

**TÜRKİYE VE DÜNYADA
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

Editör: Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI

yaz
yayınları

**Türkiye ve Dünyada
Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği**

Editör

Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI

yaz
yayınları

2025

**Türkiye ve Dünyada Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği**

Editör: Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8678-58-1

Aralık 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

Kadının Sessiz Dönüşümü : Menopoz Dönemi.....	1
<i>Esra YALÇIN</i>	
Kadına Yönelik Şiddet ve Mücadele.....	27
<i>Meltem ÖZKAYA</i>	
Awareness of Gynecological Cancers	53
<i>Tayyibe İN, Nurcan KIRCA</i>	
Yaşamın Doğal Evresi Menopoz	82
<i>Aslı URAL</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

KADININ SESSİZ DÖNÜŞÜMÜ: MENOPOZ DÖNEMİ

Esra YALÇIN¹

1. GİRİŞ

Klimakterium, “klimakterikoz” kelimesinden türeyen ve anlamı merdiven basamağı olan Yunanca bir kelimedir (Engin ve Kartal, 2020). Bu dönem kadın yaşamında bir geçiş rolü üstlenmekte ve üreme dönemi ile yaşlılık (senil) dönemi arasında bulunan bir dönem olarak görülmektedir (Dündar ve Aksu, 2021). 40-45 yaşlarında başlamakta ve yaşlılık döneminin başlangıcı olan 65 yaşına kadar devam etmektedir (Souza vd., 2022). Kadın hayatında bu kadar önemi olan dönemde sadece fiziksel değişim olmamakta bunun yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimlerde görülmektedir (Aktan ve Özdemir, 2020; Taşkın, 2020). Bu dönem üreme çağındaki kadınlarda over fonksiyonlarında gerilemelerin görüldüğü ve buna bağlı olarak üreme yeteneklerinin kaybolduğu yeni bir çağa geçiş dönemidir. Bu geçişte en belirgin olarak görülen olay ise menstrüasyonun kesilmesi yani menopozdur (Kızılkaya Beji, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu dönemi “overlerdeki hareketliliğin yitimine bağlı periyodik gerçekleşen kanamaların (Menstrüasyon ya da adet kanamalarının) son bulması” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2025). Menopoz klimakteriumun sadece bir fazıdır. Menopoz genellikle 40-50 yaşları arasında klimakterium döneminde meydana gelmektedir (Taşkın, 2021). Bu dönemde

¹ Araştırma Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-3460-7850.

kadınlar pre-menopoz, peri-menopoz, menopoz ve post-menopoz olmak üzere 4 dönem yaşarlar (Hacıoğulları, 2018).

2. MENOPOZUN TANIMI VE FİZYOLOJİSİ

Menopoz (Menopause, men:ay, pause:durma) kelimesinden türemiştir (Taşkın, 2020). Yumurtalık gonadotropinlerinden salgılanan östrojen ve progesteron seviyelerinin azalması ile birlikte kadınlarda menstrüasyonun uzun sürelerle kesilmesi ve doğurganlığın sonlanması ile gerçekleşen fizyolojik bir süreçtir (Altıntaş ve Şahin, 2025). Over foliküllerinin tamamen tükenmesi sonucunda ovulasyon durmakta ve atrofi oluşmaktadır. Ayrıca bu dönemde Folikül Stimülan Horman (FSH 13 kat, Luteinizan Hormon (LH) ise 3 kat artışı göstermektedir (İlkin, vd., 2020)

Kuzey Amerika Menopoz Derneği (North American Menopause Society / NAMS) menopozu, yaşayan bütün kadınların tecrübe ettiği sosyal olarak yapılandırılmış biyolojik bir olay olarak tanımlamıştır (Kızılkaya Beji ve Yüksel Koçak, 2022). NAMS'ın desteklediği (Stages of Reproductive Aging Workshop-Reprodüktif Yaşlanma Evreleme Çalışma Grubu) STRAW'a göre ise ovulasyonun kesilmesi ve menstrüasyon kanamasının durması menopoz olarak tanımlanmaktadır (NAMS, 2010). Menopoz tanısının alınabilmesi için kadınlarda en az bir yıl menstrüasyonun görülmemesi gerekir (Taşkın, 2020).

Menopoz döneminin görülme zamanı kadınlar arasında farklılık göstermekle birlikte ortalama 40-55 yaş aralığını kapsamaktadır (Mohammed vd., 2014). Türkiye'de ise ortalama menopoz yaşının 47 olduğu görülmüştür (Önder ve Batıgün, 2016). Dünya da ise bu ortalama menopoz yaşının 52 olduğu, 40 ile 58 yaş aralığını kapsadığı görülmektedir (Kızılkaya Beji ve Yüksel Koçak, 2022). Genetik faktörler, ırk, coğrafi özellikler, doğum sayısı, beslenme şekli, sigara ya da alkol kullanımı,

sosyoekonomik düzey menopoz yaşını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Polat, 2019).

Toplumun kadına vermiş olduğu değer ve kadının toplumsal rolü, gelenek görenekler, etnik yapı menopozun kadın ve toplum tarafından algılanma biçimi, cinsellik, yaşam felsefesi ve kültürel özellikler de menopoz döneminde etkili olan faktörler arasında yer almaktadır (Polat, 2019). Menopoz döneminde görülen problemlere ek olarak kadınların yaşama uyum düzeyini azaltarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olan bazı semptomlar açığa çıkmaktadır. Bu semptomlar bireyler arasında farklı şekillerde algılanabilmektedir. Bu farklılıklar kadının toplumsal rolüne ve kendini bu döneme hazır hissediyor olmasına, menopoza girdiği yaşa, toplumun yapısına göre değişebilmektedir (Fışkın, 2017). Kadınlarda bu döneme girmeleri ile birlikte; çabuk yaşlanma korkusu, doğurganlık özelliğini kaybetme, değişen beden imajı, sağlık problemleri ve sosyal faktörler yaşam kalitelerini düşüren etkenler olarak ön plana çıkmaktadır (Abay ve Kaplan, 2015).

3. MENOPOZUN ETİYOLOJİSİ

Patolojik bir sorun meydana gelmeden over fonksiyonlarının sonlanmasıyla birlikte 12 ay boyunca kesintisiz menstrüasyon kanamasının olmamasına doğal menopoz denilmektedir (Taşkın, 2020). Doğal menopoz yaşından önce ortaya çıkan ve nedeni bilinmeksizin 40 yaşından önce menopoz görülmesine erken menopoz, 55 yaşından sonra hala devam eden menstrüasyona ise geç menopoz denilmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Cerrahi menopoz ise, patolojik neden kaynaklı bilateral ooferektomi (overlerin alınması) sonucunda oluşan ve menopozal semptomların daha şiddetli görüldüğü menopozdur (Polat, 2019). Uterusun çıkarıldığı (histerektomi) ancak overlerin çıkarılmadığı durumlarda cerrahi menopoz

durumu görülmemektedir. Cerrahi menopoza görülmediği halde bireyde görülen sıcak basmaları gibi menopozal yakınmaların nedeninin ise uterusun çıkması ile bozulan hormonal dengenin bozulması ve cerrahi işlem sırasında gerçekleşen overlerin damarlarının zarar görek kanlanmanın bozulmasından kaynaklı overial atrofiden kaynaklandığı düşünülmektedir (Taşkın, 2020).

4. PREMENOPAZ DÖNEMİ

“Menopoza yaklaşmak”, “menopoz öncesi zaman” anlamında kullanılan premenopoz dönemi, menopozdan önce 40 yaş dönemlerinde başlayan ve menopoz kadar devam eden süreci içermektedir (Kızılkaya Beji ve Yüksel Koçak, 2022; Polat, 2019). Foliküllerin azalmasına bağlı overlerdeki yetmezlik sonucunda başlayan, genellikle hafif belirtilerin görüldüğü ya da hiç belirtinin olmadığı ve 2-6 yıl arası sürebilen bir dönemdir (Avcı, 2013; Er, 2011). NAMS, premenopozu menstrual dönemlerin başlangıcı olan puberte döneminde perimenopoz kadar geçen süre olarak tanımlamaktadır (NAMS, 2010). Klimakteriyumun ilk fazı olan bu dönemde menstrüel siklus düzeni bozulmakta ve fertilite oranı düşmektedir. Kadınlarda görülen düzensiz sikluslar ilk dönemlerde 18-21 günden daha kısa süreli olup daha sonra 2-3 ay amenore şeklinde olabilmektedir (Nacar, 2019). Bu düzensiz sikluslar 1-2 aydan birkaç yıla kadar sürebilmektedir. Ovaryum aktivitesinde azalmaya rağmen üreme yeteneğinin tamamen kaybolmaması bireylerde plansız ve istenmeyen gebeliklere yol açabilmektedir (Darici Koçan, 2021). Vazomotor değişikliklerin başladığı, baş ağrısı, yorgunluk ve emosyonel değişimlerin görülebildiği bir dönem olarak belirtilmektedir (Taşkın, 2020).

Premenopoz dönemi, kadınlarda hafif ya da orta şiddetli yakınmaların başladığı bir dönemdir. Bu dönemde östrojen miktarının azalmasına bağlı kadınlarda birtakım sorunlar

görülmektedir. Bu belirtiler siklus bozuklukları, vazomotor değişiklikler ve ruhsal rahatsızlıklardan oluşmaktadır (Taşkın, 2020).

5. PERİMENOPOZ DÖNEMİ

Menopozdan önceki 2-6 yılı ve sonraki 1 yıllık süreci kapsayan dönem perimenopoz dönemi olarak adlandırılır (Polat, 2019). Yani premenomoz, menopoz ve menopozdan sonraki 1 yıllık süreci kapsamaktadır (Taşkın, 2020). Perimenopozun süresi, bu dönemde görülen semptomlar ve bu semptomların yoğunluğu kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Baldwin ve Jensen, 2013). Bu dönem kimi kadınlarda uzun sürerken kimi kadınlarda kısa sürebilmektedir. Fertilité oranları ciddi şekilde azalmasına rağmen ovulasyon gerçekleşebilmekte ve istenmeyen gebelikler nadiren de olsa görülebilmektedir. Perimenopozal dönemde kadınlarda endişe, bitkinlik, yorgunluk, ağlama isteğinde artış ve duygu durum bozuklukları görülebilmektedir. Ayrıca bu dönemde kadınlarda libido da azalma da görülebilmektedir (Şahin ve Oskay, 2022).

6. MENOPOZ DÖNEMİ

Son menstrüel kanamanın gerçekleştiği döneme menopoz dönemi denir (Polat, 2019).

7. POSTMENOPOZ DÖNEMİ

Menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreci içeren döneme postmenopoz dönemi denir (Polat, 2019). Bu dönem doğurganlığın kaybolduğu, ovarial hormonlardaki azalma sonucunda vajinal atrofinin görüldüğü, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz gibi belirtilerin görülmeye başladığı bir

dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahin ve Oskay, 2022). Bu dönemde kadınlarda meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişimler ve stres faktörü kadının postmenopozal semptomlarla başa çıkmasını zorlaştırmaktadır (Grigoriu vd., 2013). Postmenopozal dönemde kendi içinde erken ve geç olmak üzere 2 döneme ayrılmaktadır. Erken postmenopozal dönem menopoz sonrası 6-8 yıllık dönemi kapsarken bundan sonraki sürece geç postmenopozal dönem denilmektedir (Harlow vd., 2012; Süt ve Küçükkaya, 2018). DSÖ'nün yapmış olduğu tanıma göre menopoz sonrası 6-8 yıla postmenopoz dönem denilmekte ve bu dönem perimenopoz döneminin bitişi ile başlayarak yaşlılık dönemi olarak kabul edilen 65 yaşına kadar devam etmektedir (Şahin ve Oskay, 2022).

8. MENOPOZ DÖNEMİ KADIN SAĞLIĞI

(TÜİK) 2020 verilerine göre, ülkemizde kadınların ortalama yaşam süresinin 81,3 yıl olduğu ve bu yaşam süresinin neredeyse yarısını kadınların postmenopozal dönemde geçirdikleri görülmüştür (TÜİK, 2020). Bundan dolayı menopoz döneminde kadınların hayatında çok önemli bir dönemdir. Normal bir süreç olarak görülmesine rağmen menopoz ile birlikte kadınlarda birtakım semptomların ortaya çıkması kadınların %70-80'in yaşamını etkilemekte, bu da menopoz döneminin önemini daha da arttırmaktadır (Avcı, 2013; Buzlu ve Kaçkin, 2022). Menopoz dönemi boyunca bazı kadınlar belirgin değişiklikler yaşarken bazı kadınlar bu süreci daha hafif geçirebilmektedir (Thunell vd., 2004). Bu semptomlar genellikle menopozdan hemen önce ve sonraki 1 yıllık süreçte belirgin bir şekilde görülse de kişiden kişiye görülme zamanı ve sıklığı değişebilmektedir.

Semptomların ortaya çıkmasında klimakteriyum dönemi boyunca over fonksiyonlarının bozulması ve östrojen miktarının

azalması etkili olmuştur (Avcı, 2013). Östrojen miktarının azalması ile birlikte kadınların vücudunda endokrin ve somatik değişiklikler meydana gelmekte bu da diğer sistemleri etkileyebilmektedir. Perimenopozal dönemde özellikle siklus bozukları, vazomotor yakınmalar, kas-iskelet şikayetleri, ürogenital şikayetler, emosyonel değişimler, saç, deri ve tırnak yapısında bozulmalar gibi birtakım problemler ortaya çıkmaktadır. Postmenopozal dönemde ise uzun süreli olarak osteoporoz, kalp hastalıkları, meme ve genital sistem kanserleri görülebilmektedir (Taşkın, 2020).

Toplumsal roller, kadınların menopoza ve yaşlanmaya karşı bakış açısı, doğurganlığın yitirilmesi, boş yuva sendromu, menopoz yaşı, eğitim seviyesi, beslenme alışkanlığı, çocuk sayısı, alkol ve sigara kullanımı gibi faktörler kadınlarda menopoz döneminde görülen semptomların şiddetini ve sıklığını etkilemektedir (Barazetti vd., 2016; Santoro vd., 2015).

Menopozal dönemde yaşanan ve kadın sağlığını etkileyen değişiklikler kısa ve uzun süreli olmak üzere 2'ye ayrılmıştır.

- **Erken Dönem Semptomları**

- ✓ Vazomotor Değişiklikler: ateş basması, gece terlemeleri, baş ağrısı ve baş dönmesi, çarpıntı vb.
- ✓ Atrofik Değişiklikler: vajinal kuruluk, ciltte kuruluk, saç dökülmesi vb.
- ✓ Psikolojik Değişiklikler: anksiyete, depresyon, uykusuzluk, libido azalması, ruh halinde değişim, bellek kaybı ve konsantrasyon eksikliği vb.

- **Geç Dönem Semptomları**

- ✓ Kardiyovasküler Hastalıklar
- ✓ Osteoporoz
- ✓ Genito-Üriner Sistem Bozuklukları

(Darici Koçan, 2021; Er, 2011; Kızılkaya Beji ve Yüksek Koçak, 2022).

8.1. Erken Dönem Semptomları

8.1.1. Vazomotor Değişiklikler

Klimakterik dönemde kadınlarda en yaygın olarak görülen semptom vazomotor değişikliklerdir (Taşkın, 2020). Bu semptomlar premenopozal dönemde ortaya çıkmakta ve %60-85 oranında görülebilmektedir. Vazomotor değişiklikler yüzün kızarması (flushes), sıcak basması (hot flash) ve gece terlemesi (swething) olmak üzere üç şekilde görülebilmekte ve bu belirtiler genel olarak sıcak basması olarak ifade edilmektedir (Avcı, 2013). Sıcak basması, menopozun yaklaştığının en erken belirtisi olarak ifade edilmektedir (Ural, 2011). Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte östrojen miktarındaki azalmaya bağlı olarak termoregülasyon sistemindeki fonksiyon kaybının neden olduğu düşünülmektedir (Darici Koçan, 2021). Kadınların bir kısmı sıcak basmasının baş, boyun ve kulak bölgesinden başladığını ifade ederken bir kısmı da göğüs çevrelerinden başlayıp tüm vücuda yayıldığını belirtmişlerdir (Taşkın, 2020). Bu belirtiler ani ve kısa süreli olabildiği gibi uzun süreli de gerçekleşebilmektedir. Sıcak basmalarının yanısıra baş dönmesi, baş ağrısı, yorgunluk, bulantı, çarpıntı hissi, nefes darlığı, parmaklarda hissizlik ya da karıncalanma ve terleme de menopoz döneminde kadınlarda görülebilen vazomotor değişiklikler arasında yer almaktadır (Elsan, 2018; Tek Gökçer, 2022). Hafif sıcak basmaları günlük yaşam aktivitelerini etkilemezken orta derece ve ciddi sıcak basmaları kadınları çok rahatsız etmekte ve günlük yaşam aktivitelerini engelleyebilmektedir. Bu dönemdeki kadınların sürekli pencere açtığı, yelpaze ile gezdiği ve kıyafetlerini ince tercih ettikleri görülmektedir. Bunun hemen ardından ise vazokonstrüksiyona bağlı olarak üşüme hissi oluşmakta ancak bu durum kan basıncını etkilememektedir

(Taşkın, 2020). Gece terlemeleri ise vücut sıcaklığının artmasını takiben ortaya çıkan bir vazomotor problemdir. Kadınların gece uyku esnasında çarşafı ıslatacak kadar aşırı terlemesi ile uykudan uyanmalarına neden olan ve bir daha da uykuya dalmalarında güçlük oluşturan bir durumdur. (Taşkın, 2020). Bu durum kadının uyku düzeni üzerinde oldukça etkili olmakta ve günlük aktivitelerinin değişmesine neden olabilmektedir (Daley vd., 2014).

Kadınların yaşam biçimlerinde sıcak basması üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Özellikle kapalı ve sıcak ortamlarda bulunan, egzersiz yapmayan, sigara ve alkol tüketen, çok fazla kafeinli içecek ve acı-baharatlı yiyecek tüketen bireylerde sıcak basmasının arttığı görülmüştür (Elsan, 2018).

Kadınlar sıcak basmalarından olumsuz etkilenmekte ve bazen bu durum ile baş edememektedirler (Taşkın, 2020). Kadınların bu durumu yönetebilmeleri için birtakım öneriler bulunmaktadır. Bunlar;

- Kadınların bu dönemlerde giymiş oldukları kıyafetler çok önemlidir ve kolay çıkarılabilir olması önemlidir. Sıcak basması anında giysiler yıkanabilir.
- Kadınların bu dönemde sıcak ortamlarda da çok fazla bulunmaması oda ısısının 18 °C seviyesinde tutulması önemlidir.
- Sıcak basmasını etkileyen bir diğer faktörde heyecandır. Bu dönemlerde kadınlar mümkün olduğu kadar stresten uzak durmalıdır.
- Sıcak basmasını hızlandıran baharatlı yiyecekler, kafeinli içecekler, sigara ve alkolden bu dönemde uzak durmalıdırlar.

- Kadınlar bu dönemde kendi vücutlarının analizini yaparak kendilerinde neyin sıcak basmalarını arttırdığını izlemeli ve bunları yapmaktan sakınmalıdır.
- Sıcak basması anında kadınların kendilerini rahatlatmaları, soğuk uygulama yapmaları ve duş almaları rahatlayabilmeleri açısından önemlidir (Taşkın, 2020).

Tüm bunlara ek olarak sıcak basmasını önleyebilmek amacıyla günlük yaşantısı bu denli etkilenen kadınlar sıcak basmasını önleyebilmek ve buna çözüm aramaya çalışmaktadır. Hormon Replasman tedavisinin yanısıra başka uygulamalara yönelmişlerdir. Kadınların düzenli egzersiz yaptığı, akupunktur, elektroakupunktur, yoga, refleksoloji, aromaterapi, gevşeme teknikleri ve bitkisel kaynaklı geleneksel tedavi yöntemlerine başvurduğu görülmüştür (Alan vd., 2013; Yalçın, 2022). Bunlar arasında kara yılan otu, sarı kantaron, soya, ginseng, şerbetçi otu, hayıt otu ve çin melek otu gibi östrojen hormonunu artırıcı bitkiler yer almaktadır (Tek Gökçer, 2022).

8.1.2. Siklus Bozuklukları

Kadınlarda menopozun başlangıcının en önemli belirtilerinden bir tanesi de adet düzensizlikleridir (Elsan, 2018). Over fonksiyonlarının azalması ile birlikte anovulatuvar menstrüasyon gerçekleşmektedir. Ancak overler tam olarak fonksiyonunu yitmediği için yıllarca az da olsa östrojen salgılamaya devam etmektedir. Menopoz dönemiden luteal fazın ortadan kalkması ile birlikte kadınlarda amenore görülmektedir (Taşkın, 2020). Kandaki östrojen miktarı yeterli seviyeye ulaşp düşmediği için endometrial siklus gerçekleşmemektedir. Bu düzensizlikler zamanda ya da miktarda görülebilmektedir. En belirgin olarak ise iki siklus arası sürenin uzaması ve kanama miktarının azalması şeklinde görülmektedir (Elsan, 2018). Bu dönemde FSH, östrodiol ve LH miktarında artış görülürken

inhibin seviyesi azalmaktadır. Menopoz döneminde adet düzensizlikleri görülmesine karşın premenopoz döneminde fazla olan kanamalar kanserin habercisi olabilmektedir. Bu nedenle premenopozal dönemdeki kadınlar endometrial karsinom, atipik endometrial hiperplazi, uterus kanseri gibi hastalıklar yönünden risk grubunda değerlendirilmekte ve kanama olduğu durumlarda mutlaka doktora muayene olması gerekmektedir (Taşkın, 2020). Bu dönemde kadınlara östrojen uyarısının önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması ve endometrial siklusu düzeni için progesteron tablet almaları önerilmektedir.

8.1.3. Duygusal ve Psikolojik Bozukluklar

Menopoz dönemindeki kadınlarda hormon değişiklikleri görülmekte ve bu durumunda da duygu durum değişikliğine yol açtığı görülmektedir. Hormon seviyelerindeki değişikliğin merkezi sinir sistem üzerine etki ettiği, bu durumda kadınlarda anksiyete ve psikolojik değişikliklere yol açtığı görülmektedir (Elsan, 2018; Shepherd Banigan vd., 2017). Yapılan çalışmalar sonucunda duygudurum bozukluklarının kadınlarda en çok postpartum dönemde ve menopoz döneminde olduğu görülmekte ve bunun da östrojen seviyesindeki hızlı değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir (Darici Koçan, 2021). Özellikle 40-65 yaş arası kadınlarda görülen psikiyatrik bozuklukların menopoza bağlı olduğu görülmektedir (Barazetti vd., 2016). Özellikle premenopoz ve menopoz döneminde kadınlarda menopoz sonrasına göre depresif bozukluk riskinin arttığı, premonopozal dönemde depresyon varlığının ise menopoz dönemini ve sonrasında da depresyon riskini arttırdığı görülmüştür (Mathews ve Epperson, 2015).

Bu dönemde kadınlarda görülen anksiyete, depresyon gibi duygudurum bozukluklarının tedavisinde serotonerjik antidepressanlardan serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve seçici noradrenerjik geri alım inhibitörlerinin (SNRI)

kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapi gibi yaklaşımların menopoza döneminde gelişebilecek depresyonun önlenmesinde yararlı olduğu belirlenmiştir (Santoro vd., 2015).

Kadınlar menopoza döneminde meydana gelen değişikliklerden dolayı erkeklerden 2 kat daha fazla depresyon açısından risk altındadır (Augoulce vd., 2019). Worsley vd. (2014) ise yapmış olduğu çalışma sonucunda vazomotor semptomlar ile depresif bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Özellikle kadınların menopoza algılamaları ile birlikte menopoza karşı bakış açıları onları olumsuz duygular yaşamaya neden olabilmektedir. Bu dönemde kadınlara menopoza geçici bir dönem olduğu, bu durumun cinsel kimliğinden bir şey eksiltmediğini, zaman geçtikçe semptomlarının azalacağı, oluşabilecek semptomlara yönelik sağlık çalışanlarından yardım alabileceği, stresle başa çıkabilmek için ailesinden destek alması konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde menopoza dönemindeki kadınlarda benlik saygısında azalma, aniden ağlama isteği, unutkanlık, panik atak, depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluklar oluşabilmektedir (Tek Gökçer, 2022).

8.1.4. Cinsel Semptomlar

Menopoza dönemindeki kadınlarda hormonların etkisiyle birçok sistem etkilenmekte ve değişim gözlenmektedir. Kadınların bu dönemde etkilendiği bir durum da cinselliktir. Cinsellik hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilenmektedir (Tek Gökçer, 2022).

Menopoza bağlı olarak kadınlarda vajinal kuruluk ve darlık, koitus esnasında ağrı ve yanma gibi şikayetler menopoza cinsellik üzerindeki doğrudan etkileri arasındadır. Dolaylı olarak ise menopoza diğer semptomlarından biri olan vazomotor değişiklikler kadınlarda terleme, sıcak basması, uyku

problemleri, halsizlik, huzursuzluk, duygu durum bozuklukları, benlik saygısında azalma, kendini çekici bulmama, libidoda azalma gibi etkilere neden olmakta bu da dolaylı olarak cinselliği etkilemektedir (Tek Gökçer, 2022). Ayrıca menopoza dönemine giren kadınlarda cinsel aktivitenin devam ettirilmesinde isteksizlik, eşlerin tepkisi, yaşlanma sürecine giriş ve kadının yaşamış olduğu toplumun kültürel yapısı da etkili olmaktadır. Kadını ve eşini bu dönemde bilgilendirmeli, desteklemeli, cinsel sorunlarla baş etmesinde cesaretlendirerek cinsel aktivitelerindeki azalmayı tanımlaması yönde girişimler yapılmalıdır (Avcı, 2013).

8.1.5. Uyku Problemleri

Menopoz dönemindeki kadınlarda gerçekleşen hormonal değişimler uyku kalitesini de etkilemektedir. Özellikle 45 yaşından sonra kadınlarda uyku kalitesinin azaldığı ve menopozun da etkisiyle erkeklerden daha fazla uyku problemleri yaşadığı görülmüştür (Akçay ve Koç, 2018). Uyku bozukluğu prevalansının en çok postmenopozal dönemde arttığı, premenopozal dönemde ise nispeten daha az görüldüğü saptanmıştır. Bu doğrultuda postmenopozal dönemdeki kadınların daha çok uyku problemleri yaşadığı, uykuya dalmada güçlük çektikleri, sık sık uyandıkları ve uyandıkları zaman yeniden uykuya dalamadıkları görülmüştür (Darici Koçan, 2021)

Menopoz döneminde kadınların yaşamış oldukları bu uyku problemlerinin etiyolojisi tam olarak açıklanamamaktır. Ancak kadınlarda bu dönemde daha çok görülen anksiyete, depresyon, sigara ve alkol kullanımı, kilo alımı, yaşlanma, vazomotor semptomların görülmesi, kardiyovasküler ve sistemik hastalıklar, ilaç kullanımı gibi faktörlerin uykuyu olumsuz etkilediği ve uyku kalitesini azalttığı görülmektedir (Lee vd., 2019).

Bu dönemde kadınlarda görülen uyku problemlerinin tedavisinde antidepresan, antipsikotik gibi farmakolojik tedavilerin

yanısıra akupunktur, bilişsel davranışçı terapi, terapötik masaj, yaşam tarzı değişikliği gibi nonfarmakolojik yöntemlerinde etkili olduğu görülmüştür (Garcia vd., 2018).

8.1.6. Gastrointestinal Sistem Rahatsızlıkları

Ağız mukozası östrojen reseptörleri tarafından zengindir ancak menopoza birlikte östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak kadınlarda ağızda kuruluk, kötü tat ve koku hissi ve dışı problemi görülmektedir (Yalçın, 2022). Ayrıca bu dönemde kadınlarda diyare, hemoroid, konstipasyon ve kolon spazmı ile birlikte distansiyon görülebilmektedir. Postmenopoz dönemde ise safra taşı oluşumu, gastrik reflü, mide sekresyonlarında azalma ve barsak mukozasında atrofi oluşumu görülmektedir (Polat, 2019).

Menopoz ile birlikte vücuttaki toplam yağ miktarı artmakta ve Android tip şişmanlık görülmektedir. Menopozla birlikte kadınların iştahlarında artış buna bağlı olarak kilolarında artış ve boylarında kısalma görülmekte böylelikle vücut kitle indeksleri artmaktadır. Kilo problemi bulunmayan kadınlarda dahi menopoz sonrası kitle indeksleri menopoz öncesine göre artmakta ve kadınlarda obezite riskinde artış görülmektedir (Güler, 2015). Bu dönemde kadınlarda fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı ve mevcut hastalıklar göz önünde bulundurularak diyet listesi hazırlanmalı ve kilo artışı kontrol altında tutulmalıdır (Avcı, 2013).

8.1.7. Deri ve Saç ve Cilt Problemleri

Menopoz döneminde overlerdeki hormonlarda meydana gelen azalma ve androjen seviyesinin artmasına bağlı olarak deri, saç ve ciltte birtakım problemler görülebilmektedir (Özer, 2014). Kadınlarda östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak deride yaşlanma görülmektedir. Ayrıca bu dönemde kadınların ciltlerindeki yağ ve nem miktarının azalmakta epidermis tabakası incelenerek deri altı yağ tabakasında atrofiler meydana gelmektedir

(Polat, 2019). Bu yüzden bireyler travmalara karşı daha hassas olmakta ve yara iyileşmeleri gecikmektedir (Beckmann vd., 2015). Mukozalarda da yine aynı şikayetlerden ötürü çok sık ağız kuruluğu meydana gelmektedir. Menopoz dönemi kadınlarda derilerinde çatlaklıkların artması, hidrasyonun azalması ile ciltlerinde meydana gelen kuruluk ve incelme, elastikiyetlerinin azalması ve kırışıklarda artma meydana gelmektedir.

Yaşın ilerlemesi ve menopoz dönemi ile birlikte deride kurumanın sebum üretiminin azalması sonucunda oluştuğu ve sebum üretiminin postmenopozal döneme kadar %40'a ulaştığı görülmektedir (Rzepecki vd., 2019). Bu dönemde östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak saç tellerinde incelme ve dökülmeler artmakta, tırnaklarda kırılmalar meydana gelebilmektedir (Avcı, 2013). Menopozla birlikte kadınlarda östrojen seviyesinin azalmasına bağlı olarak sex hormonu bağlayan globülün (SHBG) düzeyinde de azalmalar meydana gelmekte de bunun sonucunda serbest testosteron düzeyi artarak bireylerde özellikle dudak üstleri ve çene kısımlarında kıllanma meydana gelmekte ve pelvik aksillar bölgedeki kıllarda incelmeler görülmektedir (Avcı, 2013; Yalçın, 2022). Ciltte gerçekleşen tüm bu değişiklikler, kadınların dış görünüşlerini beğenmemelerine ve stres yaşamalarına neden olmaktadır (Coşkun, 2012; Taşkın, 2020).

8.2. Geç Dönem Semptomları

8.2.1.Kas ve İskelet Sistemi ile İlgili Semptomlar (Osteoporoz)

Kadınların kemik kaybının 3/4 'ü postmenopozal dönemde gerçekleşmektedir. Bunun nedeninin ise menopozla birlikte kadının vücudunda östrojen miktarının azalmasıdır (Demirci ve Karadeniz, 2022). Kemik yapısının şekillenme süreci tam olarak bilinmemekle birlikte östrojenin iskelet homeostazında önemli bir yeri vardır. Östrojen kemik emilimini

inhibe etmektedir. Postmenopozal dönemde östrojen eksikliğinden kaynaklı kemik kaybının yanısıra kadınlarda D vitamini eksikliği, kalsiyum ve protein alımının yetersizliği nedeni ile de kemik kayıpları görülmektedir (Bilge, 2022).

Osteoporoz, düşük kemik kitlesi ve kemik dokusunda bozulmalar sonucu oluşan Dünya’da en sık görülen kemik hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Mineral yapının bozulmasıyla birlikte kırık olasılığının arttığı kemik erime olarak bilinmektedir (Elsan, 2018). Kemik hücrelerinde yıkım yapımdan daha fazla görülmektedir (Darici Koçan, 2021). Menopoz ile birlikte over fonksiyonlarında durma ve östrojen miktarının azalması ile birlikte kemik kaybı hızlanmakta ve osteoporoz riski ve şiddeti artmaktadır (Özcan ve Oskay, 2013). Yapılan araştırmalar sonucu kadınların erkeklerden daha fazla osteoporoz açısından risk altında olduğu görülmüştür. Hareketsizlik iskelet kaslarında dejenerasyona neden olarak osteoporoza yatkınlığı artırmaktadır. Ayrıca osteoporoza bağlı kırık oluşma riski kadınlarda daha sık görülmekte ve bu da kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Polat, 2019; Bilge, 2022) kadınlarda omurga, kalça ve el bileğinde kırılmalara neden olarak sakatlıklara sebebiyet vermektedir. Bu kırıklar arasında en ciddi olanı kalça kırığı olmakta ve hatta ölümle bile sonuçlanabilmektedir (Orhan ve Albayrak, 2016). Postmenopozal kadınlarda DSÖ’nün osteoporoz tanı sınıflandırma sistemi kullanılmalıdır. Kemik dansitesinin 2,5.2in altında olması osteoporoz açısından, 1,0 ile 2,5 arası ise osteopeni tanısı alınmasına neden olur (Tek Gökçer, 2022). Osteoporoz postmenopozal kadınlarda önlenabilen bir halk sağlığı sorunudur (TEMD, 2018). Hastalığın henüz tam bir tedavisinin bulunmaması önlenebilirliğini daha önemli bir hale getirmektedir. Bu neden profilaktik tedavi osteoporozda çok önemlidir (Polat, 2019). Menopozal dönemde risk altındaki kadınlarda 60 yaşından önce veya menopozun ilk 10 yılı içerisinde osteoporoza bağlı kırıkların önlenmesi için uygun

yöntemler ve Menopozal Hormonal Terapi (MHT) kullanılmalıdır (Bilge, 2022). Ayrıca kadınlar bu dönemde kalsiyumdan zengin beslenerek, egzersiz yaparak, hızlı kilo kayıpları ya da obeziteden korunarak, sigara ve alkol gibi zararlı maddelerden kaçınarak, özellikle güneş ışığından yararlanarak ve günlük kalsiyum (800 mg) ve D vitamini (800 ünite (UI)) alımı sağlayarak osteoporozdan korunabilmektedir (Yalçın, 2022).

8.2.2. Kardiyovasküler Semptomlar

Periferik arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar önemli kardiyovasküler hastalıklardandır (KVH) (Yalçın, 2022). Araştırmalar sonucunda ise over hormonlarının KVH riskini azalttığı görülmüştür (Aydın, 2020; Elsan, 2018). Bu nedenle üreme döneminde kadınlar kardiyovasküler hastalıklardan korunmakta ve erkeklerden daha az KVH riskine sahiptir (Avcı, 2013). Menopozla birlikte kadınlarda östrojen hormonunun azalması sonucu KVH riski artmakta ve erkeklerle oran eşitlenmektedir. Östrojen vücutta düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol seviyesini azaltıp, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol seviyesini arttırmakta ve bu sayede serum kolesterol seviyesini düzenlemektedir. Ancak menopoz dönemi ile birlikte kadınlarda östrojenin vücuttan çekilmesi sonucu kolesterol seviyeleri artmakta bu da arteroskleroz oluşması, kan basıncının yükselmesi ve kardiyovasküler hastalık riskinin de yükselmesine neden olmaktadır (Tek Gökçer, 2022). Kadınlarda görülen kardiyovasküler hastalıklar premenopozal dönemde başlamakta perimenopozal dönem boyunca belirginleşmekte ve son olarak postmenopozal dönemde ise etkileri ortaya çıkmaktadır. Bunun nedenin ise östrojen seviyesinin postmenopozal dönemde azalması ve yaşlanmaya bağlı olduğu görülmüştür (Avcı, 2013). Menopozla birlikte artan kardiyovasküler hastalık riski kadınlarda myokard infarktüs ve ölüm riskini arttırmaktadır (Thurston, 2018). Ayrıca kadınlarda

menopoz döneminde oluşan fizyolojik ve metabolik değişikliklerinde beraberinde yaşlanmaya bağlı olarak diyabet, hipertansiyon ve tromboz oluşma riski artmaktadır. Menopozun bir başka etkisi kadınlarda vücut ağırlığının artması ve jinekoid tipten Android tip vücuda geçiş yağlanmayı bu da kardiyovasküler hastalığı doğurmaktadır (Elsan, 2018).

Menopoz dönemi kardiyovasküler hastalıklardan korunabilmek amacıyla kadınların dengeli beslenmeye, sigara ve alkolden uzak durmaya, düzenli egzersiz yapma, stres yaratan faktörlerden uzak durma gibi günlük yaşam biçimini düzenlemesi gerekmektedir (Kim vd., 2014).

8.2.3. Genito-üriner Sistem Bozuklukları

Atrofi, üreme organlarının küçülmesi sonucu meydana gelmekte ve uzun süre östrojen olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Avcı, 2013). Genitoüriner sistemi oluşturan organlarda yapıları gereği östrojene ihtiyaç duymaktadırlar. Menopoz döneminde östrojen seviyesinin azalması sonucu bu organların yapılarında değişimler meydana gelmekte ve bu da organların işlevselliğinin bozularak çeşitli problemlerin gelişmesine yol açmaktadır (Tek Gökçer, 2022). Bu problemler üriner sistemi, pelvisi, uterusu, serviksi, vajinayı ve vulvayı birçok yönde etkilemektedir (Yalçın, 2022). Ürogenital atrofi menopoz döneminde ve sonrasında kadının yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Oluşan atrofi nedeniyle üriner ya da cinsel disfonksiyon görülebilmektedir. Kadınların bu dönemde en çok şikayetçi olduğu durumlar arasında idrar sıklığının artması, dispareni ya da idrar yaparken ağrı, yanma, kaşıntı ve vajinal kuruluk yer almaktadır (Yalçın, 2022).

Menopoz döneminde östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak vajina dokusu zayıflamakta ve esnekliğini yitirmektedir. Ayrıca buna ek olarak vajinada daralma ve kısalma da görülebilmektedir. Bu nedenler postmenopoz dönemde vajina çok

kolay bir şekilde travmatize olabilmekte ve vajinit geliştirebilmektedir. Kadınlar vajinal esnekliğin kaybolmasına bağlı olarak da inkontinans ve idrar yapmada zorluk yaşayabilmektedir. Vajinal kuruluğun giderilmesi için hormon tedavilerinin yanısıra vajina duvarını genişleten egzersizler, kayganlaştırıcı kremler kullanılması da cinsel ilişki sırasında oluşabilecek olumsuz durumları azalttığı görülmektedir (Tunç, 2014).

Menopoz dönemi kadınlarda görülen ürogenital problemleri önleyebilmek için kadının genital hijyenine dikkat etmesi çok önemlidir. Bunun yanısıra kafeinli içeceklerden, sigara ve alkolden uzak durması, çikolata kahve kola gibi içecekleri az tüketmesi, günde en az 2-3 litre su içmesi ve alt karın kaslarını güçlendirebilmek için Kegel Egzersizleri yapması önerilmektedir (Yalçın, 2022).

9. SONUÇ

Kadınların hayatında sessiz bir şekilde ilerleyen ve büyük bir dönüşüme neden olan menopoz dönemi kadını biyopsikososyal açıdan etkilemektedir. Kadınların yaşamının üçte birini geçirdikleri bu dönemde yaşam kaliteleri de oldukça etkilenmektedir. Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınların sağlık gereksinimleri açısından titizlikle değerlendirilmeleri ve bireyselleştirilmiş bir sağlık bakım hizmeti almaları gerekmektedir. Özellikle hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, kadınlara menopozal dönemde görülen erken ve geç dönem semptomlarını anlatması, bu dönemdeki bakım hizmetlerinin iyi bir şekilde yönetmesi, desteklemesi ve geliştirmesi açısından desteklenmeleri gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Abay, H., Kaplan, S. (2015). Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 1- 23.
- Akçay, B., Koç, G. (2018). Klimakterik dönemdeki kadınların uyku yapısı, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49 (4).
- Aktan, G.V., Özdemir, F. (2020). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 352-361.
- Alan, S., Gökyıldız, Ş., Gözüyeşil, E. (2013). Menopozal dönemdeki kadınların sıcak basması şikâyetine yönelik geleneksel uygulamaları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 70.
- Altıntaş, E., Şahin, N.N. (2025), Bir dezavantajlı grup: menopoz ve engellilik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 840-849.
- Augoulea, A., Moros, M., Lykeridou, A., Kaparos, G., Lyberi, R. Panoulis, K. (2019). Psychosomatic and vasomotor symptom changes during transition to menopause. *Przeegląd Menopauzalny*, 18(2), 110.
- Avcı, S. (2013). *Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının yaşam kalitesine etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Aydın, B. (2020). İktisadi göstergelerin beklenen yaşam süresi üzerindeki etkileri: panel veri analizi. *İstanbul İktisat Dergisi*, 70(1), 163-181.
- Baldwin, M.K., Jensen, J.T. (2013). Contraception during the perimenopause. *Maturitas*. 76(3), 235-242.
- Barazzetti, L., Pattussi, M.P., Da Silva Garcez, A., Mendes, K.G., Theodoro, H., Paniz, V.M.V. (2016). Psychiatric disorders

and menopause symptoms in Brazilian women. *Menopause*. 23(4), 433–40.

Beckmann, R.B.C., Ling, W.F., Herbert, N.P.W., Laube, W.D., Smith, P.R., Cazanov, R., Chuang, A., Geopfert, R.A., Hueppchen, A.N., Weiss, M.P. (2015). *Menopoz, Obstetrik ve Jinekoloji*, (7.Baskı, s:363-370), Akademisyen Tıp Kitabevi: Ankara.

Bilge, Ç. (2022). Menopozal dönemde lokomotor sistem sorunları (kas-iskelet) ve güncel yaklaşım. *Her Yönüyle Menopoz*, Antalya Nobel Kitabevi: Antalya.

Buzlu, S., Kaçkin, Ö. (2022). Menopozal dönemde nöropsikiyatrik sorunlar ve güncel yaklaşım. *Her Yönüyle Menopoz*, Antalya Nobel Kitabevi: Antalya.

Coşkun, M.A. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, (1.Baskı, ss:444-455). Koç Üniversitesi Yayınları: İstanbul.

Çelik, A.S., Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1), 50-56.

Darici Koçan, M.K. (2021). *Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları semptomlar ve baş etme yöntemleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.

Demirci, N., Karadeniz, H. (2022). Menopozal dönemde endokrin ve dermatolojik sorunlar, güncel yaklaşım. *Her Yönüyle Menopoz*, Antalya Nobel Kitabevi: Antalya.

Dündar, T., Aksu, H. (2021). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptom ve tutumları, *DEUHFED*, 14(2), 134-140.

- Elsan, T. (2018). *Bir ASM bölgesine başvuran menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli.
- Engin, B., Kartal, Y.A. (2020). Menopozal semptomlar ile baş etmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları. *J Health Pro Res*, 2(2), 80-87.
- Er, A. (2011). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve başetme yolları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Fıışkın, G., Şahin, H.N., Kaya, İ.G. (2017). Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *JAREN*, 3(3), 122-128.
- Grigoriou, V., Augoulea, A., Armeni, E. (2013). Prevalence of vasomotor, psychological, psychosomatic and sexual symptoms in perimenopausal and recently postmenopausal Greek women: association with demographic, life-style and hormonal factors. *Gynecological Endocrinology*. 29(2), 125-128.
- Güler, M. (2015). Premenopoz ve postmenopoz dönemindeki kadınların beslenmeye bağlı kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Hacıoğulları, M. (2018). *Post-menopoz dönemindeki kadınların duygusal durumlarının incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Harlow, S.D., Gass, M., Hall, J.E. (2012). STRAW + 10 collaborative group. executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: addressing the

unfinished agenda of ataging reproductive aging. *Climacteric*. 15, 105–114.

- İlkin, E., Şahan, Ö., Höbek Akarsu, R., Akarsu, G.D. (2020). Menopozal kadınlarda egzersizin fizyolojik etkileri: bir sistematik derleme. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 373-385.
- Kızılkaya Beji, N. (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi.
- Kızılkaya Beji, N., Yüksel Koçak, D. (2022). *Her Yönüyle Menopoz*, Antalya Nobel Kitabevi: Antalya.
- Kim, M.J., Cho, J., Ahn, Y., Yim, G., Park, H.Y. (2014). Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Women's Health*, 14(122), 1-8.
- Lee, J., Han, Y., Cho, H.H., Kim, M.R. (2019). Sleep disorders and menopause. *Journal Of Menopausal Medicine*, 25(2), 83-87.
- Mathews, S.B., Epperson, C.N. (2015). Neuropsychiatric disorders among aging women: assessing risk factors and tailoring treatment. *Curr Behav Neurosci Reports*, 2(4), 246–255.
- Mohamed, H.A.E., Lamadah, S.M., Zamil, L.G.A. (2014). Quality of life among menopausal women. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 3(3), 552-561.
- Nacar, D.Y. (2019). *Menopozal yakınmalar ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- NAMS (2010). The North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: 2010 position statement of The

North American Menopause Society Menopause 17, 242-255.

Orhan, C., Akbayrak, T. (2016). Menopozda fizyoterapi ve rehabilitasyon. *Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*. (ss:389-411). Hipokrat Kitabevi & Pelikan Kitabevi:Ankara,

Önder, M., Batıgün, D.A. (2016). Erken ve normal menopoz: Stres, evlilik uyumu ve cinsiyet rolleri açısından bir karşılaştırma. *Düşünen Adam*, 29, 129-138.

Özcan, H., Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4),157-63.

Özer, Ü. (2014). *Şanlıurfa'da menopoza girmiş kadınların, menopoza ilişkin sorunlarının, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.

Polat, F. (2019). *Sağlığı geliştirme ve inanç modeline göre verilen egzersiz eğitiminin menopoz dönemindeki semptomlar üzerine etkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.

Rzepecki, A.K., Murase, J.E., Juran, R., Fabi, S.G., Mclellan, BN. (2019). Estrogen-deficient skin: the role of topical therapy. *International Journal Of Women's Dermatology*, 5(2), 85-90.

Santoro, N., Epperson, C.N., Mathews, S.B. (2015). HHS Public Access. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 44(3), 497.

Shepherd-Banigan, M., Goldstein, K.M., Coeytaux, R.R., Mcduffie, J.R., Goode, A.P., Kosinski, A.S., Nagi, A. (2017). “Improving vasomotor symptoms; psychological symptoms; and health-related quality of life in peri-or

- postmenopausal women through yoga: an umbrella systematic review and metaanalysis". *Complementary Therapies in Medicine*, 34, 156-164.
- Souza, L.A.C., Reis, I.A., Lima, A.A. (2022). Climacteric symptoms and quality of life in yoga practitioners. *Explore*, 18(1), 70-75.
- Süt, H.K., Küçükkaya, B. (2018).Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında C-cinsel yaşam kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4 (1), 51-68.
- Şahin, E., Oskay, Ü. (2022). Menopoz tanım ve terminolojisi, *Her Yönüyle Menopoz*. Antalya Nobel Kitabevi: Antalya.
- Taşkın, L. (2020). Kadın hayatının devreleri, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, (16. Baskı, ss. 579-593). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tek Gökçer, F. (2022). 45-55 yaş arasında menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının menopoz semptomlarının ilişkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi,İstanbul.
- Thunell, L., Stadbrg, E., Milsom, I. (2004). A longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of swedish women, *Climacteric*, 7, 357-365.
- Thurston, R.C. (2018). Vasomotor symptoms: natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric*, 21(2), 96-100.
- Tunç, N. (2014). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

- Ural, Ç. (2011). *Menopoz polikliniğine başvuran kadınların ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- World Health Organization (WHO)(2025) Women's Health. World Health Organization Situation Reports, 2013. Erişim Tarihi: 24.11.2025.
- Worsley, R., Bell, R., Kulkarni, J. Davis, S.R. (2014). The association between vasomotor symptoms and depression during perimenopause: a systematic review. *Maturitas*, 77(2), 111-117.
- Yalçın, S.G. (2022). *Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek, anksiyete düzeyi ve yaşam kalitesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çankırı Üniversitesi, Çankırı.

KADINA YÖNELİK ŞİDDET VE MÜCADELE

Meltem ÖZKAYA¹

1. GİRİŞ

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından 1993 yılında kabul edilmiş olan Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi'ne göre kadına yönelik şiddet, “kadınlara fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar veren ya da verebilecek veya kadınların acı çekmesine neden olabilecek, gerek kamusal gerekse özel alanda yapılan bu tip davranışlara yönelik tehditleri ve kadınların özgürlüğünün zorla kısıtlanmasını da içine alan şiddete yönelik her türlü cinsiyetçi davranışı içerir.” şeklinde tanımlamaktadır (https://kadinininsanhaklari.org/wp-content/uploads/2018/08/KIHYC_ILO_Oturum_6_Kitapcik.pdf). Kadına yönelik şiddet dünya çapında hızla artmaya devam ederken Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm dünyada 15-49 yaş arasındaki üç kadından birinin (%30) yaşamları boyunca çoğunlukla birlikte yaşadığı kişiler tarafından hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (DSÖ, 2022 Erişim Tarihi: https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1). DSÖ'ye üye olan Avrupa ülkelerinin Covid-19 pandemisi döneminde kadına yönelik şiddetin %60 oranında arttığı belirtilmektedir (Viero ve ark., 2021).

¹ Arş. Gör. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-1004-6040.

1.1. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Birleşmiş Milletler kadına yönelik şiddeti yedi başlık altında toplamaktadır. Bunlar;

- Aile içi şiddet
- Kadın Cinayeti (Femicide)
- İnsan ticareti
- Çocuk gelin
- Dijital Şiddet

1.1.1. Aile İçi Şiddet

Yakın partner şiddeti olarak da adlandırılan aile içi şiddet, kadının üzerinde güç ve kontrol kazanmak için uygulanan herhangi bir fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik ve psikolojik eylemlerin tümünü kapsamaktadır. Dünya genelinde kadınların en fazla maruz kaldığı şiddet türlerinden birisidir (<https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>). Aile içi şiddet, ekonomik, psikolojik/duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet olarak kategorilere ayrılmaktadır.

• Ekonomik Şiddet

Kadının finansal kaynakları üzerinde kontrol sağlanması, istihdam edilmesinin engellenmesi nedeniyle kadının başka bir kişiye bağımlı hale gelmesi ekonomik şiddet olarak adlandırılmaktadır. Evin ihtiyaçlarının karşılanmaması, aile üyelerine gerekli olan harçlığın verilmemesi, kadın çalışıyorsa elinden parasının alınması, kadının parasını harcadığı yerleri kontrol etmek ve eleştirmek ekonomik şiddet içinde yer almaktadır (Sivaslıoğlu, 2020; Uluocak ve ark., 2014). Geçmişten günümüze ataerkil bir toplumda yaşamını sürdüren kadınların çalışma hayatına katılmasının önüne geçilerek elde ettikleriyle yetinmesinin istenmesi, temel eğitim hakkından yoksun bırakılarak ekonomik özgürlüklerinin kısıtlanması ev işlerinde

daha fazla rol almasına ve emeğinin sömürülmesine neden olduğu için ekonomik özgürlüklerini elde etmeleri için imkan sağlanmamaktadır (Çalışkan & Çevik, 2018; Gökkaya, 2011). Çalışmasına izin verilmeyen kadınlar arasında ekonomik şiddet oranının %24 olduğu belirtilmektedir (Sivaslıoğlu, 2020).

• Psikolojik/Duygusal Şiddet

Duygusal şiddet olarak da adlandırılan psikolojik şiddet, kadının vücut bütünlüğünde gözle görülür bir bozulmaya neden olmasa da ruh sağlığını derinden etkileyen bir şiddet türüdür (<https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/wp-content/uploads/2021/06/2018-Kadina-Yonelik-Siddet-Nedir-2018.pdf>).

Duyguların ve duygusal ihtiyaçlar istismar edilerek kadını aşağılamak, zorlamak, cezalandırmak ve öfke boşaltmak için tutarlı bir şekilde yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmaktadır (Yanık ve ark., 2014). Duygusal şiddet vakalarının çoğunda sözel şiddet en sık görülen durumdur (Polat, 2016). Kadının yeteneklerini küçümsemek, küçük düşürücü ad takmak, arkadaşlarıyla veya ailesiyle görüşmesine izin vermemek ve sürekli eleştiriye maruz bırakarak kadının öz değerinde zedelenmeye neden olur (<https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>) .

• Fiziksel Şiddet

Şiddet türleri arasında en fazla görülen şiddet türüdür. İtmek, ısırmak, herhangi bir obje fırlatmak, vurmak, boğmak, evden atmak gibi fiziksel güç kullanma yoluyla kadını incitmek veya incitmeye çalışmaktır. Kadının vücut bütünlüğünde bozulmaya neden olarak gözle görülür belirtileri vardır. Kadını korkutmak ve sindirmek için bir yaptırım aracı olarak erkeklerin en fazla başvurduğu şiddet türüdür (Yanık ve ark., 2014).

• Cinsel Şiddet

Kadının rızası olmadan tanıdığı veya tanımadığı kişiler tarafından cinsel içerikli eylemde bulunması veya bulunmaya kalkışması, cinsel ifadeler kullanması veya cinsellik üzerinden dayatmalarda bulunması cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır. Cinsel ilişkiye zorlamak, sözel veya fiziksel olarak taciz etmek, kadının rızası olmadan öpme, dokunma ya da okşama gibi cinsel temasta bulunmak cinsel şiddeti tanımlayabilmek için kullanılan örneklerden bir kaçıdır (<https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/wp-content/uploads/2021/06/2018-Kadina-Yonelik-Siddet-Nedir-2018.pdf>). Cinsel şiddet diğer şiddet türleriyle bağlantılıdır. Örneğin, cinsel istismara uğrayan kadınların, cinsel, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/fastfact.html>).

1.1.2. Kadın Cinayeti (Femicide)

Kadın cinayeti kavramı ilk kez 1801 yılında Diana E. H. Russell tarafından “bir kadının öldürülmesi olarak tanımlanmıştır (Russell, 2008a). Bir insanın öldürülmesi anlamına gelen “homicide” kavramını kullanmak yerine öldürülen kişinin cinsiyetine vurgu yapan “femicide” literatüre dahil edilmiştir. Russell, evlilik içi kötü muamele, tecavüz, öldürmeyle tehdit gibi kadına yönelik şiddeti inceleyen çalışmasında femicide’i “kadınların kadın olduğu için öldürülmeleri” şeklinde tanımlanmıştır (Russell, 1990b; Gazioğlu,2013). Bu yıllardan itibaren “femicide” kadın cinayetlerini adlandırmak için kullanılmaya başlanmıştır. Ana Carcedo ise kadın cinayetlerini, kadınların kadın oldukları için öldürülmeleri olarak tanımlamakla birlikte, bu tanıma ek olarak “erkekler yüzünden ölmeleri” tanımını eklemiştir (Carcedo, 2008).

Dünya çapında 2020 yılında yaklaşık 47.000 kadın yakın partnerleri veya diğer aile üyeleri tarafından öldürüldü. Bu,

ortalama olarak her 11 dakikada bir kadın veya kızın kendi ailesinden biri tarafından öldürüldüğü anlamına gelmektedir.

Türkiye’de 2010-2019 yılları arasında 2534 kadının çeşitli bahanelerle öldürüldüğü belirlenmiştir. Kadın cinayetlerinin en fazla olduğu il İstanbul (357) iken, en az Gümüşhane, Artvin ve Karabük (1) olduğu saptanmıştır. Türkiye’de kadınların en fazla eşleri, erkek arkadaşları ve tanıdığı bir erkek tarafından cinayete kurban gittiği, öldürme bahanesi olarak da kadının ayrılmak veya boşanmak istemesi olduğu belirlenmiştir (<https://kadincinayetleri.org/>).



Şekil 1. Dünyada öldürülen kadın sayısı

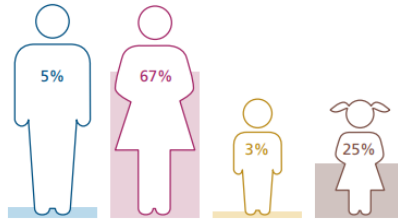
1.1.3. İnsan Ticareti

Günümüzde “modern kölelik” olarak da ifade edilebilen ve en önemli insan hakları ihlallerinden birisi olarak kabul edilen insan ticareti, sosyal bir problem olarak görülmektedir (<https://www.goc.gov.tr/genel-bilgi56420>). Birleşmiş Milletler tarafından 2000 yılında kabul edilen ve toplam 158 ülke tarafından imzalanan Sınırtaş Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesine Ek İnsan Ticaretinin, Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesine, Durdurulmasına ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol, kısaca Palermo Protokolü’ne göre, insan ticareti;

‘Kuvvet kullanarak veya kuvvet kullanma tehdidi ile veya diğer bir biçimde zorlama, kaçırma, hile, aldatma, nüfuzu

kötüye kullanma kişinin çaresizliğinden yararlanma veya başkası üzerinde denetim yetkisi olan kişilerin rızasını kazanmak için o kişiye veya başkalarına kazanç veya çıkar sağlama yoluyla kişilerin istismar amaçlı temini, bir yerden bir yere taşınması, devredilmesi, barındırılması veya teslim alınması anlamına gelir. İstismar terimi, asgari olarak, başkalarının fuhşunun istismar edilmesini veya cinsel istismarın başka biçimlerini, zorla çalıştırmayı veya hizmet ettirmeyi, esareti veya esaret benzeri uygulamaları, kulluğu veya organların alınmasını içerecektir” şeklinde tanımlanmaktadır (Coşkun, 2018; Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2003). Kısaca insan ticareti, fiziksel, psikolojik ve cinsel sömürü, zorla çalıştırma veya organ ticareti olarak bireyin iradesi dışında yürütülen yasa dışı faaliyetleri tanımlamaktadır (Çakı, 2020).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi 2020 İnsan Ticareti Küresel Raporu’na göre, dünya genelinde kadınların insan ticaretinden etkilenmeye devam ettiği ve 2018 yılında tespit edilen her 10 mağdurun yaklaşık beşinin yetişkin kadın ve ikisinin kız çocuğu olduğu ifade edilmektedir (https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTiP_2020_15jan_web.pdf). İnsan ticareti mağduru olduğu tespit edilen kadın arasında cinsel sömürünün (%77) yüksek olduğu, 106 ülke ve 14022 mağdurun yaşa göre cinsel sömürü oranlarına bakıldığında kadınların (%67) ve kız çocuklarının (%25) daha fazla etkilendiği raporda belirtilmektedir.



Şekil 2. Cinsiyete ve yaşa göre insan ticareti mağduru sayıları

Türkiye İnsan Ticaretiyle Mücadele Yıllık Raporu'na göre, insan ticareti suçu görülme biçimleri cinsel sömürü, işgücü sömürüsü, zorla evlendirme, çocuk satışı, zorla dilendirme ve organ-doku ticareti olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre son beş yılda cinsel sömürü ve işgücü sömürüsü ilk sıralarda yer almaktadır. Türkiye'deki mağdurların çoğunluğu cinsel sömürü maksatlı insan ticaretine maruz kalan kadınlardan oluşmaktadır ve son beş yılda tespit edilen mağdurların yaklaşık %81'i kadındır (<https://www.goc.gov.tr/turkiyenin-insan-ticaretiyle-mucadele-yillik-raporlari>). Mağdur edilen kadınlar genellikle evlenme, çocuk bakıcılığı ya da ev hizmetlerinde çalışma, model veya manken olacakları şeklinde iş teklifleriyle aldatılarak insan ticareti suçuna maruz kalmaktadırlar (Sayın, 2018). İnsan ticareti mağduru olan kadınların pasaportlarına el konularak çaresiz duruma düşürülmekte, sağlıksız koşullarda yaşamaya zorlanmakta ve benlik saygısını rencide edici davranışlara veya psikolojik şiddete maruz kalarak seks işçisi olarak çalışmaya zorlanmaktadır.

1.1.4. Çocuk Gelin

Çocuk kavramı, ilk olarak 1989 yılında Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi ile dünya gündemine gelmiştir. Türkiye ise 1990 yılında Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalamış ve 1995 yılında Resmi Gazete'de yayınlamasıyla onaylamıştır (Erbay, 2021). Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin (1959) ilk maddesinde geçen ifadeye göre “çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” tanımlama yapılırken, 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre çocuk ‘daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi’ olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2012) (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5395&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>). Bu tanımlara

göre, 18 yaşından önce evlenen kız çocukları ‘çocuk gelin’ olarak kabul edilmektedir (Malatyali, 2014). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) (2004) ise çocuk yaşta gerçekleşen evliliği ‘fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açılardan evlilik ve çocuk doğurma sorumluluğu taşımaya hazır olmadan ve genellikle 18 yaşından önce gerçekleşen evlilik’ olarak tanımlamaktadır (Kıran, 2017).

Ataerkil bir geleneğin hakim olduğu Türkiye’de çocuk yaşta evlilik yaygın bir problem olarak görülmektedir (Çetin, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de 18 yaş ve altında evlilik yapan erkeklerin oranı %4.4 iken, kadınların oranı %24.2 olarak belirlenmiştir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Aile-Yapisi-Arastirmasi-2021-45813>). Korunmaya muhtaç yaşta evlenmeye zorlanan ve eğitim hakları elinden alınan kız çocukları evlendikleri kişiler tarafından fiziksel, duygusal, sözel ve hatta cinsel şiddete maruz kalabilmektedirler (Dabak, 2014). Gelişme çağını daha tamamlamış olan kız çocukları ev işi, evlilik, çocuk bakımı gibi ağır yüklerin altına girmektedirler ve bunun sonucunda depresyon, intihar gibi olumsuz durumlar ortaya çıkmaktadır (Çelebi & Piyal, 2022).

1.1.5. Dijital Şiddet

Kadına yönelik dijital şiddet, bir kadına yönelik bilgi ve iletişim teknolojisi (cep telefonları, internet, sosyal medya, bilgisayar oyunları, metin mesajları, e-posta vb.) kullanılarak işlenen, desteklenen veya uygulanan her türlü şiddet eylemini ifade etmektedir (<https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>). Kişi, teknolojiyi kullanarak bir kişi üzerinde baskı kurmak ve onu kontrol etmek için e-posta ve mesajlar yoluyla tehdit etmek, taciz mesajları göndermek, küçümsemek ve aşağılamak, kişi hakkında sahte bilgiler yaymak, teknolojiyi kullanarak kişiyi sürekli

izlemek, kişisel bilgilerini ele geçirmek ve paylaşmak, kişinin teknolojiye erişimini sınırlandırmak, kişiyi internet ortamında itibarsızlaştırmak, kişi adına sahte hesap açmak vb. çeşitli stratejilere başvurabilmektedir (NNEDV,2020 <https://lukesplace.ca/wp-content/uploads/2020/08/WESNETNN-EDV-Tech-Abuse-Power-Control-Wheel-onepage.pdf>).

Türkiye’de Dijital Şiddet Araştırması 2021 Raporu’na göre, her beş kadından birinin dijital şiddete maruz kaldığı, fiziksel görünümünden ve cinsiyetinden dolayı dijital şiddet mağduru olduğu ve dijital ortamlarda yazılı, sesli veya görüntülü taciz mesajları ile ısrarlı takibe uğradıklarını belirtmişlerdir (Şener & Abınık, 2021). Dijital şiddet üç başlık altında incelenir. Bunlar;

1. Siber Zorbalık
2. Rıza dışı cinsel ilişki
3. Doxing

• **Siber Zorbalık**

Bir kişi ya da grubun hedef olarak seçtiği kişiye yönelik bilgi ve iletişim araçlarını kullanarak yaptığı kasıtlı ve rahatsız edici davranışlar siber zorbalık olarak adlandırılmaktadır. Gelişen teknoloji sayesinde internete sağlanan kolay erişim siber zorbalığın artmasına neden olan en önemli faktörlerden biri olarak belirtilmektedir (Özmen, 2018). Dijital şiddet, diğer şiddet türlerinin tüm özelliklerini içermesine rağmen kişi hedefindeki kişiye şiddeti yüz yüze uygulamak yerine sohbet odaları, çevrimiçi duyuru panoları, web siteleri, çoklu video oyunları gibi sanal ortamlarda gerçekleşmektedir (Cebecioğlu & Altıparmak, 2017). Siber zorbalık sürecinde, mağdur zarar veren kişinin tanıyor olabilir ya da hiç tanımadığı birisi olabilir.

• **Rıza dışı cinsel ilişki (Non-consensual sexting)**

Rıza dışı cinsel ilişki, kişinin rızası olmadan müstehcen mesajların veya fotoğrafların gönderilmesini içermektedir.

Mesajların veya görüntülerin rıza dışı kullanımı farklı şekillerde elde edilebilir. Kişiler kendi cinsel görüntülerini göndermeye zorlanabilir, cinsel görüntüler bir kişinin bilgisi olmadan (ör. etek altı, bluz) veya rızası (ör. çocuk pornografisi) olmadan yapılabilir, veya fotoğraflar üzerinde oynama yapılarak sahte görüntüler elde edilebilir (Naezer & van Oosterhout, 2021). Cinsel malzemelerin rıza dışı paylaşımı bir cinsel şiddet veya istismar biçimidir.

• **Doxing**

“Doxing” terimi, basitçe “doküman, belge” anlamına gelen “documents” kelimesinin kısaltmasından gelmektedir (<https://www.makeuseof.com/tag/what-is-doxing-and-how-does-it-affect-your-privacy-makeuseof-explains/>). Doxing, üçüncü bir kişi tarafından bir kişi hakkındaki kişisel bilgilerin kişiyi küçük düşürmek, tehdit etmek, korkutmak veya cezalandırmak amacıyla kasıtlı olarak internette kamuya açıklanması olarak tanımlanmaktadır (Douglas, 2016). Kişisel bilgileri veya konumları kamuya açık olarak paylaşıldığı için fiziksel şiddete maruz kalma olasılıkları da artmaktadır (Chen ve ark., 2019).

1.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Nedenleri

Kadına yönelik aile içi şiddetin birçok nedeni bulunmaktadır. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’na göre, kadınların dile getirdiği şiddet nedenleri arasında en fazla “erkeğin ailesiyle yaşanan problemler (%33)” olduğu belirtilmektedir (<http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/23338/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf?sequence=1&isAllowed=y>). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların maruz kaldıkları şiddet nedenleri arasında “eşinin bir anlık öfkesi” ilk sırada yer alırken, maddi ve ailevi sorunlar, kıskançlık, eşine göre ev işlerini yapamama, kötü alışkanlıklar ve zorla evlendirme ise diğer nedenler arasında yer almaktadır (Çiftçi ve Açık, 2022). Türkiye’de kadına yönelik

şiddet ile ilgili yapılan çalışmaların sistematik derlemesinde ise aile içi şiddet nedenleri iki başlık altında toplanmıştır (Kahraman Güloğlu, 2021).

Erkek ile İlgili Nedenler	Kadın ile İlgili Nedenler
Erkeğin sinirli olması	Kadının cinsel ilişkisi reddetmesi
Kadını kıskanması	Erkeğin sözünü dinlememesi
Kadından şüphelenmesi	Erkeği kıskanması
Erkeğin ayrılmak istemesi	Ev işlerini aksatması
Erkeğin dışarıda zaman geçirmek istemesi	Kadının kendini suçlaması
Erkeğin sorumsuz olması	
Başka bir eşinin olması	
Erkeğin alkol ve madde kullanması	
Kumar oynaması ve eşini aldatması	

Kadın ve erkek arasındaki kadın aleyhine olan güç dengesizliğini sosyo-ekonomik güçler, erkeklerin üstün olduğuna ilişkin inanışlar, kadınların ve çocukların bağımsız yasal ve sosyal statüleri olması gerekliliğini reddeden yasal ve kültürel kısıtlamalar ve ekonomik kaynakların yokluğu gibi faktörler artırmaktadır. Toplumlarda kadın ve erkek eşit konumda değildir. Bu eşitsizlik sonucunda erkekler, kadınların yaşam, davranış ve toplumsal etkinliklerini denetleme “hakkına” sahip olduklarını düşünmektedirler. Dolayısıyla, kadına yönelik aile içi şiddet, aile içi dinamiklerden değil, toplumun erkek egemen yapısından kaynaklanmaktadır (https://vatandas.jandarma.gov.tr/KYSOP/uzaktan_egitim/Documents/2%20KYAIS.pdf).

1.3. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Siklusu

Kadına yönelik aile içi şiddet, ne zaman ve kim tarafından uygulandığına bakılmaksızın tipik bir örüntü izlemektedir. Siklus sürekli tekrar eder ve her siklusta şiddetin seviyesi artabilir. Siklusun her aşamasında şiddeti uygulayan kişi tamamen kendi kontrolü altındadır ve şiddet mağduru kişiyi kontrol etmeye çalışmaktadır. 1979 yılında The Battered Woman kitabının yazarı Lenore Walker tarafından Gerginlik Oluşturma/ Patlama modeli şiddet döngüsünü açıklamak için geliştirilmiştir. Bu model üç aşamadan oluşmaktadır.

1.3.1. Gerginlik Oluşturma Aşaması

Bu aşamada, şiddeti uygulayan kişi gergin ve şiddet mağduru kişiyi eleştiren bir durumdadır. Kişinin gerginlik seviyesi arttıkça mağdur olan kişi kendisini “ yumurta kabuğu üzerinde yürüyor” gibi hissetmektedir ve şiddeti önlemek için kişiyi sakinleştirme çabası görülebilir.

1.3.2. Akut Patlama Aşaması

Şiddeti uygulayan kişinin sözlü veya fiziksel olarak mağdura saldırdığı aşamadır. Gerilim aşamasından daha yoğundur ve her patlama aşamasında şiddeti artabilir.

1.3.3. Balayı Aşaması

Şiddet uygulayan kişi yaptığı davranıştan dolayı pişmanlık duyduğunu ve değişeceğine dair söz vermektedir. Bu aşamada şiddeti uygulayan kişi çekicidir ve mağdura çiçek, mücevher gibi hediyeler alarak pişmanlığını ifade etmektedir. Ancak 1983'te Şiddet Karşıtı Hareket'te çalışan kadınlar bu döngüde hataların olduğunu fark ettiklerini belirtmişlerdir. Bu döngünün şiddete uğrayan mağduru suçlamak için kullanılabileceğini de ifade etmektedirler.

1.4. Şiddet Uygulayan ve Şiddete Maruz Kalan Kişilerin Özellikleri

1.4.1. Şiddete Maruz Kalan Kişilerin Özellikleri

Kadınların sosyodemografik özellikleri kadınların şiddete maruz kalma durumlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Yanık ve arkadaşları tarafından (2014) yapılan bir çalışmada, 62 yaş ve üzeri, ev hanımı olan, çalışmayan, ilkökul mezunu olan kadınların daha fazla şiddet gördüğü belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada eşinden ayrılan kadınların evli ve bekar kadınlardan daha fazla oranda şiddete maruz kaldığı da bildirilmektedir. Başka bir çalışmada, okuryazar olmayan, ekonomik düzeyi kötü, eş çalışmayan ve eş ile arasında yaş farkı 5-9 yıl olan kadınların

daha fazla şiddete maruz kaldığı belirlenirken (Efe ve Ayaz, 2010), yapılan başka bir çalışmada ise yüksek eğitim düzeyine sahip olan kadınların şiddet görme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kocacık & Çağlayandereli, 2009). Çocukluk döneminde şiddete maruz kalan, anne babasının şiddetine tanık olan, sosyodemografik düzeyi düşük olan, eşi alkol kullanan ve kumar oynayan kadınların eşleri tarafından daha yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (Naçar ve ark., 2009).

1.4.2. Şiddet Uygulayan Kişilerin Özellikleri

Şiddet ile ilgili çalışmalar yapan araştırmacılar, kadına yönelik şiddeti ortaya çıkaran birçok etkenin olduğunu vurgulasalar da, temelinde sosyal öğrenme teorisinin olduğunu belirtmektedirler. Sosyal öğrenme teorisi, çocukların davranışlarını başkaları üzerinde gözlemleyerek şiddeti kullanmayı öğrendiklerini açıklamak için geliştirilmiş bir teoridir (Özmaya, 2022). Bu teoriye göre şiddet, çocukluk dönemlerinde özellikle aile içerisinde ya da yakın çevresinde kişinin başkasına uygulanan şiddete tanıklık etmesi yolu ile öğrenilmektedir. Çocukluk döneminde aile içi şiddete tanık olan kişilerin tanıklık etmeyen kişilere göre daha fazla şiddete eğilimli oldukları saptanmıştır (Gökkaya & Öztürk, 2021). Aile içerisinde şiddet davranışlarına tanık olan çocuk doğru alternatifleri öğrenme fırsatı olmadığı için şiddeti içselleştirerek sorunlarla baş edemediğinde savunma mekanizması olarak ele almaktadır (Özmaya, 2022). Genç yaşta anne veya baba olmak, çocuk yetiştirme konusunda deneyimsiz olmak, aile içerisinde şiddete tanık olan çocuğa yanlış rol model olmak ve çocuğun kardeşinin dünyaya gelmesine tanıklık etmesiyle anne babasını kıskanması ilk çocuklarda şiddete eğilimin daha fazla olduğunu belirtmektedir (Gençoğlu ve ark., 2014; İnanıcı, 2015).

Sanayi Devrimi ile ortaya çıkan modern toplum ve bununla birlikte bilgi toplumuna geçiş, toplumsal değişimin hızının da önemli derecede arttığını belirtmektedir. Eski dönemlerde aile içerisinde geçim sağlanan faaliyetlerin ve günlük ihtiyaçların birlikte karşılanması gibi nedenlerden dolayı, aile yapısının genellikle geniş aile yapısında olduğu belirtilmektedir (Çobanoğlu, 2020; Kıray, 1982). Ancak günümüzde sanayileşme, modernleşme ve kentleşme sürecine paralel olarak aile yapısının değişime uğradığı ve çekirdek aile yapısının benimsendiği görülmektedir (Keskin, 2020). Çekirdek aile ile birlikte aile ortamından dışlanan yaşlıların yeri doldurulamadığı için, yeni nesil sevgisiz ortamda büyümekte ve sevgisiz, şiddete açık bir gençlik yetişmektedir (Karadeniz ve ark., 2009). Çocukluk dönemlerinde ailesinden sevgi ve güven eksikliği yaşayan erkeklerin evlendiklerinde eşlerine daha fazla şiddet uyguladıkları belirlenmiştir (Kocacık & Çağlayandereli, 2009). Yine çocukluk veya ergenlik dönemlerinde ailesinden, anne veya babasından şiddet gören kişilerin yetişkinlik dönemlerinde şiddete eğilimi daha fazla olmaktadır (Akkuş & Yıldırım, 2018; Gençoğlu ve ark., 2014).

Değişen toplum yapısı sadece aile yapısını değiştirmekle kalmayıp kişilerin evlilik şekillerinde de değişiklik yaratmıştır. Geçmiş dönemlerde birbirini tanımadan görücü usulü evlenen kişilerin sayısı fazla iken, modern toplumda tanışarak veya flört ederek evlenen kişilerin sayısı giderek artmaktadır. Evlilik şeklinin kişilerin şiddete eğilimiyle ilişkili olduğu saptanmıştır ancak çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Akkuş ve Yıldırım (2018) tarafından yapılan çalışmada görücü usulü ile evlenen erkeklerin eşlerine daha fazla şiddet uyguladığı belirtilirken, Tel ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada tanışarak ve flört dönemi sonrası evlenen kadınların daha fazla şiddete uğradığı ifade edilmektedir.

Erkeklerin eğitim, çalışma ve ekonomik durumu da kadına yönelik şiddeti arttıran faktörlerdir. Ortaokul ve daha az eğitim düzeyine sahip olan, çalışmayan veya ara sıra çalışmaya giden, sosyo-ekonomik düzeyi düşük erkeklerin eşlerine yönelik şiddet eğiliminin fazla olduğu yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir (Akkuş & Yıldırım, 2018; Efe & Ayaz, 2010). Ayrıca sosyo-ekonomik düzeyi düşük olmasına rağmen alkol, uyuşturucu veya kumar gibi kötü alışkanlığa sahip erkeklerin daha fazla şiddet uygulamaya eğilimi olduğu belirtilmektedir (Akkuş & Yıldırım, 2018).

1.5. Namus Kavramı, Namus Nedeniyle Öldürülme ya da Kendi Canına Kıyma

Toprak ve mülkiyet kavramları üzerinden ortaya çıkan namus kavramı zamanla toplumlara göre değişiklik göstererek kadın, kadın bedeni, bekaret, kadın cinselliğiyle ilişkilendirilmiştir (Altunel, 2012; Kalav, 2012). Cinsel davranışa ilişkin gelenek ve göreneklerden kaynaklanan namus, evlilikten önce kadının cinsel olarak aktif olmasını kısıtlayan bir durumdur (Bilgili & Vural, 2011). Namus, toplum tarafından töre olarak adlandırılan geleneksel kurallara bağlıdır (Ertürk, 2006). Eğer kadın, töre tarafından belirlenen cinsel sakınma kurallarına aykırı davranışlarda bulunursa namusu lekelenmiş sayılır ve töre tarafından belirlenen kurallara göre bunun cezası ölüm olarak belirtilmektedir bu da toplumda namus cinayeti olarak ortaya çıkmaktadır (Faqir, 2001; Hamzaoglu & Konuralp, 2019). Diğer bir deyişle, namus cinayeti, kadının toplum tarafından dayatılan cinsel normlara uymaması şüphesiyle öldürülmesi olarak tanımlanmaktadır. İnsan Hakları İzleme Örgütü ise namus cinayetlerini, ailenin onurunu zedeledikleri gerekçesiyle, erkek fertler tarafından kadın fertlere yöneltilen, genellikle cinayet şeklinde gerçekleşen şiddet olarak tanımlamaktadır (Atan, 2016).

Ataerkil toplumlarda namus erkeğin şerefi olarak benimsendiğinden dolayı erkeğin şerefini korumakla yükümlü olduğu savunulmaktadır (Hamzaoglu & Konuralp, 2019). Erkek öncelikle bu sorumluluğu kadından beklemektedir ve toplum içinde kadının namusu erkeğin namussuz veya şerefsiz olarak nitelenmesi etkilediği düşünülmektedir (Doğan, 2016). Eğer kadın belirlenen namus kurallarına aykırı davranmışsa, erkek, kadını öldürerek şerefini kurtardığına inanır ve çevresinin de kendisinden bunu beklediğini düşünmektedir (Hamzaoglu & Konuralp, 2019). Kadına yönelik şiddetin en uç noktasını oluşturan namus cinayetlerinin Türkiye'deki yaygınlığı ve dağılımı, mağdurların ve faillerin kimler olduğunu sağlıklı bir şekilde ortaya koyan resmi kayıtlar ve araştırmalar sınırlıdır (Bilgili & Vural, 2011). Taştan ve Küçük Yıldız tarafından (2019) 2016-2017 ve 2018 yıllarını kapsayan raporda toplam 932 kadın cinayeti işlendiği ve cinayet aleti olarak da ruhsatsız ateşli silah kullanıldığı belirtilmiştir. Faillerin cinayet işleme nedeni olarak ilk sırada %42.6 ile psiko-sosyal motifler yer alırken, ikinci sırada %36.2 ile cinsel motiflerin yer aldığı saptanmıştır (https://www.pa.edu.tr/Upload/editor/files/Kadin_Cinayetleri_Rapor.pdf). Bu cinayetlere “namus” kavramı eklendiğinde suçun büyüklüğü hafifletilmekte ve yaşanan olaylar cinayet olarak adlandırılmamaktadır (Öztürk, 2019). Genellikle cinayeti işleyen kişi mahkemenin sempatisini kazanabilecek küçük yaşta erkek aile üyelerinden seçilmektedir (Çetin, 2014; Sever & Yurdakul, 2001). Eğer cinayeti işleyecek kişinin ceza alması istenmiyorsa namus cinayetleri kaza olarak gösterilebilmekte ya da kişinin kendi canına kıyması için baskı yapılmaktadır. Baskı altında olan kadın kendi canına kıymayı bir çıkış yolu olarak kabul ederek namusunu temizleyeceğini düşünmektedir (Yıldız, 2008).

1.6. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele

Kadının siyasal ve toplumsal hayata katılmasından sonra, kadına yönelik şiddet toplumsal düzeyde tartışmalara konu

olmuştur. II. Dünya Savaşı sonrası oluşan siyasi ortam ve başkaldırıları kadın hareketini tetiklediği için Birleşmiş Milletler'in (BM) 1975 yılındaki Mexico City'de düzenlediği "Birinci Dünya Kadın Konferansı" ile ardından gerçekleştirilecek konferanslar ve alınan kararların kadına yönelik şiddetle mücadelede öneminin büyük olduğu vurgulanmaktadır (Arıkoğlu, 2016).

Birleşmiş Milletler kadın haklarını gündemine almasından sonra 1975-1985 yılları arasında "Kadın On Yılı" ilan edilmiş ve kadına yönelik şiddet ile ilgili uluslararası normlar ve standartlar belirlenmiştir (Arıkoğlu, 2016). On yıllık dönem içinde kadın ve erkek eşitliğini ele alan ilk sözleşme olan "Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW)", 1979 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiştir. Türkiye'nin 1986 yılından bu yana taraf olduğu CEDAW, kadın-erkek eşitliğinin yasalar önünde olduğu kadar fiilen de sağlanmasını öngören ve kadının insan haklarının anayasası olarak anılan bir düzenlemedir. Sözleşme, taraf devletlere "erkekler ile kadınlar arasında tam eşitliğin sağlanması" için gerekli yasal ve idari düzenlemeleri yapma ve bu düzenlemeleri hayata geçirme diğer bir deyişle kadına yönelik şiddetin ortaya çıkmasını engelleme yükümlülüğü getirmektedir (https://vatandas.jandarma.gov.tr/KYSOP/uzaktan_egitim/PDF%20Documents/Uluslararası/1.pdf). Sözleşme kadın ve erkek arasındaki güç dengesizliğini ortadan kaldırmayı hedefleyerek kadına yönelik şiddeti ayrıcalık kapsamında değerlendirmeyi amaçlamaktadır (<https://www.aile.gov.tr/media/82082/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-plani-2021-2025.pdf>).

Kadın On Yılı'nın ilk beş yılında kaydedilen gelişmenin değerlendirildiği ikinci konferans 1980 yılında Kopenhag'da, Kadın On Yılı'nın başarılarının gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesini amaçlayan üçüncü konferans 1985 yılında

Nairobi’de, dördüncü konferans 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilmiştir. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu’nda kadına yönelik şiddet insan hakları ihlali olarak belirlenmiş ve acil tedbir alınması gereken 12 alandan biri olarak belirlenmiştir. Pekin Eylem Platformu’nun izlenmesi amacıyla Pekin +5, Pekin +10 ve Pekin +15 toplantıları gerçekleştirilmiş ve bu toplantılarda devletlerin sorumlulukları hatırlatılmıştır (<https://www.aile.gov.tr/media/82082/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-plani-2021-2025.pdf>). 5-9 Haziran 2000 yılında New York’ta düzenlenen “Pekin +5” BM Genel Kurul Özel Oturumu’nda, Türkiye’nin önerisiyle “namus suçları” ve “zorla evlendirilme” başlıkları ilk kez uluslararası bir antlaşma metnine girmiştir (Arıkoğlu Ündücü, 2016).

Kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilgili olarak Avrupa Konseyi bünyesinde 1993 yılında Roma’da gerçekleştirilen “Kadın Erkek Eşitliği” konulu Avrupa Bakanlar Konferansı bir deklarasyon yayınlarak kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda bir eylem planı geliştirmiş ve bu eylem planıyla tecavüz ve kadınların cinsel istismarı konulu bir ilke kararı kabul edilmiştir. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi tarafından 30 Nisan 2002 tarihinde Kadınların Şiddete Karşı Korunması konulu Tavsiye Kararı (2002/5) kabul edilmiştir. Bu karar, kadına yönelik şiddeti önleme ve şiddet mağdurlarını koruma konusunda küresel bir strateji önerisi getirmiştir (<https://www.aile.gov.tr/media/82082/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-plani-2021-2025.pdf>).

Avrupa Konseyi, 2006-2008 yılları arasında “Aile İçi Şiddet Dahil Kadına Yönelik Şiddeti Ortadan Kaldırmak” başlıklı bir kampanya yürüterek kadına yönelik şiddetin tasfiye edilmesini ve önlenmesi yönünde yasal olarak bağlayıcı bir anlaşmanın yapılması için bir dizi kararlar ve tavsiyeler almış bunun sonucunda, 11 Mayıs 2011’de İstanbul’da Kadınlara Yönelik

Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) imzaya açılmıştır. Bu sözleşme kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilişkin olarak Avrupa çapında hazırlanan ilk uluslararası sözleşmedir. Sözleşme, 25 Kasım 2011 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde onaylanmış ve 1 Ağustos 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir https://vatandas.jandarma.gov.tr/KYSOP/uzaktan_egitim/PDF%20Documents/Uluslararası/1.pdf). Ancak 2021 yılında Resmî Gazete'de yayımlanan bir Cumhurbaşkanlığı Kararı ile Türkiye'nin İstanbul Sözleşmesi'ni feshettiği duyurulmuştur (Akçabay, 2022).

Kadına yönelik şiddetle mücadele de en güncel gelişme Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında ilan edilen 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'dir (<http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/amaclari/>). 2030 yılına kadar kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında “Cinsiyet eşitliğini sağlamak ve kadınların ve kız çocuklarının toplumsal konumlarını güçlendirmek” 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi'nden biri olarak ele alınmış ve devletlerin gerekli tedbirleri alması beklenmiştir. Bu amaç doğrultusunda kadına yönelik şiddetle mücadele bağlamında bu hedef,

- Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü ayrımcılığa her yerde son vermek,
- Kamusal ve özel alanlarda, tüm kadınlara ve kız çocuklarına yönelik, insan kaçakçılığı, cinsel ve her türlü istismar dahil, şiddetin her türünü yok etmek
- Çocuk evliliği, erken yaşta evlilik, zorla evlendirilme ve kadın sünneti gibi tüm zararlı uygulamaları yok etmek,
- Ulusal şartlara uyduğunda, kamu hizmetlerinin, alt yapının ve sosyal koruma politikalarının sağlanması ile hane halkı ve aile içerisinde sorumluluk paylaşımının

teşvik edilmesi yoluyla ücretsiz bakım ve ev işlerini tahakkuk ettirmek ve değer biçmek

- Kadınların siyasi, ekonomik ve sosyal hayattaki karar alma süreçlerinin her seviyesinde tam ve etkili katılımı ile liderlik için eşit fırsatlara sahip olmasını sağlamak
- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı, Pekin Eylem Platformu ve bunların gözden geçirme konferanslarının sonuç dokümanları çerçevesinde mut kalınan şekilde, cinsel ve üreme sağlığı ile üreme haklarına evrensel erişim sağlamak
- Kadınların, ulusal yasalarla uyumlu olacak şekilde, toprak ve diğer mülk türlerine sahip olma ve hükmetme, mali hizmetler, miras ve doğal kaynaklara erişimlerinin yanı sıra ekonomik kaynaklar konusunda eşit haklara sahip olmaları için reformlar gerçekleştirmek
- Kadınların güçlendirilmesini desteklemek için, kolaylaştırıcı teknolojilerin, özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını artırmak cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi ve kadınların ve kız çocuklarının her seviyede güçlendirilmesi için sağlam politikalar ile buyurucu yasal düzenlemeler getirmek ve güçlendirmek alt başlıklarına sahiptir (<http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/amaclari/cinsiyet-esitligini-saglamak/>).

KAYNAKÇA

- Akçabay, F. C. (2022). İstanbul Sözleşmesi'nin ardından: Kadına yönelik şiddetle mücadelede IV. Ulusal Eylem Planı'na dair bir inceleme.
- Akkuş, S., & Yıldırım, Ş. (2018). Erkeklerin kadına yönelik fiziksel şiddet uygulamasına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17(4), 1368–1388.
- Altunel, M. (2012). Namus! *Ankara Barosu Dergisi*(1).
- Arıkoğlu, C. (2016). TBMM'de kadına yönelik şiddetle mücadelenin tarihi. *Leges Siyaset Bilimi Dergisi*(1), 1–21.
- Arıkoğlu Ündücü, C. (2016). Kadına yönelik şiddetin tarihi. *Alternatif Politika*, 1.
- Atan, Ş. Ü. (2016). Töre ve namus cinayetleri. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(2), 67–73.
- Aydın, İ. (2012). Çocuk haklarının gelişimi ve karşılaştırmalı olarak anayasal açıdan değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 20(1), 151–173.
- Bilgili, N., & Vural, G. (2011). Kadına yönelik şiddetin en ağır biçimi: Namus cinayetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 66–72.
- Carcedo, A. (2008). Femicide in Central America 2000–2006. In *Strengthening understanding of femicide: Using research to galvanize action and accountability* (pp. 7–25).
- Cebecioğlu, G., & Altıparmak, İ. B. (2017). Dijital şiddet: Sosyal paylaşım ağları üzerine bir araştırma.

- Chen, M., Cheung, A. S. Y., & Chan, K. L. (2019). Doxing: What adolescents look for and their intentions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 218.
- Coşkun, E. (2018). İnsan/kadın ticareti ve toplumsal cinsiyet eşitliği: Haritalama ve izleme çalışması.
- Çalışkan, H., & Çevik, E. İ. (2018). Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 218–233.
- Çelebi, M., & Piyal, B. (2022). Çocuk yaşta erken ve zorla yapılan evlilikler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(3), 632–638.
- Çetin, İ. (2014). Gelenek ve modernite arasında Türkiye’de son dönem kadın cinayetleri. *Sosyoloji Dergisi*(30), 41–63.
- Çetin, M. (2020). Toplumsal bir gerçeklik olarak çocuk gelin kavramı. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*(5), 107–122.
- Çifçi, S., & Açık, Y. (2022). Kadına yönelik aile içi şiddet ve nedenleri. *Artuklu International Journal of Health Sciences*.
- Çobanoğlu, A. (2020). Türk aile yapısında ve kültüründe yakın gelecekte önem kazanacağı öngörülen değişimler. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 4(2), 68–80.
- Dabak, Ş. (2014). Türkiye’de erken ve zorla evlilikler “çocuk gelinler”. *Gençlik ve Kültürel Mirasımız*, 21.
- Doğan, R. (2016). Namus, töre ve eril şiddet: Yargıtay kararları, toplumsal cinsiyet kuramları. *Ütopya Yayınevi*.
- Douglas, D. M. (2016). Doxing: A conceptual analysis. *Ethics and Information Technology*, 18(3), 199–210.

- Efe, Ş. Y., & Ayaz, S. (2010). Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 23–29.
- Erbay, E. (2021). Çocuk hakları (Vol. 6). Yeni İnsan Yayınevi.
- Ertürk, Y. (2006). Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Şiddet-Sebepleri ve Sonuçları Özel Raportörü: Türkiye Ziyareti Raporu. *Yakın Ertürk Raporu*, 15, 198–221.
- Faqr, F. (2001). Intrafamily femicide in defence of honour: The case of Jordan. *Third World Quarterly*, 22(1), 65–82.
- Gazioğlu, E. (2013). Kadın cinayetleri: Kavramsallaştırma ve sorunlu yaklaşımlar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 7(30), 89–100.
- Gençoğlu, C., Kumcağız, H., & Ersanlı, K. (2014). Ergenlerin şiddet eğilimine etki eden ailevi faktörler. *Electronic Turkish Studies*, 9(2).
- Gökkaya, V. B. (2011). Türkiye’de kadına yönelik ekonomik şiddet. *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 12(2).
- Gökkaya, V. B., & Öztürk, M. (2021). Çocukluktaki aile içi şiddet öyküsü ile flört şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(4), 219–240.
- Hamzaoglu, M., & Konuralp, E. (2019). Geleneksel toplumlarda namus olgusu ve namus cinayeti: Türkiye örneği. *Kadın Araştırmaları Dergisi*, 1(18), 51–65.
- Havva, T., Kocataş, S., Güler, N., Aydın, H. T., & Gündoğdu, N. A. (2019). Evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu ve etkileyen faktörler. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 256–264.

- İnanıcı, M. A. (2015). Çocuğa yönelik fiziksel istismar. In Çocuğa yönelik şiddet ve çocuğun korunması (s. 30).
- Kahraman Güloğlu, F. (2021). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddetin nedenlerine dair çalışmaların sistematik bir derlemesi.
- Kalav, A. (2012). Namus ve toplumsal cinsiyet. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2(2), 151–163.
- Karadeniz, G., Yanikkerem Uçum, E., Dedeli, Ö., Oran, S., Talaz, D., & Sürüm, S. (2009). Üniversite öğrencilerinin yaşlı istismarına yönelik düşünceleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(17), 77–87.
- Keskin, E. B. (2020). Kentleşme ve ailenin değişimi (Vol. 3). DBY Yayınları.
- Kıran, E. (2017). Toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında Türkiye’de çocuk gelinler. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi (ICOMEF 2017 Özel Sayısı)*, 1–8.
- Kıray, M. (1982). Toplum yapısındaki temel değişimlerin tarihsel perspektifi. Gazi Üniversitesi Yayınları.
- Kocacık, F., & Çağlayandereli, M. (2009). Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 24–43.
- Malatyali, M. K. (2014). Türkiye’de çocuk gelin sorunu. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 2(3), 27–38.
- Naçar, M., Baykan, Z., Poyrazoğlu, S., & Çetinkaya, F. (2009). Kayseri ilinde iki sağlık ocağı bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2).
- Naezer, M., & van Oosterhout, L. (2021). Only sluts love sexting: Youth, sexual norms and non-consensual sharing of digital sexual images. *Journal of Gender Studies*, 30(1), 79–90. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799767>

- Özmaya, E. (2022). Kadına yönelik şiddet tutumunun çeşitli değişkenler açısından incelenmesi: Bir meta-analiz çalışması.
- Özmen, Ş. Y. (2018). Dijital şiddet, siber zorbalık ve yeni medya okuryazarlığı üzerine bir değerlendirme. *Journal of International Social Research*, 11(61).
- Öztürk, H. K. (2019). Kadın cinayetleri ve yasal mevzuat. In Tüm yönleriyle kadın cinayetleri (s. 155).
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15–34.
- Russell, D. E. (1990). *Rape in marriage (Expanded & revised ed.)*. Indiana University Press.
- Russell, D. E. (2008). Femicide: Politicizing the killing of females. In *Opening panel discussion (USAID/IGWG)*.
- Sayın, H. (2018). Modern kölelik olarak meta-göçmen insan ticareti üzerine kavramsal bir inceleme. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 79–102.
- Sever, A., & Yurdakul, G. (2001). Culture of honor, culture of change: A feminist analysis of honor killings in rural Turkey. *Violence Against Women*, 7(9), 964–998.
- Sivaslıoğlu, F. (2020). Ailede şiddet gören çalışan kadınların iş performansı. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(6), 350–367.
- Şener, G., & Abımk, N. (2021). *Türkiye’de Dijital Şiddet Araştırması 2021*.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2003). Sınraşan örgütlü suçlara karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesine ek insan ticaretinin önlenmesine, durdurulmasına ve cezalandırılmasına

ilişkin ek protokol.
<https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4804.html>

- Uluocak, Ş., Gökulu, G., Bilir, O., & Etizer Karacık, N. (2014). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddet.
- Viero, A., Barbara, G., Montisci, M., Kustermann, K., & Cattaneo, C. (2021). Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies. *Forensic Science International*, 319, 110650.
- Yanık, A., Hanbaba, Z., Soygür, S., Ayaltı, B., & Doğan, M. (2014). Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye’den kanıt. *EJOVOC*, 4(4), 104–111.
- Yıldız, C. (2008). Türkiye’de töre baskısına bağlı intiharlar ve töre cinayetleri. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 209–231.

AWARENESS OF GYNECOLOGICAL CANCERS

Tayyibe İN¹

Nurcan KIRCA²

1. INTRODUCTION

Cancer is defined as “a disease that starts in the tissues and organs of the body and spreads uncontrollably to other tissues and organs of the body through abnormal cells” (WHO, 2024). Cancers are a significant cause of mortality and morbidity in women. It is estimated that one in five women will be diagnosed with cancer and one in twelve women will die from cancer (GLOBOCAN, 2024). According to 2022 data from the Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), the most common cancers in women worldwide are breast cancer (23.8%), lung cancer (9.4%), colorectal cancer (8.9%), cervical cancer (6.9%), and thyroid cancer (6.4%). In Turkey, the most common cancers are breast (23.5%), thyroid (11.6%), colorectal (9.3%), lung (7.4%), and endometrial (7.3%) cancers (GLOBOCAN, 2024). When examining the incidence of gynecological cancers worldwide, they are, in order, cervical, endometrial, ovarian, vulvar, and vaginal cancer. When looking at mortality rates, they are, in order, cervical, ovarian, endometrial, vulvar, and vaginal cancer (Global Cancer Statistics, 2024). The incidence of gynecological cancers in Turkey is highest for endometrial, ovarian, cervical, vulvar, and vaginal cancers, respectively, while mortality rates are highest for ovarian, endometrial, cervical, vulvar, and vaginal cancers,

¹ PhD(c), Akdeniz University, Faculty of Nursing, Obstetrics and Gynecology Nursing, ORCID: 0000-0003-2422-9099.

² Assoc. Prof. Dr., Akdeniz University, Faculty of Nursing, Obstetrics and Gynecology Nursing, ORCID: 0000-0003-1856-4026.

respectively (GLOBOCAN, 2024). According to the 2020 Health Statistics Yearbook, uterine body cancer ranks fifth, ovarian cancer ranks seventh, and cervical cancer ranks ninth among the 10 most common types of cancer in women in Turkey (Health Statistics Yearbook, 2020).

Gynecological cancers are a group of diseases that are common in women and can cause significant health problems. It is known that many risk factors contribute to the development of these types of cancer (Gökşin, Ertuğrul & Sedakathı, 2024). While age and gender are uncontrollable risk factors, many other risk factors are manageable. In this context, it is vitally important for individuals to adopt preventive measures and participate in screening programs (Alp Dal and Ertem, 2017).

Cancer awareness is defined as individuals becoming conscious of reducing risk factors and taking steps toward early diagnosis and treatment. This awareness contributes to the early detection of cancer by increasing participation in screening programs. Therefore, the widespread implementation of cancer screening programs and increased public awareness are critical in cancer prevention (Alp Dal, Akkuzu, & Çetinkaya Şen, 2020).

Avoiding risky behaviors and participating in screening programs are among the most effective methods for preventing gynecological cancers. Cervical cancer, in particular, is a type of cancer that can be diagnosed early, and regular screening tests make it highly likely to be detected at an early stage. Practices such as Pap smears and Human Papilloma Virus (HPV) screenings are of great importance for the prevention of cervical cancer and the initiation of treatment in the early stages (Ministry of Health, 2024; Preventive Services Task Force, 2018).

Nurses play important roles in the process of protecting and improving women's health. Health education, counseling, caregiving, and awareness-raising activities are some of the

fundamental roles of nurses. Referring women to screening programs, increasing opportunities for early diagnosis, and informing individuals about cancer strengthen nurses' contributions in the field of healthcare (Kanbur & Çapık, 2011). The purpose of this seminar is to explain gynecological cancers and nurses' approach to gynecological cancer awareness.

2. GENERAL INFORMATION

2.1. Cancer

Cancer is defined as “a disease that starts in the tissues and organs of the body and involves abnormal cells spreading uncontrollably to other tissues and organs of the body” (WHO, 2024). Cancers are a significant cause of mortality and morbidity in women. According to estimates, one in five women has been diagnosed with cancer, and one in twelve women dies from cancer (Globocan, 2024). According to GLOBOCAN 2022 data, the most common cancers in women worldwide are breast (23.8%), lung (9.4%), colorectal (8.9%), cervical (6.9%), and thyroid (6.4%) cancers. In Turkey, the most common cancers are breast cancer (23.5%), thyroid cancer (11.6%), colorectal cancer (9.3%), lung cancer (7.4%), and endometrial cancer (7.3%) (GLOBOCAN, 2024).

2.2. Gynecological cancers

When examining the incidence of gynecological cancers worldwide, they are, in order, cervical, endometrial, ovarian, vulvar, and vaginal cancer. When looking at mortality rates, they are, in order, cervical, ovarian, endometrial, vulvar, and vaginal cancer (Global Cancer Statistics, 2024). The incidence of gynecological cancers in Turkey is highest for endometrial, ovarian, cervical, vulvar, and vaginal cancers, respectively, while mortality rates are highest for ovarian, endometrial, cervical,

vulvar, and vaginal cancers, respectively (GLOBOCAN, 2024). According to the 2020 Health Statistics Yearbook, uterine body cancer ranks fifth, ovarian cancer ranks seventh, and cervical cancer ranks ninth among the 10 most common types of cancer in women in Turkey (Health Statistics Yearbook, 2020).

2.2.1. Cervical cancer

Almost all cases of cervical cancer (99%) develop from the long-term consequences of sexually transmitted HPV. In the development of cervical cancer, cellular changes begin with HPV infection and the influence of risk factors, and these changes usually turn into cancer within 10-15 years. While most HPV viruses resolve spontaneously and cause no symptoms, persistent infections can lead to cervical cancer (Ersin et al., 2016; Mavi Aydoğdu and Özsoy, 2018).

2.2.1.1. Epidemiology

According to GLOBOCAN 2022 data, cervical cancer ranks first among gynecological cancers worldwide, while in Turkey, it ranks third in terms of incidence among gynecological cancers. Additionally, GLOBOCAN 2022 data indicates that there were 661,021 new cases of cervical cancer worldwide and 348,189 women died from this cancer. In Turkey, there are 2,593 new cases of cervical cancer, 1,203 deaths, and an 8,761 five-year prevalence rate (GLOBOCAN, 2022).

2.2.1.2. Symptoms

Cervical cancer usually does not show any symptoms in the early stages, meaning it progresses asymptotically. The absence of symptoms in the early stages of cervical cancer poses a risk in terms of the spread of the cancer. The most important symptom of cervical cancer is bleeding after sexual intercourse or after menopause (Mavi Aydoğdu and Özsoy, 2018).

In cervical cancer, symptoms such as irregular vaginal bleeding in the early stages, an increase in the duration and amount of menstrual bleeding, bleeding during sexual intercourse or pelvic examination, postmenopausal bleeding, and an increase in vaginal discharge may be observed; as the disease progresses, more serious and systemic symptoms may appear, such as a marked increase in the amount of vaginal bleeding, anemia, back, groin, abdominal, and hip pain, edema in the lower extremities, dyspareunia, dysuria, hematuria, rectal bleeding, weight loss, and fatigue.

2.2.1.3. Risk factors

The main risk factors for cervical cancer are cervical HPV infection and a history of abnormal Pap smears, being over 30 years of age, early sexual intercourse or pregnancy (<17), multiple and unprotected sexual partners, the presence of STDs, intrauterine DES exposure, a family history of cervical cancer and HPV-related vulvar/vaginal dysplasia, long-term hormonal contraceptive use, immunosuppression/HIV, obesity, malnutrition, poor hygiene, tobacco use, low socioeconomic status, and not having regular Pap smears (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

The most fundamental risk factor in the development of cervical cancer is HPV, which is sexually transmitted and has more than 200 types. HPV types 16 and 18 are responsible for 70% of cervical cancer cases, while HPV types 6 and 11 are responsible for 90% of genital warts.

2.2.1.4. Early diagnosis and screening

The preinvasive stage of cervical cancer lasts between 10 and 15 years, increasing the likelihood of early diagnosis of precancerous lesions. The Pap smear test is widely used for the early diagnosis of cervical cancer (Uludağ et al., 2020). The detection rate of this test for cervical cancer varies between 30%

and 87%, while the cancer exclusion rate varies between 86% and 100% (Özerdoğan and Gürsoy, 2017). Concurrent microscopic examination of cervical smear samples and HPV DNA analysis is called “co-testing” (Mavi Aydoğdu and Özsoy, 2018). The HPV DNA test is based on the examination of HPV genetic material within the scope of services (Özerdoğan and Gürsoy, 2017). Co-testing every 5 years for women over the age of 30 is included in the guidelines of the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) and the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (Yıldırım & Gökaslan, 2015).

According to national cancer screening standards, it is recommended that all women aged 30-65 be screened with an HPV test every 5 years (Ministry of Health, 2021).

According to ACOG's updated cervical cancer screening guidelines,

- No imaging is recommended before age 21,
- Recommends screening only with cytology every 3 years between ages 21-29,
- For women aged 30-65, screening only with cytology every 3 years, combined screening with HPV-DNA testing and cytology every 5 years,
- Screening is not necessary for women who have undergone a total hysterectomy (ACOG, 2016).

2.2.1.5. Treatment

Methods such as biopsy, Pap smear, and colposcopy are used to determine the stabilization of cervical tumors. There are different treatment options for cervical cancer. This treatment option varies depending on the woman's age, whether she has children or wants to have children, and the type and spread of the cancer. Cryosurgery and laser surgery are generally preferred for

preinvasive lesions. In cases of invasive cancer, conization, simple hysterectomy, and radical hysterectomy are preferred depending on the woman's fertility status and the spread of the cancer (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023). Treatment for patients with distant metastases is performed using chemoradiotherapy (CRT) and brachytherapy (BRT) methods. The application of BRT after CRT is considered one of the fundamental components of cervical cancer treatment (Özkurt et al., 2022).

2.2.2. Endometrial cancer

Endometrial cancer (EC) is a type of malignancy found in the endometrial tissue of the uterus and is known to be the most common cancer among women. This type of cancer usually occurs after menopause and tends to be more aggressive with advancing age. Endometrial cancer is most commonly found in women aged 50-65, and is quite rare in women under the age of 40 (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

2.2.2.1. Epidemiology

According to GLOBOCAN 2022 data, endometrial cancer ranks second among gynecological cancers worldwide, while in Turkey, it ranks first in terms of incidence among gynecological cancers. Additionally, GLOBOCAN 2022 data indicates that there were 420,242 new cases of endometrial cancer worldwide and 97,704 deaths from this cancer. In Turkey, there are 7,847 new cases of endometrial cancer, 1,524 deaths, and a five-year prevalence rate of 30,453 (GLOBOCAN, 2022).

2.2.2.2. Symptoms

The most important symptom of endometrial cancer is abnormal vaginal bleeding. For women in the premenopausal period, irregular menstrual bleeding, spotting, and intermenstrual bleeding are seen. For postmenopausal women, any bleeding is abnormal. In advanced stages, foul-smelling and greenish vaginal

discharge may be observed. In advanced endometrial cancer, due to uterine pressure, back, leg, and pelvic pain, dyspareunia, bloating, feeling full quickly while eating, and changes in bowel and bladder habits may be observed (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

2.2.2.3. Risk Factors

The main risk factors for endometrial cancer are hormone replacement therapy containing only estrogen after menopause, tamoxifen therapy, obesity, PCOS, infertility, prolonged exposure of the endometrium to endogenous estrogen (nulliparity, early menarche, late menopause), a family history of endometrial cancer in first-degree relatives, type 2 diabetes, Lynch syndrome, and mutations in BRCA1/BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, and PMS2, endometrial hyperplasia, being over 60 years of age, and smoking (Ocak et al., 2022; Makker et al., 2021; Taşkın, 2021; Eroğlu & Koç, 2014).

2.2.2.4. Early Diagnosis and Screening

There is no specific diagnostic method for the early diagnosis of endometrial cancer. All postmenopausal bleeding should be investigated by endometrial biopsy. Those at high risk for endometrial cancer should be investigated for cancer findings (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023). Gynecological ultrasound (USG) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) are screening methods planned before surgery. Computed tomography (CT) is of great importance for detecting metastases outside the pelvis and distant organ spread (PET/CT) (Özkurt et al., 2022).

Transvaginal ultrasonography (TVS) is performed on all women at risk and with abnormal bleeding (Şahin, 2009). The diagnosis is made from biopsy samples taken from the endometrial cavity (Akman et al., 2019). If the endometrial biopsy is negative and the findings persist, dilatation and

curettage (D&C) and hysteroscopy may be performed (Dal & Ertem, 2017).

2.2.2.5. Treatment

In adjuvant treatment, total abdominal hysterectomy (TAH), bilateral salpingo-oophorectomy (BSO), and chemotherapy are used (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023). Surgical treatment is applied in the early stage. Depending on the stage of the disease and other risk factors, adjuvant radiotherapy may be used to reduce the risk of recurrence (Makker et al., 2021). Adjuvant vaginal BRT is recommended for the intermediate-risk group, while KT, RT, and BRT may be used together for the high-risk group (Özkurt et al., 2022).

2.2.3. Ovarian cancer

Ovarian cancer is one of the most common cancers among malignant formations of the reproductive organs and ranks second. There is no effective screening method for ovarian cancer, and there are no specific symptoms in the early stages (Beydağ and Pekcan, 2022).

2.2.3.1. Epidemiology

According to GLOBOCAN 2022 data, ovarian cancer ranks third among gynecological cancers worldwide, while in Turkey, it ranks second in terms of incidence among gynecological cancers. In addition, GLOBOCAN 2022 data indicates that there were 324,398 new cases of ovarian cancer worldwide and 206,839 women died from this cancer. In Turkey, there are 3,855 new cases of ovarian cancer, 2,848 deaths, and an 11.758 five-year prevalence rate (GLOBOCAN, 2022) (Table 2.1; Table 2.2).

2.2.3.2. Symptoms

Ovarian cancer is the leading cause of death among gynecological cancers in Turkey. Due to its asymptomatic

development, the disease is often diagnosed at advanced, untreatable stages. In the early stages of cancer, non-specific gastrointestinal and urinary symptoms such as abdominal bloating, abdominal pain, indigestion, frequent urination, constipation, and nausea-vomiting are observed; in the advanced stages of the disease, there is marked abdominal swelling, malnutrition associated with early satiety and fullness, weakness and fatigue, pelvic pain and dyspareunia, dysuria, ascites, peripheral edema, fever, dyspnea and hypoxia due to pleural effusion, as well as more serious systemic and thoracic findings such as sharp chest pain and dry cough (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

2.2.3.3. Risk Factors

The main risk factors for ovarian cancer are being over 40 years old, early menarche (<12) and late menopause (>52), a personal or family history of breast, ovarian, colon, or endometrial cancer, BRCA1/BRCA2 mutations, infertility, pregnancy at a young age, nulliparity, endometriosis, Lynch syndrome, obesity, and smoking (Akar, 2019; Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

2.2.3.4. Early diagnosis and screening

Since ovarian cancer does not have any characteristic symptoms, there is no diagnosis or screening method. Therefore, it is usually diagnosed in stages 3 and 4 (Akar, 2019).

In the diagnosis of ovarian cancer, complete blood count, biochemical parameters, tumor markers (CA-125, AFP, HCG, LDH, CEA, CA19.9, INHIBIN B, HE4), bimanual pelvic examination, and radiological examinations (ultrasound-color Doppler) are performed (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

Computed tomography (CT) is performed to determine the spread and activity of the tumor. Biopsy is not preferred in

ovarian cancer because it causes the prognosis to worsen. The diagnosis of ovarian cancer is made by surgically removing the ovary and examining it histopathologically. In advanced stage patients, it can be made by examining fluid obtained from paracentesis or thoracentesis (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

There is no national cancer screening program for ovarian cancer in our country. It is generally emphasized that women with a family history of ovarian cancer or those in the risk group should be screened. At a conference held in the United States in 1994, it was recommended that all women undergo detailed family history taking for ovarian cancer screening and have annual rectovaginal and pelvic examinations. Later, in a guideline published in 1999, it was recommended that individuals with a family history of ovarian cancer undergo annual pelvic examinations and transvaginal ultrasounds starting at the age of 25-35, have their CA125 tumor markers checked annually or every six months, and undergo prophylactic oophorectomy, taking into account the individual's reproductive status (Eroğlu & Koç, 2014; Ministry of Health, 2021).

.2.3.5. Treatment

The primary treatment for ovarian cancer is surgery (Taşkın, 2021). The routine treatment for ovarian cancer consists of bilateral salpingo-oophorectomy (BSO), unilateral salpingo-oophorectomy (USO), omentectomy, pelvic lymph node dissection, peritoneal biopsy, and hysterectomy. The primary goal of surgical treatment for ovarian cancer is to resect the tumor to a size of less than 1 cm. If the woman is menopausal or does not wish to have children, TAH-BSO is performed; however, if fertility preservation is desired, TAH-USO is performed (Duman and Koçak, 2017). In stages 2-3, radical hysterectomy and debulking (reduction of the tumor) are performed. In stage 4,

surgery is controversial, but chemotherapy and radiotherapy are administered after debulking (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

2.2.4. Vulvar cancer

Vulvar cancer usually develops slowly over many years, most often on the labia or around the vaginal opening. Vulvar cancer is a condition that develops over a long period of time, spreads slowly, and damages the female sexual image (Ersin, 2021).

2.2.4.1. Epidemiology

According to GLOBOCAN 2022 data, vulvar cancer ranks fourth among gynecological cancers worldwide and in Turkey. Additionally, GLOBOCAN 2022 data indicates that there were 47,342 new cases of vulvar cancer worldwide and 18,579 women died from this cancer. In Turkey, there are 313 new cases of vulvar cancer, 126 deaths, and a five-year prevalence rate of 977 (GLOBOCAN, 2022) (Table 2.1; Table 2.2).

2.2.4.2. Symptoms

The symptoms of vulvar cancer vary depending on whether the cancer is in the preinvasive or invasive stage. In the preinvasive stage, there are usually no symptoms, but some women may experience changes in the color of the vulvar skin, pain, itching, burning, discharge, and vulvar bleeding (Keskin and Tahta, 2021; Karaman, 2020).

2.2.4.3. Risk factors

The main risk factors for vulvar cancer are advanced age (>65), sexual intercourse at an early age (<19), multiple partners, the presence of STIs, a history of abnormal Pap smears, smoking, lichen sclerosus, low socioeconomic status, chronic diseases such as diabetes and hypertension, vulvar intraepithelial neoplasia, a family history of melanoma, and conditions that weaken the immune system (Beydağ & Pekcan, 2022, p. 634).

2.2.4.4. Early diagnosis and screening

Physical examination and inguinal ultrasound are commonly used for diagnosis. While MRI is used to examine the spread to tissues (Özkurt et al., 2022), Self-Vulva Examination (SVE) is very important for early diagnosis. Diagnosis can be made by biopsy (Başlı et al., 2022). If there is a difference in the color or surface of a wart-like formation, a biopsy is performed under local anesthesia. Poor hygiene or different practices in the vulva area can lead to pruritus and infection (Ersin, 2021). Most vulvar cancers are initially misdiagnosed as inflammatory diseases. This delays diagnosis and treatment (Keskin and Tahta, 2021).

There is no national screening program for vulvar and vaginal cancers in our country. However, a PAP smear should be performed for the diagnosis of vaginal cancer, and if women have a history of vaginal cancer, colposcopy is recommended during annual gynecological examinations. For vulvar cancer, if a lesion is present and does not resolve despite treatment, a biopsy is performed. In addition, women are advised to perform self-examination of the vulva every three months (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

2.2.4.5. Treatment

Vulvar cancer treatment generally consists of preoperative radiotherapy, postoperative radiotherapy, surgery, and definitive chemoradiotherapy. In recent years, there has been increased interest in prophylactic surgery for vulvar cancer (Çelebi, 2021). The factors that determine the stages of treatment for vulvar cancer are the patient's age, the stage of the disease, and the spread of the tumor (Keskin and Tahta, 2021). In addition to removal of the vulvar cancer, cautery, laser, or cryosurgery may be applied. Pelvic Exenteration: In addition to vulvectomy, it generally involves the surgical removal of pelvic lymph nodes and parts of

organs such as the rectum, bladder, uterus, cervix, vagina, and colon (Ersin, 2021).

2.2.5.Vaginal cancer

Vaginal cancer is one of the rarest gynecological cancers. The age of onset for vaginal cancer is generally between 40 and 60 years old. Like vulvar cancer, vaginal cancer is usually seen in the postmenopausal period. Vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN) is generally located in the upper part of the vagina (Başoğlu, 2021).

2.2.5.1. Epidemiology

According to GLOBOCAN 2022 data, vaginal cancer ranks fifth among gynecological cancers worldwide and in Turkey. In addition, according to GLOBOCAN 2022 data, there were 18,800 new cases of vaginal cancer worldwide, and 33 women died from this cancer. In Turkey, there are 90 new cases of vaginal cancer, 300 deaths, and a five-year prevalence rate of 257 (GLOBOCAN, 2022) (Table 2.1; Table 2.2).

2.2.5.2. Symptoms

Vaginal cancer often does not cause symptoms, but common symptoms include abnormal vaginal bleeding (bleeding after sexual intercourse or after menopause), watery vaginal discharge, a lump or mass in the vagina that can be felt, dysuria, polyuria, constipation, and pelvic pain (Başoğlu, 2021).

2.2.5.3. Risk factors

The main risk factors for vaginal cancer are advanced age (especially 65+), early sexual intercourse (<19 years), multiple sexual partners, HPV and other STIs, a history of abnormal Pap smears, smoking, low socioeconomic status, chronic diseases such as diabetes and hypertension, immunodeficiency conditions, a history of vaginal intraepithelial neoplasia, and exposure to

diethylstilbestrol (DES) during the intrauterine period (Işık, 2021; Başoğlu, 2021).

2.2.5.4. Early diagnosis and screening

There is no screening test for vaginal cancer. Patients often visit the doctor with symptoms of abnormal vaginal bleeding. Because it often does not cause symptoms in the early stages, it may be diagnosed at an advanced stage (Işık, 2021). MRI is used to determine the primary tumor. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines recommend the use of PET/CT for initial diagnosis and distant spread (Özkurt et al., 2022). A detailed history should be taken from women with symptoms and findings (Öz, 2021). Women in high-risk groups should have annual Pap smears, and the vagina should be carefully examined during this procedure. Women with a history of VAIN should also undergo colposcopy at each examination (Çelebi, 2021).

2.2.5.5. Treatment

The 5-year survival rate for vaginal cancer is 66% if the cancer cells are localized only to the vaginal wall, 55% if there is spread to the lymph nodes, and drops to 21% if there is distant organ spread. Treatment should be planned individually when a lesion is detected. Chemotherapy, radiotherapy, and surgery are methods used in the treatment of vaginal cancer (Öz, 2021). Laser, local excision, or vaginectomy may be recommended in the early stages. Radiotherapy is used in the primary treatment of vaginal cancer (Alanyalı, 2017).

2.2.6. Fallopian tube cancer

2.2.6.1. Epidemiology

Fallopian tube carcinoma was first described by Renaud in 1847 and Rokitsansky in 1861 (Dursun et al., 2007). It is rare among gynecological cancers. Its etiology is unknown (Atlas,

2020). Its incidence increases between the ages of 18 and 87. The age of onset is generally 55-60 (Baş et al., 2016).

2.2.6.2. Symptoms

Heavy vaginal discharge, pelvic pain, and mass are the most important findings of tubal cancer (Yüksel et al., 2009). It has been reported that the most common clinical symptom in cases of tubal cancer is postmenopausal vaginal bleeding, along with other complaints such as distension, lower abdominal pain, and a feeling of pressure. A pelvic mass was palpable in half of the patients (Yücesoy et al., 2004).

2.2.6.3. Risk Factors

The main risk factors for tubal cancer include being between the ages of 50 and 70, having no history of pregnancy, infertility, chronic tube infections, having undergone sterilization or hysterectomy, STIs such as HPV or chlamydia, and BRCA1/BRCA2 mutations (Eraslan et al., 2012).

2.2.6.4. Early diagnosis and screening

Primary tubal cancer can remain asymptomatic for many years. Ultrasound is important in showing the size and structure of the tumor in the diagnosis of tubal cancer, while CT and MRI imaging are useful in showing the spread. CA 125 levels are high in most tubal cancers (Yüksel et al., 2009).

2.2.6.5. Treatment

The treatment protocol for tubal cancer is similar to that for ovarian cancer. Surgical staging, debulking, and adjuvant chemotherapy protocols are organized according to the principles of ovarian cancer. Surgical treatment usually involves TAH+BSO. Unilateral salpingo-oophorectomy may be performed in women who wish to have children (Dursun et al., 2007).

2.3. Prevention and measures against gynecological cancers

Gynecological cancers are among the most common types of cancer and have significant negative effects on women's health. Control and prevention efforts aimed at reducing mortality and morbidity rates for these types of cancer are of vital importance. In this regard, gynecological cancer control policies and guidelines need to be developed at the national level. Furthermore, making healthcare products available to women within the scope of primary, secondary, and tertiary prevention, organizing educational programs for the public on scientific advances, organizing effective screening programs, and establishing an effective referral system between healthcare programs are also fundamental elements of this process (Nazik & Karaçay Yıkar, 2022).

Cancer prevention is classified into three basic steps in the literature:

Primary Prevention: This step, which aims to prevent cancer development, involves avoiding known harmful substances and exposures that increase the likelihood of cancer, eliminating existing risk factors, and providing health education to raise awareness.

Secondary Prevention: This involves early diagnosis of asymptomatic cases and screening for cancer prevention. In this process, risk groups are monitored through screening programs, ensuring that cancer is detected at an early stage and necessary interventions are made in a timely manner.

Tertiary Prevention: This stage provides information on necessary treatments after diagnosis, aims to improve patients' quality of life, and includes palliative care processes (Eroğlu and Koç, 2014; WHO, 2017; HSGM, 2021; Kanbur & Çapık, 2011).

The basic principles of prevention are: using barrier methods such as condoms for STI and pregnancy prevention, monogamy, a diet rich in vitamins A and C and folic acid, quitting tobacco and alcohol use, recognizing the early signs and symptoms of gynecological cancers, regular Pap smear screening for sexually active women from the age of 18, providing education on personal hygiene, especially vulvar hygiene, screening women with multiple partners and those in low socioeconomic groups at specific intervals, identifying risk groups and referring women over 35 to annual pelvic examinations, promoting gynecological cancer awareness education, and administering HPV vaccination to prevent cervical cancer (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

Preventive HPV vaccines: There are currently three preventive HPV vaccines in use:

Gardasil 4: Provides protection against HPV types 6, 11, 16, and 18. It is effective in preventing genital warts, vaginal and vulvar intraepithelial neoplasia, and cervical cancer.

Cervarix: Provides protection against HPV types 16 and 18. Developed against these types, which cause approximately 70% of cervical cancers, it was approved by the FDA in 2009.

Gardasil 9: An advanced vaccine, it is effective in preventing cervical, vulvar, vaginal, and anal cancers caused by HPV types 16, 18, 31, 33, 45, 52, and 58, as well as genital warts caused by HPV types 6 and 11.

The National Cancer Institute (NCI) reports that vaccination against HPV16 and HPV18 is 91.6% and 100% effective, respectively. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) have determined that the 11-12 age group is suitable for routine vaccination. The vaccine can be administered to individuals aged 9-26, and the recommended

dosing schedule is at 0, 1-2, and 6 months (NCI, 2024; ACOG, 2020; CDC, 2024).

2.4. The nurse's roles in gynecological cancer awareness

Awareness is a concept that refers to the state of being conscious and sensitive among individuals and communities. Increased awareness can have positive effects on thoughts, feelings, and behaviors by raising an individual's capacity for consciousness regarding both themselves and their environment. Increasing health-related awareness, in particular, has the potential to positively change individuals' health behaviors (Buyruk & Korkmaz, 2014).

Cancer ranks second among causes of death worldwide after cardiovascular diseases, clearly highlighting the need to increase cancer awareness. One initiative aimed at increasing women's knowledge and awareness of gynecological cancers is the “Gynecologic Cancer Education and Awareness Act,” also known as the “Johanna Act,” which was passed in the United States in 2007. Under this law, plans were made to raise awareness among women and healthcare professionals about the symptoms, risk factors, and prevention strategies for five major types of gynecological cancer. These efforts aimed to encourage women to understand their bodies, recognize unusual conditions, and closely monitor their health (Cooper, Polonec & Gelb, 2011).

In line with the recommendations of the World Health Organization (WHO), Cancer Early Diagnosis, Screening, and Education Centers (KETEM) were established in Turkey to effectively implement community-based screening programs. The KETEM project, an initiative carried out by the Ministry of Health and the European Union's Mediterranean Development and Assistance Program (MEDA), provides services in 81 provinces across the country. These centers play an important role

in raising cancer awareness, ensuring early diagnosis, and directing the community to screening programs (Ministry of Health, 2021).

KETEM's duties include organizing awareness-raising training for healthcare personnel and the public, detecting cancer at an early stage through regular screening programs, referring individuals diagnosed with cancer to appropriate treatment centers, and conducting regular follow-ups for these individuals. In addition, KETEMs aim to facilitate treatment processes by providing social, psychological, and medical support to cancer patients. This comprehensive approach offers an effective model for protecting public health and fighting cancer (Ministry of Health, 2021).

The Cancer Directorate organizes events aimed at raising awareness and informing citizens by offering free cancer screenings within the framework of national cancer screening standards. These events highlight individual prevention methods and emphasize the importance of healthy lifestyle habits. Topics such as healthy eating, regular physical activity, coping with stress, and quitting harmful habits such as smoking and alcohol are prioritized. In addition, information is provided on how early diagnosis can save lives, and the importance of regular cancer screening is emphasized (Ministry of Health, 2024).

Studies have been conducted in our country on gynecological cancer awareness. One study indicates that women's awareness levels of gynecological cancer are low (Ersin, Kahraman, & Havlioğlu, 2024), while some studies state that they are at a moderate level (Burucu & Kıyak, 2022; Gözüyeşil, Arıöz Düzgün, & Taş, 2020; Gökşin, Ertuğrul, & Sedakatlı, 2024; Köse & Karakurt, 2023). In contrast, there are studies that indicate that gynecological cancer awareness levels are good (Öztaş, Toker & Kamalak, 2023) and significantly high (Tekbaş, 2023).

Furthermore, one study found that awareness levels among women of reproductive age were higher than those among postmenopausal women (Kaya Şenol, Polat & Doğan, 2021).

Nurses play multifaceted roles in the prevention and treatment of gynecological cancers, and these roles include basic functions such as providing health education, raising awareness, providing treatment-oriented care services, and providing psychosocial support. Nurses play a pioneering role in raising awareness in the community by providing information about cancer symptoms, risk factors, and prevention methods. In this context, highlighting the importance of HPV vaccines and encouraging regular gynecological examinations and screening tests (e.g., Pap smear tests) are among the fundamental duties of nurses. Furthermore, they provide critical support in symptom management, reducing side effects, and improving patients' quality of life during treatment. For example, managing symptoms such as pain, nausea, and fatigue in patients undergoing chemotherapy and radiotherapy is an important part of nurses' care services (Aydın & Kabukcuoğlu, 2023).

The educational role of nurses includes not only individuals but also organizing awareness campaigns for the community. Raising public awareness about gynecological cancers and encouraging early diagnosis are important factors in reducing the incidence and mortality of these cancers (Alp Dal, Akkuzu, & Çetinkaya Şen, 2020). Nurses also provide psychological support to patients and their families, participating in the management of stress, anxiety, and depression that may be experienced during the cancer process. This support increases individuals' compliance with treatment and contributes positively to their overall quality of life.

3. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Women's health is considered one of the cornerstones of public health, and in this context, cancer continues to be a significant public health issue among women. Gynecological cancers, in particular, are among the most common diseases affecting women and seriously impacting their quality of life.

Creating social awareness in the early diagnosis and management of gynecological cancers is a key factor in the fight against cancer. Regular participation of women in screening programs and adopting lifestyle changes to reduce risk factors ensure early detection of cancer and increase treatment success. The knowledge and skills of nurses working at ASM and KETEM, particularly regarding gynecological cancers, contribute significantly to raising awareness in society. Nurses' ability to communicate directly with individuals offers a major advantage in promoting cancer screening programs and increasing women's participation in these programs. The duties of nurses, such as health education, counseling, raising awareness about risk factors, and directing individuals to screening programs, greatly contribute to increasing cancer awareness in society. Therefore, it is necessary to strengthen the role of nurses in the fight against cancer and to continuously update their knowledge and skills.

Effective health education campaigns should be planned to raise awareness among women about gynecological cancers. These campaigns should provide women with information about risk factors, prevention methods, and the importance of screening programs. Educational materials should be tailored to different age groups, cultural and socioeconomic conditions, and disseminated in a way that facilitates women's access to health services.

REFERENCES

- Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2011). Women's knowledge and attitudes about cancer and their behaviors toward early diagnosis methods. *DEU Medical Faculty Journal*, 25(3), 145–154.
- Akar, S. (2019). The role of screening in breast cancer. In M. Dalkılıç (Ed.), *Scientific Developments* (pp. 460-468). Ankara: Gece Akademi.
- Ersin, E. (2021). Midwives' and nurses' views and practices regarding self-vulva examination: A case study (Master's Thesis). Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Midwifery Department, Aydın.
- Alanyalı, S. (2017). Following the 2016 World Brachytherapy Congress. *Turkish Journal of Oncology*, 32(Supp 1), 107-115.
- Alp Dal, N., Akkuzu, G., & Çetinkaya Şen, Y. (2020). Examining gynecological cancer awareness among female employees at Ufuk University. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 3(2), 91–99.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Human papillomavirus vaccination: Committee opinion. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/08/human-papillomavirus-vaccination>
- Atlas, B. (2020). Awareness of gynecological cancers among women attending Çiğli Regional Training Hospital (Master's Thesis). Ege University Institute of Health Sciences, İzmir.
- Başlı, M., Özsoy, S., DüNDAR, T., Toptaş, B., Aksu, H., & Öter, E. G. (2022). Health personnel's knowledge, attitudes, and behaviors regarding self-vulva examination. *Journal of*

Women's Health Nursing, 8(2), 63-71.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/kashed/issue/71529/11309>
83

- Başoğlu, M. (2021). The effect of education on gynecological cancer awareness and healthy lifestyle behaviors among lesbian or bisexual women (Master's Thesis). Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences, Izmir.
- Beydağ, K, D., Pekcan, N. (2022). Women's health and diseases Ankara: Nobel Medical Books, p.639
- Burucu, R., & Kıyak, S. (2022). University students' awareness of gynecological cancer and related factors. STED, 31(3), 172–178.
- Buyruk, B., & Korkmaz, Ö. (2014). Fetemm Awareness Scale (FFÖ): Validity and reliability study. Journal of Turkish Science Education, 11(1), 3–23.
<https://doi.org/10.12973/tused.10179a>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (n.d.). HPV vaccine recommendations.
<https://www.cdc.gov/hpv/hcp/vaccination-considerations/index.html>
- Cooper, C. P., Polonec, L., & Gelb, C. A. (2011). Women's knowledge and awareness of gynecologic cancer: A multisite qualitative study in the United States. Journal of Women's Health, 20(4), 517–524.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2765>
- Çelebi, N. (2021). Evaluation of women's awareness of gynecologic cancers and their behaviors regarding early diagnosis methods (Master's Thesis). Atatürk University Institute of Health Sciences Department of Public Health Nursing, Erzurum.

- Dursun, P., Kaya, D., Kuşçu, E., & Ayhan, A. (2007). Tubal transitional cell carcinoma. *Turkish Journal of Gynecologic Oncology*, 10(1), 26-28.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/trsgo/issue/36061/404923>
- Eraslan, T., Desteli, G., Demiralay, E., & Ayhan, A. (2012). Primary bilateral tubal carcinoma: A rare case. *Turkish Journal of Gynecologic Oncology*, 15(4), 112-115.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/trsgo/issue/36050/404678>
- Eroğlu K, Koç G. Gynecologic cancer control and nursing. *Hacettepe University School of Nursing Journal*. 2014; 77-90
- Eroğlu, K., & Koç, G. (2014). Gynecological cancer control and nursing. *Hacettepe University School of Nursing Journal*, 1(2), 77-90.
- Ersin, F., et al. (2024). Women's awareness of gynecological cancers and affecting. *Europeanatolia Health Sciences Journal*, 2(2), 28-34.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.13149326>
- Ersin, F., Kıssal, A., Polat, P., Koca, B. D., & Erdoğan, M. (2016). Female healthcare personnel's perceptions of cervical cancer and factors affecting them. *Journal of Nursing Research and Development*, 18(2-3), 31-43.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/hemarge/issue/52749/696075>
- Globocan 2022 (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today, Turkey.
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> (Accessed 15.11.2024)
- Globocan. (2024). Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory:

Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer

Gökşin, İ., Ertuğrul, Y., & Sedakatlı, Ü. (2024). Women's awareness levels of gynecological cancer and related factors. *Effective Nursing Journal*, 17(4), 591–602. <https://doi.org/10.46483/jnef.1566691>

Gözüyeşil, E., Arıöz, A., & Taş, F. (2020). Evaluation of gynecological cancer awareness among women visiting a family health center. *TJFMPC*, 14(2), 177–185.

General Directorate of Public Health (HSGM). (2021). Why a national cancer control program. In M. Türkyılmaz, S. Özkan, V. Özmen, M. T. Kutluk, A. S. Karaca, N. Özgül, M. Öztürk, F.

Ünlü, İ. Dede, S. Dünder, & İ. Atağ (Eds.), *Turkey cancer control program* (pp. 7–19). Ankara.

Işık, E. G. (2022). PET/CT imaging in vulva-vagina cancers. *Nuclear Medicine Seminars*, 8, 182-189. <https://doi.org/10.4274/nts.galenos.2022.0021>

Kanbur, A., & Çapık, C. (2011). Prevention of cervical cancer, early diagnosis-screening methods, and the role of midwives/nurses. *Hacettepe University Journal of Nursing Faculty*, 18(1), 61–72.

Karaman, R. (2020). The effect of planned education on vulvar cancer and self-vulvar examination on women's knowledge and attitudes (Master's Thesis). Hasan Kalyoncu University Institute of Health Sciences, Gaziantep.

Kaya Şenol, D., Polat, F., & Doğan, M. (2021). Gynecological cancer awareness: Reproductive age and postmenopausal women. *TJFMPC*, 15(1), 56–62.

- Keskin, H. G., & Tahta, T. (2021). Nursing approaches after vulvar cancer and vulvectomy. *Adnan Menderes University Journal of Health Sciences Faculty*, 5(1), 115-121. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.725542>
- Köse, S., & Karakurt, P. (2023). A study on the effect of health literacy on increasing women's awareness of gynecological cancers. *Mersin University Faculty of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folkloric Medicine*, 13(1), 196–206. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1175176>
- Makker, V., MacKay, H., Ray-Coquard, I., Levine, D. A., Westin, S. N., Aoki, D., & Oaknin, A. (2021). Endometrial cancer. *Nature Reviews: Disease Primers*, 7(1), 88. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00324-8>
- Mavi Aydoğdu, S. G., & Özsoy, Ü. (2018). Cervical cancer and HPV. *Andrology Bulletin*, 20(1), 25-29. <https://doi.org/10.24898/tandro.2018.62533>
- National Cancer Institute (NCI). (2024). Human papillomavirus (HPV) vaccines. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet>
- Nazik, E., & Karaçay Yıkar, S. (2022). Prevention of gynecological cancers. In S. Özkan, P. Serçekuş, & E. Alataş (Eds.), *Care in gynecological oncology* (pp. 36–19). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Ocak, B., Şahin, A. B., Demiröz Abakay, C., Sali, S., Dakiki, B., İşlek, G., ... & Evrensel, T. (2022). The effect of treatment options on survival in patients with metastatic endometrioid endometrial carcinoma. *Uludağ University Medical Journal*, 48(1), 37-41. <https://doi.org/10.32708/uutfd.1028896>

- Öz, S. (2021). Examination of the knowledge and awareness of women aged 20 and over regarding gynecological cancers and the factors affecting them (Master's Thesis). İstinye University Institute of Health Sciences, Istanbul.
- Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2017). Prevention and nursing in cervical cancer. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3, 40-49.
- Özkurt, S., Uysal, A. O., & İbiş, K. (2022). Radiotherapy in gynecological tumors. *Nuclear Medicine Seminars*, 8, 190-196. <https://doi.org/10.4274/nts.galenos.2022.0022>
- Öztaş, H. G., Toker, E., & Kamalak, H. (2023). The effect of women's health perceptions on their awareness of gynecological cancer: A cross-sectional study. *TJFMPC*, 17(2), 210–219.
- Ministry of Health (2021). Turkey Cancer Control Program. Accessed: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf (E.T: 12/26/24).
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. URL: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/journal/15424863>
- T.C. Ministry of Health, General Directorate of Public Health, Cancer Department. (2018). *Cancer awareness training, awareness activities*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/sunum-farkindalik2018-2.pdf
- Tekbaş, S. (2023). Evaluation of the effect of healthy lifestyle behaviors on gynecological cancer awareness in

postmenopausal women. *TJFMPC*, 17(3), 398–406.
<https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1240761>

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). *Updated cervical cancer screening guidelines*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines>

Uludağ, G., Gamsızkan, Z., & Sungur, M. A. (2020). Evaluation of women's health beliefs regarding cervical cancer and screening. *Düzce University Journal of Health Sciences Institute*, 10(3), 357–362.
<https://doi.org/10.33631/duzcesbed.749205>

World Health Organization (WHO). (2017). *Guide to cancer early diagnosis*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>

Yıldırım, D., & Gökaslan, H. (2015). The role of HPV DNA testing in cervical cancer screening. *Turkish Journal of Gynecological Oncology*, 18(1), 1–6.

Yıldırım, D., & Gökaslan, H. (2015). The role of HPV DNA testing in cervical cancer screening. *Turkish Journal of Gynecological Oncology*, 18(1), 1–6.

Yücesoy, G., Göktan, M., Çorakçı, A., Vural, B., Özeren, S., Yücesoy, İ., & Yumbul, Z. (2004). A primary tubal cancer case. *T Klin J Gynecol Obst*, 14, 117–119.

Yüksel, A., Ateşer, G., Kaya, S. A., Ünal, F., Çelik, S., & Boran, B. (2009). Invasive tubal carcinoma: A case report. *Istanbul Medical Journal*, 1, 37–39.

YAŞAMIN DOĞAL EVRESİ MENOPOZ

Aslı URAL¹

1. GİRİŞ

Menopoz, over folikül fonksiyonunun kaybına bağlı olarak menstrüasyonun sona ermesi olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2024). Doğal menopoz, fizyolojik veya patolojik bir nedene veya klinik bir müdahaleye bağlı olmaksızın, 12 ardışık ay boyunca menstrüasyonun olmaması durumunda gerçekleşmiş kabul edilmektedir (WHO, 2024). Doğal menopozun gerçekleştiği yaşın, dünya genelinde kadınlar için genellikle 45 ile 55 yaş arasında olduğu belirtilmiştir (WHO, 2024). Türkiye’de ise menopoz yaşı ortalamasının 46 ile 49 yaş arasında değiştiği bildirilmiştir (Kurt ve Arslan, 2020; Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği [TJOD], 2021; Yaşar ve Yeğyel, 2023).

Menopoz sürecinde kullanılan temel kavramlar; premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olarak sınıflandırılmaktadır. Premenopoz, son menstrüasyon öncesindeki üreme dönemini kapsayan yıllar olarak kabul edilmektedir. Perimenopoz, menopozdan hemen önce başlayan ve menopozdan sonraki kısa bir dönemi de kapsayan geçiş sürecidir. Bu dönemde menstrüel döngülerde uzama, kanama miktarında artış ve kanamaların daha uzun sürmesi gibi düzensizlikler görülmektedir. Bu değişiklikler, overlerdeki foliküler fonksiyonun azalmasına bağlı olarak gelişmektedir. Bu aşamada henüz ardışık 12 aylık amenore gerçekleşmemiştir . Bu

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-0118-4505.

evrede vazomotor semptomlar başta olmak üzere çeşitli menopoz belirtileri sıklıkla görülmektedir. Postmenopoz ise, ardışık 12 ay boyunca menstrüasyonun olmaması ile tanımlanan dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde bazı kadınlarda menopozal semptomların devam edebildiği bildirilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2024).

Dünya genelinde kadınların yaşam beklentisinin artmasına bağlı olarak, 2030 yılına gelindiğinde dünya çapında yaklaşık 25 milyon menopoz döneminde olan kadın ve yaklaşık 1,2 milyar postmenopozal kadının olacağı tahmin edilmektedir (Li ve Dreher, 2021). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerinde kadınlarda beklenen yaşam süresi 80,6 yıl olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2025). Türkiye'deki ortalama menopoz yaşı göz önüne alındığında kadın yaşamının önemli bir bölümünün menopoz sonrası dönemde geçtiği görülmektedir (TÜİK, 2025).

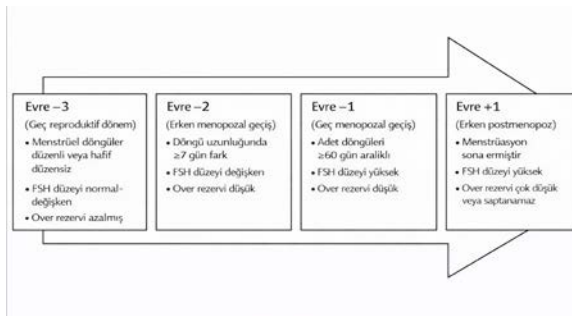
Menopoz, sağlıklı bir kadının yaşamında görülen, hastalık olmayan, doğal ve kaçınılmaz bir dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan değişiklikler ise birçok kadında bedensel ve ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (Akdağ, Kaner ve Ayer, 2022). Yaşanılacak problemleri en aza indirmek ve yaşam kalitesini artırmak için çeşitli farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır (Hickey vd., 2024).

2. MENOPOZ

Menopoz, son menstrüel dönemle birlikte ortaya çıktığı için menopozun gerçekleştiği ancak geriye dönük olarak belirlenebilmektedir. Kadınlar 12 ay boyunca menstrüasyon görmediklerinde postmenopozal kabul edilmektedir. Menopoz zamanlamasının, doğumla birlikte sabitlenen primordial folikül havuzunun (over rezervinin) büyüklüğüne bağlı olduğu düşünülmektedir. Folikül sayısı kritik bir eşik değer altına

düştüğünde ovulasyon düzensizleşmekte ve sonunda tamamen durmaktadır (Hickey vd., 2024).

Kadınların çoğu, son menstrüel dönemden önceki yıllarda menopoza ilişkin fizyolojik değişiklikleri yaşamaya başlamaktadır. Bu süreç literatürde perimenopoz, klimakterik dönem ya da menopozal geçiş olarak adlandırılmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2014; Royal College of Nursing [RCN], 2025). Menopoz genellikle ani bir olay şeklinde ortaya çıkmamakta, aksine hormonal ve klinik değişimlerin eşlik ettiği perimenopozal dönem sonrasında postmenopozal döneme geçişle sonuçlanan kademeli bir süreç olarak ilerlemektedir (NICE, 2024). Menopozal geçiş sürecinin, menstrüel döngüdeki değişikliklerle başladığı ve son menstrüel dönemden bir yıl sonra tamamlandığı ifade edilmektedir (Hickey vd., 2024). Perimenopoz, kadının son menstrüasyonuna kadar olan süreyi ve yaklaşan menopoza eşlik eden endokrinolojik, biyolojik ve klinik özellikleri kapsayan geçiş sürecini tanımlamaktadır. Buna karşın kadınların yaklaşık %10'unda perimenopozal dönem belirgin yaşanmayıp menstrüasyonun ani olarak sonlandığı bildirilmektedir (NICE, 2024).



Şekil 1. Menopozal geçiş kapsayan evreler

FSH: Folikül uyarıcı hormon

Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 106(1), 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>

Düzensiz menstrüel döngüleri olan, endometrial ablasyon veya histerektomi geçiren ya da hormonal kontraseptif kullanan kadınlarda menopoz zamanlamasını belirlemek güç olabilmektedir (Hickey vd., 2024).

3. MENOPOZ SEMPTOMLARI

Menopozal geçiş ya da perimenopoz ile ilişkili yaygın belirtiler; sıcak basmaları, gece terlemeleri, uyku bozuklukları ve vajinal kuruluk gibi fiziksel semptomların yanı sıra depresyon, anksiyete ve panik ataklar gibi duygudurum belirtilerini de içermektedir. Bu eşlik eden semptomlar kadınlar için rahatsız edici olabilmekte ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Postmenopozal kadınların en az %80'inin yaşamları boyunca en az bir menopozal semptom deneyimlediği tahmin edilmektedir (Hickey vd., 2024; Li ve Dreher, 2021).

Menopozal geçiş, vazomotor semptomların (ateş basması, gece terlemeleri) en sık yaşandığı dönem olarak kabul edilmektedir. Bu süreçte kanama sorunlarının ve menopoz belirtilerinin en iyi nasıl yönetileceğine dair daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır (Hickey vd., 2024).

3.1. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar, çoğu toplumda menopozun tüm evrelerinde yüksek sıklıkta görülmektedir. Sıcak basmaları ve gece terlemeleri menopoz ve perimenopoz ile ilişkili en yaygın vazomotor semptomlar olarak bilinmektedir (Dodin vd., 2013; El Khoudary vd., 2019). Vücudun üst bölümünde özellikle yüz, boyun ve göğüs bölgesinde, ani ve yoğun bir sıcaklık hissinin ortaya çıkması sıcak basması olarak adlandırılmaktadır. Genellikle 1-5 dakika süren bu ataklar; terleme, kızarma, üşüme hissi, nemlilik, anksiyete ve zaman zaman çarpıntı ile karakterize olabilmektedir (ACOG, 2014). Gece terlemeleri ise özellikle gece

boyunca terlemeyle birlikte uyanmalara yol açan bir diğer yaygın semptom olarak belirtilmektedir (Pelit Aksu, 2025).

Vazomotor semptomların fizyolojisi tam olarak açıklanamamış olsa da üreme hormonlarının önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Östradiol (E2) ve folikül uyarıcı hormon (FSH) düzeyleri menopozal geçiş sürecinde belirgin bir değişim göstermektedir. E2 düzeyleri genellikle son menstrüel dönemden yaklaşık iki yıl önce azalmaya başlamakta, bu azalma son menstrüel dönemden sonraki iki yıl boyunca devam etmekte ve ardından stabil hale gelmektedir. Buna karşılık FSH düzeylerinde menopozal geçiş boyunca artış izlenmektedir; bu artış son menstrüel dönemden yaklaşık yedi yıl önce yavaş bir şekilde başlamakta, son menstrüel sıklusa iki yıl kalana dek sürmektedir. FSH son menstrüel dönem öncesi ve sonrası iki yıllık süreçte belirginleşmekte ve sonrasında stabil hale gelmektedir (El Khoudry vd., 2019).

Yüksek gelirli ülkelerde kadınların yaklaşık %40'ı erken menopozal geçiş döneminde vazomotor semptomlar bildirmekte olup, bu oran son menstrüel dönemden sonraki ilk iki yılda %60-80'e kadar yükselmektedir. Vazomotor semptomlar ortalama 4-7 yıl sürebilmekte ve zamanla azalma eğilimi göstermekle birlikte, özellikle menopozal geçişin erken döneminde başlayan semptomların daha kalıcı olma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Büyük kohort çalışmalarında kadınların yaklaşık %38'inde orta veya şiddetli vazomotor semptomlar saptanmış, bazı kadınlarda bu semptomların 10 yıla kadar devam edebildiği gösterilmiştir (Hickey vd., 2024). Semptomların sıklığı ve şiddeti etnik ve ırksal gruplar arasında farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Siyah ve Hispanik kadınlar daha şiddetli, Asya kökenli Amerikalı kadınlar ise daha hafif vazomotor semptomlar bildirmektedir (El Khoudary vd., 2019; Hickey vd., 2024). Türkiye'de menopoz dönemindeki kadınlarda vazomotor semptomların dağılımı incelendiğinde, %92,3'ünde sıcak

basması, %70,7'sinde ise gece terlemesi görüldüğü belirtilmiştir (Dişli, Kaydırak & Şahin, 2022).

Vazomotor semptomların deneyimlenmesi; psikolojik, sosyal ve biyolojik faktörlerin yanı sıra stres, depresif duygudurum, beden kitle indeksi, sigara kullanımı ve menopoza ilgili inançlar gibi değiştirilebilir etmenlerden etkilenmektedir. Bu semptomlar ile stres ve depresyon arasında karşılıklı etkileşim bulunmakta olup, vazomotor semptomlar menopozal dönemdeki kadınların günlük yaşamını etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır (Hickey vd., 2024).

3.2. Kemik Mineral Yoğunluğunda Azalma, Kırıklar, Kas ve Eklem Ağrıları

Menopozda yaşanan değişiklikler genel olarak kas-iskelet sistemini olumsuz etkilemektedir (Pelit Aksu, 2025). Bu değişikliklerden özellikle kas ve eklem ağrıları kadının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Wright, Schwartzman, Itinoche & Wittstein, 2024).

Kemik mineral yoğunluğu kaybı menopozdan sonra değil, son menstrüel dönemden birkaç yıl önce, menopozal geçiş sırasında başlamaktadır. Çok merkezli, farklı ırk/etnik yapıya sahip kadınlar ile yapılan boylamsal bir kohort çalışmasında (*Study of Women's Health Across the Nation - SWAN*), 2.000'den fazla Siyah, Çinli, Japon ve Beyaz kadınlarda omurga ve femur boynu kemik mineral yoğunluğundaki değişimler incelenmiş ve bu bulgu doğrulanmıştır. Çalışmada, tüm gruplarda kemik mineral yoğunluğu kaybının son menstrüel dönemden yaklaşık bir yıl önce başladığı ve iki yıl sonra yavaşladığı, ancak tamamen durmadığı gösterilmiştir (El Khoudry vd., 2019).

Menopozal geçiş sırasında ortaya çıkan kemik kaybının biyolojik nedenlerine ilişkin bulgular, bu sürecin zaman içinde nasıl geliştiğini açıklamaktadır. Son menstrüel dönemden yaklaşık 2 yıl önce, serum östradiol (E2) düzeylerinde ani bir

düşüş meydana gelirken, kemik yıkımını gösteren bir belirteç olan idrarda N-telopeptid düzeylerinde belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu eşzamanlı değişim, östrojen düzeylerindeki azalmanın kemik yıkımını artırarak kemik kaybına yol açtığını göstermektedir (El Khoudry vd., 2019).

Menopozda osteoporoz sonucunda düşme ve kırık insidansı yükselmekte, morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Kırıklar en fazla uzun kemiklerde, kalça ve vertebrada görülmektedir (Pelit Aksu, 2025). Osteoporotik kırık riski ırk ve etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir. ABD’de Siyah ve Asyalı kadınlarda kırıklar, Beyaz kadınlara göre daha az görülmektedir. Japon ve Çinli kadınlarda ise kemik mineral yoğunluğu daha düşük olmasına rağmen kırık riskinin daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Bu farklılıklar, kemik mineral yoğunluğu ile her zaman açıklanamamaktadır. SWAN çalışması kemik mineral yoğunluğunun tek başına kırık riskini yeterince yansıtmadığını göstermiştir. Bu çalışmada, kırık riskini daha doğru değerlendirmek için femur boynu kemik dayanıklılığına ilişkin bileşik indekslerin kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Bu indeksler, ayakta durma yüksekliğinden düşme sırasında kemiğin maruz kaldığı yüke göre dayanıklılığı değerlendirmek için kemik mineral yoğunluğu, femur boynu genişliği, boy ve vücut ağırlığını birlikte kullanmaktadır (El Khoudry vd., 2019).

Güneydoğu Asyalı kadınların, vazomotor semptomlardan daha az, kas ve eklem ağrılarında ise daha fazla etkilendikleri bildirilmiştir (Hickey ve ark., 2024). Perimenopozal kadınlarda kas-iskelet sistemi ağrısının genel prevalansı yaklaşık %71 olup, perimenopozal kadınların premenopozal kadınlara kıyasla kas-iskelet sistemi ağrısı yaşama riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Wright vd., 2024). Türkiye’de menopoz dönemindeki kadınların %62,8’i kas ve eklem ağrıları olduğunu belirtmiştir (Dişli vd., 2022).

3.3. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları yaşam boyu genel olarak kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın görülmektedir ve menopozal geçiş sürecinde artış gösterebilmektedir (Hickey vd., 2024). Uyku problemleri perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların yarısından fazlasında ortaya çıkmaktadır (Pelit Aksu, 2025).

Menopozal geçişin uyku üzerindeki etkisini anlayabilmek için kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir. SWAN çalışmasında, geç perimenopozal ve doğal postmenopozal kadınlar, vazomotor semptomların varlığından bağımsız olarak, premenopozal kadınlara kıyasla daha fazla uyku sorunu bildirmiştir (El Khoudry vd., 2019). Menopozal geçiş süresinde uyku bozukluğu son iki haftada, haftada en az üç gece uykuya dalmada güçlük, gece boyunca birkaç kez uyanma ve planlanandan erken uyanma olarak tanımlanmıştır. Gece boyunca birkaç kez uyanma, menopoz evresi ile en güçlü ilişkiyi gösteren uyku yakınması olmuştur. Ayrıca vazomotor semptomların sık bildirilmesi, östradiol (E2) düzeylerindeki azalma ve FSH düzeylerindeki artış da uyku güçlükleri ile ilişkili bulunmuştur (El Khoudry vd., 2019).

Gece uyanmalarının nedeni sıklıkla vazomotor semptomlar olsa da bu dönemde uyku başka nedenlerle de bozulabilmektedir. Obstrüktif uyku apnesi veya depresyon gibi durumlar buna katkı sağlayabilmektedir. Uyku bölünmesine yol açan menopoz belirtileri, gün içi işlevselliği, duygu durumu ve dikkat gibi alanları olumsuz etkileyebilmektedir (Hickey vd., 2024). SWAN çalışmasında en fazla uyku yakınmasını Beyaz kadınlar, en azını ise Hispanik kadınlar bildirmiştir. Kadınların yalnızca %15'inde menopozal geçiş süresince uyku yakınmalarında artış görülmüştür. Bu artış özellikle son menstrüel dönem öncesi ve sonrasında gece boyunca sık uyanma

şeklinde ortaya çıkmıştır (El Khoudry vd., 2019). Türkiye’de menopoz dönemindeki kadınların %62,3’ü uykusuzluk/yorgunluk yaşadığını ifade etmiştir (Dişli vd., 2022).

3.4. Genitoüriner Semptomlar

Vajinal kuruluşun menopozal geçiş boyunca arttığı, premenopoz ve erken perimenopozla göre postmenopoz yıllarında yükseldiği ifade edilmiştir. Menopoz evresinin ilerlemesi, östradiol (E2) düzeylerindeki düşüşten daha güçlü biçimde vajinal kuruluk ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, vajinal kuruluşun yalnızca düşük E2 düzeyleriyle açıklanamayacağını ve daha karmaşık nedenlere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Doğal yolla menopoza giren kadınlarda, cerrahi menopoz yaşayanlara kıyasla vajinal kuruluk gelişme olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, cinsel ilişki sıklığındaki azalmanın vajinal fonksiyonu bozduğu yönündeki yaygın inanın aksine, azalmış cinsel ilişki sıklığının vajinal kuruluk ya da cinsel ilişki sırasında ağrının gelişiminden önce ortaya çıkmadığı gösterilmiştir (El Koudry vd., 2019).

Menopozal geçiş boyunca cinsel ilişki sırasında ağrı artmış ve cinsel istek azalmıştır. Bu süreçte cinsel işlev ırk/etnik kökene göre farklılık göstermektedir. Beyaz kadınlarla karşılaştırıldığında, Çinli ve Japon kadınlar cinselliğe verilen önemi, cinsel isteği, mastürbasyonu ve uyarılmayı daha düşük, cinsel ağrıyı ise daha yüksek bildirmiştir. Siyah kadınlar ise cinselliğe daha fazla önem verdiklerini ve cinsel ilişki sıklıklarının daha yüksek olduğunu bildirmekle birlikte, daha fazla cinsel ağrı ve cinsel işlev sorunları yaşadıklarını ifade etmiştir (El Koudry vd., 2019).

Postmenopozal kadınların %10 ile %40’ı, vajinal kuruluk, vulvovajinal irritasyon veya kaşıntı ve dispareni gibi belirtiler bildirmektedir (Hickey vd., 2024). Türkiye’de menopoz dönemindeki kadınların %30,3’ünde vajinal kuruluk, %31’inde

disparoni ve %47'sinde cinsel ilgi azlığı bildirilmiştir (Dişli vd., 2022).

Vazomotor semptomların aksine, bu genitoüriner belirtiler genellikle menopozdan sonra başlamakta ve ileri yaşlara kadar devam edebilmektedir. Vajinal kuruluk gibi genitoüriner değişiklikler, yalnızca menopozun değil, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Hickey vd., 2024).

3.5. Diğer Semptomlar

Hormon değişikliklerinin etkilerini, aynı dönemde yaşanan yaşam olaylarından ayırt etmek zor olabilmektedir. Bu olaylara, evde çocuk bakımını üstlenmek, ücretli ve ücretsiz işleri birlikte yürütmek, yaşlanan ebeveynlerin sorumluluğunu almak ve birbiriyle çelişen yaşam rollerini dengelemek gibi durumlar örnek gösterilmektedir. Özellikle duygu durum değişiklikleri ve bilişsel güçlükler menopozla ilişkilendirilse de bu belirtiler yaşam stresörleri tarafından da ortaya çıkabilmekte veya şiddetlenebilmektedir (Hickey vd., 2024).

SWAN çalışmasında menopozal geçiş sırasında kadınların yaklaşık %23'ünde depresif semptomlar, %60'ında ise bellek sorunlarının olduğu belirtmiştir (El Koudry ve ark., 2019). Türkiye'de menopoz dönemindeki kadınların %59,3'ü unutkanlık (Dişli vd., 2022), %39,8'i hafif, %6,8'i ise şiddetli depresyon yaşadığını ifade etmiştir (Yıldırım, Büyükkayacı Duman & Vural, 2024).

Menopozal geçiş sırasında konsantrasyon ve hafıza ile ilgili öznel değişiklikler yaygın olsa da bu değişikliklerin uzun dönemli bilişsel gerileme ile ilişkisi açıklanamamıştır. Bu geçiş sürecinde bilişsel işlevleri inceleyen prospektif çalışmalar, kadınların küçük bir bölümünde hafif ve çoğunlukla geçici hafıza değişiklikleri olduğunu göstermektedir. Bu bulgu birçok kadın için güvence verici kabul edilmektedir (Hickey vd., 2024).

SWAN çalışmasında bilişsel performans son menstrüel dönemden önceki ve sonraki zamana göre incelenmiştir. Bilişsel performanstaki azalmanın menopoza ilişkili olmadığı aksine kronolojik yaşlanmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir (El Koudry vd., 2019).

4. MENOPOZ BELİRTİLERİNİN YÖNETİMİ

Menopozun hangi belirtilere kesin olarak yol açtığı konusunda bazı belirsizlikler olsa da en sık vazomotor semptomlar bildirilmekte ve tedavi açısından kadınların birinci önceliğini oluşturmaktadır. Bunu uyku, konsantrasyon ve yorgunluk sorunları izlemektedir (Hickey vd., 2024).

4.1. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Vazomotor semptomların en rahatsız edici yönleri, sıklığı, şiddeti, yarattığı rahatsızlık düzeyi ve uyku üzerindeki etkileri olarak sıralanmaktadır. Vazomotor semptomlar için farmakolojik olmayan etkili tedaviler arasında amaç odaklı bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve hipnoz bulunmaktadır (Hickey vd., 2024). 2022 yılında yayımlanan, 14 randomize kontrollü çalışmayı (RKÇ) içeren bir sistematik derleme ve meta-analiz, BDT'nin sıcak basmaları, gece terlemeleri, uyku bozukluğu, depresyon, anksiyete ve yorgunluğu azaltmada kontrol gruplarından üstün olduğunu, yaşam kalitesini de anlamlı biçimde iyileştirdiğini göstermiştir (Ye vd., 2022). BDT, iş yaşamında sorun yaratan vazomotor semptomları ve meme kanseri sonrası ortaya çıkan semptomları azaltmaktadır. BDT, sağlık profesyonelleri tarafından grup terapisi şeklinde uygulanabilmektedir. Ayrıca kitaplar, çevrim Hipnozun vazomotor semptomların sıklığı ve şiddetini anlamlı düzeyde azalttığı belirtilmiştir. Ayrıca hipnoz vazomotor semptomların günlük işlevselliği bozucu etkisini azaltmış ve uyku kalitesini iyileştirmiştir (Elkins, Fisher, Johnson, Carpenter & Keith, 2013). Hipnoz, eğitimli bir uzman

tarafından uygulanabildiği gibi akıllı telefon uygulamaları aracılığıyla da sunulabilmektedir (Hickey vd., 2024).İçerik programlar ve telefon görüşmeleri aracılığıyla da sunulabilmektedir (Hunter, 2021).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler, vazomotor semptomların yönetimi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bitkisel tedaviler ve besin takviyelerinin bu semptomları azaltmadaki etkinliğine ilişkin kanıtlar sınırlıdır. Bu alanda, izoflavonlar (soya ve soya sütü gibi) ve karayılan otu (black cohosh) bazı kadınlarda yarar sağlayabilen olası istisnalar olarak değerlendirilmektedir (Mishra vd., 2024). Akupunktur ve egzersizin vazomotor semptomlar üzerindeki etkinliğini ortaya koymak amacıyla ileri araştırmalar yapılması gerekmektedir (İlkin, Şahan, Höbek Akarsu & Akarsu, 2020; Hickey ve ark., 2024).

4.2. Farmakolojik Tedaviler

Son yıllarda elde edilen önemli bulgulara dayanarak, menopozal değişikliklerin temel olarak kadınlarda over fonksiyonunun azalmasından, özellikle de over kaynaklı östrojen (östradiol) ve progesteron düzeylerindeki düşüşten kaynaklandığı konusunda bir görüş birliği oluşmuştur. Bu nedenle, daha önce hormon replasman tedavisi veya hormon tedavisi olarak adlandırılan menopozal hormon tedavisi (MHT), uygun durumlarda menopozla ilişkili semptomları azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. MHT genellikle tek başına östrojen veya östrojen benzeri tedavileri ya da kombine östrojen–progesteron tedavisini içermektedir (Li ve Dreher, 2021).

Kuzey Amerika Menopoz Derneği, MHT, gabapentin ve oksibutinin kullanımını önermektedir. Bu tedavilerin sıcak basmalarını azalttığı ancak menopozla ilişkili yaşam kalitesinde klinik olarak anlamlı bir iyileşme sağlamadıkları belirtilmiştir (Hickey vd., 2024).

Hedefe yönelik tedavi olan nörokinin B reseptör antagonisti fezolinetant, ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır. Fezolinetant kullanan kadınlarda sıcak basması sıklığı ve şiddetinde anlamlı bir azalma gözlenmiştir. Bununla birlikte fezolinetantın vazomotor semptomlar için MHT'den daha az etkili olduğu ve MHT'nin uyku, vajinal kuruluk ve kırıkların önlenmesi açısından ek yararlar sağlayabileceği ifade edilmiştir (Hickey vd., 2024).

Vazomotor semptomlar sıklıkla uyku ve duygu durum bozukluklarıyla birlikte görülmektedir. MHT, vazomotor semptomları nedeniyle kullanan kadınlarda uyku, hafıza ve konsantrasyonu iyileştirebilmektedir. MHT, vajinal kuruluğu iyileştirmektedir ancak vajinal kuruluğun en iyi yönetimi vajinal (topikal) östrojen tedavisi ile sağlanmaktadır. İntravajinal dehidroepiandrosteron vajinal kuruluğu azaltmaktadır. Ayrıca seçici bir östrojen reseptör modülatörü olan ospemifenin, vajinal kuruluk ve dispareniyi iyileştirdiği belirtilmektedir (Santoro, Roeca, Peters & Neal-Perry, 2021; Hickey vd., 2024).

Kombine ve yalnız östrojen içeren MHT preparatlarının benzer etkinliği olmasına rağmen, risk profilleri farklıdır. MHT'nin meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir. Bu riskin, yalnızca östrojen kullanılan tedavilere kıyasla, östrojen-progestojen kombinasyonu içeren MHT'de belirgin biçimde daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Santoro vd., 2021; Hickey vd., 2024).

MHT kontrendikasyonları arasında; östrojen duyarlı kanser, venöz tromboembolizm veya pulmoner emboli öyküsü, anjina veya miyokard enfarktüsü, akut karaciğer hastalığı, açıklanamayan genital kanama ve gebelik yer almaktadır. Ayrıca yüksek trigliserid düzeyi, tedavi edilmemiş hipertansiyon, porfiria ile önceki inme veya geçici iskemik atak öyküsü de MHT

için kontrendikasyonlar arasında sıralanmaktadır (Hickey vd., 2024).

5. MENOPOZ VE HEMŞİRELİK

Menopoz hemşireliği, ülkemizde henüz ayrı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmamış olmakla birlikte, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Pelit Aksu, 2025). Menopoz dönemindeki kadınların desteklenmesinde hemşirelerin önemli bir rolleri bulunmaktadır. Hemşireler, menopozun uygun şekilde yönetilmesinin önemi ve bunun kadın sağlığı üzerindeki olası etkileri konusunda farkındalık oluşturmalıdır. Hemşireler, menopoz alanında sunulan hizmetlerin planlanması ve geliştirilmesinde aktif rol almalıdır. Ayrıca bu hizmetlerin, sağlık bakımının tüm alanlarıyla uyumlu ve bütüncül bir yaklaşım içinde yürütülmesini desteklemelidir (RCN, 2025). Hemşireler rehabilite edici rolleriyle bireyin yaşadığı döneme uyumunu sağlamak için gerekli eğitim ve danışmanlık vererek yaşadıkları semptomlarla baş etme becerilerini arttırmayı ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemelidir. Bununla birlikte hemşirelerin, bireyin kendi bakımını yönetebilmesini sağlamak için bağımsızlığını güçlendiren girişimleri planlaması gerekmektedir (Doğu & Kutluğ, 2021). Sonuç olarak hemşireler, menopozla ilgili bilgi, eğitim ve mesleki becerilerin geliştirilmesinde aktif bir rol üstlenmektedir (RCN, 2025).

KAYNAKÇA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice bulletin No. 141: Management of menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 123(1), 202–216. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000441353.20693.78>
- Akdağ, S., Kaner, G., & Ayer, Ç. (2022). Menopoz döneminde beslenmenin yönetimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 191-197.
- Dişli, B., Kaydırak, M. M., & Şahin, N. H. (2022). Kadınların menopoz semptomları ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 21-29.
- Dodin, S., Blanchet, C., Marc, I., Ernst, E., Wu, T., Vaillancourt, C., Paquette, J., & Maunsell, E. (2013). Acupuncture for menopausal hot flushes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), Article CD007410. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007410.pub2>
- Doğu, Ö., & Kutluğ, S. (2021). Menopoz dönemi obez kadınlarda Swanson bakım kuramının kullanımı ve hemşirelerin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2), 148-152.
- El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C., Karvonen-Gutierrez, C., Waetjen, L. E., & Matthews, K. (2019). The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause (New York, N.Y.)*, 26(10), 1213–1227. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001424>
- Elkins, G. R., Fisher, W. I., Johnson, A. K., Carpenter, J. S., & Keith, T. Z. (2013). Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial.

- Menopause (New York, N.Y.), 20(3), 291–298.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31826ce3ed>
- Hickey, M., LaCroix, A. Z., Doust, J., Mishra, G. D., Sivakami, M., Garlick, D., & Hunter, M. S. (2024). An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*, 403(10430), 947-957.
- Hunter M. S. (2021). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 24(1), 51–56.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1777965>
- İlkin, E., Şahan, Ö., Akarsu, R. H., & Akarsu, G. D. (2020). Menopozal kadınlarda egzersizin fizyolojik etkileri: Bir sistematik derleme. *Mediterranean Journal of Sport Science*, 3(2), 373-385.
- Kurt, G., & Arslan, H. (2020). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 910-920.
- Li, Y., & Dreher, J. C. (2021). A review of the impact of hormone therapy on prefrontal structure and function at menopause. *Climacteric*, 24(4), 340-349.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1889500>
- Mishra, G. D., Davies, M. C., Hillman, S., Chung, H.-F., Roy, S., Maclaran, K., et al. (2024). Optimising health after early menopause. *The Lancet*, 403(10430), 958–968.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019, updated 2024). Menopause: Diagnosis and management (NICE Guideline NG23). NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
- Pelit Aksu, S. (2025). Klimakterik dönem ve bakım. S. Yaman Sözbir, S. Kaplan & İ. M. Gönenç (Ed.), *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği: Kavram haritaları, işlem*

basamakları ve olgu sunumlarıyla (ss. 145–157). İstanbul Tıp Kitabevi.

Royal College of Nursing. (2025). Nurse specialist in menopause (RCN pub. 012-312). Royal College of Nursing. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/rcn-nurse-specialist-in-menopause-uk-pub-012-312>

Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 106(1), 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>

Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği. (2021). Dünya menopoz günü hakkında TJOD'dan açıklama. <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2025). Hayat tabloları, 2022–2024. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2022-2024-54081>

World Health Organization. (2024). Menopause. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Wright, V. J., Schwartzman, J. D., Itinoche, R., & Wittstein, J. (2024). The musculoskeletal syndrome of menopause. *Climacteric*, 27(5), 466–472. <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2380363>

Yaşar, Ö., & Yeyğel, Ç. (2024). 45-60 yaş arası kadınlarda menopoz semptomları ve menopoz tutumu ile yaşam doyumunun incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (21), 1097-1111.

- Ye, M., Shou, M., Zhang, J., Hu, B., Liu, C., Bi, C., Lv, T., Luo, F., Zhang, Z., Liang, S., Feng, H., Qian, C., Cao, S., & Liu, Z. (2022). Efficacy of cognitive therapy and behavior therapy for menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 52(3), 433–445. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005407>
- Yıldırım, F., Duman, N. B., & Vural, G. (2024). Menopozun Cinsel İşlev Bozukluğuna ve Depresyona Etkisi: Vaka-Kontrol Çalışması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 33(5), 323-330.

TÜRKİYE VE DÜNYADA
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com