamanda ekonomik sorunlar ve bakıma muhtaç olma veya yaşamını yalnız idame ettirme gibi sosyal faktörler önemli problemlere yol açar ve bireyler fiziksel semptomları ve hastalıkları konusunda kaygı hissederler (16).

## 2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Bireylerin yaşamlarına yön verebileceklerine ve değiştirebileceklerine olan inancın ve farkındalığın gerekli olduğunu belirten pozitif psikoloji akımının

William James (1902) tarafından yazılan 'sağlıklı düşünce' adlı yazısı, Gordon Allport'un (1952) insan mizacının pozitif, olumluya iyiye yönelebileceğine ait fikirleri, Abraham Maslow'un (1968) hasta olan kişilerden ziyade sağlıklı olan bireylere yönelmesi ile ilgili çalışması ve Cowan'ın çocuk ve ergenlerde esnek olma ile ilgili araştırmalarına dayanan bir geçmişi vardır (99). Öncelikle bireyin uygunluk durumu, iyilik hali, refahı ve olumlu özelliklerini ön plana alan bu yeni yaklaşım ile ilgili ilk çalışmalar ise Amerikalı Profesör Martin Seligman ve ekibi tarafından yapılmıştır (100,101).

Pozitif psikolojinin araştırdığı konulardan biri psikolojik dayanıklılıktır. Psikolojik dayanıklılık ile ilgili birçok tanımlama olmakla beraber, bu kavram ile ilgili farklı isimlendirmeler de yapılmıştır. Türkçe'de "resilience" kelimesinin karşılığı olarak "yılmazlık" ve "psikolojik sağlamlık" kullanılmıştır (100–105). Terzi, ise "resilience" kelimesinin karşılığı olarak "kendini toparlama gücü" kavramını kullanmıştır (106). Silliman, psikolojik dayanıklılığı, yaşamdaki zorlu durumlara baş etmek için kişinin güçlerini geliştirme kapasitesi olarak belirtmiştir (107). Garmezy, psikolojik dayanıklılığı zorlu ve stresli yaşam olaylarından sonra gücünü toparlayabilmek ve eski durumuna dönebilmek olarak tanımlamıştır (108). Rutter, psikolojik dayanıklılığın, o ana kadarki yaşanmış zorlu yaşam olayları ve bu durumlara karşı ortaya çıkan olumlu psikolojik sonuçların etkileşiminden doğduğunu öne sürmüştür (109). Atkinson, Smith, Bem ve Nolen-Hoeksema, ise psikolojik olarak dayanıklı bireyleri, strese karşı dirençli, diğer bir deyişle zorluk yaratan olaylar karşısında fiziksel ya da duygusal bozulma yaşamayan bireyler olarak tanımlamışlardır (110). Fraser, Richman ve Galinsky, psikolojik dayanıklılık ile ilgili olarak o güne kadar olan tanımlamalardaki eş noktalara dikkat çekmişlerdir (111). Bu eş noktalara göre, psikolojik sağlamlık, kişinin belirli mizaç özellikleri ve çevresel durumlar arasındaki etkileşiminden doğan olumlu bir sonuç olarak tanımlamıştır

Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre; psikolojik dayanıklılık iyi uyumlanma sürecidir. Bu iyi uyumlanma sürecini, travma, yıkım, tehdit, yas, problemlerle karşılaşma, aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık sorunları, maddi sorunlar gibi

stres kaynakları oluşturmaktadır. Bu zor deneyimlerden geriye dönme, psikolojik olarak uyum sağlayabilme psikolojik dayanıklılık olarak ifade edilmektedir (112).

Masten yaptığı bir araştırmada, birtakım mizaç özelliklerine sahip olan bireylerin diğer bireylere göre psikolojik dayanıklılık seviyesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu bireysel özellikler ruh hali bakımından daha dengede olma, sosyokültürel bakımdan aktif olma, kendini geliştirebilme, birtakım yeteneklere sahip olma, iyi bir mizah anlayışına sahip olma, empati kabiliyetinin olması, odaklanabilme gibi özelliklerdir (113).

Ünüvar'ın tanımlaması ise, Wilhelm Nietzsche'nin "Beni öldürmeyen, beni daha güçlü yapar" cümlesi psikolojik sağlamlılık tanımı olarak örnek verilebilir. Yaşam içerisinde bulunan risk ve zorluk içeren deneyimler ile bağlantılı olarak incelenen psikolojik sağlamlılık, araştırma sayıları arttıkça gelişip önem kazanmıştır (114).

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili çeşitli tanımlamalar bulunmakta olup bu tanımlamalardan her biri psikolojik dayanıklılık ile ilgili farklı bir bakış açısını içermektedir. Masten ve arkadaşları, tanımların ortak noktalarını araştırarak psikolojik dayanıklılık kavramını üç temel özellik ile belirtmişlerdir (115).

Bunlar:

1) Birinci temel psikolojik dayanıklılık özelliği, sıkıntı verici yaşam olaylarına karşın zorlu durumların üstesinden gelebilen ve iyi gelişim sergileyen bireylerin yaşamlarını psikolojik anlamda sağlıklı bir şekilde devam etmelerini sağlayan özellik veya bireysel bir güce sahip oldukları inancını tanımlamak için kullanılmıştır. Zorlayıcı ya da sıkıntı verici yaşam koşullarına maruz kalmış ancak buna rağmen çok başarılı veya ünlü olan kişilerin durumu bu temel özellik ile bağlantılıdır. Bu bağlantı, yüksek risk altında yetişen çocukların ve yüksek risk altındaki popülasyonların iyi sonuçlar kazanabileceği değişkenleri belirlemeyi amaçlayan psikolojik dayanıklılık çalışmalarında da karşılaşılan sonuçlar ile paralellik göstermiştir (116).

2) İkinci temel psikolojik dayanıklılık özelliği, zorlu yaşam koşulları karşısında bireyin çabuk uyum sağlayabilme kapasitesini gösterir. Bu tür psikolojik dayanıklılık olgusu çalışmalarında aile arası ilişkilerde bozulma, çatışmalar, boşanma, ayrılıklar gibi temel stres faktörleri hedef olarak seçilmiştir (117).

3) Üçüncü psikolojik dayanıklılık özelliği ise, doğal afet sırasında bunu yaşantılama, yakınının bu afette bulunması, çok sevilen ve yakınlık duyulan kişinin kaybı, hastalığı, kaza geçirme gibi travmaların üstesinden gelebilme durumudur. Üçüncü grup ile ilgili araştırmalar, tecrübe edilen travmatik olayın ortaya çıkarabileceği etkilerden kurtulma konusunda önemli rol oynayan bireysel nitelikler ve farklılıkları araştıran çalışmalardır (118).

### **2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları**

Kişilerde ortaya çıkabilecek olayları gözden geçirme, yaşamaya olan bağlılık, tecrübe edilen durumların sonuçları üzerinde etkili olunabileceğine dair inanç ve bu konuda özgüven, değişikliklerin ve mücadelelerin üzerinden saydamlıkla gelmeye çalışma şeklinde ifade edilir (119). Bununla beraber değerlendirilen durumlar her biri aynı ölçüde ve her bireyde aynı olacak şekilde psikolojik açıdan açıklamak için yeterli değildir. Psikolojik dayanıklılık, olayların gidişatını yönlendirme çabasını, hadiselerin nasıl meydana geldiği bilgisini ve bunlarla beraber bireyin gelişimine yarar sağlayacak olan durumdan yeni bir şeyler çıkarıp öğrenme gayretinin tamamını oluşturmaktadır. Psikolojik dayanıklılık; kontrol, kendini adama ve meydan okuma boyutlarından oluşmaktadır (120).

#### **2.3.1.1. Kontrol**

Kontrol, bireyin hedeflediği sonuçları elde edebilmek için olaylara hangi seviyede etkisinin olduğu ile ilgilidir (121). Psikolojik dayanıklılığın bir boyutu olarak ise kişinin deneyimlediği olayların ne kadarını yönlendirebileceğine olan inancını belirtir (122). Birey, kendi durumuna ve çevresine etki edebileceği, umut edilen sonuçları belirleyebileceği inancıyla davranışlarını gözler önüne

sermektedir. Bundan dolayı yaşamının kontrolüne sahip olan kişiler, hem çevrelerini etkileyebilecekleri hem de olaylardan etkilenmek yerine olayları etkileyebileceklerine dair kuvvetli bir inanca sahip olurlar (123). Başka bir ifade ile psikolojik dayanıklılığa göre kontrol; bireyin bilgisini, yeteneklerini, hayal gücü kullanması ve tercih edebilmesi ile olaylar üzerinde etkin hissetme ve o doğrultuda olmasıdır. Bu nedenle kontrole sahip olan bireyler zorlu olayları benliğe yabancı, problemlili olarak algılamak yerine; kendilerine deneyim olacak ve gelişimlerini sağlayacak durumlar olarak bakarlar (124).

### **2.3.1.2. Kendini Adama**

Psikolojik dayanıklılığın bir başka boyutu olan kendini adama, bireylerin olaylara ve insanlara yönelik mana yüklemelerine neden olan, bir hedef hissiyatı olarak değerlendirilip, kişinin o duruma kendisini adamasını ifade eder (125,126). Kendini adama; bireyin ailesine, mesleğine, yakın gördüğü, sevdiği kişilere olaylara bağlanma ve ilgi alaka düzeyi olup, hedef hissi ve zorlayıcı olaylarda yardımcı olunabilecek ilişkilerin varlığıyla devam eder. Kendini adama, kişinin kendisinin ve yakın çevresindeki insanların; yaşamın anlamı ve amacına karşı davranış ve tutumlarının nasıl olduğunu da ortaya çıkartır. Bu yüzden yüksek bağlılığa sahip bireyler, olaylar karşısında ellerinden geleni yapmak için çabalarlar. Çevrelerinde olup bitenlere karşı ilgili ve alakalı olurlar (123).

### **2.3.1.3. Meydan Okuma**

Meydan okuma, hayattaki olaylara ve bireyin bunlara tepkisini birleştirmekle birlikte, değişimin gelişmek için uygun bir durum olduğuna ilişkin inanıştır (127). Şöyleki meydan okuma, olayları krizler olarak değil, tersine şans olarak tanımlamaktadır (128). Meydan okuma, bu olaylarla karşılaşan bireylerin sonuçları olumlu görebilmesi ile genelde zorlu durumları krizler yerine üstesinden gelinebilecek hadiseler olarak betimlenmesi boyutunu da belirtmektedir. Psikolojik dayanıklılığın bu boyutu elzemdir çünkü bireyin esneklik özelliğini ve olabilecek sıkıntı verici durumlara uyumlanabilme

yeteneğini gözler önüne serer ve destekler. Mesela, çalışma ortamında bir değişiklik olduğunda bir kişi bu durumu riskli, istenmeyen, yabancı bir gelişme olarak değerlendirmesine karşın, diğer kişi bu olayı yeni bir şey deneyimlemek, bir adım ileri gidebilmek, kendini geliştirme fırsatı adına bir şans olarak algılayabilir (129). Böylelikle meydan okuma, yaşamın doğal sonucu olan değişimi meydana getirir. Bundan dolayı, mücadele gücü yüksek olan bireyler değişimi risk ya da tehdit olarak değil aksine gelişim için bir fırsat olarak değerlendirirler (123).

### **2.3.2.Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler**

Psikolojik dayanıklılık tam olarak bir özellik değil bir süreci ifade eder (130). Psikolojik dayanıklılığın anlaşılması için zorlayıcı koşullara karşın pozitif bir uyumun meydana gelmesine olanak veren bütün değişkenlerin bir araya gelmesine ihtiyaç vardır (131). Bu değişkenler üç ana başlık şeklinde sınıflandırılmıştır: risk faktörleri, koruyucu faktörler ve olumlu sonuçlar. Psikolojik dayanıklılık ile ilgili tanımlamalar dikkate alındığında, psikolojik dayanıklılığın kişilerin birtakım risk faktörleri ile karşılaştıktan sonra, koruyucu faktörler yoluyla riskli durumların olumsuz etkilerine iyi uyum sağlaması olarak belirtilmiştir. Bu sebeple, psikolojik dayanıklılığı açıklamak için bu üç temel başlığın açıklanmasında fayda vardır

#### **2.3.2.1.Risk Faktörleri**

Risk, zorlayıcı yaşam şartlarının neticesinde bir zarara maruz kalma önsezisini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bazı araştırmacılar, ise risk algısının topluma ve bireyin nitelikleri doğrultusunda şekil alabileceğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda, risk faktörlerinin olması ve zorluk derecesi psikolojik sağlamlılık için önemlidir. Psikolojik dayanıklılık, bireyin deneyimlediği durumların zorluk derecesi ile anamlanır. Bireyin karşılaştığı zorlukların derecesi ve sayısı artarken, diğer yandan bu zorlukların üstesinden gelebilmesi için gerekli olan bireysel özelliklerin de ilerleme kaydetmesi gereklidir. Psikolojik

dayanıklılık, bireyin yaşadığı olumlu olayları ve sonuçlarını kapsarken; risk, kişinin önüne çıkmayan bütün olumsuz sonuçları ve durumları kapsamaktadır (132). Risk faktörleri; bireysel, ailesel ve toplumsal risk faktörleri olarak üç grupta ele alınmaktadır (133).

Bireysel risk faktörleri; sağlık sorunları yaşama, kişinin özgüveninin yeterli olmaması, benlik saygısının düşük olması, başa çıkma becerilerini etkin kullanamaması, iradesini kontrol etmede zorluk yaşayabilmesi, öfke kontrol yönetimine sahip olunmaması, düşük zekâ seviyesi, uygunsuz davranış paterni ve iletişim becerilerini etkili kullanamamayı içerir.

Ailesel risk faktörleri; anne-baba ayrı yetiştirme, aile üyelerinin arasındaki iletişim problemleri, sağlık sorunları, fiziksel ve psikolojik şiddet, ihmal ve istismarın olması, aşırı otoriter ve baskıcı ya da aşırı serbest yetiştirilme ve disiplin anlayışı, kardeşler arasında çatışmaları içerir.

Toplumsal risk durumları; kişisel ve ülke genelindeki düşük sosyo-ekonomik düzey, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılık, sosyal hizmetlerin yeterli olmayışı veya kolay ulaşılamaması, destekleyici ve geliştirici rol modellerin azlığı ya da yokluğu, göç ve işsizliğin olması, savaş gibi toplumu etkileyecek büyük olaylar içerisinde yaşamayı içerir. Bütün bu risk faktörleri, kişinin ilerlemesini ve sağlıklı değişimin olmasını engelleyen, birçok problemin meydana gelme olasılığını arttıran toplumsal durumları ifade eder (134). Herhangi bir zorlayıcı ya da travmatik olayın, yalnız başına tehdit olarak görülmesi beklenen bir durum değildir. Bunun yerine, stres faktörlerinin oluşması, sürekli olarak ortaya çıkmaları, risk faktörlerini arttırır ve olumsuz sonuçların oluşmasına sebep olur (135).

### **2.3.2.2. Koruyucu faktörler**

Koruyucu faktörler, zorlukların ortaya çıkma ihtimalini azaltan durumları ifade etmekle birlikte içinde bulunulan durumun olumlu neticelerini belirleyen birtakım faktörleri de temsil eder (136). Bununla birlikte, koruyucu faktörler stresli yaşam olayları ile başa çıkabilme becerisinde etkili olmaktadır.

Psikolojik dayanıklılığın en önemli göstergesi ise etkili başa çıkma olarak kabul edilmektedir (137). Başa çıkabilme becerisi, stresli durumlarda duygusal, fiziksel ve psikolojik yükü en aza indirmeyi hedefleyen bir reaksiyondur. Temelde iki tür başa çıkma yöntemi vardır (138).

- 1. Kendini olumlu tanımlama:** Kendinin farkında olma, içsel denetimi yapabilme, olumlu açıdan bakabilme kapasitesi ve hevesi barındırır. Benlik algısı ve farkındalığı yüksek olan kişiler zayıf ve güçlü özelliklerinin farkında olup, bunları tartarak ve denge kurarak bağımsız kararlar alabilirler. Üzüntü ve sıkıntıya yol açabilecek gelişmeleri dahi olumlu bir şekilde karşılarlar.
- 2. Kişiler arası ilişkileri olumlu tanımlama:** Bireylerin, çevresinde bulunan diğer kişilerle empatik, saygılı, duyarlı bir davranış tutumu içerisinde olmasıdır. Bu kişilerin otorite ile de uyumlu seyreden bir ilişki paternleri bulunmaktadır. Toplumun yazılı ve yazılı olmayan kurallarını, etik değerlerini önemser, yaşamlarını ona göre sürdürmeye dikkat ederler (139).

### 2.3.2.3. Biyolojik Faktörler

**a) Sağlık:** Fiziksel anlamda sağlıklı olan, ek hastalığı olmayan, düzenli ilaç kullanımına ihtiyaç duymayan bireyler diğerlerine oranla daha dayanıklılardır. Yapılan arştırmalarda bu kişilerin daha az sayıda çocukluk travmasına ve çocukluk çağı hastalıklarına maruz kaldığı gösterilmiştir. Ortalamaya göre daha yüksek bir enerjiye sahiptirler (140).

**b) Genetik yatkınlık:** Psikolojik dayanıklılığı daha iyi olan kişilerin psikiyatrik hastalık aile yükünün daha az olduğu gösterilmiştir.

**c) Mizaç:** Sakin mizaca sahip bireylerin uyumlanma becerilerinin daha iyi olduğu görülmüştür.

**d) Cinsiyet:** Erkeklerin risk ve sarsıcı faktörler karşısında kadınlara göre daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (141).



#### 2.3.2.4. Psikolojik Faktörler:

**a) Bilişsel seviye:** Kişinin muhakeme, odaklanabilme, soyutlayabilme, hesap yapabilme yeteneği; zekası olarak tanımlanmaktadır. Dayanıklılığı iyi olan kişilerin başarı ve yetenek testlerinde daha iyi performans gösterdikleri; bilişsel stil olarak, olaylar karşısında düşünerek hareket etme ve duygu yönetimini iyi kullandıkları gösterilmiştir. Dayanıklı kişiler zorlayıcı bir durum karşısında ani ve dürtüsel tepki vermek yerine, dikkatlice düşünmeyi tercih etmektedirler.

**b) Başa çıkma yeteneği:** Başa çıkma stratejilerinin etkin kullanımını, çevreden ve kişinin kendinden gelen taleplerin yönetilebilmesini içermektedir.

**c) Kişilik özellikleri:** Kişinin içinde olduğu kültürel ve sosyal değerlerin birleşimini içerir.

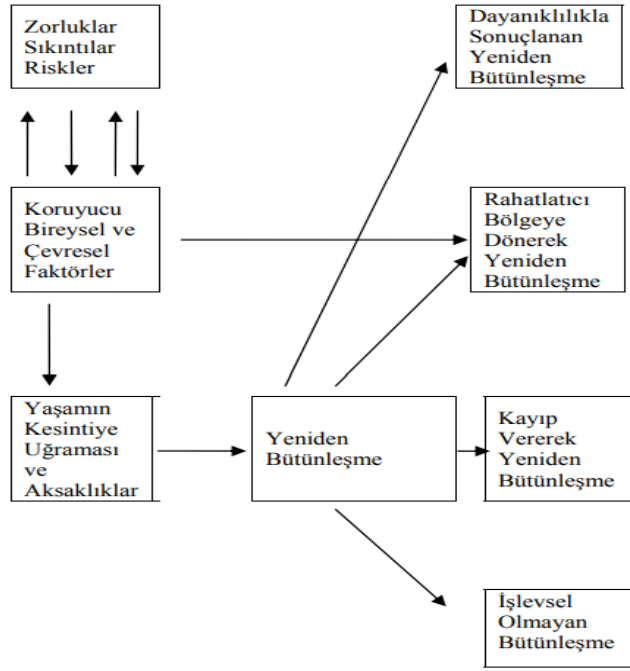
**Olumlu sonuçlar:** Olumlu sonuç, yeterlilik tanımı o anki çevresel ve kişisel koşullar altında, gelişim ve değişim sürecinin olumluya doğru ilerleyebilmesi için kişinin etkili ve sağlıklı bir uyumlanması olarak nitelendirilir (142). Uyum denilebilmesi ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olabilmesi için olumlu sonucun, önceden belirlenemeyecek bir özelliğinin olması gerekmektedir. Eğer kişiden, bir zorluğu aşması bekleniyorsa, ortaya çıkacak olumlu sonucun bireyin psikolojik dayanıklılığına değil, stres şiddetinin düşüklüğüne ya da ortamdaki olumlu şartlara atfedilmesi gerekir (143). Araştırmalara göre olumlu sonuçları ya da yeterliliği belirleyen birtakım ölçütler bulunmaktadır. Masten ve Reed, olumlu neticelerde etkisi olan bu ölçütleri/ değişkenleri aşağıdaki verildiği gibi belirtmişlerdir (144).

- Gelişim basamaklarının zamanında tamamlanması
- Akademik başarının varlığı
- Sosyal ilişkilerin iyi olması
- Suç olabilecek davranış kalıplarının olmaması

- Psikolojik sağlığın olması
- Duygudurum belirtilerinin ve dalgalanmalarının olmaması
- Mutlu hissedilmesi
- Düz enli egzersiz yapılması
- Sosyal yardımlaş mada bulunulması
- Hobilerin bulunması
- Etik kurallara uyulması
- Yakın arkadaşlık ilişkilerinin kurulması
- Psikopatolojinin bulunmaması
- Kendiyle barış ık ve kendini kabullenmiş bir benlik algısı
- Yaş am doyumunu

Yukarıdaki sonuçlar; bireyin sahip olduğu içsel ve dışsal koruyucu faktörler sayesinde risk faktörlerinin üstesinden gelmesi ile bu süreç sonucunda kazandığı olumlu sonuçlar olarak belirtilebilir.

Daha önce de tanımlandığı üzere psikolojik dayanıklılık bir süreçtir. Richardson, Neiger ve Jensen psikolojik dayanıklılık sürecini aş ağıdaki gibi bir modelle açıklamış lardır (145).



Psikolojik Dayanıklılık Modeli (Richardson, Neiger ve Jensen, 1990).

Richardson, Neiger ve Jensen'in, psikolojik dayanıklılık modeline göre; kişi, hayatı boyunca çeşitli zorlayıcı durumlarla karşılaşır, bununla birlikte kişiyi bu durumlardan koruyacak fiziksel, çevresel ve bireysel özelliklere sahip olursa; kişinin benliğinde yıkıcı bir etki olmadan duruma uyum sağlar. Bu zorlayıcı durumun üstesinden gelebildiği için içsel bir dengede yani homeostatisde kalır ya da daha iyi bir psikolojik dayanıklılık düzeyine ilerler. Bu da kişilerin sağlıklı başa çıkma becerilerini geliştirir.

Koruyucu unsurlar yeterli olmadığında, kişi psikolojik olarak yıkıcı bir döneme girer ve zaman geçtikçe bu yıkıcılıkla bütünleşmeye başlar. Bireysel ve çevresel koruyucu unsurlar, bütünleşmenin şeklini belirler. Bu yeniden bütünleşme, alkol ve madde kullanımı, suç paternlerinin bulunması ve tekrarı gibi işlevsiz davranışlara neden olabilir. Bununla birlikte benlik değerini ve uygun başa çıkma becerilerini kaybetmeye neden olabilir. Diğer psikolojik dayanıklılığın artması ile de sonuçlanabilir Bu döngü, psikolojik dayanıklılık modeline göre uyum sürecini ifade ettiği gibi yaşam sürecini de ifade eder (145).

## 2.4.İŞLEVSELLİK

İşlevsellik, bir kişinin yapabileceği aktiviteler, sosyal katılımı, mesleki becerisi ve sürdürülebilirliği gibi çeşitli alanlardan oluşmaktadır. İşlevselliğin bozulması süreci karmaşıktır ve farklı yaşam alanlarını içermektedir. İşlevsellik, kişinin sadece psikolojik durumunun yarattığı olumsuz koşulları öne sürmek için değil kişinin yaşamındaki birçok olayın etkisini anlayabilmek ve değerlendirebilmek için önemli bir değişkendir (146).

Psikiyatrik rahatsızlıklarda önemli kriterlerden biri 'işlevsellik bozulması'dır. İşlevsellikteki bozulma, psikiyatrik bozukluk belirtilerinin sayısına ve şiddetine bağlı olarak yaşamsal belirli işlevleri, görevleri, melekeleri yerine getirememeleri şeklinde ifade edilmektedir (147).

İşlevsellik bilişsel, mesleki, sosyal ve özerklik olmak üzere dört alanda değerlendirilmektedir. "Bilişsel bozukluk" terimi, beynin işlevselliğindeki akut ya da kronik sınırlılıkları ifade etmektedir. Bilişsel işlevselliği azalan bireylerin genellikle hafıza, odaklanma, dikkat, işlem hızı, planlama ve problem çözmeyi içeren yürütücü işlev alanlarında şikayetleri oluşmaktadır (148).

Bilişsel işlevsellikte bozukluğun derecesi ile ilgili olarak, uzun süreçte sosyal, ailesel, mesleki işlevsellik etkilenmekte, araç kullanma, para hesabı yapma gibi gündelik işlevlerde de sıkıntıya neden olmaktadır. Daha da ilerleyici durumlarda bireyi ailesine, sosyal çevresine ve çeşitli kurumlara bağımlı olmasına sebebiyet vermektedir (149).

Hammar ve Årdal'a göre; bilişsel işlev bozukluğu, adları hatırlama, kelimeleri bulma ve bir alışveriş listesinde yazılanları hatırlama gibi zorlanmalar dahil olmak üzere bellek ile ilgili sorunlarla ön plana çıkar. Birey, gün içerisindeki randevularını unutur, konuşmalara odaklanmakta güçlük çeker, üzerine düşenleri yapmakta zorlanır ve kaygı duymaya başlar. Bu semptomlar

önceleri daha belirsizken önlem alınmazsa gittikçe belirginleşebilmekte ve kişinin yaşama olan uyumunu azaltabilmektedir (150).

Mesleki işlevsellik ise Combs ve Heaton'a göre; mesleki işlevsellik, alınan ve yerine getirilmesi gereken sorumlulukların zamanında ve tam olarak bitirilebilmesidir. Mesleki işlevselliğin tanımı çok çeşitli görevlere bağlı olabileceğinden, genel geçer bir tanımlama yapılamamaktadır (151).

Bosc sosyal işlevselliği kişinin ailesi, yakın çevresi ile olan iletişimi etkileşimi; sosyal faaliyetlere katılma durumu, toplumsal rollerinin yerine getirebilmesi olarak tanımlamıştır. Bir diğer tanımlamaya göre sosyal işlevsellik, bireyin yaşamını devam ettirebileceği bir işte çalışabilmesi, çevresindeki kişilerle ilişkilerini yürütebilme ve kişisel bakımını yapabilme yetisi olarak da tanımlanmaktadır (152).

İşlevselliğin içerdiği bir başka alan olarak özerklik, kişilerin sağlıklı kişilik özellikleriyle donanmalarını sağlayacak bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Özerklik, ihtiyacı olduğu zaman karşı tarafa ihtiyaçlarından bahsedebilmesi, kendisinin fark edilebildiği yeteneklerinin olması, kişisel haklarını savunabilmesi olarak bildirilmektedir (153). Bireyin özerk olması, karar verebilmesi, bu kararı nasıl alabileceğini bilmesi ile ilgilidir. Özerk bireylerin öne çıkan özellikleri; kendi kararlarını alabilmesi, bu kararların hayatı üzerinde nasıl etkili olacağını farkında olabilmesi, organizasyon kabiliyeti, bir kişiye veya kuruma bağlı olmadan hayatını sürdürebilme durumu olarak tanımlanmaktadır (154).

## **BÖLÜM 3: GEREÇ-YÖNTEM**

### **3.1.Evren ve Örneklem**

Bu çalışma Kasım 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran, perimenopoz tanısı konulan kadınlardan oluşmakta idi. Evren büyüklüğü hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran 85 kadından oluşmakta olup bu kişilerden 13 tanesi çalışmaya katılmak istememiş, 72 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.2.Etik İzin**

Çalışmamız için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2022-02 no'lu) etik kurul onay alınmıştır.

### **3.3.Çalışmanın Uygulanması**

Katılımcılar araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildi. Katılımcılara her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılanların; çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme nedeni ile tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı hakkında bilgi verildi. Sözlü ve yazılı onamları alındı.

Katılımcıların klinik değerlendirmesi SCID-5-CV DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile yapıldı. Bu değerlendirme sonrasında katılımcılara sosyo-demografik veri formundaki sorular soruldu ve çalışma yürütücüsü tarafından Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulandı. Özbildirim ölçekleri olan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği(GRCDÖ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) katılımcılara verildi.

### **3.3 Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri**

#### **Dahil olma kriterleri;**

1) Perimenopoz tanısı almış olmak (Adet düzensizlikleri, vazomotor semptomların başlamış olması , son adet kanamasının üzerinden bir yıldan az geçmiş olması, FSH değerinin 25 pg/ml üzerinde olması)

2) Ölçekleri uygulamayı engelleyecek mental retardasyonun veya işlevselliği bozan nörolojik hastalıkların bulunmaması

3) 18 yaşından büyük olmak

#### **Dışlama Kriterleri;**

1) Ölçekleri uygulamayı engelleyecek mental retardasyonun veya işlevselliği bozan nörolojik hastalıkların bulunması

2) Çalışmaya yazılı onam vermemek

3) Hormon replasman tedavisi alıyor olmak

4) 18 yaşından küçük olmak

5) Okuma-yazma bilmemesi

### **3.4 Veri Toplama Araçları :**

#### **3.4.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini tespit etmek amacıyla geliştirilen veri formudur.

#### **3.4.2 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)**

Friborg ve arkadaşlarının 2003 yılında oluşturduğu YPDÖ'de beş boyut bulunmaktadır. Ölçeğin amacı, kişilerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini

ölçmektir. 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan YPDÖ'de, 33 madde bulunmaktadır. Ölçeğin belirli bir en düşük ve en yüksek puan aralığı veya kesme puanı yoktur. Puanların artmasıyla psikolojik dayanıklılığında arttığı, puanların azaldıkça da psikolojik dayanıklılığın azaldığı şeklinde değerlendirmesi yapılır. Ölçeğin kişilerde ölçmeyi amaçladığı alt boyutları şunlardır (155):

**Kendilik Algısı:** Kişinin becerilerine güvenme, kendine güvenme, öz yeterlilik, geleceğin reel algısı, olumlu bakış açısı, program yapabilme yeteneği, geleceğe pozitif bakmak ve amaç odaklı olmak gibi özelliklerden meydana gelmektedir.

**Sosyal Yeterlilik:** Mizah, dışa dönüklük, esneklik, dostluk kurmak şeklinde özelliklerden meydana gelmektedir.

**Yapısal Stil:** Kişilerin amaç odaklı, kurallara ve rutinelere bağlı, kendi zamanını ayarlayabilme becerisini ve planlı yaşayabilme durumlarını kapsar.

**Aile Uyumu:** Aile bireylerinde olan ortak zevkler, sadakat, geleceğe pozitif bakış açısı, uyum, paylaşılan değerler, aile ile eğlenebilme birlikte güzel vakit geçirebilme durumlarını kapsar.

**Sosyal Kaynaklar:** Sosyal destek, aileden olmayan önemli birinin desteği, cesaret verme, bağlılık hissi, gereksinim halinde yardım etme, takdir gibi durumları kapsar.

Friborg ve arkadaşları 2005 yılında kişisel güç boyutunu iki bölümde incelemişlerdir; kendilik algısı ve gelecek algısı şeklinde ayrılmış 6 boyutlu bir yapı oluşturmuşlardır. Ölçekte; yapısal stil (3, 9, 15, 21) ve gelecek algısı (2, 8, 14, 20) her biri dörder madde; aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32) kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve sosyal yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29) altışar madde ve sosyal kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) ise yedi madde ile ölçülmektedir. Maddelerin objektifliğini sağlayabilmek için 43 tane bir ucunda olumlu ve diğer ucunda olumsuz özelliklerin olduğu beş kutucuk bulunmaktadır. 5 kutucuk 5'li Likert şeklinde düzenlenmiştir. Puanlama şekli ölçeğin değerlendirilmesinde



serbest bırakılmıştır. Bu araştırmada ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, cevap kutucuklarının değerlendirilmesi soldan sağa doğru 12345 olarak gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla 1-3- 4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı ters sorular değerlendirilmiş 54321 şeklinde değerlendirilmiştir (156).

### **3.4.3. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği**

Rosa ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (157). KİDÖ Türkçe formu Aydemir ve Uykur tarafından 2012 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. 24 maddeden oluşan ve işlevselliği değerlendiren bir ölçektir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen ölçeğin, özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. KİDÖ'de yer alan maddeler "hiç zorlanma yok" (0 puan), "çok az zorlanma" (1 puan), "orta derecede zorlanma" (2 puan), "aşırı derecede zorlanma" (3 puan) şeklinde dördü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir (158)

### **3.4.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği**

MÖYKÖ, Hilditch ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (159). Kharbouch ve Şahin tarafından geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılarak Türk toplumuna uyarlanan MÖYKÖ kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup 29 soru içeren likert tipi ölçektir. Ölçekte yer alan her bir soru için kadınlardan geçen ay bu konuda sorun yaşayıp yaşamadıklarını belirtmeleri istenmektedir. Sorun yaşadılarsa bu sorunun onları ne derece rahatsız ettiğini işaretlemeleri istenmektedir. Sorun yaşayan kadınlardan yaşadıkları sorun onları rahatsız etmiyorsa "0"ı işaretlemeleri, rahatsız ediyorsa 1'den 6'ya kadar bu sorunun şiddetini derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin

analizi için madde puanları 1 ile 8 arasında değişen puanlara dönüştürülmektedir. Sorun yaşamadıklarını işaretleyen kadınlar 1 puan, sorun yaşadığını ancak sorunun rahatsız etmediğini belirten kadınlar 2 puan, sorun yaşayıp derecesini 1-6 arasında işaretleyen kadınlar 3-8 puan almaktadır. Maddelerden alınan 1 puan, o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını, 2 puan o problemin var olduğunu ancak hiç rahatsız edici olmadığını gösterir. 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterir. Puanlar arttıkça yakınmanın şiddeti de artmakta, menopoza özgü yaşam kalitesi düşmektedir. Ölçek “vazomotor”, “psikososyal”, “fiziksel” ve “cinsel” olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Vazomotor alan (1, 2, 3. sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığı ve şiddetini değerlendirir. Psikososyal alan (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. sorular) sinirlilik, hafıza, üzgün ve neşesiz hissetme gibi sorunların varlığını ve şiddetini ölçer. Fiziksel alan (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. sorular), şişkinlik, gaz ağrısı, uyku sorunları, enerjide azalma, kilo alma, cilt değişiklikleri ve üriner sorunlar gibi genel semptomların varlığını ve şiddetini değerlendirir. Cinsel alan ise (27, 28, 29. sorular) cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtilerin varlığını ve şiddetini ölçer.

Menopoz semptomlarının ölçülmesinde kullanılan ve kullanımı ABD’de oldukça popüler olan MÖYKÖ çok fazla kabul görmüş ve oldukça fazla çalışmada kullanılmıştır. Sydora ve ark. (2016) çalışmasında MÖYKÖ’ nün araştırma ve klinik uygulamalarda kullanım kapsamını tanımlamak için literatür taraması yapmıştır (160). Literatür taramasında 39 ülkeyi kapsayan MÖYKÖ'nün 25'ten fazla dile çevrilerek kullanıldığı çeşitli çalışma tasarımlarına uygun 220 makale incelemiştir. Çalışmalarının sonucunda MÖYKÖ'nün klinik ve epidemiyolojik araştırmalarda sürekli artan bir şekilde kullanıldığını tespit etmişlerdir. Kharbouch ve Şahin ölçeğin iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısını vazomotor alan için 0,73; psikososyal alan için 0,84; fiziksel alan için 0,88 ve cinsel alan için 0,84 olarak bulmuşlardır (161). Bu çalışma için ön test Cronbach Alpha katsayısı vazomotor alan için 0,72 psikososyal alan için 0,76 fiziksel alan için 0,83 ve cinsel alan için 0,90 olarak bulunmuştur. Son test Cronbach Alpha katsayısı vazomotor alan için 0,82

psikososyal alan için 0,81 fiziksel alan için 0,80 ve cinsel alan için 0,88 olarak bulunmuştur. MÖYKÖ ön test Cronbach Alpha katsayısının 0,89, son test 0,88 olduğu saptanmıştır (161).

#### **3.4.5. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu**

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel fonksiyonları değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracıdır. Rust J. ve Golombok S. tarafından 1986 da geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde de kullanılabilir hale gelebilmesi için Tuğrul C, Öztan N ve Kabakçı E. tarafından standardizasyon çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin hem uygulama alanında hem de araştırmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir.

Kadın ve erkekler için ayrı olarak hazırlanmış iki formdan oluşmaktadır. Her formda 28 madde yer almakta ve beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Değerlendirme ölçeği “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğunlukla”, “her zaman” seçeneklerinden oluşmaktadır. Kadın ve erkek formunda, beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vaginismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans alt boyutları bulunmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikişer, diğer altboyutlar dörder madde ile sorgulanmaktadır. Ayrıca her iki formda da bu alt boyutlar dışında kalan ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır. Ham puanların standart puanlara dönüştürülmesi sonucunda 5 ve üstü puan alınan alt boyutlarda “sorun” yaşandığına işaret etmektedir (162).

#### **3.4.6. Beck Depresyon Envanteri**

Beck ve arkadaşlarının 1978 yılında geliştirdiği Beck Depresyon Envanteri, depresyon sırasında görülen güdüsel, bilişsel, duygusal ve vejetatif belirtileri ölçer (163). Beck Depresyon Envanteri 21 maddeden oluşan bir öz

değerlendirme ölçeğidir. Her maddeye 0 ve 3 arası puan verilmiş, ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 63, en düşük puansa 0 şeklinde hesaplanmıştır. Ölçekten yüksek puan alınması, depresyonun şiddetinin ya da seviyesinin yüksek olduğunu belirtmektedir (163). 1978'de Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği Beck Depresyon Envanteri'ni Hisli 1989'da Türkçe'ye çevirmiştir (164). Hisli tarafından uygulanan ölçeğe ait güvenilirlik incelemesi sonucunda, 259 üniversite öğrencisiyle yapılan iki yarım testin güvenilirlik katsayısı 0,74 şeklinde bulunmuştur. Hisli, yine poliklinik hastaları ile yaptığı geçerlilik güvenilirlik incelemesi dahilinde Beck Depresyon Envanteri'nin kesme noktalarını irdeleyerek, ölçüm sonrası elde edilen 17 ve üzeri puanın, tedaviye gerek duyulacak depresyonun ayırt edilme derecesini %90 doğrulukla elde edebildiği sonucuna varmıştır. Mevcut araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa değeri çalışma grubu için 0,83 ve kontrol grubu için 0,82 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.4.7. Beck Anksiyete Ölçeği**

Ölçek 1988'de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek bireyin yaşadığı kaygı belirtilerinin yaygınlığını ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998'de yapılmıştır (165). Öz bildirim dayalı olan ölçek, 21 maddeden oluşmakta, her madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta ve toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı kaygının şiddetini göstermektedir. Ulusoy ve arkadaşları ölçeğin iç tutarlılık katsayısını 0,93 olarak hesaplamıştır. Mevcut araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa değeri çalışma grubu için 0,91 ve kontrol grubu için 0,94 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.4.8. DSM-V Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-5-CV) DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme**

Verilerin analizinde SPSS 23.0 for Windows programı kullanıldı. DSM 5 tanıları koymak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur(166). Bu görüşme kılavuzu, DSM 5 tanı sınıflandırmasını bilen klinisyenler ya da ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanabilmektedir. 18 yaşını doldurmuş kişilere uygulanabilir; birden fazla oturumda tamamlanabilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (167).

### **İstatistiksel Analiz**

Verilerin analizinde SPSS 23.0 for Windows programı kullanıldı. Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma ve median [min-maks], niteliksel değişkenler ise sayı ve yüzde ile gösterildi. Verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS 23.0 for Windows istatistik analiz programında sayı, yüzde dağılımı, aritmetik ortalama, iki değişken arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Pearson korelasyon analizi, bağımsız grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığının test edilmesi amacıyla One-Way ANOVA, iki gruptan oluşan bir bağımsız değişken bulunduğu durumda, bu grupların toplam içindeki oranlarının, istenen bir orandan ne kadar farklılaştığını tespit etmek için One Simple Binominal test, non-parametrik iki bağımsız grup arasında ortalama farkı hesaplaması için Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## BÖLÜM 4. BULGULAR

Çalışmamıza perimenopozal dönemde toplam 72 kadın dahil edildi. Kadınların, yaş ortalaması  $47,72 \pm 3,7$  (37-58) olarak bulunmuş olup, menarş yaş ortalamasının  $13,04 \pm 1,43$  (10-18) olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Kadınların %40,3'ünün (n=29), %55,6 (n=40)'sının çalışmakta olduğu ve %68,1 (n=49)'inin evli olduğu görülmüştür. (Medeni durumları evli, bekar ve dul olarak sınıflandırılmış olup eşi vefat eden ya da boşanmış olan kişiler dul sınıfına dahil edilmiştir). Çalışmaya katılanların %68,1'inin (n=49) evli olduğu, %45,8 (n=33)'inin normal doğum, % 43,1 (n=31)'ünün sezeryan, %25 (n=18)'inin düşük doğum, %25 (n=18)'inin kürtaj deneyimi olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Kadınların %40,3 (n=29)'ünün üniversite mezunu olduğu, %55,6 (n=40)'sının çalışmakta olduğu görülmüştür. (Medeni durumları evli, bekar ve dul olarak sınıflandırılmış olup eşi vefat eden ya da boşanmış olan kişiler dul sınıfına dahil edilmiştir.) %45,8 (n=33)'inin normal doğum, % 43,1 (n=31)'ünün sezeryan, %25 (n=18)'inin düşük doğum, %25 (n=18)'inin kürtaj deneyimi olduğu görüldü. (Tablo 4.1)

Çalışmamızda yaşama ortamı üçe ayrılırken, 'diğer' seçeneği arkadaşı ile ya da sığınma evi/yurt gibi alanlarda yaşayanları kapsayacak şekilde değerlendirilmiştir. Kadınların %90,3'ünün ailesi ile, %6,9'unun yalnız yaşadığı, %11,1 (n=8)'inin alkol, %33,3 (n=24)'ünün sigara kullanmakta olduğu belirtilmiştir. Kadınların %51,4 (n=37)'ünde ek hastalık olduğu görülmüştür. (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan hastaların SCID 5 Klinik Görüşme Değerlendirmesine göre aldıkları tanılara bakıldığında hastaların %29,2 (n=21)'sinin majör depresif bozukluk, %20,8 (n=15)'inin anksiyete bozuklukları, %1,4 (n=1)'ünün alkol kullanım bozukluğu, %2,8 (n=2)'inin bipolar duygudurum bozukluğu tanısına sahip olduğu, bununla birlikte %40,3 (n=29)'ünün premenstruel disforik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür.(Tablo 4.1).

Katılanların %6,9 (n=5)'unun öyküsünde suicidal girişimi olduğu, %25 (n=18)'inin ise ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olduğu görülmüştür. (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** Katılımcıların sosyodemografik bulgular

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)	ortalama ± SDT	Ortalama (min-max)
<b>Yaş</b>	72	100	47,72±3,7	48 (37-58)
<b>Menarş Yaşı</b>	72	100	13,04± 1,43	13 (10-18)
<b>Eğitim</b>				
İlköğretim	29	40,5		
Lise	14	19,4		
Üniversite	29	40,3		
Toplam	72	100,0		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	49	68,1		
Bekar	10	13,9		
Dul	13	18,1		
<b>Doğum Stilleri</b>				
Normal Doğum	33	45,8		
Sezaryen	31	43,1		
Düşük	18	25		
Kürtaj	18	25		
<b>Yaşama Ortamı</b>				
Aile	65	90,3		
Yalnız	5	6,9		
Diğer	2	2,8		
<b>Alkol</b>	8	11,1		
<b>Sigara</b>	24	33,3		
<b>Madde</b>	1	1,4		
<b>Kullanmayan</b>	39	54,2		
<b>Komorbid Hastalık</b>	37	51,4		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>				
Depresyon	21	29,2		
Anksiyete Bozukluğu	15	20,8		
AKB	1	1,4		
Bipolar Bozukluk	2	2,8		
Yok	33	45,8		
<b>PMS</b>	29	40,3		
<b>Aile Öyküsü</b>	18	25		
<b>Suisid</b>	5	6,9		
<b>Çalışma Durumu</b>	40	55,6		

SD: standart sapma, %:Sütun yüzdesi, AKB; Alkol Kullanım Bozukluğu

## Psikiyatrik hastalık tanısı alan ve almayan katılımcıların bulguları

Psikiyatrik tanısı olan grupta üniversite mezunu olanların %30,8 (n=12)'ini oluşturduğu, lise mezunu olanların %20,5 (n=8)'ini, ilköğretim mezunu olanların ise %48,7 (n=19) olduğu tespit edildi. Psikiyatrik tanısı olan gruptakilerin %64,1 (n=25)'i evliydi.

Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan gruplar arasında eğitim yılı ve medeni durum alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2)

Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan katılımcıların alkol kullanımları bakımından; aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ( $p>0,05$ ). İki grup arasındaki sigara kullanım oranları değerlendirildiğinde ise, psikiyatrik tanısı olan grupta sigara kullanım oranı %46,2 (n=18) iken, psikiyatrik tanısı olmayan grupta %18,2 (n=6) olarak belirtilmiştir ve iki grup arasında sigara kullanımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ( $p=0,01$ ). (Tablo 4.2).

	Psikiyatrik Tanısı Olan n (%)		Psikiyatrik Tanısı Olmayan n (%)		p		
<b>Eğitim</b>					0,06		
İlköğretim	19 (48,7)		10 (30,3)				
Lise	8 (20,5)		6 (18,2)				
Üniversite	12 (30,8)		17 (51,5)				
<b>Medeni Durum</b>					0,47		
Evli	25 (64,1)		24 (72,7)				
Bekar	5 (12,8)		5 (15,2)				
Dul	9 (23,1)		4 (12,1)				
		+	-		+	-	
<b>Alkol</b>		4(10,3)	35(89,7)		4(12,1)	29(87,9)	0,80*



<b>Sigara</b>		18(46,2)	21(53,8)		6(18,2)	27(81,8)	<b>0,01*</b>
---------------	--	----------	----------	--	---------	----------	--------------

**Tablo 4.2.** Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan katılımcıların demografik bulguları

\*\* İstatistiksel anlamlılık; p<0.01\*, p<0.05, p:Man Whitney U, p\*: One simple Binominal test

### Çalışma Ölçeklerine Ait Bulgular

**Tablo 4.3.** Katılımcıların Ölçek Puanları

<b>KİDÖ</b>	ortalama ± STD	ortanca	min	max
Özerklik	2,12± 2,77	1	0	12
Mesleki İşlevsellik	4,88± 5	3,5	0	15
Bilişsel İşlevsellik	5,15± 3,47	5	0	14
Mali Konular	1,26± 1,87	0	0	8
Kişilerarası İlişkiler	5,70± 3,76	5,50	0	16
Boş Zaman Aktiviteleri	2,37± 2,02	2	0	12
<b>Toplam puan</b>	<b>21,73± 13,89</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>66</b>
<b>YPDÖ</b>				
Yapısal Stil	13,93± 3,54	14	6	24
Gelecek Algısı	12,94± 4,05	13	4	20
Aile Uyumu	19,69± 6,21	20	9	30
Kendilik Algısı	21,01± 5,30	21	8	30
Sosyal Yetkinlik	20,97± 4,89	21	8	30
Sosyal Kaynaklar	26,22± 5,35	26	13	35
<b>Toplam</b>	<b>114,11± 20,88</b>	<b>116,50</b>	<b>64</b>	<b>163</b>
<b>MÖYKÖ</b>				
Vazomotor alan	4,39± 2,36	4,20	1	8
Psikosomatik alan	4,34± 2,12	4,42	1	8
Fiziksel alan	4,30± 1,84	4,21	1	8
Cinsel alan	3,95± 2,52	3,44	1	8
<b>Toplam</b>	<b>16,92</b>	<b>17,45</b>	<b>4</b>	<b>30,51</b>
<b>GRCDÖ</b>				
Kaçınma	3,79±2,60	3,37	1	9
Doyum	4,35±2,44	3,93	1	9
İletişim	5,48±2,69	5,62	1	9
Dokunma	4,16±2,65	3,37	1	9
İlişki Sıklığı	5,50±2,29	5,62	1	9
Vajinismus	3,99±2,47	3,37	1	9
Orgazm Yokluğu	4,67±2,93	3,93	1	9
<b>Toplam</b>	<b>4,58±2,12</b>	<b>4,09</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>BDE</b>	<b>20,00± 12,8</b>	<b>17,5</b>	<b>0</b>	<b>62</b>
<b>BAE</b>	<b>20,00± 12,8</b>	<b>17,5</b>	<b>0</b>	<b>62</b>

KİDÖ=Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, YPDÖ= Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, MÖYKÖ=Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, GR CYÖ= Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği, BDE=Beck Depresyon Envanteri, BAE= Beck Anksiyete Envanteri, min: minimum, max: maximum

**Tablo 4.4** Psikiyatrik tanısı olan/olmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

KİDO	Psikiyatrik Tanısı Olanlar		Psikiyatrik Tanısı Olmayanlar		p
	ort±STD	ortanca (min-max)	ort±STD	ortanca (min-max)	
Ö	2,9±3,3	2 (0-12)	1,27±1,6	1 (0-4)	<b>0,03</b>
Mİ	6,4±5,1	6 (0-15)	3,1 ± 4,2	1 (0-15)	<b>p&lt;0,01</b>
Bİ	5,6±3,6	5 (0-14)	4,6±3,3	4 (0-12)	0,26
MK	1,46±2	0 (0-6)	1,0 ± 1,8	0 (0-8)	0,3
KAİ	6,2 ± 4,3	7 (0-16)	5,1 ± 3,0	5 (0-12)	0,26
BZE	2,9 ± 2,3	3 (0-12)	1,8± 2,0	2 (0-4)	<b>0,02</b>
Toplam	25,53 ± 15,0	24 (0-66)	16,6 ± 11,0	11 (0-40)	<b>0,01</b>
<b>YPDÖ</b>					
YS	13,3±3,5	14 (6-24)	14,6 ± 3,5	15 (7-20)	0,12
GA	11,4±3,8	11 (4-20)	14,8 ± 3,6	16 (8-20)	<b>p&lt;0,01</b>
AU	19,0±6,6	19 (9-30)	20,5 ± 5,7	21 (9-30)	0,31
KA	19,2 ± 5,6	19 (8-30)	23,1± 4,1	23 (15-30)	<b>p&lt;0,01</b>
SY	19,7 ±4,5	20 (8-27)	22,4 ± 5,0	22 (10-30)	<b>0,01</b>
SK	26,4 ± 5,1	26 (16-35)	26,39± 5,1	26 (16-35)	0,95
Toplam	108,2±20,8	111 (64-147)	121± 19,0	122 (80-163)	<b>0,02</b>

\*\* p<0.01 \*p<0.05 p: Mann Whitney U, KİDÖ=kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, YPDÖ=yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, Ö=özerklik, Mİ=mesleki işlevsellik, Bİ= bilişsel işlevsellik, MK=mali konular, KAİ= kişilerarası ilişkiler, BZE=boş zaman etkinlikleri, YS=yapısal stil, GA=gelecek algısı, AU= aile uyumu, KA=kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, SK= sosyal kaynaklar,

Psikiyatrik tanı olup olmasına göre yapılan gruplandırmada; psikiyatrik tanısı olanlarda KİDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. İki grup

arasında KİDÖ özerklik alt başlığı puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur.( $p=0,03$ ) Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada KİDÖ mesleki işlevsellik alt başlığı puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,01$ ), Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt başlığı puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,02$ ) Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada KİDO toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,01$ ). Psikiyatrik tanısı olan grubun KİDÖ özerklik, mesleki işlevsellik, boş zaman etkinlikleri ve KİDO toplam puanlarının psikiyatrik tanısı olmayan gruba kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. KİDO bilişsel işlevsellik, mali konular ve kişilerarası ilişkiler alt başlıklarında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada; psikiyatrik tanısı olmayanlarda YPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. İki grup arasında YPDÖ gelecek algısı alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada YPDÖ kendilik algısı alt başlığı puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada YPDÖ sosyal yeterlilik alt başlığı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,01$ ) Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada YPDÖ toplam puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,02$ ). İki grup arasında YPDÖ gelecek algısı, kendilik algısı, sosyal yeterlilik alt başlıklarında ve YPDÖ toplam puanlarında psikiyatrik tanısı olmayanların puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. İki grup arasında yapılan karşılaştırmada YPDÖ yapısal stil, aile uyumu, sosyal kaynaklar alt puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.( $p>0,05$ )

**Tablo 4.5.** Psikiyatrik tanısı olan/olmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması-2

MÖYKÖ	Psikiyatrik Tanısı Olanlar		Psikiyatrik Tanısı Olmayanlar		p
	ort±STD	ortanca (min-max)	ort±STD	ortanca (min-max)	
VA	4,3±2,6	4 (1-8)	4,5±2,6	4,7 (1-8)	0,9
PSA	5,0 ± 2,0	5,4 (1-8)	3,6±1,9	3,3 (1-8)	<b>&lt;0,01</b>
FA	4,6±1,8	4,8 (1,4-7,4)	3,9± 1,9	3,6 (1-8)	0,09
CA	4,3 ± 2,5	4,3 (1-8)	3,6± 2,5	3 (1-8)	0,2
Toplam puan	18,2±6,6	18,3(4,4-30,5)	15,4 ± 7,5	14,7 (4-30)	0,09
GRCDÖ					
Kaçınma	4± 2,7	3,3 ( 1-9)	3,5±2,4	2,5 ( 1-9)	0,47
Doyum	4,4±2,5	3,9 (1,68-9)	4,2±2,4	3,9 (1-9)	0,86
İletişim	5,0±2,7	4,5(1-9)	6,1 ±2,7	5,6 (1-9)	0,23
Dokunma	4± 2,7	4,0 (1-9)	4,4±2,7	3,6(1-9)	0,65
İlişki Sıklığı	5,8 ±2,2	6,7 (1,1-9)	5,1 ±2,4	5,6 (1-9)	0,43
Vajinismus	4±2,4	3,4 ( 1-9)	3,8 ± 2,6	2,6 (1-9)	0,56
Orgazm Yokluğu	4,9 ±2,9	4,5 (1,1-9)	4,4±3	3,6 (1-9)	0,46
Toplam Puan	4,6± 2,1	4,2 (1,3-9)	4,6± 2,2	3,8 (1-9)	0,84

\*\* p<0.01 \*p<0.05 p:Mann Whitney U, MÖYKÖ= menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, VA=vazomotor alan PSA=psikososyal alan, FA=fiziksel alan, CA=cinsel alan GRCDÖ= Golombok Rust cinsel doyum ölçeği

Psikiyatrik tanı olup olmasına göre yapılan gruplandırmada; psikiyatrik tanısı olanlarda MÖYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) psikososyal alan alt başlığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. (p<0,01) Psikiyatrik tanı olup olmasına göre yapılan gruplandırmada MÖYKÖ vazomotor alan, fiziksel alan, cinsel alan ve MÖYKÖ toplam puanlarında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p>0,05)

Psikiyatrik tanı olup olmamasına göre yapılan gruplandırmada Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) kaçınma, doyum, iletişim, dokunma, ilişki sıklığı, vajinismus, orgazm yokluğu alt başlıkları ve GRCDÖ toplam puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 4.6.** Tüm Katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçek Puanları

GRCDÖ	Sorun var		Sorun yok	
	n	%	n	%
Kaçınma	13	28,9	32	44,4
Doyum	16	22,2	29	64,4
İletişim	24	53,3	21	46,7
Dokunma	18	40	27	60
İlişki Sıklığı	26	57,8	19	42,2
Vajinismus	13	28,9	32	71,1
Orgazm Yokluğu	17	37,8	28	62,2

GRCDÖ: Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği

**Tablo 4.7.** Katılımcıların cinsel doyum ölçeğine göre KİDÖ, YPDÖ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

KİDÖ	Glombok Rust Toplam ≥ 5		Glombok Rust Toplam < 5		p
	ort±STD	ortanca (min-max)	ort±STD	ortanca (min-max)	
Ö	3,07±3,5	2 (0-12)	1,45 ±1,9	1(0-7)	0,10
Mİ	7,3±5,3	6,5 (0-15)	4,0± 4,7	2 (0-15)	<b>0,03</b>
Bİ	7,7±3,8	8 (0-14)	4,4±3,2	4 (0-11)	<b>0,00</b>
MK	1,6±2	0.5 (0-6)	1,1± 2,0	0 (0-8)	0,36
KAİ	6,8±3,9	7 (0-16)	3,7 ± 2,6	4 (0-8)	<b>0,01</b>
BZE	3,7±2,9	4 (0-12)	1,8 ±1,4	2 (0-6)	<b>0,01</b>
Toplam	29,8± 14,4	30,5 (10-66)	16,0±11 (0-41)	11 (0-41)	<b>&lt;0,01</b>
<b>YPDÖ</b>					
YS	11,8± 3,5	12 (7-19)	14,0± 2,7	14 (8-18)	<b>0,04</b>
GA	11,4± 3,9	11 (4-17)	13,8 ±3,6	14 (8-20)	0,08
AU	16,7 ± 6,7	16 (9-27)	22,6± 5,0	22 (13-30)	<b>0,01</b>
KA	16,6± 5,4	17 (8-25)	22,4 ± 4,3	22 (16-30)	<b>&lt;0,01</b>
SY	20,0±5,3	19,5 (12-29)	22,4± 4,0	22 (11-30)	0,12
SK	24,2± 5,9	24,5 (15-33)	28,2 ± 5,3	29 (16-35)	<b>0,03</b>
Toplam	99,4± 21,0	105,5 (64-136)	123,3± 16,2	127 (92-156)	<b>&lt;0,01</b>
<b>MÖYKÖ</b>					
VA	4,7±2,3	5(1-8)	5,0±2,0	4,9 (1-8)	0,7
PSA	5,5±1,9	5,7 (1,4-8)	4,2±1,9	4,3 (1-8)	<b>0,04</b>
FA	4,6±1,9	4,8 (1,4-6,7)	4,6±1,8	4,4 (1,4-8)	0,96
CA	5,8±2,3	6,8 (1-8)	3,5±2,1	3,3 (1-8)	<b>&lt;0,01</b>
Toplam.	20,6±5,7	22 (7,4-20,0)	17,2±5,9	16,3 (4,4-28,7)	0,06

\*\* p<0.01 \*p<0.05 p:Mann Whitney U testi KİDÖ=kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, YPDÖ=yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, Ö=özerklik, Mİ=mesleki işlevsellik, Bİ= bilişsel işlevsellik, MK=mali konular, KAİ= kişilerarası ilişkiler, BZE=boş zaman etkinlikleri, YS=yapısal stil, GA=gelecek algısı, AU= aile uyumu, KA=kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, SK= sosyal kaynaklar, MÖYKÖ=menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, VA=vazomotor alan PSA=psikososyal alan, FA=fiziksel alan, CA=cinsel alan

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden (GRCYÖ) ve alt ölçeklerinden alınan puanların kesme noktası incelendiğinde 5 puan ve üzerinde kalan

katılımcıların o alt başlıkta sorun yaşadığı belirtilmektedir. GRCYÖ kesme noktasına göre ayrılan iki grubun Kısa İşlevsellik Değerlendirme ölçeğinden (KİDO) aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde mesleki işlevsellik alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,03$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında KİDÖ bilişsel işlevsellik alt başlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında KİDÖ toplam puanına göre anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ). İki grup arasında GRCYÖ kesme puanının üstünde kalan grupta KİDÖ toplam puan ve mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt başlıkları puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında KİDÖ özerklik ve mali konular alt başlıklarında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) yapısal stil alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,04$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında YPDÖ aile uyumu alt başlığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında YPDÖ kendilik algısı alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında YPDÖ sosyal kaynaklar alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,03$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında YPDÖ toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında kesme puanın altında kalan grubun, YPDÖ yapısal stil, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal kaynaklar alt başlıklarının ve toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında YPDÖ gelecek algısı ve sosyal yeterlilik alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) psikososyal alan alt başlığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p=0,04$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında MÖYKÖ cinsel alan alt başlığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında MÖYKÖ toplam puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. ( $p=0,05$ ) GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında kesme puanın üstünde kalan grupta MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alan alt başlıkları ile toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. GRCYÖ puanlarına göre ayrılan iki grup arasında MÖYKÖ vazomotor alan ve fiziksel alan alt başlıklarında anlamlı fark bulunamamıştır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 4.8.** Katılımcıların komorbid fiziksel hastalıklarının olup olmamasına göre yapılan grupların KİDÖ, YPDÖ, MÖYKÖ, GRCDÖ toplam ve alt puanlarının karşılaştırılması

Komorbidite	Var		Yok		p
	ort±STD	ortanca (min-max)	ort±STD	ortanca (min-max)	
<b>KİDÖ</b>					
Ö	2,7±3,2	1 (0-12)	1,6±2,1	1 (0-8)	0,12
Mİ	5,9±4,9	5 (0-15)	3,8±5,0	1 (0-15)	<b>0,03</b>
Bİ	6,0 ±3,5	5 (0-14)	4,2± 3,3	4 (0-11)	<b>0,04</b>
MK	1,4±1,7	1 (0-6)	1,1±2,0	0 (0-8)	0,18
KAİ	6,8±4,2	7 (0-16)	4,6±2,9	5 (0-12)	<b>0,02</b>
BZE	2,7±1,8	2 (0-6)	2,0 ± 2,2	2 (0-12)	0,06
Toplam	25,4± 15,2	24 (0-66)	17,1±11,4	13 (0-40)	<b>0,03</b>
<b>YPDÖ</b>					
YS	13,5±2,0	14 (9-16)	13,3 ± 3,9	13 (7-19)	0,43
GA:	11,9±3,9	12,5 (4-18)	14,2 ±3,5	14 (8-20)	<b>0,03</b>
AU	19,5±6,2	19,5 (9-30)	21,9±6,0	24 (9-30)	0,38



KA	20,1±5,5	20 (8-30)	21,1±5,3	21 (9-30)	0,12
SY	20,4±4,0	21 (11-26)	22,9±4,8	23 (12-30)	0,11
SK	26,1 ± 5,8	27 (15-34)	27,7±5,6	29 (16-35)	0,31
Toplam	112,5 ±20,4	115 (64-143)	119,0±21,2	117 (76-156)	0,12
<b>MÖYKÖ</b>	ort±STD	ortanca (min-max)	ort±STD	ortanca (min-max)	p
VA	4,6±2,3	4,7 (1-8)	4,2±2,4	3,7 (1-8)	0,4
PA	4,8±2,2	5,1 (1-8)	3,9±2,0	4 (1-7,57)	0,06
FA	4,8±1,7	5,2 (2-8)	3,8±1,8	3,6 (1-8)	<b>0,02</b>
CA	4,5±2,6	4,3 (1-8)	3,3±2,3	3 (1-8)	<b>0,05</b>
Toplam	18,7±7,0	18,8 (5,5-30,5)	15,1± 7,0	16,2 (4-30,8)	<b>0,04</b>
<b>GRCDÖ</b>					
Kaçınma	4,0 ± 2,5	3,6 (1-8,4)	3,6± 2,7	3,4 (1-9)	0,60
Doyum	4,4± 2,4	3,9 (1-9)	4,3± 2,6	3,4 (1-9)	0,95
İletişim	5,5±2,6	5,1 (1-9)	5,5± 2,9	5,6 (1-9)	0,90
Dokunma	4,2±2,7	3,6 (1-9)	4,1± 2,7	2,8 (1-9)	0,96
İlişki Sıklığı	5,9 ± 2,1	6,2 (1-9)	5,1±2,5	4,5 (1-9)	0,30
Vajinismus	4,1± 2,5	3,6 (1-9)	3,8± 2,5	2,8 (1-9)	0,71
OrgazmYokluğu	4,8±3,0	4,5 (1-9)	4,5± 2,9	3,4 (1,7-9)	0,82
Toplam	4,7±2,1	4,4 (1-8,7)	4,4±2,2	3,6 (1,3-9)	0,42

\*\* p<0.01 \*p<0.05 p:Mann Whitney U testi KİDÖ=kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, YPDÖ=yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, Ö=özerklik, Mİ=mesleki işlevsellik, Bİ= bilişsel işlevsellik, MK=mali konular, KAİ= kişilerarası ilişkiler, BZE=boş zaman etkinlikleri, YS=yapısal stil, GA=gelecek algısı, AU= aile uyumu, KA=kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, SK= sosyal kaynaklar, MÖYKÖ=menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, VA=vazomotor alan PSA=psikososyal alan, FA=fiziksel alan, CA=cinsel alan, GRCDÖ=Golombok Rust cinsel doyum ölçeği

Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında KİDO mesleki işlevsellik alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,03) Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında KİDO bilişsel işlevsellik alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,04) Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında KİDO kişilerarası ilişkiler alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,02) Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında KİDO toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmuştur. ( $p=0,03$ ) Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında komorbid hastalığı olan grubun KİDO mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve toplam puanlarında anlamlı olarak yükselme tespit edilmiştir. Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında KİDO özerklik, mali konular ve boş zaman etkinlikleri alt boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında YPDÖ gelecek algısı alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır. ( $p=0,03$ ) Bu alt boyutta komorbid hastalık bulunmayan grubun puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İki grup arasında YPDÖ yapısal stil, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarında ve toplam puanlarında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında MÖYKÖ fiziksel alan alt boyutunda anlamlı fark bulundu. ( $p=0,02$ ) Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında MÖYKÖ cinsel alan alt boyutunda anlamlı fark bulundu. ( $p=0,05$ ) Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında MÖYKÖ toplam puanlarında anlamlı fark bulundu. ( $p=0,04$ ) İki grup arasında komorbid hastalığı olanların MÖYKÖ fiziksel alan, cinsel alan alt boyutları ve toplam puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında MÖYKÖ vazomotor alan ve psikososyal alan alt boyutlarında anlamlı fark bulunmadı. ( $p>0,05$ )

Komorbid fiziksel hastalık olup olmamasına göre iki grup arasında GRCDÖ alt boyutları ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. ( $p>0,05$ )

## Korelasyon Analizleri

Tablo 4.9'da katımcıların yetişkinler YPDÖ toplam puanı ile KİDÖ toplam puanı ( $p<0,01$   $r=-0,43$ ) bilişsel işlevsellik ( $p<0,01$   $r=-0,44$ ), boş zaman etkinlikleri

( $p<0,01$ ,  $r=-0,48$ ) , özerklik( $p<0,01$ ,  $r=-0,32$ ) alt başlıkları istatistiksel olarak orta güçlükte negatif yönde ve kişilerarası ilişkiler ( $p<0,01$   $r=-0,51$ ) istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur.

YPDÖ yapısal stil alt başlığı ile KİDÖ bilişsel işlevsellik ( $p<0,05$ ,  $r=-0,02$ ) ve boş zaman etkinlikleri ( $p<0,01$   $r=-0,31$ ) alt boyutları istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ gelecek algısı alt başlığı, KİDÖ toplam puan ( $p<0,01$   $r=-0,49$ ), mesleki işlevsellik ( $p<0,05$   $r=-0,29$ ), bilişsel işlevsellik ( $p<0,01$   $r=-0,452$ ), kişilerarası ilişkiler ( $p<0,01$   $r=-0,43$ ), boş zaman etkinlikleri ( $p<0,01$ ,  $r=-0,48$ ), özerklik ( $p<0,01$   $r=-0,31$ ) alt başlıklarında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ aile uyumu alt boyutu ile KİDÖ toplam puan( $p<0,05$   $r=-0,28$ ), kişilerarası ilişkiler( $p<0,01$   $r=-0,41$ ) özerklik( $p<0,05$   $r=-0,233$ ) ve boş zaman etkinlikleri( $p<0,05$   $r=-0,278$ ) alt boyutlarında negatif yönde anlamlı fark bulunmuştur. YPDÖ kendilik algısı alt boyutu ile KİDÖ toplam( $p<0,01$   $r=-0,359$ ), kişilerarası ilişkiler( $p<0,01$   $r=-0,330$ ), bilişsel işlevsellik( $p<0,01$   $r=-0,422$ ), boş zaman etkinlikleri( $p<0,01$   $r=-0,427$ ) alt boyut puanlarında negatif yönde anlamlı fark bulunmuştur. YPDÖ sosyal yeterlilik alt boyutu ile KİDÖ kişilerarası ilişkiler( $p<0,01$   $r=-0,46$ ) ve boş zaman etkinlikleri( $p<0,05$   $r=-0,24$ ) alt boyut puanlarında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ sosyal kaynaklar alt boyutu ile KİDÖ toplam( $p<0,01$   $r=-0,30$ ), bilişsel işlevsellik( $p<0,01$   $r=-0,35$ ), boş zaman etkinlikleri( $p<0,05$ ,  $r=-0,24$ ) kişilerarası ilişkiler( $p<0,01$   $r=-0,46$ ) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile YPDÖ toplam puan( $p<0,01$   $r=-0,064$ ), gelecek algısı ( $p<0,01$   $r=-0,52$ ), aile uyumu ( $p<0,01$   $r=-0,50$ ), kendilik algısı ( $p<0,01$   $r=-0,54$ ), sosyal yeterlilik ( $p<0,01$   $r=-0,59$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların Beck depresyon envanteri ile YPDÖ yapısal stil ( $p<0,05$   $r=-0,25$ ) ve sosyal kaynaklar ( $p<0,01$   $r=-0,034$ ) alt boyutları arasında istatistiksel anlamda orta güçte negatif anlamlı ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puanları ile YPDÖ toplam ( $p<0,01$   $r=-0,37$ ), yapısal stil ( $p<0,05$   $r=-0,25$ ), gelecek algısı ( $p<0,01$   $r=-0,33$ ), aile uyumu ( $p<0,01$   $r=-0,32$ ), kendilik algısı ( $p<0,01$   $r=-0,44$ ) ve sosyal yeterlilik ( $p<0,01$   $r=0,32$ ) alt boyutlardan aldıkları puanlar ile arasında istatistiksel olarak orta güçte negatif anlamlı ilişki saptanmıştır.

**Tablo 4.9.** Korelasyon Analizi bulgular-1

	YPDÖ T.	YS	GA	AU	KA	SY	SK
<b>KİDÖ</b>							
Mİ	-0,08	-0,02	<b>-0,29*</b>	0,051	-0,10	0,10	-0,05
Bİ	<b>-0,44**</b>	<b>-0,28*</b>	<b>-0,45**</b>	-0,23	<b>-0,42**</b>	-0,15	<b>-0,35**</b>
MK	-0,10	0,01	-0,10	-0,13	-0,13	0,04	-0,02
Kİ	<b>-0,51**</b>	-0,15	<b>-0,43**</b>	<b>-0,41**</b>	<b>-0,33**</b>	<b>-0,33**</b>	<b>-0,46**</b>
BZE	<b>-0,48**</b>	<b>-0,31**</b>	<b>-0,48**</b>	<b>-0,31**</b>	<b>-0,43**</b>	<b>-0,35**</b>	<b>-0,24*</b>
Ö	<b>-0,32**</b>	-0,10	<b>-0,31**</b>	<b>-0,28*</b>	-0,23	-0,15	-0,18
Toplam	<b>-0,43**</b>	-0,18	<b>-0,49**</b>	<b>-0,28*</b>	<b>-0,36**</b>	-0,17	<b>-0,30**</b>
<b>BDE</b>	<b>-0,64**</b>	<b>-0,25*</b>	<b>-0,52**</b>	<b>-0,50**</b>	<b>-0,54**</b>	<b>-0,59**</b>	<b>-0,34**</b>
<b>BAE</b>	<b>-0,37**</b>	<b>-0,25*</b>	<b>-0,33**</b>	<b>-0,32**</b>	<b>-0,25*</b>	<b>-0,32**</b>	-0,15

\*\*  $p<0,01$  \* $p<0,05$  p:Pearson korelasyon analizi, KİDÖ=kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, YPDÖ=yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, Ö=özerklik, Mİ=mesleki işlevsellik, Bİ= bilişsel işlevsellik, MK=mali konular, Kİ= kişilerarası ilişkiler, BZE=boş zaman etkinlikleri, YS=yapısal stil, GA=gelecek algısı, AU= aile uyumu, KA=kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, SK= sosyal kaynaklar, BDE=Beck depresyon envanteri, BAE=Beck anksiyete envanteri, T=toplam

Katılımcıların YPDÖ toplam puanı ile menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği(MÖYKÖ) toplam puanı ( $p<0,01$   $r=-0,031$ ), psikososyal ( $p<0,01$   $r=-0,46$ ) cinsel alan ( $p<0,05$   $r=-0,30$ ) alt boyutları puanlarında negatif olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ yapısal stil alt başlığı puanları ile MÖYKÖ psikososyal ( $p<0,05$   $r=-0,24$ ) ve cinsel alan ( $p<0,05$   $r=-0,27$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. YPDÖ gelecek algısı alt boyutu ile MÖYKÖ toplam puanları ( $p<0,05$   $r=-0,27$ ), psikososyal ( $p<0,01$   $r=-0,31$ ) ve cinsel alan ( $p<0,05$   $r=-0,37$ ) alt başlıklarında negatif olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ aile uyumu alt ölçeği ile MÖYKÖ toplam ( $p<0,05$   $r=-0,28$ ), fiziksel alan ( $p<0,05$   $r=-0,25$ ) ve psikososyal ( $p<0,01$   $r=-0,37$ ) alan alt ölçek puanlarında negatif olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. YPDÖ kendilik algısı alt

boyutundan alınan puanlar ile MÖYKÖ toplam ( $p<0,05$   $r=-0,24$ ), psikososyal alan ( $p<0,01$   $r=-0,46$ ) ve cinsel alan ( $p<0,01$   $r=-0,26$ ) alt boyutlarından alınan puanlar arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ sosyal yeterlilik alt başlığı ile MÖYKÖ psikososyal ( $p<0,01$   $r=-0,33$ ) alt başlığı puanında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş olup diğer alt başlıklar alanında anlamlı ilişki bulunamamıştır. YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçek puanları ile MÖYKÖ toplam ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların YPDÖ toplam puanları ile GRCDÖ toplam puanları ( $p<0,01$   $r=-0,46$ ) ve kaçınma ( $p<0,05$   $r=-0,36$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=-0,50$ ), iletişim ( $p<0,05$   $r=-0,36$ ), dokunma ( $p<0,01$   $r=-0,43$ ), vajinismus ( $p<0,05$   $r=-0,31$ ), orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=-0,52$ ) alt başlık puanları arasında negatif yönde anlamlılık bulunmuştur. YPDÖ yapısal stil alt boyutu ile GRCDÖ toplam ve alt başlıkları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). YPDÖ gelecek algısı alt başlığı ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,05$   $r=-0,35$ ) ve iletişim ( $p<0,05$   $r=-0,28$ ), dokunma ( $p<0,05$   $r=-0,28$ ), orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=-0,45$ ) alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak negatif olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ aile uyumu alt boyutu puanları ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,05$   $r=-0,33$ ) ve orgazm yokluğu ( $p<0,05$   $r=-0,34$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=-0,40$ ) alt başlıklarından alınan puanlar arasında negatif olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ kendilik algısı alt ölçeği ile GRCDÖ toplam ( $p<0,01$   $r=-0,44$ ) ve kaçınma ( $p<0,05$   $r=-0,31$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=-0,50$ ), iletişim ( $p<0,05$   $r=-0,36$ ), dokunma ( $p<0,05$   $r=-0,39$ ), vajinismus ( $p<0,05$   $r=-0,34$ ), orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=-0,49$ ) alt puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. YPDÖ sosyal yeterlilik alt boyutu ile GRCDÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği ile GRCDÖ doyum ( $p<0,05$   $r=-0,30$ ) ve orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=-0,40$ ) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo 4.10** Korelasyon Analizi bulguları-2

	YPDÖ Toplam	YS	GA	AU	KA	SY	SK
<b>MÖYKÖ</b>							
VA	-0,03	-0,07	-0,09	-0,06	-0,05	0,12	-0,03
PSA	<b>-0,46**</b>	<b>-0,24*</b>	<b>-0,31**</b>	<b>-0,37**</b>	<b>-0,46**</b>	<b>-0,33**</b>	-0,20
FA	-0,19	-0,06	-0,08	<b>-0,25*</b>	-0,08	-0,17	-0,12
CA.	<b>-0,30*</b>	<b>-0,27*</b>	<b>-0,37*</b>	-0,2	<b>-0,26*</b>	-0,11	-0,20
Toplam	<b>-0,031**</b>	-0,21	<b>-0,27*</b>	<b>-0,28*</b>	<b>-0,24*</b>	-0,15	-0,12
<b>GRCDÖ</b>							
KA	<b>-0,36*</b>	-0,18	-0,28	-0,27	<b>-0,31*</b>	-0,14	-0,26
DY	<b>-0,50**</b>	-0,22	-0,29	<b>-0,40**</b>	<b>-0,50**</b>	-0,22	<b>-0,30*</b>
İL	<b>-0,36*</b>	-0,18	<b>-0,28*</b>	-0,26	<b>-0,36*</b>	-0,06	-0,38
DK	<b>-0,43**</b>	-0,20	<b>-0,30*</b>	-0,28	<b>-0,39*</b>	-0,16	-0,24
İS	-0,16	0,03	-0,18	-0,11	-0,17	-0,2	-0,05
VA	<b>-0,31*</b>	-0,18	-0,24	-0,23	<b>-0,34*</b>	0,01	-0,28
OY	<b>-0,52**</b>	-0,27	<b>-0,45**</b>	<b>-0,34*</b>	<b>-0,49**</b>	-0,29	<b>-0,40**</b>
Toplam	<b>-0,46**</b>	-0,21	<b>-0,35*</b>	<b>-0,33*</b>	<b>-0,44**</b>	-0,16	-0,29

\*\* p<0.01 \*p<0.05 p:Pearson korelasyon analizi YPDÖ=yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, YS=yapısal stil, GA=gelecek algısı, AU= aile uyumu, KA=kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, SK= sosyal kaynaklar, MÖYKÖ=menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, VA=vazomotor alan PSA=psikososyal alan, FA=fiziksel alan, CA=cinsel alan, GRCDÖ=Golombok Rust cinsel doyum ölçeği, KA=kaçınma, DY=doyum, İL=iletişim, DK=dokunma, İS=ilişki sıklığı, VA=vajinismus, OY= orgazm yokluğu

Katılımcıların YPDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanlar ile yaş, menarş yaşı, gebelik sayısı ve çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 4.11.** Korelasyon Analizi bulguları-3

	YPDÖ Toplam	YS	GA	AU	KA	SY	SK
<b>Yaş</b>	-0,072	-0,09	-0,20	0,03	-0,10	-0,11	-0,00
<b>Menarş Yaşı</b>	-0,12	-0,06	-0,19	-0,15	-0,85	-0,07	0,04
<b>Gebelik Sayısı</b>	-0,07	-0,03	0,03	0,04	-0,05	0,07	-0,12
<b>Çocuk Sayısı</b>	-0,04	-0,01	0,03	0,06	-0,07	0,12	-0,21

\*\*  $p<0,01$  \* $p<0,05$  p: Pearson korelasyon analizi YPDÖ=yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, YS=yapısal stil, GA=gelecek algısı, AU= aile uyumu, KA=kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, SK= sosyal kaynaklar

Katılımcıların KİDÖ toplam puanı ile MÖYKÖ toplam ( $p<0,01$   $r=0,32$ ) ve cinsel alan ( $p<0,01$   $r=0,44$ ) alt başlığı puanları pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. KİDÖ özerklik alt puanları ile MÖYKÖ cinsel alan ( $p<0,05$   $r=0,26$ ) alt boyutu pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. KİDÖ mesleki işlevsellik alt başlığı ile MÖYKÖ cinsel alan ( $p<0,01$   $r=0,35$ ) alt boyutu pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu ile MÖYKÖ toplam ( $p<0,05$   $r=0,30$ ) ve cinsel alan ( $p<0,01$   $r=0,38$ ) alt boyutunda pozitif anlamlı ilişkili bulunmuştur. KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile MÖYKÖ toplam ( $p<0,01$   $r=0,03$ ), psikososyal alan ( $p<0,05$   $r=0,45$ ) ve cinsel alan ( $p<0,01$   $r=0,38$ ) alt boyutları pozitif anlamlı ilişkili bulunmuştur. KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu ile MÖYKÖ psikososyal alan ( $p<0,05$   $r=0,24$ ) ve cinsel alan ( $p<0,05$   $r=0,25$ ) alt boyutları pozitif anlamlı ilişkili bulunmuştur. KİDÖ mali konular alt boyutu ile MÖYKÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ( $p>0,05$ )

Katılımcıların KİDO toplam ( $p<0,01$   $r=0,36$ ), boş zaman etkinlikleri ( $p<0,01$   $r=0,40$ ), kişilerarası ilişkiler ( $p<0,01$   $r=0,49$ ) ve bilişsel işlevsellik ( $p<0,05$   $r=0,27$ ) alt başlıkları ile BDE puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Katılımcıların KİDO toplam ( $p<0,01$   $r=0,32$ ), boş zaman etkinlikleri ( $p<0,05$   $r=0,25$ ), kişilerarası ilişkiler ( $p<0,01$   $r=0,36$ ) ve özerklik ( $p<0,01$   $r=0,31$ ) alt boyutları BAE puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların KİDO toplam puanları ile GRCDÖ toplam ( $p<0,01$   $r=0,64$ ) ve kaçınma ( $p<0,01$   $r=0,57$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=0,51$ ), iletişim ( $p<0,01$   $r=0,42$ ), dokunma ( $p<0,01$   $r=0,48$ ), ilişki sıklığı ( $p<0,01$   $r=0,44$ ), vajinismus ( $p<0,01$   $r=0,61$ ), orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=0,67$ ) alt başlıklarında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı fark bulunmuştur. KİDÖ özerklik alt boyutu ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,01$   $r=0,42$ ), kaçınma ( $p<0,01$   $r=0,41$ ), doyum ( $p<0,05$   $r=0,30$ ), dokunma ( $p<0,05$   $r=0,30$ ), vajinismus ( $p<0,01$   $r=0,47$ ) ve orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=0,42$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,01$   $r=0,50$ ), kaçınma ( $p<0,01$   $r=0,48$ ), doyum ( $p<0,05$   $r=0,37$ ), ilişki sıklığı ( $p<0,05$   $r=0,31$ ), vajinismus ( $p<0,05$   $r=0,51$ ) ve orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=0,50$ ) alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,01$   $r=0,69$ ) ve kaçınma ( $p<0,01$   $r=0,55$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=0,58$ ), iletişim ( $p<0,01$   $r=0,40$ ), dokunma ( $p<0,01$   $r=0,54$ ), ilişki sıklığı ( $p<0,01$   $r=0,52$ ), vajinismus ( $p<0,01$   $r=0,70$ ), orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=0,67$ ) alt başlıkları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,01$   $r=0,55$ ), kaçınma ( $p<0,01$   $r=0,61$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=0,40$ ), iletişim ( $p<0,05$   $r=0,35$ ), dokunma ( $p<0,01$   $r=0,42$ ), ilişki sıklığı ( $p<0,05$   $r=0,32$ ), vajinismus ( $p<0,01$   $r=0,50$ ), orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=0,55$ ) alt başlıkları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt başlığı ile GRCDÖ toplam puan ( $p<0,01$   $r=0,39$ ), doyum ( $p<0,01$   $r=0,43$ ), iletişim ( $p<0,01$   $r=0,40$ ), dokunma ( $p<0,05$   $r=0,32$ ) ve orgazm yokluğu ( $p<0,01$   $r=0,47$ ) alt başlıkları



arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. KİDO mali konular alt başlığı ile MÖYKÖ toplam ve alt başlıkları, GRCDÖ toplam ve alt başlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların KİDÖ toplam puan ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar ile yaş, menarş yaşı, gebelik ve çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.12** Korelasyon Analizi bulguları-4

	Ö	Mİ	Bİ	MK	KAI	BZE	KIDO toplam
<b>MÖYKÖ</b>							
VMA	0,09	0,15	0,18	0,01	0,16	0,08	0,17
PSA	0,13	0,06	0,19	0,03	<b>0,28*</b>	<b>0,24*</b>	0,21
FA	0,20	0,13	0,14	0,02	0,2	0,05	0,19
CA	<b>0,26*</b>	<b>0,35**</b>	<b>0,38**</b>	0,08	<b>0,45**</b>	<b>0,25*</b>	<b>0,44**</b>
Toplam	0,21	0,22	<b>0,3*</b>	0,05	<b>0,035**</b>	0,20	<b>0,32**</b>
<b>BDI</b>	0,23	0,13	<b>0,27*</b>	0,01	<b>0,49**</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,36**</b>
<b>BAI</b>	<b>0,31**</b>	0,19	0,21	0,01	<b>0,36**</b>	<b>0,25*</b>	<b>0,32**</b>
<b>GRCDÖ</b>							
Kaçınma	<b>0,41**</b>	<b>0,48**</b>	<b>0,55**</b>	-0,00	<b>0,61**</b>	0,22	<b>0,57**</b>
Doyum	<b>0,30*</b>	<b>0,37*</b>	<b>0,58**</b>	0,13	<b>0,40**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,51**</b>
İletişim	0,29	<b>0,35*</b>	<b>0,40**</b>	-0,05	<b>0,35*</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,42**</b>
Dokunma	<b>0,30*</b>	<b>0,41*</b>	<b>0,54**</b>	-0,07	<b>0,42**</b>	<b>0,32*</b>	<b>0,48**</b>
İlişki sıklığı	0,24	<b>0,31*</b>	<b>0,52**</b>	0,23	<b>0,32*</b>	0,28	<b>0,44**</b>
Vajinismus	<b>0,47**</b>	<b>0,51**</b>	<b>0,70**</b>	0,17	<b>0,50**</b>	0,13	<b>0,61**</b>
Orgazm Yokluğu	<b>0,42**</b>	<b>0,50**</b>	<b>0,67**</b>	0,18	<b>0,55**</b>	<b>0,47**</b>	<b>0,67**</b>
Toplam	<b>0,42**</b>	<b>0,50**</b>	<b>0,69**</b>	0,01	<b>0,55**</b>	<b>0,39**</b>	<b>0,64**</b>
<b>Yaş</b>	0,04	0,10	0,07	0,14	0,05	0,13	0,12
<b>Menarş Yaşı</b>	0,02	-0,04	0,14	0,10	0,10	0,13	0,09
<b>Gebelik Sayısı</b>	-0,00	0,20	0,05	0,05	0,05	0,03	0,09

<b>Çocuk Sayısı</b>	-0,11	0,14	0,13	0,01	0,00	0,02	0,05
---------------------	-------	------	------	------	------	------	------

\*\* p<0.01 \*p<0.05 p: Pearson korelasyon analizi, MÖYKÖ=menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, VA=vazomotor alan PSA=psikososyal alan, FA=fiziksel alan, CA=cinsel alan, GRCDÖ=Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği, KİDÖ=kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, Ö=özerklik, Mİ=mesleki işlevsellik, Bİ= bilişsel işlevsellik, MK=mali konular, KAİ= kişilerarası ilişkiler, BZE=boş zaman etkinlikleri

## Regresyon Analizi

**Tablo 4.13.** Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği toplam puanının yordayıcı faktörlerine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişkenler	ort± STD	OR	p
YPDÖ Gelecek Algısı	21,01± 5,30	-0,323	0,03
MÖYKÖ Cinsel Alan	3,95± 2,52	0,341	0,04
GRCDÖ toplam	4,58±2,12	0,635	<0,01

Bağımlı değişken: KİDÖ toplam puan, OR: odds ratio, p:lojistik regresyon enter modeli, KİDÖ=kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, YPDÖ= yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, MÖYKÖ= menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, GRCDÖ=Golombok Rust cinsel doyum ölçeği

Bağımlı değişken olan KİDÖ toplam puan ortalamasını açıklamada YPDÖ gelecek algısı alt boyutu, MÖYKÖ cinsel alan alt boyutu ve GRCDÖ değişkenleri bu modelde önemli faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta,OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05)

**Tablo 4.14** Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puanını yordayıcı faktörler

Bağımsız Değişkenler	ort± STD	OR	p
<b>KİDÖ Toplam Puan</b>	21,73± 13,89	0,782	P<0,01
<b>KİDÖ Bİ</b>	5,15± 3,47	-0,449	P<0,01
<b>KİDÖ Ö</b>	2,12± 2,77	-0,460	P<0,01
<b>KİDÖ BZE</b>	2,37± 2,02	-0,291	0,02
<b>BDE</b>	16,8±10,9	-0,691	P<0,01
<b>BAE</b>	20,00± 12,8	-0,372	P<0,01
<b>GRCDÖ Toplam Puan</b>	4,58±2,12	-0,460	P<0,01

Bağımlı değişken: YPDÖ toplam puan OR: odds ratio KİDÖ= kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, Bİ=bilişsel işlevsellik, Ö=özerklik, BZE:boş zaman etkinlikleri, BDE=Beck depresyon envanteri, BAE=Beck anksiyete envanteri, GRCDÖ= Golombok Rust cinsel yaşantılar ölçeği

Bağımlı değişken olan YPDÖ toplam puan ortalamasını açıklamada kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği toplam puan ve bilişsel işlevsellik, özerklik, boş zaman etkinlikleri alt boyutları, Beck depresyon envanteri, Beck anksiyete envanteri, Golombok Rust cinsel doyum ölçeği puanları bu modelde önemli yordayıcı faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta,OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo.4.15.**Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Gelecek Algısı, Aile Uyumu, Kendilik Algısı ve Sosyal Yeterlilik alt boyutlarının yordayıcıları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	ort± STD	Beta(OR)	p
YPDÖ GA	BDE	16,8±10,9	-0,563	p<0,01
	GRCDÖ toplam	4,58±2,12	-0,347	0,02
YPDÖ AU	KİDÖ KAİ.	5,70± 3,76	-0,386	0,04
	KİDÖ Ö.	2,12± 2,77	-0,347	0,04
YPDÖ KA	BDE	16,8±10,9	-0,438	0,03
	GRCDÖ toplam	4,58±2,12	-0,329	0,03
	KİDÖ Bİ.	5,15± 3,47	-0,346	0,01
	MÖYKÖ toplam	16,92± 7,13	0,653	0,01
	MÖYKÖ PSA	4,34± 2,12	0,613	0,02
	BDE	16,8±10,9	-0,524	p<0,01
YPDÖ SY	GRCDÖ toplam	4,58±2,12	-0,445	p<0,01
	BDE	16,8±10,9	-0,853	p<0,01
	BAE	20,00± 12,8	0,309	0,04

OR: odds ratio YPDÖ:yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, GA:gelecek algısı, AU:aile uyumu KA:kendilik algısı, SY=sosyal yeterlilik, KİDÖ:kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği KAİ:kişilerarası ilişkiler, Bİ:bilişsel işlevsellik, Ö:özerklik, BDE:Beck depresyon envanteri BAE:Beck anksiyete envanteri , MÖYKÖ:menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, PSA=psikososyal alan, GRCDÖ= Golombok Rust cinsel doyum ölçeği,

Bağımlı değişken olan YPDÖ gelecek algısı alt boyut puan ortalamasını açıklamada Beck depresyon envanteri puanları ve Golombok Rust cinsel doyum ölçeği toplam puanları bu modelde önemli yordayıcı faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değer Beck depresyon envanteri için ileri derecede yordayıcı (p<0,01) iken diğer değerler de istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05).

Diğer bir bağımlı değişken olan YPDÖ aile uyumu alt ölçeği puan ortalamasını KİDÖ kişilerarası ilişkiler ve özerklik alt boyutları, Beck depresyon envanteri ve GRCDÖ toplam puanının yordadığı saptanmıştır. Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05).

Bağımlı değişken olan YPDÖ kendilik algısı alt ölçeği puan ortalamasını KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu, MÖYKÖ toplam puan ve psikososyal alt boyutu, Beck depresyon envanteri ve GRCDÖ toplam puanının yordadığı saptanmıştır. Regresyon (Beta,OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlı olup ( $p<0,05$ ), BDE ve GRCDÖ toplam puanı YPDÖ kendilik algısı alt boyutu için ileri derecede anlamlıdır. ( $p<0,01$ )

Diğer bir bağımlı değişken olan YPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçeğini Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete envanterinden alınan puan ortalamalarının yordadığı saptanmıştır Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değerler BAE için istatistiksel açıdan anlamlı( $p<0.05$ ) olup, BDE için istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır. ( $p<0,01$ )

## **BÖLÜM 5. TARTIŞMA**

Kadınların toplumda sahip oldukları sosyoekonomik, kültürel ve çalışma alanları, onların ruhsal durumun yansımadır. Günlük yaşam içerisinde sahip oldukları farklı roller sonucu etkilenen ruhsal yapıları sebebiyle son yıllarda kadın ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar artmakla birlikte halen yetersizdir (168,169). Kadınların ruhsal belirti durumlarının ve nedenlerinin araştırıldığı çalışmalar, kadınların yaşadıkları ruhsal sorunlarını erken dönemde belirleyerek erken dönemde müdahale yapılmasını sağlayacaktır. Kadınların yaşamındaki önemli dönemlerden biri olan perimenopoz sırasında ve sonrasında psikolojik dayanıklılık, yaşlanma sürecinin doğasında var olan çok yönlü zorluklarla yüzleşmede merkezi bir rol oynar; bu durum sağlıklı yaşlanma ile ilişkilidir ve fiziksel sağlıkla karşılaştırılabilir bir etkiye sahiptir(170). Çalışmamızda son yıllarda ruh sağlığı alanında önem kazanan psikolojik dayanıklılık kavramının, perimenopozal dönemde mesleki, mali, cinsel, bilişsel, sosyal işlevsellik gibi çeşitli işlevsellik alanlarını nasıl etkilediği

incelenmiştir(171). Bununla birlikte psikiyatrik ve bedensel rahatsızlıkların psikolojik dayanıklılık ve işlevsellik üzerinde nasıl bir rol oynadığı ele alınmıştır.

### **5.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyodemografik Özellikler**

Çalışma grubumuzdaki kadınlar 37-58 yaş arasında olup, ortalama yaşları 47,72 yaş idi. Premenopozal dönemdeki kadınların değerlendirildiği bir çalışmada Arı ve ark. kadınların yaş ortalamasını 47,35, Bezircioğlu ve ark. ise 47.2 olarak saptamıştır (172,173). Bir menopoza girme olarak değerlendirilen 'perimenopoz dönemi'nin 35-50 yaşları arasında başladığı bilinmekle birlikte, ortalama menopoza girme yaşının 51.3 olduğu bildirilmiştir. Bu durumda yaş ölçütü dikkate alındığında, çalışma grubumuz ile diğer çalışmalar ve Türkiye kadın nüfusu arasında paralellik olduğu söylenebilir.

Katılımcıların medeni durumları değerlendirildiğinde, %68.1'inin evli, %13.9'unun bekar, %18.1'inin dul olduğu görülmüş olup evli olan katılımcılarda YPDÖ toplam puanı ile, aile uyumu ve sosyal yeterlilik alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bromberger ve Epperson'un yaptığı perimenopozal dönemde depresyon belirtileri ve nedenlerini incelediği bir çalışmada, evli olmamanın (örneğin, boşanmış, bekar, dul) menopoza geçiş döneminde depresif belirtiler için önemli risk faktörü olduğu, bu depresif belirtilerin psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde etkilediği, dayanıklılık üzerinde olumsuz bir stres faktörü oluşturduğu belirtilmiştir (75). Yaşayanlar ve ark. yaptığı çalışmada, evli kadınların aile uyumu ve sosyal yeterlilik düzeylerinin boşanmış kadın bireylere göre anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (174). Medeni durumun psikolojik dayanıklılık üzerine etkisi değerlendirildiğinde çalışmamız literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bu durum; eş desteği, problemlerin üstesinden eş ile birlikte gelebilme, beraber sorun çözme becerileri geliştirebilme, birlikteliğin olumlu zamanlarına ek olarak sorunlu dönemleri de paylaşabilme gibi birçok faktöre bağlı olabilir.

## **5.2 Psikiyatrik Tanı Varlığı ile Sigara Kullanımı Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Çalışmamızın bir diğer bulgusu, psikiyatrik tanısı olan perimenopozal dönemdeki kadınların sigara kullanma oranının psikiyatrik tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmasıydı. Bu durum sigara içme davranışı ile psikiyatrik tanı arasındaki ilişkiye dair alan yazındaki pek çok araştırma ile uyumludur (175,176). Boden ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara içme ve depresyonun nedensel bağlantılarını araştırdığı bir çalışmada sigara içmenin depresyon belirtileri riskini artırdığı, sigara içme ve depresyon arasında bir neden-sonuç ilişkisi olduğu bulgulanmıştır (177). Goldenberg ve ark.'nın yaşam kalitesi ve sigara içme davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada; düşük yaşam kalitesi ve depresyon tanısı, daha yüksek sigara içmeye başlama olasılığı ve daha düşük başarıyla sigarayı bırakma olasılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (178). Tümer ve ark. yaptığı perimenopozal dönemde görülen psikiyatrik semptomları azaltmak için sigara içme miktarının arttığını gündeme getiren bir self-medikasyon modelini içeren çalışma da, bulgularımızı destekler niteliktedir (179).

## **5.3. Psikiyatrik Tanısı Olanlarda Psikolojik Dayanıklılık, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi**

Çalışmamızda perimenopozal dönemde olup psikiyatrik tanısı olan katılımcıların KİDÖ toplam puanları, özerklik, mesleki işlevsellik, boş zaman etkinlikleri alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek olup; bu katılımcıların psikiyatrik rahatsızlığı olmayanlara göre bu alanlardaki işlevselliklerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu duruma perimenopoz semptomlarının yanında psikiyatrik rahatsızlıkların yorgunluk, isteksizlik, kaygıda patolojik artış, endişeli beklenti, suçluluk duyguları, değersizlik ve ümitsizlik düşünceleri gibi belirtilerinin; tek başına karar verebilmekte güçlük çekmeye, mesleki anlamda

gün içerisinde işleri zamanında ve beklenen şekilde bitirebilmede zorlanmaya, sosyal etkinliklere ise ilgi, istek ve enerji kaybında azalmadan dolayı zaman ayıramamanın neden olabileceği düşünülmüştür (180). Biegler'in özerklik, stres ve depresyon tedavisi ile ilgili yapmış olduğu çalışmada; stres etkenleri ve depresyon arasındaki ilişkinin anlaşılmasının kişinin stresli bir olayla ilgili olarak özerk bir şekilde karar vermesini ve hareket etmesini teşvik ettiği bulunmuştur (181). Bender ve Farvolden'in depresyonun iş yerindeki performansı nasıl etkilediği ile ilgili yaptıkları bir çalışmada depresif bozuklukların işyerinde oldukça yaygın olduğu ve performans, üretkenlik, devamsızlık maliyetleri üzerinde son derece olumsuz bir etkiye sahip olduğu bulgulanmıştır (182). Tüm bu veriler psikiyatrik bulgu ve tanılarının işlevsellik üzerine olumsuz etkileri olduğunu destekler niteliktedir.

Öte yandan, araştırmamızda örneklemin psikolojik dayanıklılığı da değerlendirilmiştir. Ulusal ve uluslararası yazında, perimenopoz sırasında dayanıklılık faktörlerine odaklanan çalışmaların nadir olduğu görülmüştür. Çalışmamızda perimenopozal dönemde olup psikiyatrik tanısı olan katılımcıların, psikolojik dayanıklılık toplam puan, gelecek algısı, sosyal yeterlilik ve kendilik algısı alt boyutlarından alınan puanlarının psikiyatrik tanısı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, bu alanlardaki dayanıklılık düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Süss ve Ehler'tin perimenopozal dönemde psikolojik dayanıklılığı araştırdıkları derleme çalışmasında menopoz semptomlarına daha iyi uyum sağlayan, daha hafif fiziksel semptomları olan, yaşamdan daha fazla memnuniyeti olan, daha yüksek refah düzeyine sahip ve dayanıklılıkları daha yüksek seviyelerde olan kadınların daha az depresif semptoma sahip oldukları vurgulanmıştır (183). Jafary ve arkadaşları tarafından menopozal süreçteki kadınların yaşam kalitesini araştırdıkları bir çalışmada perimenopozal dönemdeki dayanıklılığın en önemli etkileyicilerinden birinin kendilik algısı ve özyeterlilik olduğu vurgulanmıştır (184). Bu bulgular çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. Kendilik algısı kişinin farkındalığının olduğunu, kendini sevdiğini, özgüveninin olduğunu, başatme ve uyum sağlama becerilerinin gelişmiş olduğunu gösterir. Gelecek algısı, ileriki zamana dair umut ve planlarının olduğu, kendisini yaşamaya teşvik eden



nedenlerinin olduğunu, ileride mutluluk hissedebileceğini düşünmesini belirtir. Sosyal kaynaklar ise, bireyin çevresiyle ( arkadaş, akraba vb.) yardımlaşma içinde olabilmesi, ihtiyaç duyulduğunda yanında olabilecek kişilerin olması ve gördüğü ihtimam, hissettiği destek olarak belirtilmektedir (182). Çalışmamızda saptadığımız bulgular, perimenopozal dönem zorlu olsa dahi psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin bu dönemde sayılan alanlarda daha çok zorlandığını, psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların uyum sağlama becerilerinin ve özgüvenlerinin daha yüksek olduğunu, kişiliğinin daha açık bir şekilde farkında olduğunu, zorlu koşullar altında yardım isteyebilme ve alma fırsatının daha yüksek olduğunu şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir diğer alan da, menopozal belirtilerin yaşam kalitesi üzerine etkisiydi. Katılımcıların menopozal semptomlarının şiddetinin ölçüldüğü menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinin sonuçlarına göre psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin psikososyal alt başlığında anlamlı olarak daha çok semptomunun olduğu, vazomotor, cinsel ve fiziksel alanlardaki semptomlarda anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Bu sonuca göre psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin psikolojik zihinselliği ile sosyal çevresinin birbirini etkileme ve yaşam kalitesini olumsuz yönde yönetme durumunun daha fazla olduğu düşünülmüştür. Bu durum depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıkların tedavi edilmediği sürece, kişinin çevreye karşı verdiği kognitif, emosyonel ve davranışsal yanıtların bozulacağı ve sosyal anlamda zorlanacağını düşündürmektedir. Diğer alanlarda farklılık olmamasının nedeni vazomotor, cinsel ve fiziksel alanlardaki semptomların perimenopozal dönemde düşen östrojen, buna bağlı olarak görülen kemik mineral yoğunluğunun azalması ve meydana gelen hormonal dengesizliklerden direkt etkilenmeleri; psikososyal alana göre psikiyatrik belirtilerden görece daha az etkilenmeleri (bu yorumlara kaynak) olabilir. Geniş toplum temelli çalışmalara dayanan literatür, perimenopozal dönemde yaşanan psikolojik semptomların anksiyete ve depresyon için risk faktörü olduğuna işaret etmektedir (71,186).

#### **5.4 Cinsel İşlevler ile İşlevsellik, Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

Katılımcıların cinsel yaşantıları Golombok Rust Ölçeği ile değerlendirildiğinde; perimenopozal dönemden geçen kadınların iletişim ve ilişki sıklığı alt boyutlarında anlamlı olarak sorun yaşadıkları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde perimenopozal dönemdeki kadınlarla GRCYÖ ile daha önce çalışma yapılmadığı görülmüştür. Ancak Topatan & Yıldız'ın doğal yol ve cerrahi yöntem ile menopoza giren bireylerin cinsel fonksiyonları araştırdığı bir çalışmada, her iki grupta iletişim alt boyutunda belirgin sorun yaşandığı gösterilmiştir (187). Xiang, Tang & Li'nin hiperlipidemisi olmayan ve menopoza henüz girmemiş kadınların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için yaptığı çalışmada, cinsel işlev bozukluğu %46.2 oranında bulunurken, en çok sorun olan alanlar doyum ve orgazm bozukluğu olarak bildirilmiştir (188). Perimenopozal dönemde görülen fiziksel ve ruhsal nedenlere bağlı ortaya çıkan cinsel sorunlar; duygusal yüke ve ilişki yüküne olumsuz katkıda bulunabilir (189). Duygusal yükler ve ilişkideki problemler cinsel alandaki istekleri, olumlu olumsuz durumları paylaşabilmeyi zorlaştırabilir ve utanç duygusuna neden olabilir. Birey zorlandığı ve utanç hissettiği durumları yaşamaktan çekineceği için bu sonuç cinsel ilişkiye girmeyi zorlaştırabilir ve ilişki sıklığında azalmaya neden olabilir. Çalışmamızdaki iletişim ve ilişki sıklığı alanlarındaki sorunların bu durumla bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan kadınların işlevsellik düzeyleri GRCYÖ kesme puanına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların cinsel işlevlerinde sorun olanların; işlevsellik toplam puan, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt boyutlarının alanlarında anlamlı olarak daha fazla sorun belirttikleri saptandı. Perimenopozal kadınlarda cinsel fonksiyonların çeşitli işlevsellik alanları üzerine etkisi daha önce çalışılmamıştır. Ancak benzer çalışmalar incelendiğinde, Ballard ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada bilişsel bozukluğun, cinsel aktivite sıklığını ve tatminini etkileyebileceği, hafif ila orta şiddette bilişsel bozukluğu olan evli kişilerin %25'inden azının cinsel aktivitede bulunmaya devam ettiği bulgulanmıştır (190). Ramzi ve ark.'nın yaptığı sistematik bir incelemede bilişsel gerileme ve bozulma ile azalan cinsel davranış arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (191).

Çalışmamızın sonucu ise bilişsel fonksiyonların cinsel algıyı ve işlevselliği etkileyebileceğini; hafıza, soyut düşünme, benlik ve başkaları duygusu, yargılama gibi prefrontal kortex işlevlerinin cinsellik üzerinde de önemli derecelerde tesiri olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde bilişsel ve cinsel işlevsellik alanlarında problem yaşayan bireylerin mesleki işlevsellikte de benzer oranlarda sorun yaşaması, azalan prefrontal kortex işlemlerinin iş hayatına yansımaları, çalışmayı yürütme, planlama, zamanında ve beklenen şekilde bitirebilme konularında sorun yaşamasının birbiriyle bağlantılı olabileceği düşünülmüştür. Literatürde kişilerarası ilişkilerin, cinsel disfonksiyonda önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır. İletişim eksikliklerinin ve engellerinin fiziksel bir nedene bağlı olmayan cinsel işlev bozukluğunun meydana gelmesinde ve devamında etkili olduğu ve tedavi sonuçlarını değiştirdiği belirtilmektedir (192). Bu bağlamda çalışmamız, perimenopozal süreçte partnerle olan etkili iletişimin, iletişimdeki güven eksikliğinin ve engellerin aşılmasının, sevgi samimiyet bağının, içtenliğin sağlıklı bir cinsellik için gerekli olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların MÖYKÖ'den alınan puanlar ile GRCDÖ kesme puanları karşılaştırıldığında, cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların psikososyal alanda anlamlı derecede sorun belirttikleri görülmüştür. Birey, biyolojik, ruhsal ve sosyal alanların bütününden oluşan biyopsikososyal bir varlıktır. Perimenopozal dönem kadında biyolojik anlamda FSH, LH seviyesinin arttığı, östrojen seviyesinin azaldığı buna bağlı olarak vajinal kuruluk, uyarılma güçlüğü, cinsel istekte azalma gibi birçok cinsel semptomun yaşandığı bir dönemdir (190). Çalışmamız biyolojik bir durumun psikososyal alanı etkilediğini göstermektedir. Bulgularımız güncel yaklaşımların perimenopoz yaşantısını daha iyi anlayabilmek için önerdiği biyo-psiko-sosyal modeli destekler niteliktedir.

## **5.5. Bedensel Hastalık Olanlarda İşlevsellik, Psikolojik dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi**

Çalışmamızın katılımcılarının eşlik eden bedensel hastalıkları olup olmamasına göre işlevsellik durumları kıyaslandığında komorbid bedensel hastalığı bulunmayanların toplam puan, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı derecede daha başarılı oldukları gösterildi. Perimenopozal dönemdeki ek hastalıkların işlevsellik üzerine etkisinin literatürde araştırılmadığı görülmüştür. Benzer çalışmalar değerlendirildiğinde Vahapoğlu ve ark.'nın bipolar bozukluk hastalarının işlevselliğini değerlendirdiği bir çalışmada kalp ve damar hastalıkları başta olmak üzere ek tıbbi hastalıkların hem bilişsel işlevlere hem de işlevselliğe bazı olumsuz etkileri olabileceğini bulgulamıştır (194). Kolombiyalı kadınlarla yapılan geniş çaplı bir araştırma, orta yaşlı kadınlarda uyku sorunlarının menopoz semptomlarının şiddeti, ve hipertansiyon komorbiditesi ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (195). Çalışmamızda da katılımcıların perimenopozal dönemde görülen birçok semptomla bağlı olarak uykuya dalma ve sürdürmede güçlük yaşayabileceği, bu durumun hem komorbid hastalık görülme ihtimalini arttırdığı aynı zamanda da buna bağlı olarak gün içerisindeki bilişsel ve mesleki işlevsellik düzeylerinde düşüşe neden olabileceği düşünülmüştür. Yang ve ark., ileri yaşlarda hipertansiyon komorbiditesinin sosyal ve kişilerarası ilişkiler ve sosyal entegrasyon üzerine yaptığı bir çalışmada düşük sosyal entegrasyon ve düşük sosyal desteğin hipertansiyon sonuçları ile ilişkisini bulmuştur (196). Yaşam kalitesi, fiziksel ve sosyal işlevsellik ile algılanan fiziksel ve ruhsal iyilik hali olarak belirlenir (197). Çalışmamızda katılımcılarımızdan komorbid hastalığı olanların kişilerarası ilişkilerinin anlamlı derecede daha kötü olmasının nedenleri arasında; gündelik zamanda bedensel hastalıklarına bağlı kısıtlamalara bağlı (diabeti olanlarda hipoglisemi riski, günün belirli saatlerinde insülin enjeksiyonlarının ve kendi kendine kan şekeri izleminin yapılmasının gerekliliği, bireyin sağlığı için kritik olabilecek diyet kısıtlamaları, hipertansiyonu olanlarda kalabalık, yorucu ortamlardan kaçınma isteği, yaygın vücut ağrıları, sürekli ilaç kullanılması gereken hastalıklarda sosyalleşme zamanlarında düzenli ilaçların taşınması ve alınması gerekliliği gibi) engel ve sorunlardan dolayı kendini izole etmek istemiş olması ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan kadınların komorbid hastalığı olup olmamasına göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri incelendiğinde tıbbi hastalığı bulunmayan grubun gelecek algısı alt boyutu anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatürde perimenopozal dönemdeki kadınların dayanıklılıkların araştırıldığı çalışmalarda YPDÖ kullanılmamış olup diğer ölçüm araçlarında gelecek algısı ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır. Tadayon'un meme kanserli 114 kadınla psikolojik dayanıklılık ve depresyon ilişkisini araştırdığı çalışmasında, meme kanserli kadınlarda psikolojik dayanıklılık ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, meme kanserli kadınlarda hastalığa karşı dayanıklılık ve dirençlilik artırıldığında depresyon oranının azaldığı görülmüştür (198) Çalışmamızın sonucuna göre; kadınların ek hastalığın getirdiği fiziksel ve ruhsal yükün perimenopozal dönemde görülen kaygı ve endişeler ile daha da artabileceği bu nedenle geleceğe umutla bakabilme yetisinin azalabileceği, kronik hastalık sebebiyle yaşam boyu medikal tedavi alacak olma ihtimalinin geleceğe bakışı olumsuz yönde etkileyebileceği, perimenopozal dönemde tıbbi hastalık semptomlarının ortaya çıkabileceği, ilk kez tanı konulmasının bu dönemde artabileceği ve bu durumla yüzleşen bireylerin gelecek ile ilgili olumlu bakış açısının sarsılabileceği, bu nedenlerle gelecek algısı alt boyutunda anlamlı farklılık görüldüğü düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan katılımcıların komorbid hastalığının olup olmamasına göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldığı puanlar değerlendirilmiştir. MÖYKÖ ölçeğinin toplam puan, fiziksel ve cinsel alan alt boyutlarında komorbid hastalığı olanların anlamlı derecede daha çok sorun yaşadığı görülmüştür. 2013'de Suudi Arabistan'da 490 kadın ile yapılan bir kesitsel çalışmada obezite ek tanısı olan kişilerin menopoz semptomlarını çok daha fazla ve şiddetli olarak deneyimlediği saptanmıştır ve aynı çalışmada obezite ile MÖYKÖ fiziksel alan alt boyutlarında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (199).Tümer ve ark. 2018'de yaptığı kesitsel çalışmada regresyon analizi sonucu menopozal semptom şiddetini belirleyen ikinci en önemli risk faktörünün kronik hastalık varlığı gösterilmiştir (179). Çalışmamıza katılan bireylerin %51,4'ünde komorbid hastalık bulunmakta olup; kronik hastalıklar, hastalıkların yarattığı komplikasyonlar, bu hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaçlar

ve yan etkileri bireyin fonksiyonel kapasitesini etkilemekte ve yaşamakta olduğu perimenopozal dönem semptomlarının şiddetini arttırıyor olabilir.

## 5.6. Korelasyon ve Regresyon Sonuçlarının Analizleri

Araştırmamıza dahil edilen kadınların YPDÖ toplam puanı ile KİDÖ toplam puanı, bilişsel işlevsellik, boş zaman etkinlikleri, özerklik ve kişilerarası ilişkiler arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. İncelediğimiz literatürde doğrudan perimenopozal kadınların dayanıklılık ve işlevselliğini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu durum bulgularımızı yorumlamayı güçleştirse de; diğer psikiyatrik durumların ele alındığı araştırmalarda psikolojik dayanıklılık arttıkça işlevselliğin arttığı gösterilmiştir (200–202). Depresyonda Sağ'ın 2016 yılında yaptığı çalışmada bilişsel işlevsellik faktörü olarak pozitif algıya sahip kişilerin daha yüksek psikolojik dayanıklılığa ve daha düşük depresyon puanlarına sahip olduğu saptanmış olup bulgularımızı destekler niteliktedir (203). Ernas'ın 2017'de özerklik ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi incelediği bir araştırmada katılımcılarda özerkliğin artmasıyla birlikte psikolojik dayanıklılığın da arttığı, özerkliğin karşılaşılan sorunlara yönelik müdahale edebilme kabiliyetini geliştirdiği bu durumun psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmüştür (204). Kararımak 1999 depremlerini yaşamış bireylerde olumlu bilişsel faktörler arasındaki ilişkileri inceleyerek psikolojik sağlamlığı açıklayan bir yapısal eşitlik modelini tanımlamıştır. Bu çalışmanın temel hipotezi benlik-saygısı, kendine güven, mizaca bağlı umut, iyimserlik gibi yapısal stili tanımlayan faktörlerin olumlu bilişsel faktörler ile ilişkili olduğu yönündeydi (205). Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan kendilik algısı ise bireyin çevre ile etkileşimi neticesinde sahip olduğu kendisine dair duygu, tutum ve inançları olarak tanımlanabilir (206). Çetinkaya'nın 2018 de sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi araştırdığı bir çalışmada olumlu kendilik algısının, aile ilişkileri, arkadaşlık, iş, evdeki

sorumlulukların yerine getirilmesi, genel yaşam doyumu gibi alanlardaki işlevselliği olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmiştir (207). Baykal'ın 2019 yılında Covid-19 pandemisinde psikolojik dayanıklılığın işlevsellik üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada, pandemi sırasında ve sonrasında psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin pandeminin olumsuz etkilerinden daha az etkilenecek işlevselliklerini daha çabuk kazandığı psikolojik dayanıklılığı düşük olan bireylerin ise olumsuz sonuçlardan daha fazla etkilenecek, daha fazla kayıp yaşadığı ve eski işlevselliğine dönmelerinin daha uzun sürdüğü saptanmıştır (200). Öte yandan korelasyon analizindeki bulgularımızın teyidi amacıyla yapılan regresyon analizinde bazı korelasyonların anlamlılık düzeylerini kaybettiği bulunmuştur. Regresyon analizinde ise KİDÖ toplam puanı ile YPDÖ gelecek algısı alt boyutu arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyini sürdürdüğü görülmüştür. Bu durum perimenopozun zorlayıcı etkilerinin yanında hayata umutla bakmaya devam edebilen, geleceğe dair hedef koyabilen bireylerin işlevselliğinin çok daha etkili bir şekilde devam edebileceğini düşündürmektedir. Bir diğer regresyon analizinin sonucuna göre, YPDÖ toplam puanının yordayıcıları KİDÖ toplam puan, bilişsel işlevsellik, boş zaman aktiviteleri ve özerklik alt boyutları olduğu saptanmıştır. Bu durum perimenopozal dönemin olumsuz koşulları altında uyumluluğu daha kötü, özgüveni daha düşük olan kişilerin bu döneme uyum sağlamakta zorlandıklarını, özellikle dikkat, konsantrasyon, planlama gibi bilişsel işlevlerde bozulmanın dikkat çektiğini, bu durumun boş zaman aktivitelerini (spor, sevilen kişilerle görüşme, hobi edinme vb) planlayamama ve devamını getirememe ile sonuçlanabileceğini ve psikolojik dayanıklılığın tüm bu koşullardan olumsuz etkilenebileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamıza dahil edilen kadınların YPDÖ toplam puanı ile MÖYKÖ toplam puan, psikososyal alan ve cinsel alan alt başlıklarında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde düşük dayanıklılık puanları daha şiddetli menopoz semptomları ve depresif semptomlarla ilişkili bulunmuşken, yüksek dayanıklılık puanları daha iyi psikolojik ve fiziksel iyilik hali, daha yüksek cinsel aktivite ile ilişkili olduğu bulunmuştur (208–210). Perimenopozal dönemdeki psikolojik dayanıklılık

üzerine 2019 yılında yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın menopoza semptomlarının deneyimi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu, daha yüksek ruhsal esnekliğin daha az ve daha hafif fiziksel ve psikolojik menopoza belirtileri ile ilgili olduğu saptanmıştır(183). Willi'nin menopozal döneme geçişteki psikososyal faktörlerin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelediği bir çalışmada psikososyal faktörler olarak iyimserlik, duygusal istikrar, duygu düzenleme, öz-şefkat ve öz saygının dayanıklılıkla ilişkili olduğunu gösterilmiştir(211). Dayanıklılık dinamik bir süreç olduğundan, mevcut çalışmaların sonuçları, perimenopozal dönemdeki kadınların dayanıklılığını, esenliğini ve ruh sağlığını artırmak için gereken erken müdahaleleri daha da geliştirmek amacıyla kullanılabilir (88,212). Korelasyon analizindeki bulgularımızın teyidi amacıyla yapılan regresyon analizinde YPDÖ kendilik algısı alt boyut yordayıcıları, MÖYKÖ toplam puanı ve psikososyal alt boyutu olduğu saptanmıştır. Bu sonuç perimenopoz sürecinde görülen semptomları daha çok tolere edebilen yahut daha az semptom görülen kadınların, özellikle ruhsal ve çevresel uyumunun, bireylerin ruhsal ve bedensel açıdan kendisini daha iyi algılama, bütünlük, uyum ve denge içerisinde hissetme, yüksek özgüven gibi benlik ile ilgili alanlarda dayanıklılığı daha pozitif yönde etkilediğini düşündürmüştür.

Araştırmamıza dahil edilen kadınların YPDÖ toplam puanı ile GRCDÖ toplam puan ve alt boyutlar arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu gösterildi. Literatür incelendiğinde Oliva ve ark.'nın 2022'de menopozdaki kadınlar dayanıklılığı ile cinsel sağlık arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada cinsel işlevler, düşük dayanıklılık grubunda önemli ölçüde daha kötü olduğu, psikolojik dayanıklılığın cinsel sağlıkla ilişkili olduğu, daha yüksek dayanıklılık puanlarının, menopoza geçiş sırasında daha iyi bir yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğunu saptamışlardır (213). Coronado ve ark.'nın 2021 yılında Covid-19 sürecinde perimenopozal ve perimenopozal kadınların cinsel ve fiziksel işlevsellikleri ile dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada cinsel ve fiziksel aktivitede bulunan peri ve postmenopozal



kadınların daha yüksek yaşam kalitesine ve daha yüksek dayanıklılık seviyelerine sahip olduğu, antidepresan kullanan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi ve daha düşük dayanıklılık seviyelerine sahip olduğu gösterilmiştir (197). Korelasyon analizindeki bulgularımızın teyidi amacıyla yapılan regresyon analizinde YPDÖ toplam puanının bununla birlikte YPDÖ gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı alt boyutlarının yordayıcılarından biri olarak GRCDÖ toplam puanı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar sağlıklı cinsel yaşamın perimenopozal dönemde olan kadınların psikolojik dayanıklılığı üzerinde önemli derecede etkisi olduğunu, özellikle aile içi iyi anlaşabilme, zorlu durumların üzerinden partnerle birlikte gelebilme, sıkıntılı durumları konuşabilme, kişinin özgüven sahibi olması, kendi kendine karar verebilme, olaylara müdahale edebilme gibi dayanıklılık faktörlerine daha yüksek düzeylerde sahip olan kadınların bu özelliklerinin cinsel yaşama yansiyabileceği, kadının kendi cinsel isteklerini daha açık bir şekilde ifade edebileceği, cinselliğin insan doğasının bir parçası olduğunu kabul edip cinsellik temellerini karşılıklı güven, dürüstlük, açıklık, paylaşım ve saygı üzerine kurmaya çalışabileceği ve bu durumun sağlıklı bir cinsel hayatı yordayabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamıza dahil edilen kadınların YPDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile BDE ve BAE puanları arasında anlamlı negatif yönde korelasyon bulunmuştur. Aynı durum korelasyonun regresyon testinde de devam etti. Bu bulgu psikolojik dayanıklılık ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında güçlü bir etkileşim olduğunu göstermekteydi. Mak ve ark.'nın 2011 de yaptığı dayanıklılık, pozitif bilişsel işlevler ve iyi oluş düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada; psikolojik dayanıklılığın yaşam doyumu ve depresyon üzerindeki etkisinde, benliğin, çevrenin ve geleceğin olumlu algılanmasının aracı bir role sahip olduğunu belirtilmektedir (214). Türkiye'de Erarşlan tarafından uygulanan benzer bir araştırmanın sonucunda da, benlik, dünya ve gelecek ile ilgili olumlu algılar aracılığıyla, psikolojik dayanıklılığın iyilik halini, yaşam doyumunu arttırdığını ve depresif belirtileri azalttığı saptanmıştır (215). Diğer sonuçlara göre ise, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek psikolojik iyi oluş düzeyi ve daha düşük depresyon düzeyi gösterdiği

görülmektedir (216–224). Çalışmamız diğer bir sonucu ise, perimenopozal dönemdeki kadınların depresyon ve anksiyete rahatsızlıkları için riskli bir geçiş döneminde olduklarını, depresyon ve anksiyete belirtilerinin aile içi huzur, geleceğe olan bakış açısı, sosyalleşme, çevreyle olan etkileşim, kendine yeterlilik gibi yaşamın birçok alanını kapsayacak şekilde etkili olduğunu, bu dönemde psikiyatrik belirtilerin yakından takip edilmesi ve gerekliliğinde müdahale edilmesi gerektiğini, böylece kadınların psikolojik dayanıklılığının artırılıp bu dönemi daha az sorun ile geçirmelerinin sağlanabileceğini düşündürmüştür (225,226).

Araştırmamıza dahil edilen bireylerin KİDÖ toplam puanı ile MÖYKÖ toplam puan ve cinsellik alt boyutunda pozitif anlamlı korelasyon saptanmıştır. Menopoza geçiş sürecinde görülen vazomotor semptomlar, yorgunluk, ağrı gibi semptomlar; fiziksel, mesleki ve bilişsel işlevleri, vajinal kuruluk, tahriş, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, pelvik iç organları destekleyen bağ dokusundaki zayıflama gibi belirtiler cinsel işlevsellik dahil olmak üzere birçok işlevsellik alanını etkilemektedir (227). Ward & Deneris'in 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada genitoüriner sendromun menopoz döneminde azalan östrojen miktarı ile ilişkili olarak vulvovajinal atrofi, vajinal kuruluk ve ürogenital değişiklikler gibi semptomlarla karakterize olduğu bu semptomların cinsel ilişki sırasında ağrı, libido kaybı, idrar yolu enfeksiyonu ve idrar kaçırma durumlarını ortaya çıkararak cinsel işlevsellikte bozulmaya neden olabileceğini saptamışlardır (228). Manson ve Bassuk'un 2008 yılında menopozal dönem ve geçiş süreci ile ilgili yaptıkları çalışmada perimenopozal süreçte görülen ağır kanamaların, şiddetli sıcak basmalarının, uykusuzluğun ve ruh halindeki dalgalanmaların stresi, bellek ve konsatrasyon problemlerini arttırabileceği, bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olabileceği vurgulanmıştır (229). Çalışmamızdaki sonuçlar literatürle uyumlu olup perimenopozal süreçte meydana gelen fiziksel ve ruhsal semptomların, değişen hormonal dengenin, bilişsel süreçlerde yavaşlama, mesleki performansta azalma, karar vermede zorlanma, insan ilişkilerini yürütmeye zorlanma gibi birçok işlevsellik alanını etkilediği söylenebilir (230).

Araştırmamıza katılan bireylerin KİDÖ toplam puanı ile GRCDÖ toplam puan ve alt boyutlarında pozitif anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; doğrudan perimenopozal kadınların cinsel doyum ve diğer alanlardaki işlevselliği arasındaki bağlantıyı değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu durum bulgularımızı yorumlamayı güçleştirse de benzer literatür tarandığında; Bozdemir ve Özcan'ın cinselliğe sağlıklı bakışı araştırdıkları bir çalışmada cinsel sağlığın bozulmasının sadece fiziksel işlevselliği etkilemediği, ruhsal sağlığın, ardından ise sosyal işlevselliğin de bozulmasına yol açabileceğini bildirmişlerdir (231). Laumann ve ark'nın geriatrik popülasyonda cinsel işlev bozuklukları ve risk faktörlerini incelediği bir çalışmada cinsel problemleri, cinsel fonksiyonlarda yaşlanmayla ortaya çıkan kaçınılmaz bir düşüş olarak görmek yerine, yaşlanan kişilerin fiziksel ve ruhsal işlevsellik, partner ilişkileri ve özellikleri gibi yaşamın farklı alanlarındaki özelliklere bağlı ortaya çıkan problemler olarak görmenin daha doğru olduğunu belirtmişlerdir (232). Çalışmamızın bulgularına göre cinsel doyum ve memnuniyeti yüksek olan kadınların, kendine güveninin, bilişsel fonksiyonlarının, iş hayatındaki başarısının, partneriyle ve çevresindeki diğer insanlarla olan iletişiminin, faaliyetlere katılma, sosyalleşme, kendi hayatı üzerinde etkin rol alabilme gibi yetkinliklerinin daha iyi düzeyde olduğu gösterilmiş olup bu durumun iki yönlü olarak birbirini etkileyebileceği düşünülmüştür (233). Yapılan regresyon analizinde de KİDÖ toplam puanının yordayıcılarından birinin GRCDÖ olması da düşüncemizi destekler niteliktedir.

## **BÖLÜM 6. SINIRLILIKLAR**

Çalışmamıza katılan örneklem grubu Kasım 2021-Eylül 2022 tarihleri arasında Çanakkale 18 Mart üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinden toplanmış olup; şehrimizin nüfus yoğunluğunun az olması nedeniyle görece küçük bir örneklem grubu ile çalışma yapılmıştır. Bu nedenle perimenopozal dönemde psikolojik dayanıklılığın işlevsellik üzerine etkilerini değerlendirmede daha büyük örneklemle genelleme konusunda çalışmamız yetersiz kalmış olabilir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz perimenopozal kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerine dair veriler, YPDÖ'nün ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır. Çalışmamızda kesitsel değerlendirme sonucu elde edilmiş bulguların uzunlamasına takipte doğrulanmamış olması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

## **BÖLÜM 7. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Alan yazında perimenopozal dönemdeki kadınların psikolojik dayanıklılığının işlevsellik üzerine olan etkisinin araştırıldığı çalışmalar çok kısıtlıdır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar neticesinde perimenopozal dönemde olan kadınların psikolojik dayanıklılığı yüksek olanların bilişsel işlevsellik, boş zaman etkinlikleri, özerklik ve kişilerarası ilişkiler gibi çeşitli işlevsellik alanlarında daha başarılı olduğu; psikiyatrik rahatsızlığı ve komorbid fiziksel rahatsızlığı olanların bu dönemi daha fazla zorlanarak geçirdiği görülmüştür. Perimenopoz döneminden geçen kadınların menopoz dönemi hakkında bilgi seviyesi belirlenmeli, bu konuda bilgi eksiği olan kadınlara eğitim planlanmalı, danışmanlık hizmeti alabilecekleri klinikler artırılmalı, var olan klinik imkanları iyileştirilmeli ve bu klinikte eğitimli, deneyimli sağlık personellerinin etkin rol alması sağlanmalı, kadınların perimenopoz döneminde yaşamaya başladığı ve yaşamakta olduğu cinsel sorunları daha kolay ifade edebilecekleri ortamlar sağlanmalı, gerekliliği halinde cinsel terapistlere yönlendirilmesi teşvik edilmelidir. Gelecekte yapılacak daha büyük örneklemler perimenopozal dönem postmenopozal dönemin birlikte değerlendirildiği takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Altunbay D.: Klimakterium dönemindeki kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemleri. Mersin Üniversitesi, Yüksek Lisans Tez Özetleri, 2005. - Google Search.
2. Çağlar, G. S. ve Yüce, E. (2016). Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. (S. D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds). Menopoz. Ankara: Modern Tıp Kitapevi. - Google Search.
3. Ozcan H, Oskay U. Evidence based symptoms management in menopause. JGOZTEPETRH. 16 Mayıs 2014;28(4):157-63.
4. Çalışkan E, Çorakçı A, Doğer E, Coşkun E, Özeren S, Çorapçioğlu A. Türk Kadınlarının Menopoza Geçiş ile Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyonlarının ve Yaşam Kalitesinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30(5):1517-23.
5. Benagiano G, Boyle P, Horton R ve ark. (1999) Hormone replacement therapy. The Lancet, 354:152-155. - Google Search.
6. Abay H, Kaplan S. Menopozal Dönem Yaşam Kalitesini Nasıl Etkiliyor. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 1-2-3: 1-23. - Google Search.
7. Kulhan, N. G. ve Kulhan, M. (2016). Menopoz. Klinik Tıp Bilimleri, 4(3), 31- 41. - Google Search.
8. Kleinman KE, Asselin C, Henriques G. Positive Consequences: The Impact of an Undergraduate Course on Positive Psychology. PSYCH. 2014;05(18):2033-45.
9. Norman E. Introduction: The Strengths Perspective and Resiliency Enhancement—A Natural Partnership. İçinde: 1 Introduction: The Strengths Perspective and Resiliency Enhancement—A Natural Partnership. Columbia University Press; 2000. s. 1-16.
10. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, et al. Psychological capital development: Toward a micro-intervention. J Organizational Behav 2006;27:387–93.
11. Weber GG (1997) Cross-cultural menopause: A study in contrast. A clinician's guide to menopause. Stewart DE, Robinson GE (eds) Washington DC, American Psychiatric Press, s.45-61.

12. Ilgaz, N.Y. (1980). Kadın Genital Organları Morfolojisi. In: Kandemir Ed. Propedötik Kadın Doğum. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi matbaası, 3-29 s., Ankara.
13. Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 30 Ocak 2002;41(1):61-8.
14. World Health Organization (1996). Research on the Menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization.
15. Darendeliler F, Neyzi O, Bundak R. Gelişme-Olgunlaşma. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatric* 4. Baskı. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2010: 123-135.
16. Takeda Y. Understanding the Life Stages of Women to Enhance Your Practice. 2010;53(5):6.
17. Ceylan B, Özerdoğan N. Factors Affecting Age of Onset of Menopause and Determination of Quality of Life in Menopause. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society*. 2015; 1: 43-.
18. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 27 Kasım 2015;1(1):16-29.
19. Dökmen ZY. Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları - TPD*. 2009;12(24):41-55.
20. Özkan S. Özkan S. Klimakteriyum ve menopoz. İçinde: Şirin A, Kavlak O, Eds. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul; 2008, s: 234-258.
21. Eroğlu K, Çetin Erdem Ö. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(1):219-25.
22. özüm erkin, melek ardahan, aslı kert. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi » Submission » Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi [İnternet]. 2014 [a.yer 10 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/23831/253872>
23. Jones, M. L., Eichenwar, T. ve Hall, N. W. (2008). Menopoz Meraklısına (C. Öztekin, Çev.). İstanbul: Doğan Yayınevi. - Google Search. İçinde.
24. Minkin MJ. Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Eylül 2019;46(3):501-14.
25. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*. Haziran 2007;10(3):197-214.
26. Philp HA. Hot flashes--a review of the literature on alternative and complementary treatment approaches. *Altern Med Rev*. Ağustos 2003;8(3):284-302.

27. Estrogen and Estrogen/Progestin Drug Products to Treat Vasomotor Symptoms and Vulvar and Vaginal Atrophy Symptoms — Recommendations for Clinical Evaluation. :13.
28. Atasü, T. ve Şahmay, S. (2001). Jinekoloji Kadın Hastalıkları. İstanbul: Nobel Kitabevi. İçinde.
29. Pradhan AD, Manson JE, Rossouw JE, Siscovick DS, Mouton CP, Rifai N, vd. Inflammatory biomarkers, hormone replacement therapy, and incident coronary heart disease: prospective analysis from the Women's Health Initiative observational study. JAMA. 28 Ağustos 2002;288(8):980-7.
30. Rossi R, Nuzzo A, Origliani G, Modena MG. Prognostic role of flow-mediated dilation and cardiac risk factors in post-menopausal women. J Am Coll Cardiol. 11 Mart 2008;51(10):997-1002.
31. Taddei S, Virdis A, Ghiadoni L, Mattei P, Sudano I, Bernini G, vd. Menopause is associated with endothelial dysfunction in women. Hypertension. Ekim 1996;28(4):576-82.
32. Perspective: Postmenopausal Osteoporosis as a Failure of Bone's Adaptation to Functional Loading: A Hypothesis\* - Lanyon - 2001 - Journal of Bone and Mineral Research - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 25 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://asbmr.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1359/jbmr.2001.16.11.1937>
33. Briot K, Trémollières F, Thomas T, Roux C. How long should patients take medications for postmenopausal osteoporosis? Joint Bone Spine. 01 Ocak 2007;74(1):24-31.
34. Bone Remodeling Increases Substantially in the Years After Menopause and Remains Increased in Older Osteoporosis Patients - Recker - 2004 - Journal of Bone and Mineral Research - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 25 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://asbmr.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1359/JBMR.040710>
35. Lindsay R, Scheele WH, Neer R, Pohl G, Adami S, Mautalen C, vd. Sustained Vertebral Fracture Risk Reduction After Withdrawal of Teriparatide in Postmenopausal Women With Osteoporosis. Archives of Internal Medicine. 11 Ekim 2004;164(18):2024-30.
36. Palacios S, Mejía A, Neyro JL. Treatment of the genitourinary syndrome of menopause. Climacteric. 02 Ekim 2015;18(sup1):23-9.
37. Panay N. Genitourinary syndrome of the menopause--dawn of a new era? Climacteric. 2015;18 Suppl 1:13-7.
38. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Med Clin North Am. Temmuz 2019;103(4):681-98.
39. Reed MA. Female Sexual Dysfunction. Clin Plast Surg. Ekim 2022;49(4):495-504.
40. Imprialos KP, Koutsampasopoulos K, Katsimardou A, Bouloukou S, Theodoulidis I, Themistoklis M, vd. Female Sexual Dysfunction: A Problem Hidden in the Shadows. Curr Pharm Des. 2021;27(36):3762-74.

41. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Aralık 2018;45(4):709-22.
42. Skalačka K, Gerymski R. Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics.* Mayıs 2019;19(3):195-201.
43. Janik PE, Charytonowicz D, Miszczyk J, Charytonowicz M. Female Sexual Function and Sexual Well-being Before and After Breast Reduction: A Pilot Cross-sectional Study and Review of Literature. *Ann Plast Surg.* Haziran 2019;82(6):609-13.
44. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniuliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric.* Şubat 2013;16(1):185-93.
45. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwan J Obstet Gynecol.* Ağustos 2016;55(4):480-7.
46. Marván ML, Espinosa-Hernández G, Martínez-Garduño MD, Jasso K. Attitudes toward menopause, sexual function and depressive symptoms in Mexican women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Haziran 2018;39(2):121-7.
47. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, vd. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric.* Aralık 2020;23(6):539-49.
48. Attarian H, Hachul H, Guttuso T, Phillips B. Treatment of chronic insomnia disorder in menopause: evaluation of literature. *Menopause.* Haziran 2015;22(6):674-84.
49. Duarte GV, Trigo AC, Paim de Oliveira M de F. Skin disorders during menopause. *Cutis.* Şubat 2016;97(2):E16-23.
50. Wines N, Willsteed E. Menopause and the skin. *Australas J Dermatol.* Ağustos 2001;42(3):149-148; quiz 159.
51. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr.* Haziran 2017;27:101-11.
52. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature.* 13 Kasım 2014;515(7526):181.
53. Judd FK, Hickey M, Bryant C. Depression and midlife: are we overpathologising the menopause? *J Affect Disord.* Şubat 2012;136(3):199-211.
54. Depression During the Menopausal Transition - Nancy E. Avis, 2003 [Internet]. [a.yer 20 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1471-6402.00089>
55. de Kruijff M, Spijker AT, Molendijk ML. Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *J Affect Disord.* Aralık 2016;206:174-80.
56. Almeida OP, Marsh K, Flicker L, Hickey M, Sim M, Ford A. Depressive symptoms in midlife: the role of reproductive stage. *Menopause.* Haziran 2016;23(6):669-75.



57. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry*. Nisan 2006;63(4):375-82.
58. Stute P, Spyropoulou A, Karageorgiou V, Cano A, Bitzer J, Ceausu I, vd. Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas*. Ocak 2020;131:91-101.
59. Raglan GB, Schulkin J, Micks E. Depression during perimenopause: the role of the obstetrician-gynecologist. *Arch Womens Ment Health*. Şubat 2020;23(1):1-10.
60. Öztürk, O. Öztürk, M. O., Uluşahin, A.(2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
61. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 01 Aralık 2013;22(4):441-59.
62. Dean E. Anxiety. *Nurs Stand*. 13 Temmuz 2016;30(46):15.
63. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. Eylül 2015;17(3):319-25.
64. Santoro N. Perimenopause: From Research to Practice. *J Womens Health (Larchmt)*. Nisan 2016;25(4):332-9.
65. Xiao C, Mou C, Zhou X. [Effect of mindfulness meditation training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women]. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*. 30 Ağustos 2019;39(8):998-1002.
66. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, vd. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med*. Şubat 2001;52(3):345-56.
67. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L, vd. Psychologic Distress and Natural Menopause: A Multiethnic Community Study. *Am J Public Health*. Eylül 2001;91(9):1435-42.
68. Faravelli C, Alessandra Scarpato M, Castellini G, Lo Sauro C. Gender differences in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry Res*. 30 Aralık 2013;210(3):1301-3.
69. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S, Ferdousi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause*. Haziran 2005;12(3):258-66.
70. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, vd. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. Ekim 2019;26(10):1213-27.
71. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Soc Sci Med*. Aralık 2002;55(11):1975-88.

72. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*. 20 Şubat 2009;62(2):160-5.
73. Martin KA, Manson JE. Approach to the patient with menopausal symptoms. *J Clin Endocrinol Metab*. Aralık 2008;93(12):4567-75.
74. Al-Safi ZA, Santoro N. Menopausal hormone therapy and menopausal symptoms. *Fertil Steril*. Nisan 2014;101(4):905-15.
75. Birkhäuser M. [Climacteric depression and anxiety]. *Ther Umsch*. 2021;78(8):427-34.
76. Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. *Med Clin North Am*. Mayıs 2015;99(3):521-34.
77. Uçanok Z, Bayraktar R. Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(1):11-20.
78. Inayat K, Danish N, Hassan L. Symptoms Of Menopause In Peri And Postmenopausal Women And Their Attitude Towards Them. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29(3):477-80.
79. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab*. 01 Ocak 2021;106(1):1-15.
80. Deecher DC, Dorries K. Understanding the pathophysiology of vasomotor symptoms (hot flushes and night sweats) that occur in perimenopause, menopause, and postmenopause life stages. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(6):247-57.
81. Herber-Gast G, Brown WJ, Mishra GD. Hot flushes and night sweats are associated with coronary heart disease risk in midlife: a longitudinal study. *BJOG*. Ekim 2015;122(11):1560-7.
82. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Social science & medicine*. 2006;
83. Sahin NH, Coskun A. The Menopausal Age, related Factors and Climacteric Complaints in Turkish Women. :10.
84. Bromberger JT, Epperson CN. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Aralık 2018;45(4):663-78.
85. Richard-Davis G, Wellons M. Racial and ethnic differences in the physiology and clinical symptoms of menopause. *Semin Reprod Med*. Eylül 2013;31(5):380-6.
86. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. Eylül 2015;44(3):497-515.

87. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes*. 05 Ağustos 2005;3:47.
88. Hunter A. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *Journal of pediatric nursing*. 01 Temmuz 2001;16:172-9.
89. Elavsky S, McAuley E. Personality, menopausal symptoms, and physical activity outcomes in middle-aged women. *Personality and Individual Differences*. 01 Ocak 2009;46(2):123-8.
90. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, vd. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. Ekim 2019;28(10):2641-50.
91. Shepherd-Banigan M, Goldstein KM, Coeytaux RR, McDuffie JR, Goode AP, Kosinski AS, vd. Improving vasomotor symptoms; psychological symptoms; and health-related quality of life in peri- or post-menopausal women through yoga: An umbrella systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. Ekim 2017;34:156-64.
92. Karlamangla AS, Burnett-Bowie SAM, Crandall CJ. Bone Health During the Menopause Transition and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Aralık 2018;45(4):695-708.
93. Su Y, Chen Z, Xie W. Swimming as Treatment for Osteoporosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Biomed Res Int*. 2020;2020:6210201.
94. Stojanovska L, Apostolopoulos V, Polman R, Borkoles E. To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*. Nisan 2014;77(4):318-23.
95. Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 26 Eylül 2020;17(19):7049.
96. LeRoith D. Postmenopausal Endocrinology. Foreword. *Endocrinol Metab Clin North Am*. Eylül 2015;44(3):xiii-xv.
97. van der Mooren MJ, Kenemans P. Postmenopausal hormone therapy: impact on menopause-related symptoms, chronic disease and quality of life. *Drugs*. 2004;64(8):821-36.
98. Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. Kadın sağlığı açısından yaşlılık ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(1):65-71.
99. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglino D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 16 Kasım 2019;55(11):745.
100. Seligman MEP. Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. :7.

101. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. İçinde: Flow and the foundations of positive psychology. Springer; 2014. s. 279-98.
102. Gürkan, U. Gürkan, U. (2006). Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeyine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
103. Öğülmüş, S.. (2001). Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık. I. Ulusal Çocuk ve Suç Sempozyumu: Nedenler ve Önleme Çalışmaları. Ankara (29–30 Mart).
104. Oktan, V. (2008). Üniversite sınavına hazırlanan ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. - Google Search.
105. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist. 2001;56:227-38.
106. Terzi Ş. The relationships between resilience and internal protective factors in university students. 01 Ocak 2008;297-306.
107. Silliman B. Silliman B. (1994). Rationale for resilient families: Concept paper. Ames, IA: National Network for Family Resiliency.
108. Garmezy N. Vulnerability and resilience. İçinde: Studying lives through time: Personality and development. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1993. s. 377-98. (APA science volumes).
109. Rutter M. The Promotion of Resilience in the Face of Adversity. İçinde: Families count: Effects on child and adolescent development. New York, NY, US: Cambridge University Press; 2006. s. 26-52. (The Jacobs Foundation series on adolescence).
110. Atkinson PA, Martin CR, Rankin J. Resilience revisited. J Psychiatr Ment Health Nurs. Mart 2009;16(2):137-45.
111. Fraser MW, Richman JM, Galinsky MJ. Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. Social Work Research. 1999;23:131-43.
112. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. Reviews in Clinical Gerontology. Mayıs 2011;21(2):152-69.
113. Garmezy N, Masten AS. Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. Behavior Therapy. 01 Kasım 1986;17(5):500-21.
114. Ünüvar A. Gerçeklik kuramına dayalı psiko-eğitim programının lise öğrencilerinin denetim odağı ve yılmazlık düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi [İnternet] [Thesis]. DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2012 [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/6760>

115. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990;2:425-44.
116. Smeeth D, Beck S, Karam EG, Pluess M. The role of epigenetics in psychological resilience. *Lancet Psychiatry*. Temmuz 2021;8(7):620-9.
117. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. Temmuz 2010;30(5):479-95.
118. Davis MC, Luecken L, Lemery-Chalfant K. Resilience in Common Life: Introduction to the Special Issue. *Journal of Personality*. 2009;77(6):1637-44.
119. Karacaoğlu K, Köktaş G. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikolojik İyi Olma İlişkisinde İyimserliğin Aracı Rolü: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*. 21 Ekim 2016;3(2):119-27.
120. Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav*. Aralık 1981;22(4):368-78.
121. Horn SR, Feder A. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(3):158-74.
122. Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, vd. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub*. Eylül 2020;32(Suppl 2):226-32.
123. Durak M. Predictive role of hardiness pn psychological symptomatology of university students experienced earthquake [Internet] [Master Thesis]. Middle East Technical University; 2002 [a.yer 03 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/12492>
124. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. Ocak 2004;59(1):20-8.
125. Weick, E. K. (1984). Small Wins: Redefining The Scale of Social Problems, *American Psychologist*, 39(1), 40-49. İçinde.
126. Azeem SM. Personality hardiness, job involvement and job burnout among teachers. :5.
127. Tay PKC, Lim KK. Psychological Resilience as an Emergent Characteristic for Well-Being: A Pragmatic View. *Gerontology*. 2020;66(5):476-83.
128. Wagnild GM, Collins JA. Assessing resilience. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Aralık 2009;47(12):28-33.
129. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality. *Psychiatriki*. 2011;22(4):290-7.
130. Kim GM, Lim JY, Kim EJ, Park SM. Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health Soc Care Community*. Temmuz 2019;27(4):797-807.

131. Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent resilience. *Image J Nurs Sch.* 1999;31(3):243-7.
132. Kaplan HB. Understanding the Concept of Resilience. İçinde: Goldstein S, Brooks RB, editörler. *Handbook of Resilience in Children* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2005 [a.yer 04 Kasım 2022]. s. 39-47. Erişim adresi: [https://doi.org/10.1007/0-306-48572-9\\_3](https://doi.org/10.1007/0-306-48572-9_3)
133. Grossman FK, Beinashowitz J, Anderson L, Sakurai M, Finnin L, Flaherty M. Risk and resilience in young adolescents. *J Youth Adolesc.* Ekim 1992;21(5):529-50.
134. Nishimi K, Choi KW, Cerutti J, Powers A, Bradley B, Dunn EC. Measures of adult psychological resilience following early-life adversity: how congruent are different measures? *Psychol Med.* Kasım 2021;51(15):2637-46.
135. Reid R. Psychological Resilience. *Med Leg J.* Aralık 2016;84(4):172-84.
136. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 05 Haziran 2018;15(6):1181.
137. Aggarwal R, Deutsch JK, Medina J, Kothari N. Resident Wellness: An Intervention to Decrease Burnout and Increase Resiliency and Happiness. *MedEdPORTAL.* 06 Kasım 2017;13:10651.
138. Çöp E, Dinç GŞ, Kültür SEÇ. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 01 Ağustos 2016;10(3):170-6.
139. Doğan T, Sapmaz F. Kişiler Arası ilişkiler ve Özel İyi Oluş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi.* 01 Eylül 2012;10(3):585-602.
140. De Alfieri W, Borgogni T, Costanzo S, Nisticò F. Biologic Resilience of Elderly Hospitalized Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Ocak 2017;72(1):140-1.
141. Ravera F, Iniesta-Arandia I, Martín-López B, Pascual U, Bose P. Gender perspectives in resilience, vulnerability and adaptation to global environmental change. *Ambio.* Aralık 2016;45(Suppl 3):235-47.
142. Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion.* 2009;9:361-8.
143. Tugade MM, Fredrickson BL, Barrett LF. Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers.* Aralık 2004;72(6):1161-90.
144. Masten AS, Reed MGJ. Resilience in development. İçinde: *Handbook of positive psychology.* New York, NY, US: Oxford University Press; 2002. s. 74-88.
145. Glenn E, Richardson Brad L, Neiger. The Resiliency Model: Health Education: Vol 21, No 6. İçinde: *The Resiliency Model: Health Education: Vol 21, No 6.*

146. Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009;8(2):82-5.
147. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry*. Ekim 1992;49(10):761-8.
148. Cohen RA, Marsiske MM, Smith GE. Neuropsychology of aging. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:149-80.
149. Casaletto KB, Heaton RK. Neuropsychological Assessment: Past and Future. *J Int Neuropsychol Soc*. Ekim 2017;23(9-10):778-90.
150. Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression--a summary. *Front Hum Neurosci*. 2009;3:26.
151. Combs B, Heaton K. Occupational Functionality: A Concept Analysis. *Workplace Health Saf*. 01 Ağustos 2016;64(8):385-92.
152. Bosc M. Assessment of social functioning in depression. *Compr Psychiatry*. 2000;41(1):63-9.
153. Organization WH. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version : ICF-CY. World Health Organization; 2007. 352 s.
154. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar » Makale » Özerklik ve Ruh Sağlığına Etkisi [İnternet]. [a.yer 26 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/11154/133382>
155. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65-76.
156. H. Basım,, F.Çetin. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği | TOAD Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(2):104-14.
157. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder - PubMed [İnternet]. [a.yer 15 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17555558/>
158. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği | TOAD [İnternet]. [a.yer 15 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://toad.halileksi.net/olcek/kisa-islevsellik-degerlendirme-olcegi/>
159. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, vd. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. Temmuz 1996;24(3):161-75.
160. Chadha N, Chadha V, Ross S, Sydora BC. Experience of menopause in aboriginal women: a systematic review. *Climacteric*. 2016;19(1):17-26.
161. Şahin NH, Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 18 Eylül 2014;15(59):82-90.

162. Tuğrul C., Öztan N., Kabakçı E. (1993). Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psik. Dergisi*, 4:83-88.
163. Savaşır, I., Şahin, N.H. Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
164. Sahin NH. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine bir Çalışma. [a.yer 20 Mart 2023]; Erişim adresi: [https://www.academia.edu/1472683/Beck\\_Depresyon\\_Envanterinin\\_Ge%C3%A7erlili%C4%9Fi\\_%C3%9Czerine\\_bir\\_%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma](https://www.academia.edu/1472683/Beck_Depresyon_Envanterinin_Ge%C3%A7erlili%C4%9Fi_%C3%9Czerine_bir_%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma)
165. Ulusoy (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
166. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID) - First - Major Reference Works - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 07 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118625392.wbecp351>
167. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması.
168. Günay G, Bener Ö. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 01 Ocak 2011;153(153).
169. Özdilek R, Coşkun A. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansıması ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*. 2012;9(3):30-9.
170. Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression | *American Journal of Psychiatry* [Internet]. [a.yer 25 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
171. Parmaksız İ. İyimserlik, Özgeçmiş ve Medeni Durumun Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 07 Ocak 2020;48:285-302.
172. Arı PEŞ. Perimenopozda duygudurum değişiklikleri ile hormonal düzeyler arasındaki ilişki. 2004;
173. Bezircioğlu I, Gülseren L, Oniz A, Kindiroğlu N. Depression-anxiety and disability in the premenopausal and postmenopausal period. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 01 Şubat 2004;15:199-207.
174. Elif Yaşayanlar. Evli ve boşanmış bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının karşılaştırılması, TC. Nişantaşı Üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü, Şubat 2018.
175. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H, Aksüt D. Şizofreni ve iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında sigara: Kontrollü bir çalışma. [Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar mood disorder: A controlled study.]. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2001;9:193-8.



176. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*. Haziran 2010;196(6):440-6.
177. Gündoğan B. Şizofreni hastalarında dürtüsellik, sigara bağımlılığı, bakım veren külfeti ilişkisinin incelenmesi [doctoralThesis]. Tıp Fakültesi; 2020.
178. Quality of life and smoking - Goldenberg - 2014 - *The American Journal on Addictions* - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 29 Nisan 2023]. Erişim adresi: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x?casa\\_token=XhzJTfFcLbgAAAAA%3AMeyT8lhutBiJIVuVU2univOHRL3GyPtemTFbp97QG682lpKS6gPDV9fPIpsFf0oDrP3WVQZHM92-OdQ](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x?casa_token=XhzJTfFcLbgAAAAA%3AMeyT8lhutBiJIVuVU2univOHRL3GyPtemTFbp97QG682lpKS6gPDV9fPIpsFf0oDrP3WVQZHM92-OdQ)
179. Tümer A, Kartal A. Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Medical Journal*. 28 Eylül 2018;11(3):337-46.
180. Gibbs Z, Lee S, Kulkarni J. Factors associated with depression during the perimenopausal transition. *Womens Health Issues*. 2013;23(5):e301-307.
181. Biegler P. Autonomy, stress, and treatment of depression. *BMJ*. 10 Mayıs 2008;336(7652):1046-8.
182. Bender A, Farvolden P. Depression and the workplace: a progress report. *Curr Psychiatry Rep*. Şubat 2008;10(1):73-9.
183. Süss H, Ehlert U. Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas*. Ocak 2020;131:48-56.
184. Jafary F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging Ment Health*. 01 Temmuz 2011;15(5):630-7.
185. Bitmiş M gökhan, Sökmen A, Turgut H. Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi; örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 01 Aralık 2013;15(2):27-40.
186. Moilanen M, Saarinen M, Moilanen K, Silfverberg M. Foliar Nitrogen, Phosphorus and Potassium Concentrations of Scots Pine in Drained Mires in Finland. *Silva Fennica*. 01 Ocak 2010;44.
187. Topatan S, Yıldız H. Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions. *Health Care Women Int*. 2012;33(6):525-39.
188. Y X, Y T, J L, D L. How Is the Sexual Function of Premenopausal Chinese Women Without Hyperlipidemia? *Sexual medicine* [Internet]. Mart 2020 [a.yer 19 Ocak 2023];8(1). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31837966/>
189. Toptaş B, Aksu H. Contraceptive use in perimenopausal women: Perimenopozal dönemdeki kadınların kontraseptif yöntem kullanım durumları. *Journal of Human Sciences*. 12 Mayıs 2020;17(2):548-57.

190. Ballard CG, Solis M, Gahir M, Cullen P, George S, Oyebode F, vd. Sexual relationships in married dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*. Nisan 1997;12(4):447-51.
191. Hajjar RR, Kamel HK. Sexuality in the Nursing Home, Part 1: Attitudes and Barriers to Sexual Expression. *Journal of the American Medical Directors Association*. 01 Mayıs 2003;4(3):152-6.
192. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, vd. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med*. Nisan 2016;13(4):538-71.
193. Aydemir Hİ. Edirne il merkezindeki 40-59 yaş arası kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. 2007;
194. Berkay Vahapoğlu. Elli yaş ve üzeri remisyonda bipolar bozukluk hastalarında klinik özellikler, anksiyete bozukluğu tanısı ve bilişsel işlevlerin işlevsellik üzerindeki etkisinin araştırılması, Vahapoğlu. B 2019.
195. Pérez-López FR, Fernández-Alonso AM, Pérez-Roncero G, Chedraui P, Monterrosa-Castro A, Llaneza P. Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*. Ekim 2013;76(2):151-4.
196. Yang YC, Boen C, Harris KM. Social Relationships and Hypertension in Late Life: Evidence from a Nationally Representative Longitudinal Study of Older Adults. *J Aging Health*. Nisan 2015;27(3):403-31.
197. Rodríguez-Almagro J, García-Manzanares Á, Lucendo AJ, Hernández-Martínez A. Health-related quality of life in diabetes mellitus and its social, demographic and clinical determinants: A nationwide cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. Kasım 2018;27(21-22):4212-23.
198. Tadayon M, Dabirizadeh S, Zarea K, Behroozi N, Haghighizadeh MH. Investigating the relationship between psychological hardiness and resilience with depression in women with breast cancer. *Gulf J Oncolog*. Eylül 2018;1(28):23-30.
199. AlQuaiz AM, Tayel SA, Habiba FA. Assessment of symptoms of menopause and their severity among Saudi women in Riyadh. *Ann Saudi Med*. 2013;33(1):63-7.
200. Baykal E. COVID-19 BAĞLAMINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, KAYGI VE YAŞAM DOYUM İLİŞKİSİ. *International Journal of Social and Economic Sciences*. 22 Aralık 2020;10(2):68-80.
201. Kocakaya R. Engelli Üyeye Sahip Ailelerdeki Bireylerin Psikolojik Dayanıklılığı ile Algılanan Aile İşlevselliği Arasındaki İlişki [Thesis]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
202. Erden S, Emiñoğlu Z. Bilişsel Davranışçı Temelli Psiko-Eğitim Programının Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Üzerindeki Etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*. 31 Ocak 2020;15(21):555-82.

203. Sağ B. Erken dönem uyumsuz şemalar ve pozitif algının, psikolojik dayanıklılık, depresyon ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi [masterThesis]. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
204. Ernas Ş. Özerklik ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi [masterThesis]. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
205. Karairmak Ö. Investigation of personal qualities contributing to psychological resilience among earthquake survivors : a model testing study. 2007 [a.yer 23 Ocak 2023]; Erişim adresi: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/17263>
206. John OP, Robins RW. Accuracy and bias in self-perception: Individual differences in self-enhancement and the role of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;66:206-19.
207. Çetinkaya Büyükbodur A. Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi [Thesis]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
208. Chedraui P, Pérez-López FR, Schwager G, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, vd. Resilience and related factors during female Ecuadorian mid-life. *Maturitas*. 01 Haziran 2012;72(2):152-6.
209. Klohnen EC, Vandewater EA, Young A. Negotiating the middle years: ego-resiliency and successful midlife adjustment in women. *Psychol Aging*. Eylül 1996;11(3):431-42.
210. P. J. Coronado. Resilience and related factors in urban, mid-aged Spanish women: *Climacteric*: Vol 18, No 6.
211. Süss H, Willi J, Grub J, Ehlert U. Psychosocial factors promoting resilience during the menopausal transition. *Arch Womens Ment Health*. Nisan 2021;24(2):231-41.
212. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tüscher O, Kalisch R, Kubiak T, vd. Intervention studies to foster resilience - A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clin Psychol Rev*. Şubat 2018;59:78-100.
213. Oliva A, Serrano-García I, Asenjo JE, Cedeira E, Gil-Prados I, Herraiz MA, vd. Resilience and sexual health among menopausal women: a cross-sectional study. *Menopause*. 14 Ocak 2022;29(4):408-14.
214. Mak WWS, Ng ISW, Wong CCY. Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*. 2011;58:610-7.
215. Erarslan Ö. Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Sağlık ile Depresif Belirtiler ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişkide Benlik Saygısı, Pozitif Dünya Görüşü ve Umudun Aracı Rolünün İncelenmesi. 2014;
216. Sourı H, Hasanirad T. Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:1541-4.

217. Miller AM, Chandler PJ. Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nursing Research*. 2002;51:26-32.
218. Malkoç A, Yalçın İ. Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-Being among University Students. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 14 Nisan 2015;5(43):35-43.
219. Humphreys J. Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*. 2003;24:137-52.
220. Gito M, Ihara H, Ogata H. The relationship of resilience, hardiness, depression and burnout among Japanese psychiatric hospital nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*. 15 Nisan 2013;3.
221. Felten BS, Hall JM. Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity from illness or loss. *J Gerontol Nurs*. Kasım 2001;27(11):46-53.
222. Christopher KA. Determinants of psychological well-being in Irish immigrants. *West J Nurs Res*. Mart 2000;22(2):123-40; discussion 140-143.
223. Allen CR, Angeler DG, Cumming GS, Folke C, Twidwell D, Uden DR. Quantifying spatial resilience. *Journal of Applied Ecology*. 2016;53(3):625-35.
224. Anderson KM, Bang EJ. Assessing PTSD and resilience for females who during childhood were exposed to domestic violence. *Child & Family Social Work*. 2012;17(1):55-65.
225. Gartoulla P, Davis SR, Worsley R, Bell RJ. Use of complementary and alternative medicines for menopausal symptoms in Australian women aged 40-65 years. *Med J Aust*. 03 Ağustos 2015;203(3):146, 146e.1-6.
226. Negative affect symptoms, anxiety sensitivity, and vasomotor symptoms during perimenopause - PubMed [Internet]. [a.yer 26 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33053044/>
227. Mishra N, Mishra VN, Devanshi. Exercise beyond menopause: Dos and Don'ts. *J Midlife Health*. 2011;2(2):51-6.
228. Ward K, Deneris A. An Update on Menopause Management. *J Midwifery Womens Health*. Mart 2018;63(2):168-77.
229. Shari S. Bassuk, Joann E. Manson. Menopoz ve Hormon Tedavisi (Çev. Özlem Tüzel Akal). İstanbul: Optimist Yayınevi (2008).
230. Lyndaker CZ, Hulton LJ. Perimenopause: helping women be heard. *J Christ Nurs*. 2005;22(2):25-8; quiz 29.
231. Nafiz BOZDEMİR, Sevgi ÖZCAN. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış, 2011.
232. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of

age - PubMed [Internet]. [a.yer 27 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18702640/>

233. Dekker A, Matthiesen S, Cerwenka S, Otten M, Briken P. Health, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction. Dtsch Arztebl Int. 25 Eylül 2020;117(39):645-52.

## EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

### 1. Çalışmanın adı:

Perimenapozal kadınlarda psikolojik dayanıklılığın işlevsellik üzerine etkisinin değerlendirilmesi

#### **Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**

Dr Melis Dağtekin: ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç.Dr Hülya Ertekin: ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950 Dahili No:2545

### 2. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Kadın yaşamı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psikik, hormonal farklılıklar gösterir. Her dönemin kendine göre özellikleri olmasına karşın, buluş ve menopoz dönemleri kadın yaşamındaki etkileri ile en önemli dönemlerdir.

Menopoz, kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği bir yaşam dönemidir. Dünya çapında ortalama menopoz yaşı 51 iken, bu oran 45-55 arasında değişmektedir. Perimenopoz ise; "Menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza

ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içerisine alan dönemdir. Perimenopoz, menopozdan önceki iki ile yedi yıllık dönemdir ve menopoz ile birlikte bir yıllık amenore dönemini kapsamaktadır.

Klinik olarak bu evredeki tipik hormonal değişikliklerin, yaşam kalitesi üzerine olumsuz yansımaları, duygusal değişkenlikler, uyku ve ruh hali karışıklıkları, depresyon ve kognitif sıkıntıların riskinin artması gibi kadınların sağlık durumlarındaki değişikliklerle ilişkilidir. Östrojen seviyesindeki düşüş sonucu meydana gelen vazomotor semptomlar, kadının yaşam kalitesini negatif etkiler ve yorgunluk, uyku ve konsantrasyon problemlerine, aşırı duyarlılık ve melankoli haline sebep olur. Çalışmamız perimenapozal dönemde olan kadınların bu dönemde yaşanan klinik, biyolojik ve endokrinolojik değişikliklerinin psikolojik dayanıklılıkları ve işlevsellikleri üzerine olan etkisinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

### **3. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?**

Çanakkale 18 Mart Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde takip edildiğiniz ve perimenapozal dönem tanısı aldığınızdan dolayı seçildiniz.

### **4. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İsteddiğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

### **5. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz anket formunda yer alan sorular size sorulacaktır.

### **6. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.

**7. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**8. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**

Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel ödemeyeceksiniz.

**9. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızda sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

**10. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**11. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**12. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. Melis DAĞTEKİN'e danışabilirsiniz.**

**13. Teşekkür:**

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

**BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.**

## ONAM FORMU (D<sub>2</sub>)

**Araştırmanın Adı:** Perimenapozal kadınlarda psikolojik dayanıklılığın işlevsellik üzerine etkisinin değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:



## **EK 2: Sosyodemografik Veri Formu**



## Sosyodemografik Veri Formu

Ad Soyad:

Yaş:

Meslek:

Eğitim durumu:

Okur yazar değil:  
Lise:

Okur yazar:  
Üniversite:

İlkokul:

Medeni durum:

Evli:  
Eşi vefat etmiş:

Bekar:

Boşanmış:

Çocuk sayısı:

Yaşadığı yer

İl:

İlçe:

Köy:

Yaşama ortamı:

Tek başına:

Aile ile:

Diğer:

Gebelik yaşları:

Normal doğum sayısı:

Sezaryan doğum sayısı:

Düşük doğum sayısı:

İstemli kürtaj sayısı:

Tüp bebek/tedavi ile doğum: Evet

Hayır:

Emzirme süresi:

Doğum sonrası blues: Evet: Hayır:

Doğum sonrası depresyon: Evet: Hayır:

Evet ise tedavisi:

İlk adet yaşı:

Menapoza girme yaşı:

Eve giren toplam aylık gelir miktarı:

Alkol kullanımı: Evet Hayır

Sigara kullanımı: Evet Hayır

Madde kullanımı: Evet Hayır

Ek hastalıklar:

Ek hastalık varsa kullanılan ilaçlar:

Psikiyatrik Hastalık:

İntihar öyküsü:

Ailede psikiyatrik hastalık:

Şu anki tedaviler:

Premenstruel Disforik Bozukluk: (En az beş belirti, kanamadan bir hafta önce başlayacak):

Duygusal değişkenlik, çökkün duygudurum, kolay kızma, bunaltı, anhedoni, odaklanma sorunu, anergi, iştah artışı, uyku problemleri, somatik belirtiler.



13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım					Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici					Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama					Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim					Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır					Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem					Tamamen güvenirim
20. Geleceğe döndük amaçlarım ...	Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma

29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

#### EK 4: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

<b>ÖZERKLİK</b> 1. Evde sorumluluk üstlenme 2. Kendi başına yaşayabilme 3. Alışveriş yapabilme 4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
<b>MESLEKİ İŞLEVSELLİK</b> 5. Maaşlı bir işte çalışabilme 6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme 7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme 8. Mesleki kazanımlar elde etme 9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
<b>BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK</b> 10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme 11. Akıldan hesap yapabilme 12. Bir problemi hakkıyla çözebilme 13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme 14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
<b>MALİ KONULAR</b> 15. Kendi parasını idare edebilme 16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
<b>KİŞİLERARASI İLİŞKİLER</b> 17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme 18. Sosyal faaliyetlere katılabilme 19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme 20. Ailesiyle birlikte yaşama 21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması 22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)

## EK 5: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yaşadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz.

Hiç rahatsız edici değil \_\_\_\_\_ Son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
2. Gece terlemesi	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
3. Terleme	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
4. Hayatından memnun olmama	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
5. Endişeli ve gergin hissetme	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
6. Hafızada zayıflama	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük ( hoşgörüsüz olma )	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
10. Yalnız kalma isteği	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
12. Kas ve eklemlerde ağrı	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
14. Uyuma güçlüğü	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
16. Fiziksel güçte azalma	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6

17. Dayanma gücünde azalma	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
18. Enerjide azalma hissi	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
19. Ciltte kuruluk	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
20. Kilo alma	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
21. Yüz tüylerinde artma	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
23. Şişkinlik hissi	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
24. Bel ağrısı	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
25. Sık idrara çıkma	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
27. Cinsel istekte değişiklik	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede ) kuruluk	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6
29. Cinsellikte kaçınma	Yok	Var → 0	1	2	3	4	5	6

## EK 6: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

### AÇIKLAMA

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenilen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır. Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin yanındaki parantezin içine (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz. Sorulara vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

#### 1. Son 1 aydır cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

#### 2. Son 1 aydır eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

#### 3. Son 1 aydır, bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

#### 4. Son 1 aydır cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

#### 5. Son 1 aydır sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman



**6. Son 1 aydır kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünüyor musunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**7. Son 1 aydır eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**8. Son 1 aydır cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşıyor mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**9. Son 1 aydır eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alıyorsunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**10. Son 1 aydır eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**11. Son 1 aydır gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**12. Son 1 aydır eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız oluyor musunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**13. Son 1 aydır eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız oluyor musunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**14. Son 1 aydır sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünüyor musunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**15. Son 1 aydır haftada iki defadan fazla cinsel birleşimde bulunuyor musunuz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**16. Son 1 aydır eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**17. Son 1 aydır eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**18. Son 1 aydır eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**19. Son 1 aydır eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**20. Son 1 aydır eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**21. Son 1 aydır ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**22. Son 1 aydır sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli olur mu?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**23. Son 1 aydır sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**24. Son 1 aydır kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**25. Son 1 aydır eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**26. Son 1 aydır sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**27. Son 1 aydır cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**28. Son 1 aydır cinsel birleşme anında doyuma ulaşır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

## EK 7: Beck Anksiyete Envanteri

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

## EK 8: Beck Depresyon Envanteri

# Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1  (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
 (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
 (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
 (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2  (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
 (1) Gelecek için karamsarım.  
 (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
 (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3  (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
 (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
 (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
 (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4  (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
 (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
 (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
 (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5  (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
 (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
 (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
 (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6  (0) Kendimden memnunum.  
 (1) Kendimden pek memnun değilim.  
 (2) Kendime kızgıyım.  
 (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7  (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
 (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.  
 (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
 (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8  (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
 (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
 (2) Kendimi öldürmek isterdim.  
 (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9  (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
 (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
 (2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
 (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10  (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
 (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
 (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
 (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

- 11  (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
 (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
 (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
 (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12  (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
 (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
 (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
 (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13  (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.  
 (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
 (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
 (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14  (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.  
 (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
 (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
 (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15  (0) Uykum her zamanki gibi.  
 (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
 (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
 (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16  (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
 (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
 (2) Her şey beni yoruyor.  
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17  (0) İştahım her zamanki gibi.  
 (1) Eskisinden daha iştahsızım.  
 (2) İştahım çok azaldı.
- 18  (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
 (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
 (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
 (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19  (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
 (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
 (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
 (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20  (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
 (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
 (2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
 (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21  (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
 (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
 (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
 (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam skor: