

T.EİSAN

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

2017



**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİR ASM BÖLGESİNE BAŞVURAN MENOPOZ
DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TUĞÇE ELSAN

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MART
2018**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİR ASM BÖLGESİNE BAŞVURAN MENOPOZ
DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**



TUĞÇE ELSAN

**DANIŞMAN
DOÇ.DR.GÜLCAN GÜNTAŞ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MART
2018**

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans öğrencisi Tuğçe ELSAN tarafından Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ' ın danışmanlığında hazırlanan “Bir ASM Bölgesine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 29/03/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Jüri

Doç. Dr. Veli MİHMANLI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

İstanbul Okmeydanı Eğt. ve Arş. Has.

Jüri

Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tuğçe ELSAN

İTHAF

Aileme, arkadaşlarıma ve danışman hocama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde destek olan ve tezin tüm aşamalarında değerli önerileri ile bana yön veren, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım sevgili hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ'a,

Hayatımın her anında olduğu gibi yüksek lisans eğitimimin de güzelliklerini ve zorluklarını benimle paylaşan, bugünlere gelmemi sağlayan ve desteklerini esirgemeyen aileme,

Tez yazım aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen sevgili arkadaşım Rukiye Berna BALA'ya, içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İ
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİ
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problem	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kadın Sağlığı.....	4
2.2. Kadınların Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler.....	4
2.2.1. Ülkenin Gelişmişlik Düzeyi	5
2.2.2. Yoksulluk ve Kadın Sağlığı	5
2.2.3. Eğitim	5
2.2.4. Okuryazarlık Oranı.....	6
2.2.5. Sağlık İnanç Sistemi.....	6
2.2.6. Aşırı Doğurganlık.....	7
2.2.7. Evlilik Yaşı.....	7
2.2.8. Evlilikte Şiddete Uğrama Durumu.....	8
2.2.9. Sosyal Destek Sistemi	9
2.3. Kadın Hayatının Dönemleri	9
2.4. Menopoz.....	9
2.4.1. Menopozun Demografisi	10
2.4.2. Menopozu Girişi Etkileyen Faktörler	12
2.4.3. Menopozda Görülen Hormonal Değişiklikler	13
2.4.4. Menopozda Görülen Kısa Süreli Semptomlar	14
2.4.5. Menopozda Görülen Uzun Süreli Semptomlar	21

2.5. Yaşam Kalitesi	24
2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Gelişimi	25
2.5.2. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri:	26
2.5.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	26
2.5.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü	26
2.6. Menopoz Dönemindeki Kadına Yaklaşımda Hemşirenin Rolü.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırma Modeli	30
3.2. Evren ve Örneklem.....	30
3.3. Veri Toplama Aracı.....	33
3.4. Verilerin Çözümü.....	33
4. BULGULAR.....	35
4.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri.....	35
4.2. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	40
4.3. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	41
4.4. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar	43
4.5. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	45
4.6. Beşinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	49
4.7. Altıncı Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	52
4.8. Yedinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar	53
4.9. Sekizinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar	56
4.10. Dokuzuncu Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar	59
4.11. Onuncu Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar	62
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
6.1. Sonuçlar.....	73
6.1.1. Birinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	73
6.1.2. İkinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar.....	73
6.1.3. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Sonuçlar.....	74
6.1.4. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	74
6.1.5. Beşinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	75
6.1.6. Altıncı Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	75
6.1.7. Yedinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	75

6.1.8. Sekizinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	76
6.1.9. Dokuzuncu Alt Probleme İlişkin Sonuçlar.....	76
6.1.10. Onuncu Alt Probleme İlişkin Sonuçlar	76
6.2. Öneriler.....	77
6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler	77
6.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler	78
KAYNAKLAR	79
FORMLAR	90
EK-2	93
EK-3	97
ETİK KURUL KARARI	99
ÖZGEÇMİŞ	104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Menstrualsiklus ve menopoz döneminde hormon değerleri.....	14
Tablo 2-2: Premenopozal ve postmenopozal dönemde hormonların ortalama serum konsantrasyonları.....	14
Tablo 3-1: Edirne ili Uzunköprü İlçesi 2 no’lu aile sağlığı merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların evren ve örneklem dağılım tablosu.....	32
Tablo 4-1: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların demografik verilerine göre frekans dağılım tablosu.....	35
Tablo 4-2: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların doğurganlık özellikleri demografik verilerine göre frekans dağılım tablosu.....	37
Tablo 4-3: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalite düzeylerine göre tanımlayıcı istatistik tablosu.....	39
Tablo 4-4: Genel sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	40
Tablo 4-5: Geçen yıl ile karşılaştırıldığında şua an için sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	41
Tablo 4-6: Menopoz dönemde iken günlük yapılan aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	42
Tablo 4-7: Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlık yüzünden günlük iş veya aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	43
Tablo 4-8: Son dört hafta içerisinde, duygusal problemler yüzünden günlük iş veya aktivitelere ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	44
Tablo 4-9: Geçen dört hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, normal aktivitelere ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	45
Tablo 4-10: Son dört hafta içerisinde, fiziksel acı hissetmeye ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	46
Tablo 4-11: Son dört hafta içerisinde, ağrının normal işe engel olmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	47

Tablo 4-12: Son dört hafta içerisinde, ağrının normal işe engel olmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	48
Tablo 4-13: Son dört hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettikleri ve işlerinin nasıl gittiğine ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	50
Tablo 4-14: Kadınların menopoz dönemde iken sağlıklarına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları.....	52
Tablo 4-15: Eğitim durumu değişkenine göre ortalamalar.....	53
Tablo 4-16: Eğitim durumu değişkenine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları.....	55
Tablo 4-17: Gelir durumu değişkenine göre ortalamalar.....	56
Tablo 4-18: Gelir durumu değişkenine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları.....	58
Tablo 4-19: Çocuk sayısı değişkenine göre ortalamalar.....	59
Tablo 4-20: Çocuk sayısı değişkenine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları.....	61
Tablo 4-21: Sağlık hizmeti alma değişkenine göre t testi tablosu sonuçları.....	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Edirne ili Uzunköprü İlçesi 2 no’lu aile sağlığı merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların evren ve örneklem dağılım grafiği.....	32
Şekil 4-1: Genel sağlık değerlendirmesine ilişkin grafik.....	40
Şekil 4-2: Geçen seneye göre şu anki sağlık değerlendirmesi grafiği.....	41
Şekil 4-3: Günlük yapılan aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin grafik.....	42
Şekil 4-4: Fiziksel sağlık grafiği.....	44
Şekil 4-5: Duygusal problemler grafiği.....	44
Şekil 4-6: Fiziksel sağlık ve duygusal problemler grafiği.....	46
Şekil 4-7: Fiziksel ağrı (acı) hissetme grafiği.....	47
Şekil 4-8: Ağrının normal işe engel olması.....	48
Şekil 4-9: Fiziksel ve duygusal problemler aktiviteler.....	49
Şekil 4-10: Kendinizi nasıl hissediyorsunuz grafiği.....	50
Şekil 4-11: Sağlığa ilişkin tahminler grafiği.....	53

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CEDAW: Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

HDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein

LH: Luteinleştirici Hormon

SF – 36: Yaşam Kalitesi Ölçeği

SYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

UNITED STATES: Amerika Birleşik Devletleri.

ÖZET

Bir ASM bölgesine başvuran menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerini değerlendirmelerine ilişkin görüşlerini inceleyen araştırma kantitatif verilere dayalı tarama modelinde bir araştırmadır. Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerini değerlendirmelerine ilişkin görüşlerini belirlemeyi amaçlayan bu araştırmanın çalışma evreni Edirne ili Uzunköprü ilçesi 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası menopoz dönemindeki kadınlardan oluşmaktadır. 1 Aralık 2015 tarihinde 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların toplamda $n=545$ olduğu tespit edilmiştir. Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından hazırlanan örneklem büyüklükleri $\alpha=0.05$ tablosu dikkate alınarak örneklem büyüklüğü ± 0.05 örneklem hatası $p=0,5$ ve $q=0,5$ güven aralığı olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda $n=225$ kişiden oluşacak bir örneklem grubunun 0,05 anlamlılık ve % 5 hoşgörü düzeyinde temsil edebileceği varsayılmıştır. Yapılan çalışmada menopoz dönemindeki kadınların genel sağlık değerlendirmelerinin orta düzeyde olduğu, geçen seneye nazaran sağlık durumlarının kötü olduğu, kuvvet gerektiren aktivitelerde sıkıntı yaşadıkları, fiziksel, duygusal alanlarda sıkıntı yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, fiziksel ve duygusal sıkıntı, hormonal değişiklikler, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Evaluation of the quality of life of period of menopause women in an ASM region

It is a research in a quantitative screening model that examines the opinions of women on assessing quality of life in menopause. The aim of this study is to determine the opinions of women about the quality of life in menopause and target population of study consists of menopausal women between 45-55 years old who applied to Family Health Center No 2 in the district of Uzunköprü in Edirne. It was determined that the total number of women aged 45-55 who applied to the Family Health Center No. 2 on 1 December 2015 $\alpha = 545$. Considering the sample sizes $\alpha = 0.05$ prepared by Yazıcıoğlu and Erdoğan (2004), the sample size was determined as 0.05 sample error $p = 0,5$ and $q = 0,5$ confidence interval. It was hypothesized that a sample group of individuals $n = 225$ as a result of the analysis could represent at a level of 0.05 relevance and 5% tolerance. The study concluded that menopausal women had moderate levels of general health assessments, had poor health status compared to last year, suffered difficulty in activities requiring strength, and suffered physical and emotional problems.

Keywords: Menopause, Physical and Emotional Distress, Hormonal Changes, Quality of life.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık, "Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir". Sağlıklı toplum için sağlıklı nesillere ihtiyaç vardır ki bu da kadınların sağlıklı olmasıyla gerçekleşir. Bu nedenle erken yaşta cinsiyete özgü risklere yönelik olarak verilen koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı, orta yaş üzerinde de sağlıklı bir toplum için önemli bir noktadır (Aydemir 2007).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gerek sosyal yapıdaki değişimler, gerek teknolojiye ilerlemeler, gerekse tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi yaşam süresini uzatmaktadır (Işık ve Vural 2001; Bayraktar ve Uçanok 2002; Yurdakul ve ark. 2007). Türkiye'de kadınlar için yaşam süresi 80 yıla ulaşırken bunun 33 yılı menopoz dönemi olmuştur (Saraçoğlu 1998). Kadınlar için yaşam beklentisi ülkemizde 72,3 iken menopoz yaş ortalaması ise 47,8 olarak kabul görmekte olup (Yahya ve Rehan 2003), kadın yaşamının önemli bir bölümü de bu dönemde geçmektedir (Erdem 2006). Bu sebeple menopoz dönemindeki kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi önemli bir noktadır.

Menopoz kadın hayatında yaşlanmanın başladığı, üreme yeteneğinin kaybedildiği, biyo-psiko ve sosyal değişikliklerin yaşandığı karışık ve önemli bir geçiş dönemidir. DSÖ tanımına göre menopoz; ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sona ermesidir. Menopoz kültürler arasında ve kültürlerin kendi içinde farklı algılanıp bu dönemde görülen belirtiler farklı yaşanmaktadır (Bayraktar ve Uçanok 2002; Tortumluoğlu 2004; Tokuç ve ark. 2006).

Menopoz döneminde östrojen hormonunun etkisiyle fiziksel, duygusal ve hormonal değişikliklerle birlikte kısa ve uzun zamanlı problemler görülmektedir. Kısa zamanlı problemler vazomotor, atrofik ve psikolojik değişiklikler; uzun zamanlı problemler ise kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozdur. Kısa zamanlı problemlerden olan vazomotor değişiklikler yüz kızarması, gece terlemesi ve sıcak basması olarak bilinip en sık görülen ve en rahatsız edici olan problemlerdir.

Menopoz dönemi yakınmaları; kadının yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, aile yaşantısı, sigara kullanma durumu, sosyal güvencesinin olup olmadığı, gelir durumu, doğurganlık özellikleri, menopoza dair bilgi birikimi, içinde bulunduğu toplumun kadına verdiği değer gibi birçok faktörden etkilenir.

Kadınlar bu dönemde yaşanan problemlerle baş etmede farklı yöntemlere başvurmaktadır. Bu sebeple kadınların yaşadığı bu dönemi doğru tanımaları gerekir. Kadın ve ailesine bu dönemde eğitim ve destek verilmelidir. Hemşireler ve sağlık çalışanları tarafından verilen etkin bir eğitim ve danışmanlık ile kadınlarda menopoza karşı olumlu tutum ve davranış geliştirilebilir, bu dönemde görülen stres azaltılabilir ve sağlıklı yaşam biçimi oluşturulabilir.

Yaşam süresinin giderek arttığı bu süreçte, uzun bir dönem olan menopozun kadınlarda meydana getirdiği değişiklikler göz ardı edilemez. Bizde bu araştırma ile kadınların menopozal dönemde yaşadıkları sorunları, beklentileri ve ihtiyaçları ve bu dönemdeki kadınların yaşam kaliteleri hakkında bilgi sahibi olmayı amaçladık.

1.1. Problem

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerini değerlendirmelerine ilişkin görüşleri nelerdir?

1.1.1. Alt Problemler

1. Kadınların menopoz döneminde iken genel sağlık değerlendirmeleri ile geçen yıl ile karşılaştırıldığında şu an için sağlık değerlendirmelerine ilişkin dağılımları nedir?
2. Kadınların menopoz döneminde iken günlük yaptıkları aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin dağılımları nedir?
3. Kadınların menopoz döneminde iken son dört hafta içerisinde; fiziksel sağlık, duygusal problemler yüzünden günlük iş veya aktivitelerde yaşadıkları problemlere ilişkin dağılımları nedir?
4. Kadınların menopoz döneminde iken son dört hafta içerisinde; fiziksel sağlık veya duygusal problemlerin normal sosyal aktivitelere engeli ve hissedilen fiziksel acıya ilişkin dağılımları nedir?
5. Kadınların menopoz döneminde iken son dört hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettikleri ve işlerinin nasıl gittiğine ilişkin dağılımları nedir?

6. Kadınların menopoz döneminde iken sağlıklarıyla ilgili tahminde bulunmalarına ilişkin dağılımları nedir?

7. Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

8. Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

9. Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri çocuk sayılarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

10. Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri sağlık hizmeti alma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığı

Sağlık; dünya sağlık örgütünün de tanımladığı gibi sadece bedenen değil ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir. Ancak bu sağlık tanımı geçmişten bu yana tüm bilim insanları tarafından eleştirilmiş olup buna ek olarak sağlıklı olmanın koşulu bireylerin üretken olmalarına bağlanmıştır.

Kadın sağlığının toplumda yeri ve önemi büyüktür. Çünkü kadın nüfusu ülke nüfusunun yarısını oluşturduğu gibi ailenin önemli üyesi olan annelik kavramıyla da doğacak çocukların sağlığı açısından önemlidir. Sağlıklı kadın; sağlıklı gebe, sağlıklı çocuk ve sağlıklı toplum demektir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

2.2. Kadınların Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler

Kadınların sağlık durumunu etkileyen dolaylı ve doğrudan birçok faktör vardır ve birbirleri ile ilişkili bu faktörleri yoksulluk, ülkenin gelişmişlik düzeyi, inanç sistemi, okur-yazarlık oranı kadına ve aileye dönük sosyal politikalar, istihdam ve eğitim olarak sıralayabiliriz.

Kadının;

- Sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, vb.),
- Ekonomik bağımsızlığı,
- İçinde yer aldığı hanedeki kişi sayısı,
- Evlilik yaşı,
- Doğum sayısı,
- Sahip olduğu çocuk sayısı,
- En küçük çocuğunun yaşı,
- Doğum aralığı,
- Evlilikte şiddete uğrama durumu,
- Evlilik ilişkilerinin niteliği,
- Sosyal destek sistemi de kadınla direkt ilişkili olarak kadın sağlığını etkileyen faktörlerdir (Aktaş 2007).

2.2.1. Ülkenin Gelişmişlik Düzeyi

Kadın sağlığını etkileyen etkenlerin başında bir ülkenin gelişmişlik düzeyi gelmektedir. Çünkü gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere göre kadınların sağlıklarının korunmasının yanında hastalıkların erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonlarında ayrılan bütçenin fazla olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Gelişmişlik düzeyinin artması beraberinde eğitim düzeyinin artmasını sağlar ve böylece bireylerde sağlık bilinci gelişmesini sağlar. Ayrıca gelişmiş ülkelerde kitle iletişim araçlarının rolü, kadınlarda sağlık bilincinin oluşmasında önemli bir yer tutmaktadır (Aktaş 2007).

2.2.2. Yoksulluk ve Kadın Sağlığı

Sağlık ile yoksulluk arasında ters orantı şeklinde bir ilişki vardır. Yoksulluk arttıkça kadınların sağlık düzeyleri gerilemekte ve daha çok hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda yüksek gelirli ülkelerde beklenen kadın yaşam yılının 80'in üzerine çıktığı, düşük gelirli ülkelerde ise 70'in altına indiği saptanmıştır. Yaşam yılı ile birlikte ülkeler arasında ölüm nedenlerinin de farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yüksek gelirli ülkelerde kronik hastalıklardan dolayı ölümler daha fazla iken düşük gelirli ülkelerde bulaşıcı hastalıklar ve doğumsal sorunlardan dolayı ölümler daha çok görülür. DSÖ 2009 raporunda da bu durum ifade edilmiştir. Yoksulluk kadınların sosyal yaşantısını da etkilemektedir. Erken yaşta eğitim hayatından ayrılmak zorunda kalan kız çocukların erken yaşta evlenmelerine ve erken yaşta gebeliklere sebep olmaktadır. Dünyada meydana gelen doğumların en fazla 15-19 yaş döneminde olan kız çocuklarının yaptığı doğumlar olduğu DSÖ verilerinde yerini almıştır (WHO 2013). Bu yaş aralığında yapılan doğumların yetişkin yaşa göre daha güvensiz şartlarda meydana geldiği ifade edilmektedir. Bu demektir ki her yıl meydana gelecek doğumların önemli bir kısmı 15-19 yaş aralığında meydana gelmektedir. Kontrolsüz ve güvensiz doğumlar anne ölümlerinin başlıca sebeplerine neden olurken; 15-19 yaş döneminde ve düşük gelirli ülkelerde bu duruma sık rastlanmaktadır (Kocabacak 2014).

2.2.3. Eğitim

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biri de kadının eğitimidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların ilgi alanları ve buna bağlı bilgi birikimleri de artmaktadır. İş hayatına katılmaları ve özgüvenleri artar. Kendi

yaşamı olduğu kadar sorumluluk sahibi olduğu kişiler üzerinde doğru kararlar alır ve sağlık hizmetine ulaşma imkânı artar. Eğitim kadınların iş hayatına katılmalarında önemli bir etkidir.

Uluslararası yasa niteliğinde olan birleşmiş milletler CEDAW-1979 taraf devletlerin eğitim alanında erkeklerle eşit haklara sahip olmalarını garanti altına almak üzere, kadına karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi için gerekli tüm önlemlerin alınması (madde 4) gerektiğini vurgulamaktadır. Türkiye'nin, 1995 Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda 2000 yılına kadar çözüme ulaştırmayı taahhüt ettiği sorun alanlarından ikisi:

- Zorunlu eğitimin 8 yıla yükseltilmesi,
- Kadın okumaz-yazmazlığının ortadan kaldırılmasıdır (UNESCO 2005).

2.2.4. Okuryazarlık Oranı

Türkiye de 1930'lara göre %20 olan okuryazar oranı giderek artsa da bu durum kadın ve erkek arasındaki farkı kapatmak için yeterli olmamıştır.

Eğitim, kadının iş hayatına katılımını beraberinde de sosyal statüsünü olumlu yönde etkileyen önemli bir etkidir. Eğitim seviyesi yüksek olan kadınların iş hayatına katılması okuryazar olmayanların iş hayatına katılmasının 4 katıdır. İş hayatına katılma eğitim seviyesi ile doğru orantılıdır. Bu durum erkeklerde kadınlarda olduğu kadar çalışma hayatına katılmada etken bir belirleyici olmamıştır (Akın ve ark. 2008).

Genel okuryazarlık oranının yüksek olması o ülkenin gelişmişlik seviyesi ile doğru orantılı olmaktadır. Bu durum gelişmiş bir ülkede kadınlarda da eğitim oranının yüksek olduğunu gösterir. Bu da sağlık alanında daha bilinçli olmayı, sağlık hizmetlerine kolay ulaşımı ve sağlık algısının doğru bir şekilde yerleşmesini sağlar.

2.2.5. Sağlık İnanç Sistemi

Çağdaş halk sağlığı anlayışına göre bireyler hasta olduktan sonra değil hastalığa yakalanmadan önce, sağlıklı iken bireylerin sağlıkları korunmalı ve geliştirmelidir.

Kişilerin yaşamları boyunca geçirdiği hastalıklar ve bunların sonuçları sağlıklarına verilen önemi ve sağlıkla ilgili davranışlarını etkiler (Sağlık Bakanlığı

2011). Herhangi bir sağlık sorununun yüksek oranda zarar verebileceği kanısına varılır ise bu sağlık sorununun tedavisinin de olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülür. Bu sebeple sağlık sorununun giderilmesi için zamanında yapılmayan sağlık kontrolleri ve diyet düzenlemelerinin daha zararlı sonuçları ortaya çıkaracağı ve sonucunda daha maliyetli olacağı düşüncesi yer alır (Gözüm ve apık 2014). Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek sağlıklı bireyler ve toplumun gelişmesi ile beraber maliyeti de düşürür.

2.2.6. Aşırı Doğurganlık

Ülkemizde Türkiye nüfus ve sağlık araştırması TNSA 2008 verilerine göre toplam doğurganlık hızının 2,16, kaba doğum hızının binde 18,6 olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde evli kadınların %34,4'ünün son 5 yılda doğumlarını planlamadıkları belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014).

Aşırı doğurganlık halk sağlığında önemli bir nokta olup anne ve ocuk ölümlerin de önemli bir yer tutmaktadır. Aşırı doğurganlığın olduğu bir ülkede gelişmişlikten bahsedilemeyeceği gibi aşırı doğurganlık çocuklara olan ilginin azalmasına ve çocuklarda ruhsal sıkıntılara yol açabilir. Aşırı doğurganlık erken ve istenmeyen gebeliklere, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı riskli doğumlara neden olurken anne ve ocuk ölümlerinde artışı da beraberinde getirir.

Bir ailede ocuk sayısı arttıa ocuk başına düşen gelirdede azalma olur ve bu da çocukların tüm ihtiyaçlarının tam olarak giderilmesini olumsuz etkiler. Bu durum özellikle düşük gelirli ailelerde sağlık başta olmak üzere sosyal ve psikolojik olarak daha büyük sorunlara yol açar (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

2.2.7. Evlilik Yaşı

Erken ya da geç yaşta evlilik her iki durumda beraberinde farklı sorunlara sebep olur. Erken yaşta evlilik erken gebeliklere geç yaşta evlilik ise geç gebeliklere sebep olur. Erken yaşta gebelik riskli doğumlara sebep olur. Ayrıca erken yaşta anne adayı olan biri henüz kendi kişiliği ve benliğini oturtmadan bir başkasının sorumluluğunu alma konusunda da zorlanır. Erken gebelik kadınların sosyal statüsünün gelişmesinde, çalışma hayatına katılmasında da büyük bir engeldir.

Geç yaşta evlilikle birlikte geç meydana gelen gebeliğinde kadın sağlığında önemi büyüktür. 35 yaş üstü gebelikler riskli doğumlara sebep olurken bu yaşlardaki gebeliklerde çocuklarda anomali görülme olasılığı yüksektir. Ayrıca bu yaştan sonraki kadınlarda çeşitli sağlık sorunlarının da görülme olasılığı yüksektir. Lerner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilerleyen yaş ile birlikte yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum bize bireyin yaşı arttıkça kendilerini kötü hissetmelerinin, hastalıkların artması ve psikolojik faktörlerden etkilendiğini gösterir.

2.2.8. Evlilikte Şiddete Uğrama Durumu

Şiddet günümüzde giderek artış gösteren, dünyanın her tarafında görülen önemli bir toplum sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. DSÖ şiddeti, “Fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlamaktadır (WHO 2013).

Kadına olan şiddet eğitim ve öğretim düzeyine, ekonomik gelişmişliğe, sosyal ve kültürel farklılığa bakılmaksızın tüm dünyada görülen, evrensel bir hal almıştır (Güler ve ark. 2005).

Aile içinde şiddet kadınlarda ruhsal ve fiziksel birçok sorunların yaşanmasına sebep olur. Şiddet başlangıçta hissizlik ya da şok olarak algılanabilir sonrasında ise aynı şeylerin tekrar yaşanacağı düşüncesiyle korkuya neden olur. Uzun süreli görülen şiddet ise kadınlarda çaresizlik, umutsuzluk, güvensizlik, kendini suçlama, özsaygıda azalma, kontrolün kaybedilme duygusu gibi ruhsal problemlere yol açar (Stewart ve Robinson 1998). Aile içi şiddet fiziksel olarak da yaralanmalara ve kırıklara, beyin dokusunda hasarlara, ölümlere sebep olurken; cinsel şiddet cinsel yolla bulaşan hastalıkları, istenmeyen gebelikleri, idrar yolu enfeksiyonları ve genital birtakım rahatsızlıkları da beraberinde getirir. Şiddete maruz kalan kadınların yaşadıkları stres nedeniyle de yoğun baş ve sırt ağrılarıyla birlikte gastro intestinal sorunların görüldüğü araştırmalarda gözlemlenmiştir (Stewart ve Robinson 1998).

2.2.9. Sosyal Destek Sistemi

Kadın sağlığı üzerinde kadının çevresi, aile içindeki bireylerin düşünceleri, sosyal destek alma durumu etkilidir. Literatürlerde sosyal desteği tam olan kadınların daha güçlü olduğu, hastalıklar ile daha kolay bahşedebildikleri, başlarına gelen olumsuz olaylarda kriz yönetimimin daha başarılı olup bu duruma daha kolay uyum sağladıkları belirtilmektedir (Aktaş 2007).

2.3. Kadın Hayatının Dönemleri

Kadın yaşamı bir süreç olarak düşünülürse her dönemde farklı özellikler görülüp her dönemde kadının farklı fiziksel ve duygusal gelişimler içerisinde olacağı için bu süreç belli dönemlere ayrılarak incelenir.

Kadın hayatı, kesin sınırları olmamakla birlikte belirli dönemlerde incelenebilir.

Ergenlik dönemi

Doğurganlık dönem

Menopoz dönemi

2.4. Menopoz

Menopoz sözcüğü, yunanca mens (ay) ve pause (durmak) kelimelerinden oluşmaktadır. Dünya sağlık örgütüne göre menopoz over foliküllerinin işlevlerini yitirmesi ile adet kanamasının kalıcı olarak son bulmasıdır (Milli Eğitim Bakanlığı 2012). Over fonksiyonlarının azalmasıyla bir sene içerisinde adet kanamasının olmaması sonucunda tanısı konur.

Menopoz aslında östrojen hormon seviyesinin azalmasıdır. Menstrual siklus devam ederken östradiol seviyesi ortalama 100 pg/ml iken menstrual siklusun sona erdiği menopoz döneminde bu miktar 25 pg/ml'dir (Kaymak ve Tırnaksız 2006).

Menopoz dönemi perimenopozal dönem, menopozal dönem ve postmenopozal dönem olarak üçe ayrılmaktadır ve buna da klimakterik dönem denmektedir (Huffman ve ark. 2005; Freeman ve ark. 2006; Hunter ve Rendall 2007). Klimakterik dönem içerisindeki perimenopozal dönem over fonksiyonlarının değiştii son olarak menstruasyon olayının görüldüğü dönemdir. Bu dönemde overlerdeki folikül sayısı azalır ya da var olan foliküllerin fonksiyonları işlevselliğini

yitirir. Adet kanamasının bir sene boyunca olmadığı dönemden hemen sonraki dönemde postmenopozal dönemdir.

Eski zamanlardan beri menopoz yaşının ırk ve çevresel etkenlere göre değişmediği evrensel olarak her yerde 45-55 yaş grubu olduğu kabul edilmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da menopoz döneminin 46-48 yaş aralığında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Günümüzde kadınlar için tahmini yaşam ömrünün 80 sene olduğu düşünülürse ülkemizde menopoz yaşının 45-50 yaş arası olduğu kabul görüp geriye kalan yaşam diliminin 25-30 yıl gibi büyük bir bölümü yaşam kalitesinin korunabilmesi için önemli bir yerdendir. Bu sebeple menopozal ve sonrası dönem kadınların yaşam dönemlerinde önemli bir yer tutmaktadır (Ertem 2010).

2.4.1. Menopozun Demografisi

Menopoz tüm dünya kadınlarını konu alan son menstural döngü olarak kendini gösteren 45-55 yaş arası kabul edilen bir olgudur.

Menopoz doğal olarak meydana geldiği gibi cerrahi menopoz dediğimiz şekilde de olabilir. Cerrahi menopoz overlerin uterusla birlikte çıkarılmasıdır (Aydemir 2007).

Klimakterik dönem ile ilgili yapılan çalışmalarda, menopozun kültürlerarası farklı yaşandığı gibi aynı kültürde de farklı yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır. Menopoz kişisel algıların, fiziksel değişimlerin ve kültürel etkilerin bir kombinasyonudur. Birçok kültürde kadının yeri ve rolü, cinsiyetle olan bakış açısı, cinsiyete bağlı stres ve yaşlanma gibi konular menopozu etkileyen faktörlerdendir. Kültürler arasında menopozla ilgili yapılan çalışmalar menopozun farklı etkenlerden etkilendiğini bize açıkça gösterir. Örneğin doğu kültürünün hâkim olduğu yerlerdeki kadınlar batıdaki yaşlılarına göre bu olayı doğal bir süreç olarak kabul etmiş ve olduğu gibi bu dönemi yaşamışlardır. Ayrıca Avrupa ve Kuzey Amerikalı kadınlarında menopoz döneminde daha fazla şikâyetlerde bulunup bu durumu daha zor geçirdikleri ve sağlık kuruluşlarına daha çok başvurduğu görülmüştür (Bayraktar ve Uçanok 2002). Kadınların ve erkeklerin menopozu bakış açısı isimli yapılan bir çalışmada da menopozu tanımlamaya ilişkin ifadeler katılma durumlarına bakıldığında, kadınların %46,6'sı "Menopoz bir hastalıktır" ifadesine

katılmadıklarını belirtirken, %39,2'si bu ifadeye katıldıklarını söylemişlerdir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%88,3) menopozun kadın yaşamının normal bir olayı olduğu kanısına ulaşılmıştır (Öztürk 2008). Kadınlarda doğal bir süreç olan menopozun kaçınılması mümkün olmayan sorunmuş gibi algılanmasının temelinde sosyo-demografik özelliklerin yattığı düşünülmektedir (Dökmen 2009).

Asyalı kadınların menopoz dönemini diğer kadınlara göre daha kolay geçirdiği, bu durumu daha olağan karşıladığı, sıkıntılarla daha kolay başettiği saptanmıştır. Yedi Asya ülkesinde yapılan bir çalışmada menopozal dönemdeki kadınlarda sıcak basması, gece terlemesi görülme sıklığının batı ülkelerindeki kadınlara nazaran daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Boulet ve ark. 1994). Lock'un (1994) araştırmasında da Kanadalı ve Amerikalı menopozal dönem kadınlarının Japon kadınlara göre uzun dönem hastalıklarını daha fazla yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da Avustralya gibi batı toplumlarında kadınların %80'inin menopozal dönemde sıcak basmaları, gece terlemeleri vajinal kuruluk, libido kaybı, çarpıntı, baş ağrısı, osteoporoz, depresyon ve huzursuzluk gibi semptomları yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tortumluoğlu 2004).

Bir diğer çalışmada United States'deki kadınların %80'i sıcak basmasından şikâyet ederken Çinli ve Japon kadınların % 14 ve 18'inin sıcak basmasını yaşadıkları saptanmıştır (Somer 1997). Yine United States'de (1992) yapılan bir çalışmada menopoz dönemindeki kadınların yüksek oranda yorgunluk (%91), sıcak basması (%87) ve huzursuzluk-sinirlilik (%76) belirtilerini yaşadıkları saptanmıştır (Bernhard ve Steppard 1992).

Menopoz yaşı coğrafi özellikler ve ırk gibi değerlerden etkilenir. Amerika'da 22.000 kadının katıldığı çalışmada doğal menopoza girme yaşı ortalaması 50,5 ve Asya'da 51,4 iken, Avrupa'da 50,1-52,8 arasında değişmektedir. Tayland'da yapılan bir çalışmada da kadınların menopoza girme yaş ortalaması 48,7 olarak saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise 45,0±5,4 yaş, 48,7±2,5 yaş ve 44,6±4,9 yaş olarak bulunmuştur. Türkiye'de menopoza daha erken yaşta girilmektedir (Uludağ ve ark. 2014).

Evlilikte uyum düzeni ve menopoz arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların eşleriyle uyumunun menopoz döneminde yaşadığı sıkıntılar ve bunlarla baş etme

yönetimi arasında önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (Koster ve Davidsen 1993; Montero ve ark. 1993). Yapılan başka bir çalışmada evli olmayan bayanlarda evli bayanlara göre menopoz döneminde depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü ancak evli olup mutlu bir evlilik yaşamı olmayanların da evli olmayanlara göre daha çok bu dönemde sıkıntı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kurpius ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da evlilikten alınan doyum ile menopozla ilgili belirtilerin olumsuz yönde birbirini etkilediği saptanmıştır (Kurpius ve ark. 2001). Uçanok ve Bayraktar'ın yaptığı çalışmada da 35-65 yaş aralığında olan kadınlarda menopoz belirtilerinin medeni durum, evlilikte uyum düzeyi, eğitim, iş hayatı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda tüm değişkenlerin menopoz belirtileri ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptanmış, evlilikte uyum ile eğitim olaylarının daha çok etkili olduğu görülmüştür.

2.4.2. Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler

Menopoza girişi etkileyen faktörler aşağıda sıralanarak açıklanmıştır.

Genetik Faktörler: Genetik faktörler menopoza girme yaşını ve menopozda görülen belirtileri etkiler. Bir ailedeki kadınların aynı yaşlarda menopoza girdiği görülmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Genital Faktörler: Menopozun meydana gelmesinde over fonksiyonlarının sorunsuz olmasının önemi büyüktür. Adet düzensizlikleri yaşayan kadınlar adet düzeni olan kadınlara göre daha erken yaşta menopoza girmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Ayrıca menopoza girmenin aşırı doğurganlık, HRT kullanımı, ilk adet görme yaşı, iki yıldan uzun süre emzirme gibi etkenlerden de etkilenecek şekilde etkilenen kişilerle birlikte belirtilmektedir. Bu etkenlerin erken menopoza girmede etkili olduğu literatürlerde belirtilmiştir (Arıkan 2005).

Psişik Faktörler: Yaşanılan büyük kazalar, travmalar, deprem, sel gibi doğal afetler, göç, savaş gibi toplumsal olaylar mensturasyon döneminin ani ve erken sonlanmasına sebep olabilir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Fiziki ve Çevresel Faktörler: Soğuk iklimin hâkim olduğu yerlerde insanlar sosyal, ekonomik ve kültürel nedenlerden dolayı daha zor şartlarda yaşamını

sürdürürler. Bu sebeple buradaki kadınlarda erken menopoza girme olasılığı daha yüksektir. Ayrıca çevre ve gürültü kirliliği, radyasyon ve yüksek yerlerde yaşamın erken menopoza sebep olduğu bildirilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Sigara Kullanımı: Sigara kullanımı birçok hastalığı tetikleyip sağlığını olumsuz etkilediği gibi menopoz dönemi üzerinde de olumsuz etkisini göstermektedir. Sigara içenlerin içmeyenlere göre 1-2 yıl daha erken menopoza girdiği bildirilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Genel Sağlık Durumu: Hormonal ve metabolik hastalıklar, genetik hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, radyoterapi ve kemoterapi kullanımı da menopoz yaşı üzerinde etkilidir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012). Vücudumuzdaki adipoz doku östrojen üretimini sağlar. Bu sebeple zayıf kadınlar daha erken menopoza girebilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

Sosyal Faktörler: Yapılan araştırmalarda geleneksel ve kırsal toplumlarda (Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika) menopoz yaşının 1- 2 sene daha erken görüldüğü gözlemlenmiştir. Eğitim seviyesi, evlilik yaşamı, köy ya da kentte yaşama, sosyal faktörler, ırk, sosyal yaşam, çalışma hayatı gibi faktörler menopoz yaşı üzerinde etkilidir. Düşük eğitim seviyesi, kötü ve doyumsuz bir evlilik yaşamı, düşük sosyoekonomik düzey, kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda menopoz daha erken yaşta görülebilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı 2012).

2.4.3. Menopozda Görülen Hormonal Değişiklikler

Menopoz ovaryumdaki foliküllerin işlevselliğinin kaybolmasıdır. Ovaryumlardaki östrojen yokluğu eksiklik sendromu yaparak etken olduğu sistemlerde yıkıcı etkilere sebep olur.

Menopoz öncesi dönemde FSH arttıkça östrodiol sabit kalır, folikül depoları boşaldıkça estradiol ve östron hormonlarında düşüş görülür. FSH ile LH da artmış düzeylerinde kalır. Fizyolojik olarak en aktif olan östrojen hormonlarından östrodiolda en çok düşüş görülür, östron üretilmeye devam eder. Östrojen ve progesteron düzeylerindeki düşüş devam ederken menopozal geçiş döneminde testosteron, androstendion, dehidroepiandrosteron, dehidroepiandrosterone sülfat ve cinsiyet hormon bağlayıcı globülin düzeylerinde artış gözlenmiştir. Ayrıca genel

yaşlanma sonucu olarak da tiroksin ve triiodotironin düzeyleriyle birlikte büyüme hormonunda da düşüş meydana gelir (Güler 2015).

Tablo 2-1: Menstrualsiklus ve menopoz döneminde hormon değerleri

Hormonlar	Ovulasyon	Foliküler Faz	Luteal Faz	Menopoz
FSH (mIU/ml)	6,3-24	2,9-12	1,5-7	17-95
LH (mIU/ml)	9,6-80	1,5-8	0,2-6,5	8-33
Progesteron (ng/ml)	2-3	0,2-1,4	4-25	0,1-1
Östrojen (E2) (pg/ml)	1-147	93-404	29-318	<58

Tablo 2-2: Premenopozal ve postmenopozal dönemde hormonların ortalama serum konsantrasyonları

Hormonlar	Premenopozal	Postmenopozal
Östradiol (ng/ml)	0,05	0,013
Östron (ng/ml)	0,08	0,029
Progesteron (ng/ml)	0,47	0,17
Testesteron (ng/ml)	0,32	0,25

Kaynak: (Atik 2009)

2.4.4. Menopozda Görülen Kısa Süreli Semptomlar

Gelişmiş ülkelerde (ABD, Hollanda, Avustralya, Japonya gibi) klimakterik dönemde olan kadınlarda %75’inde sıcak basması, %41’inde sinirlilik, %40’ında yorgunluk, %39’unda terleme, %38’inde baş ağrısı, %32’sinde uykusuzluk ve %30’unda depresyon belirtilerinin olduğu görülmüştür (Woods ve Mitchell 2005).

Türkiye’de ise kadınların %80’i sıcak basmasından yakınmaktadır (Özcan ve Oskay 2013). %31,3’ünde gece terlemesi, %38,8’inde âdetlerin seyrek olması, %42,2’sinde saç dökülmesi, %63,1’inde baş ağrısı, %39,7’sinde baş dönmesi, %45,2’sinde el ve ayakta karıncalanma gibi belirtiler görülmüştür (Arslan ve Altınsoy 2004).

Vazomotor Belirtiler (Sıcak Basması): Yüz kızarması (flushes), sıcak basması (hot flash) ile gece terlemesi (swething) vazomotor değişikliklerinin genel belirtileridir (Şahin 1998; Ergöl ve Eroğlu 2001; Cohen ve ark. 2005). Vazomotor belirtilerin nedeni yıllardır tartışımasına rağmen tam olarak bir sonuca bağlanamamıştır. Ancak hipotalamusta östrojen eksikliği nedeniyle vücudun ısı-regülasyon fonksiyonunun bozulmasından kaynaklandığına inanılmaktadır (Aydemir 2007). Literatürlerde bu belirtilerin kadınların %50'sinden fazla oranda görüldüğü belirtilmiştir (International Menopause Society). Avrupa ülkelerinde menopoz dönemindeki kadınların %55'inin ve Amerika da yaşayan kadınların da %75'inin sıcak basması yaşadığı belirtilmiştir (Fredman 2005). Bu oran ülkemizde yapılan çalışmalarda da farksız değildir (Özcan ve Oskay 2013).

Bu belirtiler ani ve kısa süreli olabildiği gibi uzun süreli de yaşanabilir. Sıcaklık artmasıyla birlikte vücutta terleme de meydana gelir (Altınsoy 2002). Yaşam biçimi sıcak basmaları üzerinde etkili olabilir. Egzersiz yapmayan, sigara ve alkol kullanan, vücuttaki yağ oranı az olan kadınlarda sıcak basmaları daha sık görülür. Ayrıca sıcak hava, kafein alımı, yorgunluk fazla yapılan aktivite, acılı ve baharatlı yemek yeme sıcak basmalarını artırabilir (Erel 2004). HRT kullanımının sıcak basmalarını engellerken meme kanseri riskini artırdığı bulunmuştur. Bu sebeple bazı kadınlar bu dönemde alternatif tedavi yöntemini seçip bitkisel ürünler kullanmaktadır. Bitkisel ürünleri kullanmakla birlikte solunum ve gevşeme egzersizleri yapmak, ince kıyafetler giymek bu dönemde kadınları rahatlatılabilir (Aydemir 2007).

Psikolojik Semptomlar: Menopoz dönemindeki hormon değişikliklerinin merkezi sistem üzerinde etki göstererek duygu durum değişikliklerine sebep olduğu düşünülmektedir. Yapılan birçok araştırmada kadınlarda görülen duygu durum değişikliklerinin en çok östrojen hormonunun değişken olduğu doğum sonunda, premenopoz ve postmenopoz dönemde görüldüğü saptanmıştır (Özgür 2007).

Tayvan'da, menopoz dönemi 3359 kadınla yapılan araştırmada, 145 kadında menopoz ve depresyon ilişkisi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadınlarda depresyon belirtilerinin görülme nedeni olarak medeni hal, yaş, sigara kullanımı, eğitim, gelir düzeyi, HRT kullanımının etkili olduğu bulunmuştur (Özcan ve Oskay 2013). Birçok kadın menopoz dönemini kadınsılığın, üreticiliğın, cinsel çekiciliğın

ve işlevselliğin sona erdiği, birçok hastalığın başlangıcı ve yaşlılık döneme yaklaşma olarak görebildiği gibi Arap toplumları ve kırsal kesimli yerlerde ise gebe tehlikesinin ortadan kalkması nedeniyle ödül olarak görülen yerlerde vardır. Bu sebeple menopoz dönemi kültürel, inanç ve değerlere göre olumlu ya da olumsuz şekilde algılanabilir.

Gezer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada menopoza ilişkin psikolojik belirtiler depresif ruh hali, sinirlilik, kendine olan güvende azalma, karar vermede zorluk çekme, kaygı (endişe), unutkanlık, dikkat toplamada güçlük çekme, kendini değersiz hissetme, uykusuzluk, yorgunluk hissi, baş dönmesi nöbetleri ve cinsel istekte azalmadır. Yapılan bir çalışmada; klimakterum döneminde irritabilite %53, sinirlilik %91, depresyon %86, yoğunlaşma kaybı %82, kişilik değişikliği %81, uyku bozukluğu %77, isteklendirme yokluğu %77, hafıza kusuru %75, sıcak basması %37, baş ağrısı %19 ve aşırı terlemenin %18 oranında olduğu belirtilmiştir (Simon ve Reape 2009).

Menopoz döneminde görülen bu sorunlar kültürler arasında hatta aynı kültür içinde farklı yaşam tarzı olan kişilerde farklılık göstermektedir. Menopoza karşı oluşan algı ve şikâyetler; toplumun etnik yapısı, kadının statüsü ve yeri, kadının yaşam şekli, cinselliğe bakış açısı, toplumun ve kadının menopoza yüklediği anlam gibi özelliklerden etkilenir (Tortumluoğlu 2004). Kuzey Hindistan'da adet kanamasının sona ermesiyle belirti ifade etme ve statü değişimi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, menopoza girmiş olan kadınların daha rahat hareket edebildikleri bulunmuştur (Burger ve Bovlet 1991). İran'da da menopozun dört gözle beklenmesinin sebebi ise yaşla birlikte statülerinin arttığı düşüncesinin hâkim olmasıdır (Kazerooni ve ark. 2000). Müslümanların ve Arap halkının fazla olduğu Asya ülkelerinde ise menopoz özgürlüğün başlangıcı olarak görülmektedir (Carolan 2000). Batı ülkelerinde ise menopozal yakınmaların ve belirtilerin daha yoğun yaşanmasının sebebi ise menopoza karşı olan olumsuz düşüncelerdir (Berger ve Wenzel 2001). Yaşanan bu kültürel farklılıklar psikolojik sorunlarında değişik şekillerde yaşanmasına neden olmaktadır.

Bizim ülkemizde de yaşlanmak toplum ve aile içinde kadının statü kazanmasıdır. İlerleyen yaşla birlikte biriken deneyim ve bilgilerin gençlik dönemindeki bilgilerden daha değerli olduğu öngörülmektedir (Özgür 2007). Yapılan

bir çalışmada kadınların %70,4'ünün menopoz dönemini normal, doğal bir süreç olarak gördüğü, %56,5'inin ise menopoza girdiği için memnun olmadığı bulunmuştur (Güngör 2003).

Menopoz dönemi biyolojik, sosyal ve ruhsal yönden çok boyutlu bir dönem olduğu için tedavi de çok yönlü düşünülmelidir. Bu dönem normal bir süreç olarak düşünülmeli ve ona yönelik bir tutumla yaklaşılmalıdır. Psikososyal sorunların temeli araştırılmalı, sorunların esas kaynağı bulunup ona yönelik çözümler üretilmelidir. Bu dönemde ilaç tedavisi yapılması gerekiyorsa yapılmalıdır. İlaçların yan etkileri göz önüne alınacak olursa psikolojik desteğin önemi için çaba gösterilmelidir.

Adet Düzensizlikleri: Menopoza girişin en belirgin belirtisi adet düzensizlikleridir. Adet düzensizlikleri zaman ya da miktar olarak değişim göstereceği gibi her iki durum olarak da meydana gelebilir. Bu dönemde FSH seviyesi artar, inhibin seviyesi azalır, LH hafif artmış iken östradiol seviyesinde artış görülür (Aydın 2011). En belirgin belirtisi iki adet kanaması arasındaki sürenin uzamasıyla birlikte miktarın azalmasıdır. Adet düzensizlikleri menopoz döneminin en belirgin özelliği olsa da menopoz öncesi dönemde fazla olan kanamalar gebelik durumunu olasılığını da geri plana atmamalıdır. Ancak aşırı olan kanamalar endometrial karsinom, atipik endometrial hiperplazi, polip gibi bir hastalık belirtisi de olabilir. Menopoz sonrası hastalarda endometrial kanser görülme olasılığı yılda %0,1 iken menopoz sonrası kanaması olan kadınlarda görülme olasılığı % 10'a yükselir (Aydemir 2007).

Atrofik Semptomlar: Östrojen hormon düzeyinin eksikliği nedeniyle oluşan atrofik semptomlar deri, üriner sistem ve üreme sisteminde meydana gelmektedir.

Üreme Sistemi:

Vulva; Vulvada kaşıntı ile seyreden distrofiler postmenopozal kadınlarda en sık karşılaşılan semptomlardır. Vulvadaki atrofi vulvar intraepitelyal neoplaziler (vın) ve skuamöz hücreli kanserlerin oluşmasına zemin hazırlar (Şahmay 2008).

Vajina; Östrojenin azalmasıyla birlikte vajinanın rengi soluklaşır, dokusu zayıflar ve buna bağlı olarak esnekliği kaybolur, daralır ve kısılır. Vajinada “atrofik vajinit” veya “senil vajinit” adı verilen tablo meydana gelir. Senil vajiniti olan kadın

vajinada kuruluk, yanma hissi, disparoni, kanama, rijidite gibi rahatsızlıklar yaşar (Woods ve Mitchell 2005).

Serviks; Atrofiye uğrar, çapı ve uzunluğu küçülür (Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

Uterus; Atrofiye uğrar ve ağırlığı 30-35 grama kadar azalır. Myometriumda görülen atrofi sonucu myomlarda da atrofi gözlenebilir. Endometrium atrofiye uğrar ve damarlarında sklerotik değişimler meydana gelir (Woods ve Mitchell 2005, Şahmay 2008).

Tuba uterinalar; Atrofiye uğrar, uzunlukları ve çapları küçülür, lümenleri daralır, sekresyon ve hareket yetenekleri azalır. Siliyer yapıların şekil ve fonksiyonları bozulur (Şahmay 2008).

Pelvis; Tabanda yer alan kaslar ve uterus ile çevre organları destekleyen ligamentlerin intonüs ve esnekliği kaybolur, pelvik organları yerinde tutabilme özelliği azalır. Sonuçta pelvis elastikiyeti azalır, sistosel, rektosel, enterosel ve uterus prolapsusu gibi tablolar oluşur (Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

Üriner Sistem: Reprodüktif dönemdeki bir kadında üretra ve mesane mukozası vajina mukozasına benzer şekilde siklik östrojen değişimlerinden etkilenir. Dolayısıyla menopozdan sonra bu mukozalarda atrofi olur, vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflar ve sonuçta üretral sendrom, gerçek stres inkontinans, urgeinkontinans (sıkışma tipi idrar çıkarma) ve ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar. Üretral sendrom, dizüri, pollaküri, inkontinans ve noktüri ile karakterizedir (Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

ABD’de yapılan bir çalışmada, 40-55 yaş arası kadınların %27’sinin cinsel sorunlar, %19-29’unun emosyonel durumda değişiklikler, %6-13’ünün vajinal sorunlar, %17’sininde üriner sistem sorunları deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır (Word ve ark 2005). Arıkan’ın İstanbul’da 2005 senesinde yaptığı araştırmada kadınların %30’unun deride kuruluk, kaşıntı, eklem ağrıları ve prolapsus gibi sıkıntılar deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır (Arıkan 2005). Sonuçlara bakıldığında ilaç tedavisinin sıcak basmaları ve vajinal kuruluk şikâyetlerini, osteoporoz riskini azalttığı görülmüştür.

Deride Görülen Farklılıklar: Deride östrojen, progesteron ve androjen reseptörleri bulunduğu için hormonal değişikliğe duyarlı bir organdır. Östrojen hormonunun vücudumuzda en çok genital bölge ve deride bulunduğu saptanmıştır. Bu yüzden de en çok bu bölgelerde farklılıklar görülür. Menopoz döneminde östrojen seviyesinde ciddi anlamda düşüş meydana gelirken progesteron hormonu da menopoz öncesi dönemde düşmeye başlar (Ciocca ve Roig 1995).

İlerleyen yaş ile birlikte yağ bezlerinin boyutlarında büyüme görülürken sebum üretimi azalır. Menopoz sonrası deride görülen kuruluğun başka bir sebebi ise sebum üretiminin azalmasıyla derinin su tutma kapasitesinin azalmasıdır. Menopozda kadınlarda kıllanma özellikle yüz ve dudak üstü bölgesinde oldukça görülen bir durumken aksiller ve pubik bölgedeki kıllarda da seyrelme görülebilir. Bunun sebebi östrojen hormonunun azalmasıyla serbest testesteron hormonunun açığa çıkmasıdır (Wines ve Willsted 2001).

Flushing: Menopoz dönemindeki kadınlarda geçici periyotlar ile kendini gösteren atak şeklidir. Kadınların birçoğunda görülen bir problemdir. Östrojen hormonunun eksikliğine bağlı olarak periferel vasküler kontrolün olmamasından kaynaklandığı düşünülür. Yüz kızarması ile birlikte terleme, çarpıntı ve uyku bozuklukları da görülür. Ortam sıcaklığı, fiziksel aktivite, duygu durum hali, sigara ve alkol kullanımı bu atakları tetikleyebilir. Yapılan araştırmalarda atakların östrojen seviyesi ile ilgili olmadığı düşünülmüştür (Wines ve Willsted 2001).

Keratoderma klimakterikum: Sadece menopoz dönemine ait bir hastalık olmamakla birlikte, postmenopoz dönemde de fazla kilolu kadınlarda daha fazla görülen, avuç içi ve ayak tabanındaki hiperkeratozdur (Deschamps ve ark. 1986).

Uykusuzluk: Yaşam kalitesini etkileyen uyku öncelikli fizyolojik gereksinimlerden biridir. Uykusuzluk menopozal dönemde sıcak basması ve gece terlemelerinden sonra sık görülen belirtilerendir (Timur ve Şahin 2010).

Sıcak basmaları menopozal dönemde kadınların %70'inde görülürken uykusuzluk %15 ile %60 arasında görülür (Özcan ve Oskay 2013). Sık görülen uykusuzluğun sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte sıcak basmalarının da buna sebep olduğu düşünülmektedir. Sıcak basmalarını sık ve yoğun bir şekilde yaşayan kadınların uyku düzensizliklerini daha fazla yaşadığı saptanmıştır (Hot Flashes

2006). Ayrıca bu dönemde görülen uyku bozukluğunun tek sebebi menopoza değildir. Kafein alımı, uyku düzeninin bozulmuş olması, nikotin, antidepresan ilaçlar, sedatifler vb. durumlarda uykusuzluk sebepleridir (Aydemir 2007). Japonya’da 1451 peri-post menopozal kadınlar üzerinde yapılan araştırmada, uykusuzluk görülme sıklığı %50,8 bulunmuştur. Uykusuzluk yaşam kalitesi kötü olan bireylerde, sağlık problemi olanlarda ve orta yaşlarda daha sık görülür (Özcan ve Oskay 2013).

Amerika birleşik devletleri ulusal kadın sağlığı çalışmasında (The Study of Women’ Shealth Across the Nation-swan), 40–55 yaşlarında multi etnik 12.603 kadında sıcak basması ve uyku değerlendirilmiştir. Bu çalışmada uyku güçlüğü ve sıcak basması arasında 1.99 oranında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Hollanda’da 10,598 kadın üzerinde yapılan diğer büyük bir çalışmada, uyku güçlüğü ile sıcak basması arasında, yaş etkeninden sonra kuvvetli bir ilişki bulunmuştur (Moe 2004).

Menopozal dönemde östrojen hormonunun çekilmesi uyku düzenini sağlayan seratonin metabolizmasını azalttığı için bu dönemdeki uykusuzluğun sebebi olarak düşünülebilmektedir (Şahin 1998). Araştırmaya göre hormon replasman tedavisinin vazomotor yakınmaları azaltarak kadınlarda uyku kalitesini arttırdığı görülmüştür (Başer 2002).

Cinsellik: Menopozal dönemde hormonal değişiklikler ve fizyolojik değişiklikler cinsel aktivitenin azalmasına sebep olur. Östrojen, progesteron, testosteron hormonlarının düşmesi cinsel uyarılma ve orgazmda sorunların ortaya çıkmasına sebep olur. Ayrıca yaşla birlikte over fonksiyonları da azalır ve bu da cinsel yaşamı olumsuz etkiler. Duyarlı bölgelerin uyarılma eşiği yükselir. Postmenopozal dönemde vajinanın atrofi olması ağrılı birlikteliğe ve vajinismusa sebep olur. İdrar kaçırma cinsel istekte azalmaya sebep olabilir. Sonuç olarak menopozal dönem cinsel hayatı olumsuz etkiler. Yaşlanma ile birlikte menopoza girme seksüel hayatın sonu gibi yanlış bir algıya sebep olabilir. Bu yüzden kadının cinsel yaşamı nasıl algıladığı önemli bir sorudur. Bu algı ise kültürel değerler, etnik yapı, çevre, çalışma yaşamı, stres, günlük yaşam sorunları gibi birçok faktörden etkilenir (Aydemir 2007).

Kadınların çoğunun menopoza öncesi düzenli ve istekli bir cinsel ilişkileri varken menopoza döneminde ve sonrasında cinsel ilişkilerinin istemsiz ve doyumsuz

geçtiği düşüncesi belirtilmektedir. Bu çalışmada kadınların bu döneme dair kaliteli bir cinsel yaşantı beklentilerinin olduğu düşüncesini verir. Çalışmalarda premenopozal kadınların %15-25'inin, postmenopozal kadınların ise %40-50'sinin hipoaktif cinsel arzu bozukluğu yaşadıkları sonuçlandırılmıştır (Castelo ve ark. 2003; Gonzales ve ark. 2004; Goldstein ve ark. 2006).

2.4.5. Menopozda Görülen Uzun Süreli Semptomlar

Kardiyovasküler Hastalıklar: Kardiyovasküler (KVH) hastalıklar Türkiyede ve dünyada erkeklerde kadınlara nazaran daha sık görülen ölüm sebepleri arasında en çok görülenidir. 55yaş altında KVH en sık erkeklerde görülürken menopoz sonrası bu oranın kadınlarda ve erkeklerde aynı olduğu görülmektedir. Birçok araştırmada over hormonlarının KVH riskini azalttığı gözlemsel çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu bize kadınların yaşamlarının %30-40 oranı gibi büyük bölümünü bu hormonlardan yoksun geçirdikleri için KVH'a yakalanma riskini de artırdığını gösterir (Aydemir 2007).

Kadınların menopoz dönemine kadar östrojenin etkisiyle kardiyovasküler sorunlardan korundukları bilinmektedir (Woods ve ark. 2005). Yapılan araştırmalarda kadınlarda LDL (düşük dansiteli lipoprotein) düzeyinin menopoz öncesi erkeklere göre düşük olurken menopoz sonrası bu oranın kadın ve erkeklerde aynı oranda görüldüğü saptanmıştır. HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) ise tam tersi bir durum göstermiştir. Menopozdan 2-3 yıl sonra total kolesterol %6, trigliseritler %11, LDL kolesterol %8 oranında artarken, HDL kolesterol düzeyi ise %7 oranında azalmaktadır (Atik 2009).

Amerikan Heart Association'ın 1997 verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda en çok görülen ölüm nedenlerinden biri olarak saptanmıştır ve kadınlarda tüm ölümlerin yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Kadınlardaki bu kardiyovasküler hastalıklardan görülen ölümlerin yarısını da koroner arter hastalığı oluşturur ve bunların çoğu 65 yaş üstü olan yaşlılık döneminde görülmektedir. Menopoz sonrası dönemde over hormonlarının yokluğuna bağlı olarak metabolik ve fizyolojik değişikliklerle beraber diyabet, hipertansiyon, ateroskleroz ve tromboz oluşma riski de yükselmektedir.

Menopoz; vücut ağırlığı, vücut yağ dağılımı, insülin duyarlılığı, plazma lipit profili ve sempatik tonusta istenmeyen sonuçları meydana getirmektedir (Carr 2003; Rosano ve ark. 2004).

Menopoz sonrası kadınlar kilo almaya eğilimli olurlar ve vücut şekillerinde değişiklikler görülür. Jinekoid tipten android tipe dönüşürler. Android tipi yağlanma beraberinde KVH'ı da getirir. Glikoz ve insülin metabolizmasındaki değişiklikler over fonksiyonlarının kaybıyla birlikte hızlanır ve insülin duyarlılığında ve salgılanmasında azalmaya yol açar. Böylece glikoz, lipit ve lipoprotein metabolizmasında meydana gelen bozulmalar menopozal metabolik sendromun oluşmasına neden olur (Godsland ve Stevenson 1995). Bu sebeple diyabetik kadınlarda KVH görülme sıklığı diyabetik olmayanlara göre daha fazladır. Postmenopoz döneminde arteriyel ve sistolik kan basıncı da premenopoza göre daha yüksek olur. Arteriyel basıncın tek başına yüksek olması kadınlarda morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir. Bu nedenle arteriyel basıncın düşürülmesi, kilo verme, insülin hassasiyetini artırıcı ilaçların kullanılması KVH'ın görülme sıklığını azaltmada önemli faktörlerdir (Tuomilehto ve ark. 2001; Wong ve ark. 2003).

Kardiyovasküler hastalıkların görülmesinde diyabet, yüksek tansiyon, ailede kardiyovasküler rahatsızlığın olması, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam tarzı, fazla kilo, lipit düzeylerinin yüksek olması gibi menopoz haricinde başka risk faktörlerinin de olabileceği dikkate alınmalıdır (Seyisoğlu ve Ertüngealp 2000; Taşkın 2005).

Osteoporoz: Osteoporoz dünyada en çok görülen bir metabolik kemik hastalığıdır. Osteoporoz kemik kütlelerinde azalma ve mineral yapının bozulmasıyla kırık riskinin de arttığı kemik erimesi olarak bilinir. Osteoporoz günümüzde giderek bir halk sağlığı sorunu şekline dönüşmüştür. Bunun sebeplerinden biri ise osteoporoz sonucu meydana gelen büyük kırıklar, morbidite ve mortalitenin artması, hastane yatışlarının artması ve ekonomik kayıpların büyük oranda artış göstermesidir. Ülkemizde ve dünyada beklenen yaşam süresi uzamakla birlikte yaşlı insan sayısı da giderek artmaktadır. Erkek ve kadınlarda kemik mineral yoğunluğu yaşla birlikte azalmaktadır. Kadınlarda bu durum menopozdan sonra daha çok görülür. Kadınların yaşamlarının dörtte birini menopoz döneminde geçirmeleri, erkeklere göre daha

küçük kemiklere sahip olmaları yaşam boyunca osteoporoz riskine yakalanma olasılığını artırır (Pınar ve ark. 2009).

Menopoz döneminde over fonksiyonlarının işlevselliğini kaybetmesi, östrojen hormonunun yokluğu osteoporoz riskini artırarak, kemik kaybını hızlandırır. Bu azalmayla birlikte fraktür görülme riski de artar. Osteoporoz görülme oranı Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da 50-84 yaş erkekler ve kadınlarda sırasıyla %6 ve %21 olarak görülmüştür (Özcan ve Oskay 2013). Kadınlarda kemik kütesinin azalmasının dörtte üçü menopoz sonrası dönemin ilk 20 yılında görülür. Bu azalma 20 yıl kadar uzun süreli bir yıkım olsa da menopoz sonrası 3-5 yıllık sürede daha fazla görülmektedir. Bunun sebebinin yarısı yaşlılıktan olduğu varsayılırsa yarısının da östrojen eksikliğinden meydana geldiği düşünülmektedir. Östrojen hormonu kalsiyum emilimini artırarak idrarla kalsiyum kaybını azaltmaktayken kalsitonin yapımını da uyararak kemiklerden kalsiyum çekilmesini önler ve D vitamininin aktif kısmını yükseltir (Atik 2009).

İnsanlarda kemik kütesi en erken 30'lu yaşlarda tamamlanır. Zamanla bireysel ve çevresel olumsuz etkenlerden dolayı bu kemik kütesi azalır. Bunlar arasında beslenme biçimi, sigara ve alkol kullanımı, stres, hastalıklar, genetik, çevresel etmenler ve menopoz yer almaktadır. Bu azalma 20 sene kadar bir süreç alır; ancak menopoz sonrası 3-6 yıllık sürede daha fazladır.

Tüm dünyada osteoporoz sonrası olan kemik kırıkları hasta ve toplum için maddi ve manevi olarak büyük kayıplara sebep olur. Kalça kırığı olan hastaların yarısı yürüme yetkisini kaybederken yarısı hayatını kaybeder. Kuzey Amerika ülkesi olan ABD'de sağlık giderleri için yapılan harcamaların 12 milyar dolar üzerinde olduğu saptanmıştır (Özcan ve Oskay 2013). Yaşlılar üzerinde kalça fraktürlerinde hastane harcamalarının İtalya'da 2002'de yapılan araştırmaya göre 500 milyon Euro olduğu düşünülmektedir (Rossini ve ark. 2005).

Kemik kaybının en hızlı yaşandığı dönem postmenapozal dönemin ilk 5 yılıdır. Bu yüzden erken tedavi önemlidir. En iyi tedavi profilaktik tedavidir. Kalsiyum ve D vitamininden zengin beslenme, düzenli yapılan egzersizler osteoporozun engellenmesi için önemli etkenlerdir (Kızıltepe 2006).

Serviks Kanserleri: Serviks kanseri kadınlarda en çok görülen kanser türlerinden biridir. Büyük bir oranı gelişmekte olan ülkelerde görülür. Afrika, Orta ve Güney Amerika, Çin, Hindistan ve diğer Asya ülkelerinde kadınlar arasında en sık görülen, Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerinde ise kadınlar arasında dördüncü en yaygın kanser türüdür. Serviks kanseri ülkeler arasında farklılıklar gösterdiği gibi bir ülkenin bölgeleri arasında da farklılık göstermektedir. Serviks kanseri için 25 yaş altı en düşük görülme riski iken 35-40'lı yaşlarda artar ve 40 -50 yaşlarda en yüksek görülme sıklığına ulaşır. Serviks kanserlerinde erken yaşta evlilik ve cinsel ilişki, ilk menstruasyon yaşı, gebelik sayısı ve doğurganlık, uzun süre oral kontraseptif kullanımı, sosyo-ekonomik durum, viral enfeksiyonlar, kötü genital hijyen ve sigara içme risk faktörleri arasındadır.

Ülkemizde jinekolojik kanserlerin erken teşhisi için yeterli düzeyde bir tarama programı olmadığı için kadın sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle serviks kanserlerinden birincil korumada yeterli ve etkili eğitim verme hemşirenin temel sorumluluklarından biridir (Linda ve White 2011). Toplumun heran içerisinde bulunan hemşireler tek eşli cinsel hayat, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlama yöntemlerinin kullanımı, hijyen kuralları gibi konularda bireylere doğru sağlık davranışlarını öğreterek ve alışkanlık kazandırarak danışman görevinde bulunmalıdırlar. Ayrıca bireyler erken tanıda yardımcı olan pap-smear testinin yapılma zamanları ve etkinliği konusunda da bilgilendirilmelidir.

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramına modern anlamda ilk değinen 1948 senesinde dünya sağlık örgütü (DSÖ) olmuştur. DSÖ ye göre sağlık, “Bireyin sadece fiziksel değil ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olmasıdır”. Bu tanım yaşam kalitesini etkileyen etkenleri de içerdiği için önemlidir. DSÖ ye göre yaşam kalitesi, bireylerin sağlık durumlarını amaç, beklenti ve normlarına göre kendi değer ve inançları içerisinde algılama biçimidir (Skevington ve ark. 2003). Bu tanım yaşam kalitesi için bireysellik kavramını getirir ve yaşam kalitesi algısı zamanla değişebilir. Çünkü ekonomik durum, eğitim, sağlık durumu, inanç sistemi, sosyal olaylar zamanla kişilerin düşüncelerinde farklılıklara sebep olabilir ve kişilerinde sağlık algılarında değişiklikler yaratabilir. Bu kavramı iyi anlayabilmek için öznellik kavramının üzerinde durmalıyız. Yaşam kalitesi kişinin hayattan beklentileri,

umutları, istekleri ve kendi içinde buldukları durumu ifade eder. Yaşam kalitesinde asıl amaç, kişinin beden, ruhsal sosyal ve ekonomik yönden ne kadar memnun ya da memnuniyetsiz olduğunu belirlemesidir (Dilbaz 1996).

Farklı insanların farklı algılayış biçimlerinden dolayı yaşam kalitesinin kesin bir tanımını yapmak güçtür. Ancak tedavi etkinliğinin ölçülmesi ve sağlık durumunun değerlendirilmesinde etkilidir (Aydemir 2007). Hunt da yaptığı çalışmada sağlık algılamasının menopoz sonrası kadınlarda biyolojik olmaktan ziyade bireysel yaşamışlıklara, sosyo-ekonomik çevreye ve kültürel değerlere daha bağımlı olduğunu bildirmiştir (Tokuç ve ark. 2006).

2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Gelişimi

Yaşam kalitesi geçmişten beri var olan ancak değişen yaşam şartları ve bu değişimlerin getirdiği yeniliklere göre şekil almış bir kavramdır. Bu konuyu ele alan ilk bilimci Aristo olmuştur. Aristo yaşamdaki en son amacın iyi bir enerjiyle kutsanmak ve bu şekilde yaşama başlamak olduğunu belirtmiştir. Yancar (2005) tarafından yapılan araştırmada, psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümü konusunda ilk adımların 1800'lerin başlarında Bentham tarafından atıldığı belirtilmiştir. Akabinde 1920 ve 1930'da Thurstone ve Likert, günümüzde de kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerini geliştirmişlerdir (Yancar 2005). Thorndike ise yaşam kalitesini, sosyal çevrenin bireye yansımaları olarak tanımlamış. Yaşam kalitesi için geçmişten günümüze birçok tanım yapılmıştır. Yaşam kalitesi için kişilerin yaşantılarından doyum almaları, mutlulukları, kişilerin sosyal ilişkilerinde ortak noktaları gibi tanımlar yer almaktadır. Felsefenin geçmişten günümüze kadar tartışma konusu olan yaşam kalitesi mükemmellik, en üst düzeyde iyilik ve güzellik olarak ele alınmıştır.

Yaşam kalitesini nesnel ve öznel göstergeler modeli olarak da tanımlama yoluna gidilmiştir. Nesnel göstergeler modelinde kişiler yaşadıkları ortamda ve çevrede özellikleri yüzünden farklı olarak görülürse sosyal ve psikolojik sorunlar baş gösterir ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenir. "Davranışsal Bulaşma Yaklaşımı" na göre ruhsal bozukluklar ve düşük yaşam kalitesi bulaşıcıdır ve bireyden bireye geçebilir. Öznel göstergeler modeline göre kişinin psikolojisinin bozulması yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinin sebebi olarak bireylerin uyumunu sağlayan kaynakların tükenmesi belirtilmiştir (Tekkanat 2008).

2.5.2. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri:

Objektif Göstergeleri; Fiziksel olarak iyi olma hali objektif göstergelerinin arasında gösterilir. Günlük yaşamda yaptığımız merdiven çıkma, belli bir mesafe yürüme, ev işleri yapabilme, eğilme kalkma gibi aktivitelerinin istenilen düzeyde yapılıp bundan tatmin olma durumudur (Karademir 2006).

Subjektif Göstergeleri; Ruhsal olarak iyi olma hali subjektif veri göstergesidir. Yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi, dolayısıyla bu durumun öznel olduğunun göstergesidir (Karademir 2006).

2.5.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlık; yaşam kalitesinin alt kavramlarından biridir. Çünkü sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişilerin yaşamlarında benimsedikleri fiziksel, emosyonel ve sosyal alanı belirlerken, bireylerin fonksiyonlarını yapabilme kabiliyetlerini de içerir. Ayrıca iş ortamı, okul, sosyal çevre ortamı gibi çevreyle olan bağlantılar da yaşam kalitesinin bir alt kavramıdır. Ancak sağlık durumu iyi olan bireyler için sağlıkla ilişkili olmayan diğer bu yaşam kalitesinin alt kavramları (inanç ve değerler, ekonomik durum, güvenlik, statü, çevresel koşullar, sosyal ilişkiler) önemli iken, kronik hastalığı olan bireyler için fiziksel ve ruhsal sağlık daha önemli olabilir (Tekkanat 2008). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt kavramıdır. Bu iki tanım birbiriyle çok ilişkili olsa da karıştırılmamalıdır. Bir işi yapamamak, işlev kaybı olarak değerlendirilirken bu durumdan dolayı hissedilen algı ve iyilik hali ise yaşam kalitesi olarak değerlendirilir. Bu yüzden yaşam kalitesi için öznel bir kavram denilebilir.

2.5.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) ölçüm araçları genel amaçlı ve özel amaçlı ölçütler olarak iki ana sınıfa ayrılır:

Genel Amaçlı Ölçütler: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ilgilendiren genel rahatsızlık durumunu ve işlev kaybını içerir. Bu sebeple tüm hastalıklarda toplumda tıbbi girişimlerde kullanılır. Kendi arasında iki gruba ayrılır:

Tercihe Dayalı Olmayan; SYK' nın farklı taraflarını ölçen tek araçtır. İçerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan sf-36, sf-12,

DSÖ SYK ölçeği (whoqol), Nottingham sağlık profili, hastalık etki profili (sicknessimpact profile) bu kategoriye örnek oluşturur.

Sf-36 ölçeği

Sf-36 (short form 36 items) ölçeği 1993 senesinde geliştirilmiş olup en sık kullanılan profil ölçeğidir. Bu ölçek, herhangi bir hastalık ve yaş grubuna odaklanmaz sağlığın fiziksel, sosyal ve psikolojik değerlerine önem vererek yaşam kalitesini değerlendirir. 36 sorudan oluşur ve 8 farklı sağlık boyutu hakkında bilgi verilir. Fiziksel ve mental skor olarak iki özet skor verir. Fiziksel skor; fiziksel fonksiyon (10 soru), fiziksel rol (4 soru), ağrı (2 soru) ve genel sağlık (5 soru) olmak üzere 4 alt bileşenden oluşur. Ruhsal değerlendirme ise enerjiklik (4 soru), sosyal fonksiyon (2 soru), duygusal rol (3 soru) ve ruhsal sağlık (5 soru) başlıklarından oluşur. Bunların dışında ‘geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?’ ve ‘genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?’ sorularına cevap verilmesi istenir. Sf-36 ölçeğin sadeleştirilmiş bir şekli de 12 sorudan meydana gelen Sf – 12 ölçeğidir (Tekkanat 2008).

Tercihe Dayalı; Bu ölçek sağlık ekonomisi alanında geliştirilmiş olup teorilere dayanan, maliyet yararlanım analizlerinde kullanılan bir ölçektir. Bu ölçeğin en önemli özelliği ise kalite eklenmiş yaşam yıllarını (qaly) hesaplamaya olanak sağlamasıdır. SYK 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları; quality of well-beingscale, euroqolinstrument (eq5-d) ve healthutilityindex (hui)dir.

Özel Amaçlı Ölçütler: Belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (chq, disabkid, kindl, pedsqol), yaşlılara (whoqol-old), ergenlere (kiddo-kindl) özel ölçekler örnektir. Dıqı genel dermatoloji, vsq25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bunun yanında hemen her hastalığa (epilepsi, diyabet, romatoidartrit gibi), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır.

Bir genel amaçlı ve en az bir hastalığa özel ölçeğin, yaşam kalitesinin etkilediği düşünülen klinik durum ve girişimlerin sonuçlarının ölçümünde kullanılması önerilmektedir.

Ölçek kullanırken kullanacağımız ölçeğin toplum ve kültür için ne kadar geçerli olup olmadığına dikkat etmemiz gerekir. Bir yaşam kalitesi ölçeğini başka bir kültüre uyarlarken sadece çeviri yapmak yeterli değildir, kullanılan sözcüklerin hedef kitlenin kültürel değerinin karşılığını da temsil etmesi gerekir (Aydın 2011).

Araştırmacıların yaşam kalitesi konusunda kullandıkları göstergeleri dört grupta toplamak olanaklıdır:

1. Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.).

2. Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar ile okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş gibi toplumsal olanaklar).

3. Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun sağladığı olanaklar vb.).

4. Dışsal doğa çevre alanı (hava, su kalitesi vb.) (Eser 2004).

Uluslararası yaşam kalitesi çalışmasında DSÖ, yaşam kalitesinin fiziksel alan, psikolojik alan, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre ve bireysel inançlar (The WHOQOL Group 1996) olmak üzere 6 alan içerdiğini belirtmiştir.

Yapılan bir çalışmada yaşam kalitesini düşüren ve yükselten unsurlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Savcı 2006).

Yaşam kalitesini düşüren durumlar:

- Sağlık sorunları,
- Sosyal desteğin yetersiz olması,
- Güçsüzlük, uzun süreli yorgunluk,
- Geleceğe yönelik endişeler,
- Günlük yaşam aktivitelerinin yapılamaması,
- Temel ihtiyaçların giderilmemesi.

Yaşam kalitesini yükselten durumlar:

- Güven ortamında yaşamak,
- Sosyoekonomik yüksek refah düzeyinde olmak,
- Çevre ile olumlu ilişkilerin olması,
- Kişinin kendi yaşamında söz sahibi olması ,

- Fiziksel ve işlevsel olarak yeterli olmak,
- Kendini rahatça ifade edebilmek,
- Sevilen ve zevk alınan aktiviteler içinde bulunmak,
- Çevre tarafından itibar görmek.

Araştırmacılar tarafından varılan ortak nokta, yaşam kalitesinin öznel, hareketli ve çok boyutlu olmasıdır (Tüzün ve Eker 2003).

2.6. Menopoz Dönemindeki Kadına Yaklaşımda Hemşirenin Rolü

Menopoz dönemindeki fiziksel, hormonal ve psikososyal değişim gösteren kadınların yaşam kalitesini artırarak sağlıklarının devam ettirilmesi için tıp, hemşirelik, epidemiyoloji, sosyoloji, psikoloji, epidemiyoloji, antropoloji gibi bilim dallarının birlikte uyum içinde çalışmaları gerekmektedir (Oskay 2000).

Hemşire temel eğitim programını tamamlayan sadece hastanede değil toplumda da hastalıkların önlenmesi, hastalık anında iyi bir bakımın üstlenilmesinde ve sağlığın geliştirilmesinde etkin rolü olan bir sağlık çalışandır. Tanımdan da anlaşıldığı gibi hemşirenin görevi; sadece kişiye değil, toplumda aileye de yönelerek hasta iyileştirmenin yanı sıra koruyucu sağlık hizmeti olarak genişlemiştir. Burada önemli bir görev de hemşirenin iyi bir eğitimci olmasının gerekliliğidir (Bozkurt 2004).

Menopoz dönemi kadınlar için önemli ve zor bir dönemdir. Çünkü bu dönemde kadınlar bedensel birtakım değişikliklerle birlikte ruhsal olaraktan duygu durum değişiklikleri ile birlikte sıkıntılı dönemler geçirirler. Bu da kadınların fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz etkiler. Bu sorunlar sadece kadını değil, aileyi ve toplumu da olumsuz etkiler. Menopozal dönemde tıbbi tedavi tek başına yeterli değildir. Bu dönemdeki kadınların hemşirelerin bilgi ve birikimlerine, danışmanlığına ihtiyacı vardır. Bu sebeple hemşire her alanda bilgi sahibi olmalı, menopoz hakkında da özel bilgilerle donanmış olması gerekir. Bu sebeple bu dönemde kadın ve doğum hemşireliğinden ayrı olarak menopoz hemşireliği adında bir dal oluşturulmalıdır. Menopoz dönemi Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde profesyonel hemşireler tarafından yürütülmektedir (Şahin 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerini değerlendirmelerine ilişkin görüşlerini inceleyen tarama modelinde kantitatif sonuçlara dayanan bir araştırmadır.

Araştırma yaklaşımlarından biri olan tarama modelleri bir durumu, geçmişte ya da halen var olarak betimlemeyi amaçlar. Araştırma konusuna dâhil olan olaylar, kendi içinde olduğu gibi tanımlanır (Karasar 2000).

3.2. Evren ve Örneklem

Yapılan araştırmalarda genel evren ve çalışma evreni olmak üzere iki evren türünden bahsedilmektedir. Somut olan çalışma evreni, ulaşılabilen evren olarak tanımlanır. Çalışma evreni doğrudan gözlem ya da seçilen bir küme üzerinde yapılan gözlemlere dayanılarak görüş bildirebilen evrendir. Yapılan araştırmalar da çalışma evreninde ortaya çıkan sonuçların sadece sınırlı evrenle genellemesi beklenen bir durumdur (Karasar 2000).

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerini değerlendirmelerine ilişkin görüşlerini belirlemeyi amaçlayan bu araştırmanın evreni, Edirne ili Uzunköprü ilçesi 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası menopoz dönemindeki kadınlardan oluşmaktadır. 1 Aralık 2015 tarihinde 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların toplamda $n=545$ olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Örneklem, belirli evren ve belli kuralara göre seçilen, seçildiği evreni temsil yeterliği kabul gören küçük bir kümedir. Örneklem belirlemenin bir takım kuralları vardır. Bunu yaparken örneklemin evreni temsil ettiği varsayılır (Karasar 2000). Örneklem büyüklüğü, örnek kütleden elde edilen verilerden yola çıkarak evren hakkında genellemeler yapma olasılığına dayanmaktadır. Örnek kütle azaldıkça evren hakkında yapılan genellemelerde sapma olasılığı artar. Araştırmacının şartları sağlayan örnek kütle için dengeli maliyet, zaman ve veri analizi şartlarını sağlaması ve bunun yanında örneklem büyüklüğüne temsil yeteneğini katması gerekir (Altunışık ve ark. 2010).

N: Evren birim sayısı, n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z_{α} : $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

σ = Evren standart sapması

$t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir (sd=n-1). $t_{\alpha, sd}$ kritik değerleri sd= n-1 → 5000 olduğunda Z_{α} değerlerine eşit alınabilir (Özdamar 2003).

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot Z_{\alpha}^2}{d^2} \quad n = \frac{P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{d^2}$$

Örneklem büyüklüğü ± 0.05 örneklem hatası p=0,5 ve q=0,5 güven aralığı olarak belirleyen Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) örneklem büyüklükleri ($\alpha= 0.05$) tablosunu dikkate almıştır. 225 kişiden oluşan örneklem grubunun % 5 hoşgörü ve bunun yanında 0,05 anlamlılıkla temsil edebileceği düşünülmüştür. Oluşacak bir örneklem grubunun ve düzeyinde temsil edebileceği düşünülmüştür (Balcı 2004).

Örnekleme tekniklerini olasılığa dayalı olan ve olasılığa dayalı olmayan olarak ikiye ayırabiliriz. Basit tesadüfi örnekleme, “eşit” ve “bağımsız” seçilme şansına sahip olan belirlenen evrendeki her eleman olarak adlandırılır. Yani, her eleman birbirinden bağımsız olup birbirlerinin seçilmesini kesinlikle engellememelidir. Tabakalı örnekleme, evrendeki özelliklerin örnekte de aynı oranda bulunmasını incelemektedir (Altunışık ve ark. 2010). Araştırmada Edirne ili Uzunköprü ilçesi 2 no’lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası menopoz dönemindeki kadınlardan oluşmaktadır. 1 Aralık 2015 tarihinde 2 no’lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların toplamda evren ($n=545$) ve örneklem büyüklüğü ($n=225$) Tablo 3.1’de yansız olarak basit tesadüfi örnekleme alma yöntemiyle, evrenden oransal olarak tabakalı (zümrelere göre) örnekleme alma yöntemiyle seçilmiştir. Araştırmacı tarafından 225 kişiye 1 Aralık 2015, Ocak, Şubat 2016 aylarında bizzat ulaşılmıştır.

Tablo 3-1: Edirne ili Uzunköprü İlçesi 2 no'lu aile sağlığı merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların evren ve örneklem dağılım tablosu

Kadın (Menopoz Dönemi)	Evren (α)	Örneklem (n)
45-55 Yaş Arası	525	225
Toplam	525	225

N: Evren birim sayısı, n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

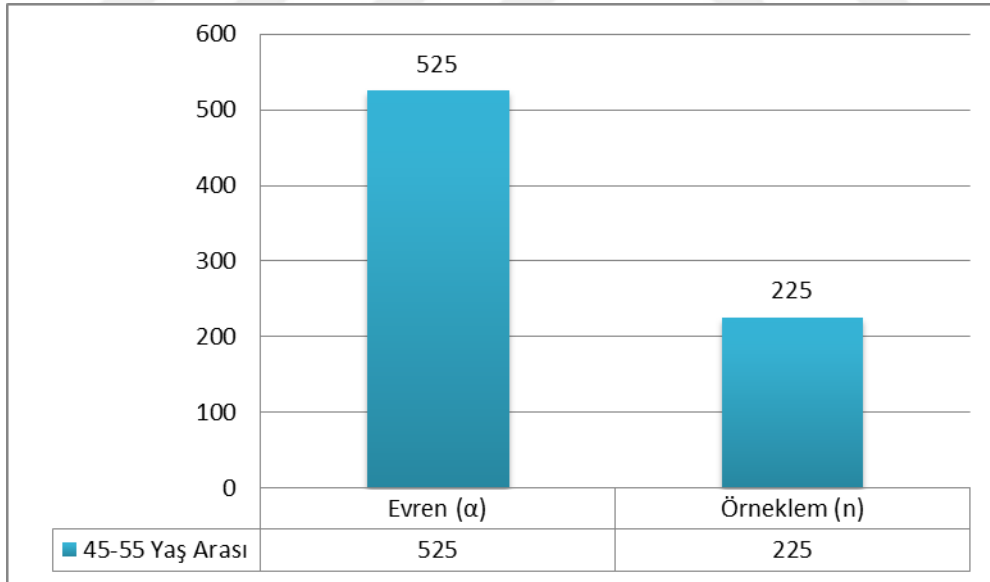
Z_{α} : $\alpha=0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

σ = Evren standart sapması

$t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir ($sd=n-1$). $t_{\alpha, sd}$ kritik değerleri $sd= n-1 \rightarrow 5000$ olduğunda Z_{α} değerlerine eşit alınabilir (Özdamar 2003).

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot Z_{\alpha}^2}{d^2} \quad n = \frac{P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{d^2}$$



Şekil 3-1: Edirne ili Uzunköprü İlçesi 2 no'lu aile sağlığı merkezine başvuran 45-55 yaş arası kadınların evren ve örneklem dağılım grafiği

3.3. Veri Toplama Aracı

Yaşam kalitesi (SF36) formu, araştırmada kullanılmak üzere SF-36'nın son bir ayı değerlendiren standart versiyonu kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından kadınların menopoz dönemlerini ölçmek amacıyla 16 demografik soru hazırlanmıştır. Yaşam kalitesi (SF36) formu yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçek olup Ware ve arkadaşları bu formu 1987 de geliştirmiştir. Güvenilirliği ve geçerliliği ülkemizde yapılmıştır. Bir hastalık, yaş veya tedavi grubuna özgü olmayıp genel sağlık kavramlarına yer vermektedir. Araştırmalarda kullanmak için geliştirilmiştir. 36 sorudan oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skaladan oluşup her bir alt boyutun puanı 0-100 arasında değişir. Puan ile yaşam kalitesi arasında doğru orantı vardır. Mental komponent ve fiziksel komponent olarak iki özet skala içerir. Mental komponent özet skalası; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşurken fiziksel komponent ise özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından oluşur.

3.4. Verilerin Çözümü

Ölçek ile elde edilen veriler, SPSS 22.0, paket programına kaydedilip veriler analiz edilmiştir.

Betimsel istatistik bir değişkene yönelik sayısal değerlerin toplanması, tanımlanması ve gösterimine imkân sağlayan, istatistiksel işlemleri tanımlar. Betimsel istatistik ulaşıldığı takdirde evrenden ya da örnekleme üzerinden gözlem yoluyla ulaşılan verileri kullanarak, araştırma içindeki kişi ya da objelerin özelliklerini belirlemeyi hedefler (Büyüköztürk 2005).

“T testi” iki ilişkisiz örnekleme ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek için kullanılır (Büyüköztürk 2005).

İlişkisiz örneklemlerde ikiden fazla grup karşılaştırıldığında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılır. Anlamlı farkın bulunur ise farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinde (post hoc test) testi kullanılır. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin miktarını bulup yorumlamak amacıyla kullanılır ($r=-,30$ ile $+,30$ düşük ilişki, $r=-,31$ ile $+,69$ orta ilişki, $r=-,70$ ile $+,1,0$ yüksek ilişki) (Büyüköztürk 2005).

Bir bağımlı değişken ile bir bağımsız (basit regresyon) ya da birden fazla bağımsız (çoklu regresyon) değişken arasındaki ilişkilerin bir matematiksel eşitlik ile açıklanması regresyon analizidir (Kalaycı 2010).

Anketlerde beşli likert türü maddeler üç ölçeğe göre; 1,00-1,79 Kesinlikle Katılmıyorum, 1,80-2,59 Katılmıyorum, 2,60-3,39 Kararsızım, 3,40-4,19 Katılıyorum, 4,20-5,00 Kesinlikle Katılıyorum kabul edilmiştir.

Araştırmanın anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ dir. Elde edilen bulgular, araştırma sorularına göre tablolar ile yorumlanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Anket çalışmaları sonucunda Edirne ili Uzunköprü ilçesi 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-55 yaş arası menopoz dönemindeki kadınlardan 225 geçerli anket formu elde edilmiştir. Bu anketlerin demografik verilerine ilişkin istatistiklere aşağıda yer verilmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4-1: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların demografik verilerine göre frekans dağılım tablosu

Değişkenler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Yaş		
46-55 Yaş	225	100,0
Medeni Durum		
Evli	162	72,0
Boşanmış	63	28,0
Öğrenim Durumu		
Okur Yazar Değil	43	19,1
İlköğretim	114	50,7
Lise ve Üzeri	68	30,2
Meslek		
Ev Hanımı	133	59,1
Çalışan	92	40,9

Tablo 4-1: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların demografik verilerine göre frekans dağılım tablosu devamı

Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	30	13,3
Eşi İle	20	8,9
Eş ve Çocukları İle	77	34,2
Çocukları İle	10	4,4
Geniş Aile	88	39,1
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	86	38,2
Hayır	139	61,8
Sosyal Güvence		
Var	176	78,2
Yok	49	21,8
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	107	47,6
Gelir Gider Eşit	75	33,3
Gelir Giderden Fazla	43	19,1
Toplam	225	100 (%)

Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de incelendiğinde yaş dağılımının %100’ünün 46-55 yaş arasında olduğu, medeni durumunun dağılımının %72’sinin evli olduğu, %50,7’sinin ilköğretim mezunu olduğu, %19,1’inin ise okuryazar olmadığı, meslek dağılımının %59,1’inin ev hanımı olduğu, birlikte yaşadığı kişilerin %39,1’inin geniş aile olduğu, %34,2’inin eş ve çocukları ile yaşadığı, sigara kullanma durumunun dağılımının

%61,8'inin kullanmadığı, sosyal güvence dağılımlarının %78,2'sinin var olduğu, gelir düzeylerinin dağılımlarının %47,6'sının gelirinin giderden az olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4-2: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların doğurganlık özellikleri demografik verilerine göre frekans dağılım tablosu

Değişkenler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı		
Yok	14	6,2
1-3 Tane	157	69,8
4 ve Üzeri	54	24,0
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Yok	14	6,2
1-3 Tane	171	76,0
4 ve Üzeri	40	17,8
Düşük ve Kürtaj		
Yok	188	83,6
1-3 Tane	37	16,4
Menopoza Girme Süresi		
1-5 Yıl	100	44,4
6-10 Yıl	90	40,0
11 Yıl ve Üzeri	35	15,6
Sağlık Hizmeti Alma Durumu		
Evet	78	34,7
Hayır	147	65,3

Tablo 4-2: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların doğurganlık özellikleri demografik verilerine göre frekans dağılım tablosu devamı

Bilgi Alma Durumu		
Evet	65	28,9
Hayır	160	71,1
Bilgi Alınan Kişi		
Komşu-Akraba	103	45,8
Sağlık Personeli	91	40,4
Tv, Radyo ve Basın	31	13,8
Tedavi Alma Durumu		
Evet	65	28,9
Hayır	160	71,1
Tedavi Türü		
İlaç	79	35,1
Alternatif Yöntem	146	64,9
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	32	14,2
Hayır	193	85,8
Sıkıntı Yaşama		
Evet	189	84,0
Hayır	36	16,0
Yaşanan Sıkıntı Türü		
Fiziksel	34	15,1
Psikolojik	46	20,4
Fiziksel-Psikolojik	145	64,4
Toplam	225	100 (%)

Araştırmaya katılan kadınların demografik verilerine göre dağılımları Tablo 4.2’de incelendiğinde gebelik sayısı dağılımının %69,8’inin 1-3 tane olduğu, yaşayan çocuk sayısı dağılımının %76’sının 1-3 tane olduğu, düşük ve kürtaj dağılımının

%83,6'sının yok olduğu, yaşanmadığı, menopoza girme süresinin dağılımının %44,4'ünün 1-5 yıl olduğu, menopoza ait sağlık hizmeti alma durumu dağılımının %65,3'ünün hayır olduğu, bilgi alma durumu dağılımının %71,1'inin hayır olduğu, tedavi türü dağılımının %64,9'unun alternatif yöntem olduğu, egzersiz yapma durumu dağılımının %85,8'inin hayır olduğu, sıkıntı yaşama durumu dağılımının evet olduğu ve yaşanan sıkıntı türü dağılımının %64,4'ünün fiziksel ve psikolojik olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4-3: Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalite düzeylerine göre tanımlayıcı istatistik tablosu

Yaşam Kalitesi	N	AO	SS
Sosyal İşlevsellik	225	67,866	26,990
Fiziksel İşlevsellik	225	69,417	7,188
Fiziksel Rol Güçlüğü	225	71,933	13,090
Emosyonel Rol Güçlüğü	225	69,688	14,528
Ruhsal Sağlık	225	84,800	23,793
Ağrı	225	81,155	23,308
Canlılık	225	74,844	10,600
Genel Sağlık Algısı	225	64,382	18,054

N: Evren, AO: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma.

Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların genel yaşam kalitelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.3'te incelendiğinde; en yüksek yaşam kalitelerinin ruhsal sağlık boyutunda olduğu, daha sonra ağrı, canlılık, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısının takip ettiği görülmektedir. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu boyutlar sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı boyutlarıdır (Tablo 4.3).

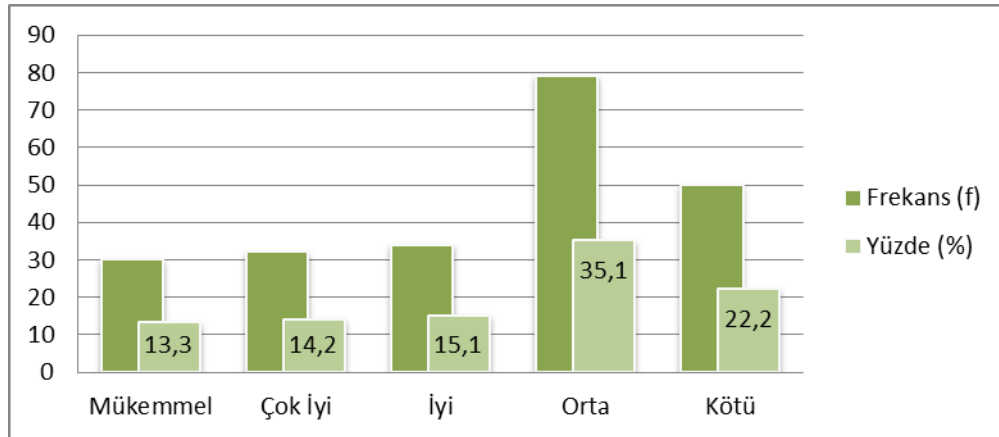
4.2. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken genel sağlık değerlendirmeleri ile geçen yıl ile karşılaştırıldığında şu an için sağlık değerlendirmelerine ilişkin dağılımları Tablo 4.4, 4.5’de ve şekil 4.1’de yer almaktadır.

Tablo 4-4: Genel sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Mükemmel	30	13,3
Çok İyi	32	14,2
İyi	34	15,1
Orta	79	35,1
Kötü	50	22,2

Menopoz dönemindeki kadınların genel sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistikler incelendiğinde; %35,1’inin orta, %22,2’sinin kötü olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.4).

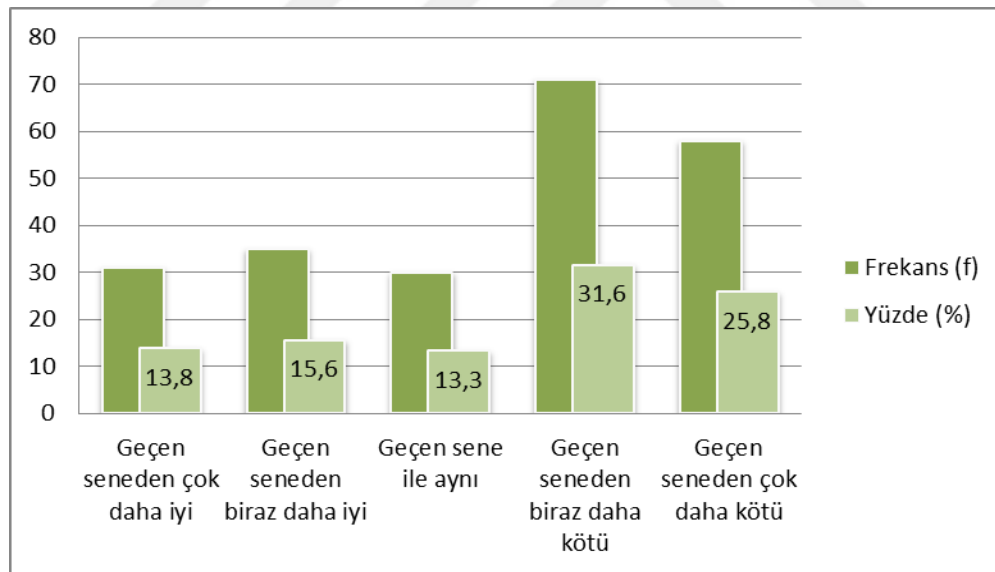


Şekil 4-1: Genel sağlık değerlendirmesine ilişkin grafik

Tablo 4-5: Geçen yıl ile karşılaştırıldığında şu an için sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Geçen yıl il karşılaştırıldığında, şu an için sağlığımızı nasıl değerlendirirsiniz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Geçen seneden çok daha iyi	31	13,8
Geçen seneden biraz daha iyi	35	15,6
Geçen sene ile aynı	30	13,3
Geçen seneden biraz daha kötü	71	31,6
Geçen seneden çok daha kötü	58	25,8

Menopoz dönemindeki kadınların geçen yıl ile karşılaştırıldığında, şu an için sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistikler incelendiğinde; %25,8'i geçen seneden çok daha kötü, %31,6'sı geçen seneden biraz daha kötü olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.5).



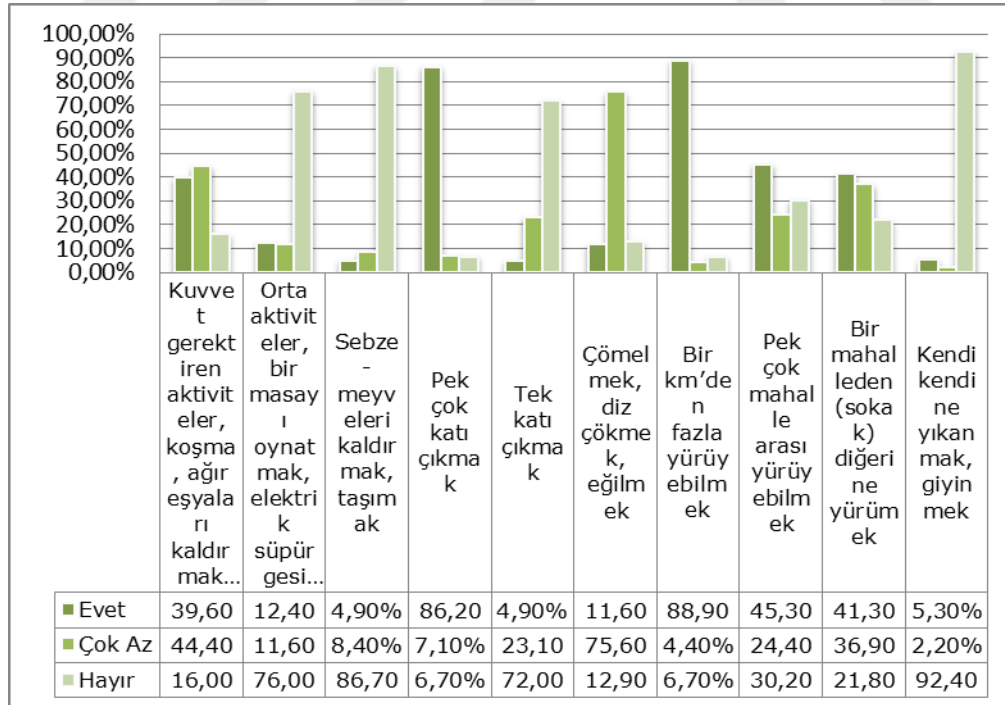
Şekil 4-2: Geçen seneye göre şu anki sağlık değerlendirmesi grafiği

4.3. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken günlük yaptıkları aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin dağılımları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4-6: Menopoz döneminde iken günlük yapılan aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Aktiviteler	Evet	Çok Az	Hayır
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	% 39,6	% 44,4	% 16,0
Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	% 12,4	% 11,6	% 76,0
Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	% 4,9	% 8,4	% 86,7
Pek çok katı çıkmak	% 86,2	% 7,1	% 6,7
Tek katı çıkmak	% 4,9	% 23,1	% 72,0
Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	% 11,6	% 75,6	% 12,9
Bir km'den fazla yürüyebilmek	% 88,9	% 4,4	% 6,7
Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	% 45,3	% 24,4	% 30,2
Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	% 41,3	% 36,9	% 21,8
Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	% 5,3	% 2,2	% 92,4



Şekil 4-3: Günlük yapılan aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin grafik

Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar yapmaya ilişkin dağılımların %44,4'ünün çok az kısıtladığı, orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf yapma dağılımlarının %76'sının hayır kısıtlamadığı, sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak dağılımlarının %86,7'sinin hayır kısıtlamadığı, pek çok katı çıkmak dağılımlarının %86,2'sini evet kısıtladığı, tek katı çıkmak dağılımlarının %72'sinin hayır kısıtlamadığı, çömelmek, diz çökmek, eğilmek dağılımlarının %75,6'sının çok az kısıtladığı, bir km'den fazla yürüyebilmek dağılımlarının %88,9'unun evet kısıtladığı, pek çok mahalle arası yürüyebilmek dağılımlarının %45,3'ünün evet kısıtladığı, bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek dağılımlarının %41,3'ünün evet kısıtladığı ve kendi kendine yıkanmak, giyinmek dağılımlarının %92,4 hayır kısıtlamadığı görüşünde oldukları bulgularını ulaşılmıştır (Tablo 4.6).

4.4. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

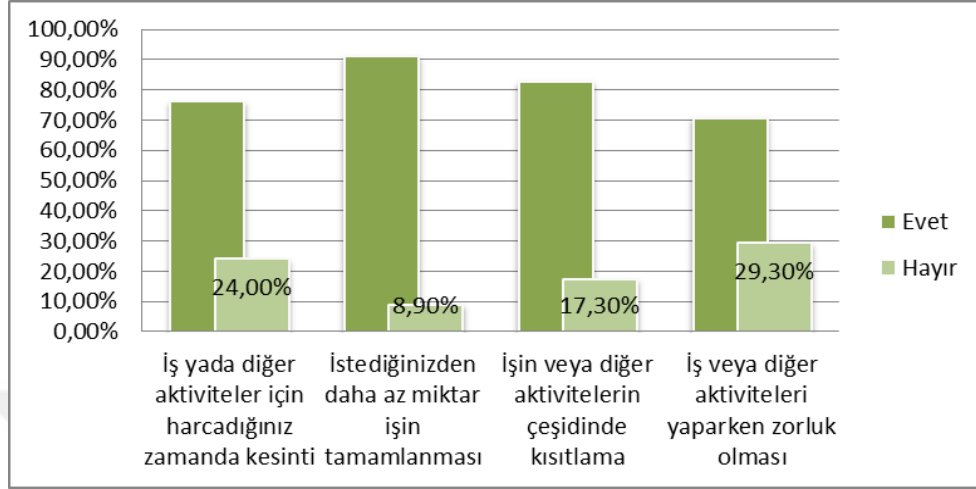
Kadınların menopoz döneminde iken son dört hafta içerisinde; fiziksel sağlık, duygusal problemler yüzünden günlük iş veya aktivitelerde yaşadıkları problemlere ilişkin dağılımları Tablo 4.7, 4.8 ve şekil 4.4'de yer almaktadır.

Tablo 4-7: Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlık yüzünden günlük iş veya aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Fiziksel Sağlık	Evet	Hayır
İş ya da diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	% 76,0	% 24,0
İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	% 91,1	% 8,9
İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	% 82,7	% 17,3
İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	% 70,7	% 29,3

Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerin hangi problemlere neden olduğu dağılımına ilişkin Tablo 4.7 incelendiğinde; iş ya da diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti dağılımının %76'sının evet olduğu, istediğinizden daha az miktar işin tamamlanması dağılımının %91,1'inin evet olduğu, işin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama

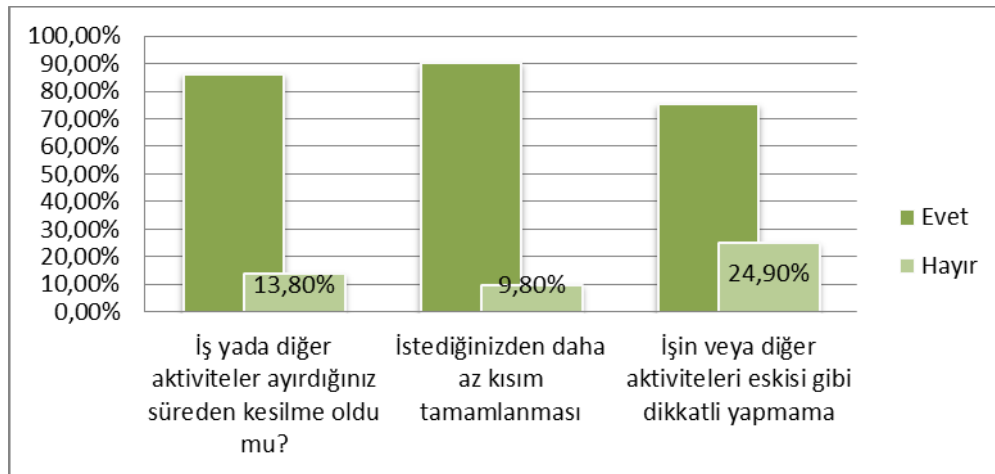
dağılımının %82,7 evet olduğu ve iş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması dağılımının %70,7 evet olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Tablo 4.7).



Şekil 4-4: Fiziksel sağlık grafiği

Tablo 4-8: Son dört hafta içerisinde, duygusal problemler yüzünden günlük iş veya aktivitelere ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Duygusal Problemler	Evet	Hayır
İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	% 86,2	% 13,8
İstedğinizden daha az kısım tamamlanması	% 90,2	% 9,8
İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	% 75,1	% 24,9



Şekil 4-5: Duygusal problemler grafiği

Son dört hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerde yaşanan problemlere ilişkin dağılımlar Tablo 4.8 de incelendiğinde; iş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu? Dağılımlarının %86,2'sinin evet olduğu, istediğinizden daha az kısım tamamlanması dağılımlarının %90,2'sinin evet olduğu ve işin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama dağılımlarının %75,1'inin evet olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Tablo 4.8).

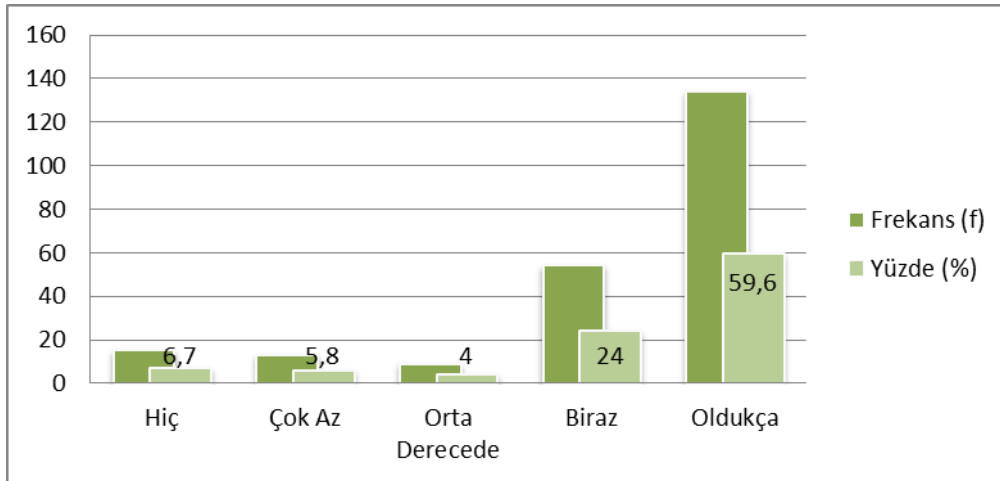
4.5. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken son dört hafta içerisinde; fiziksel sağlık veya duygusal problemlerin normal sosyal aktivitelere engeli ve hissedilen fiziksel acıya ilişkin dağılımları Tablo 4.9, 4.10, 4.11 ve 4.12 ve şekil 4.6, 4.7, 4.8, 4.9'da yer almaktadır.

Tablo 4-9: Geçen dört hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, normal aktivitelere ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Fiziksel sağlık veya duygusal problemler (aile, arkadaş, komşu veya grup) aktiviteler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Hiç	15	6,7
Çok Az	13	5,8
Orta Derecede	9	4,0
Biraz	54	24,0
Oldukça	134	59,6

Geçen dört hafta içinde, fiziksel veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere engel olma dağılımlarına ilişkin Tablo 4.9 incelendiğinde; dağılımın %59,6'sının oldukça engel olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.9).

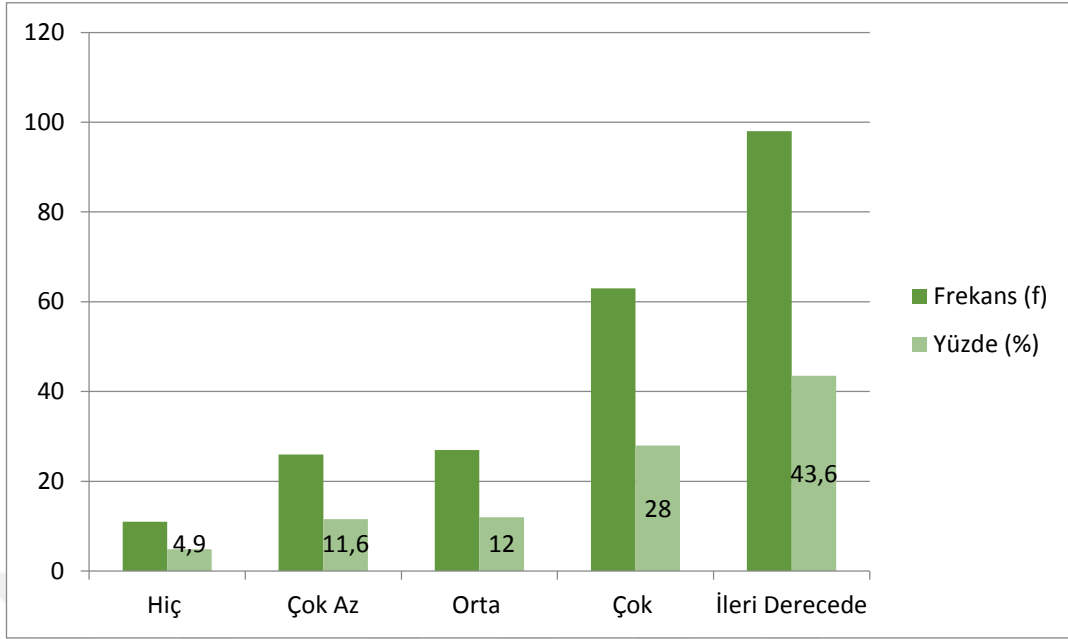


Şekil 4-6: Fiziksel sağlık ve duygusal problemler grafiği

Tablo 4-10: Son dört hafta içerisinde, fiziksel acı hissetmeye ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Fiziksel acı (ağrı) hissetme	Frekans (f)	Yüzde (%)
Hiç	11	4,9
Çok Az	26	11,6
Orta Derecede	27	12,0
Biraz	63	28,0
Oldukça	98	43,6

Son dört hafta içerisinde, ne kadar acı (ağrı) hissettiklerine ilişkin Tablo 4.10 incelendiğinde; dağılımın %43,6'sının oldukça acı (ağrı) hissetleri bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.10).

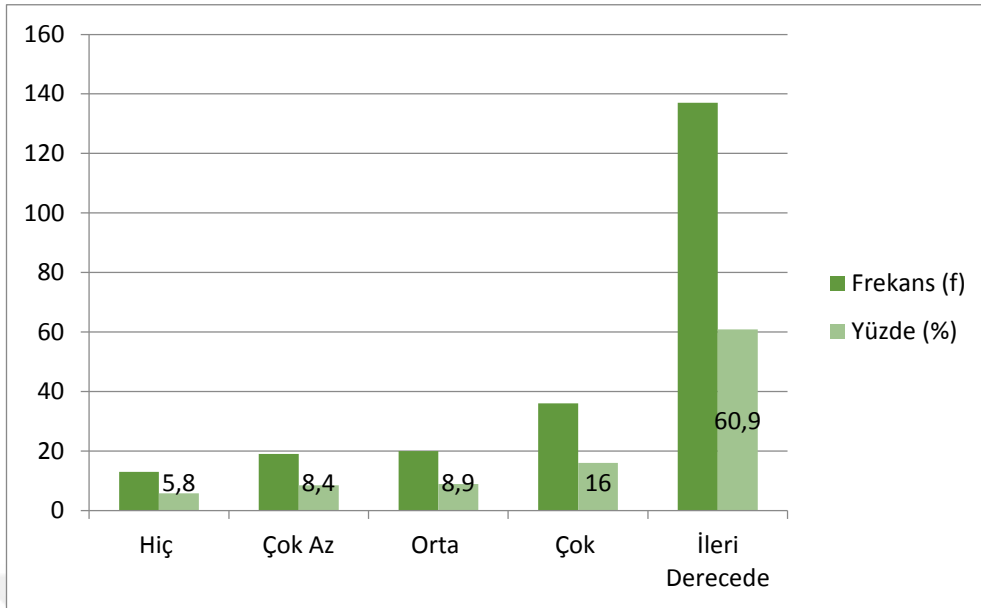


Şekil 4-7: Fiziksel ağrı (acı) hissetme grafiği

Tablo 4-11: Son dört hafta içerisinde, ağrının normal işe engel olmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Ağrının normal işe engele olması	Frekans (f)	Yüzde (%)
Hiç	13	5,8
Çok Az	19	8,4
Orta Derecede	20	8,9
Biraz	36	16,0
Oldukça	137	60,9

Son dört hafta içerisinde, ağrının normal işe engel olma durumuna ilişkin Tablo 4.11 incelendiğinde; dağılımın oranının %60,9'unun oldukça işe engel olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.11).

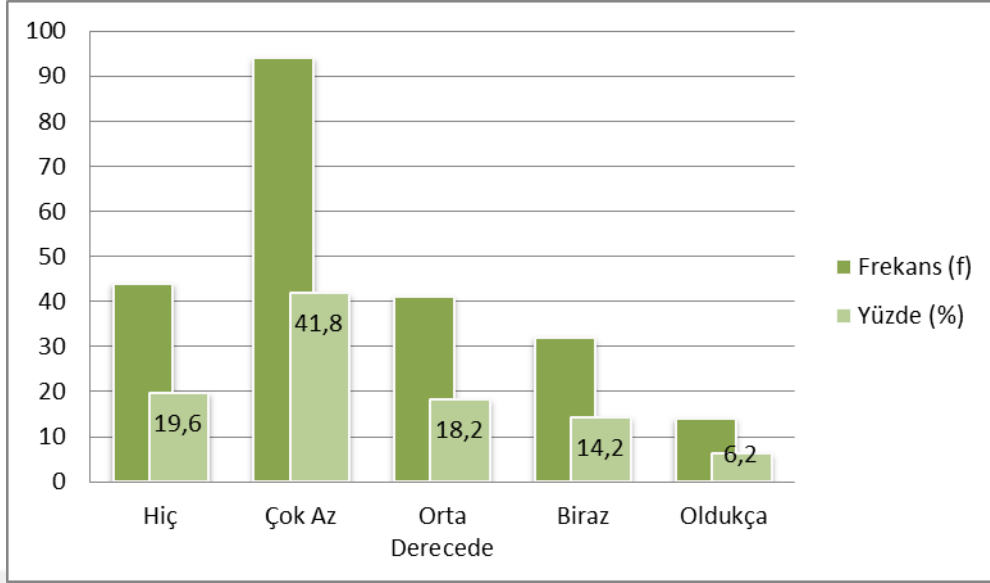


Şekil 4-8: Ağrının normal işe engel olması

Tablo 4-12: Son dört hafta içerisinde, ağrının normal işe engel olmasına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Fiziksel sağlık veya duygusal problemler (arkadaşlar, akrabaları ziyaret etmek vs) aktiviteler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Hiç	44	19,6
Çok Az	94	41,8
Orta Derecede	41	18,2
Biraz	32	14,2
Oldukça	14	6,2

Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemlerin sosyal aktivitelere (arkadaş, akraba ziyareti) engel olma durumuna ilişkin Tablo 4.12 incelendiğinde; dağılımın oranının %61,4 ile hiç ve çok az olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.12).



Şekil 4-9: Fiziksel ve duygusal problemler aktiviteler

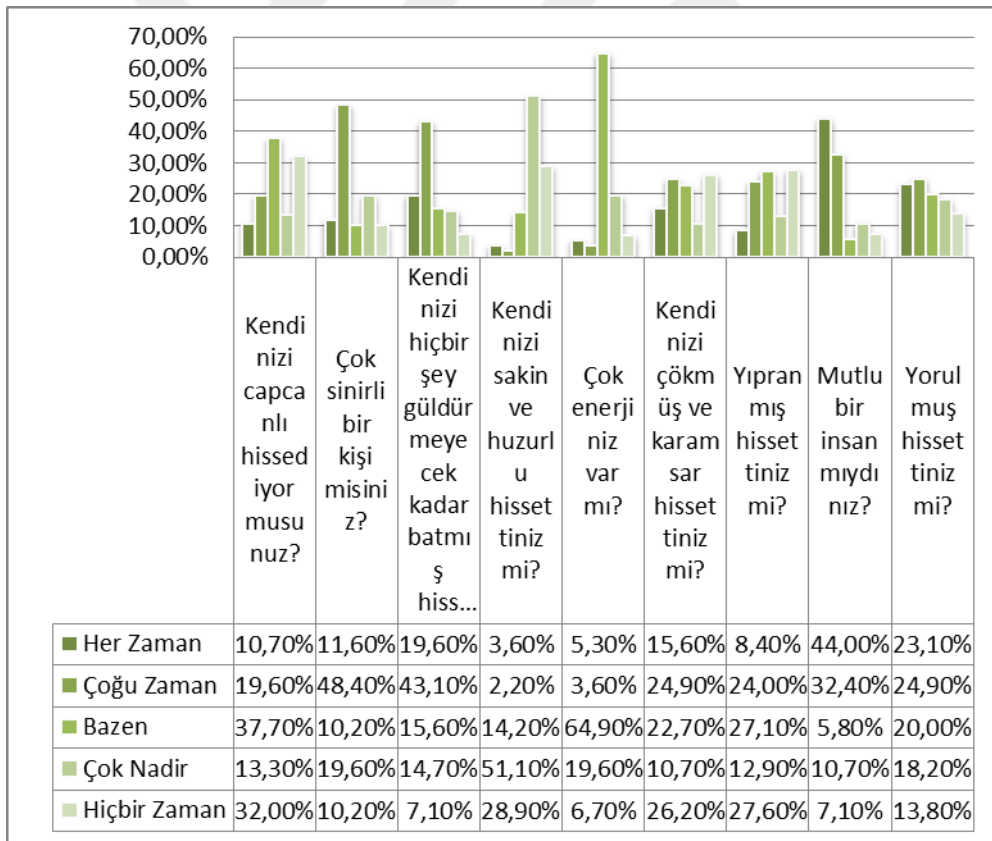
4.6. Beşinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken son dört hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettikleri ve işlerinin nasıl gittiğine ilişkin dağılımları Tablo 4.13'de ve Şekil 4.10'da yer almaktadır.

Tablo 4-13: Son dört hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettikleri ve işlerinin nasıl gittiğine ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	% 10,7	% 19,6	% 37,7	% 13,3	% 32,0
Çok sınırlı bir kişi misiniz?	% 11,6	% 48,4	% 10,2	% 19,6	% 10,2
Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	% 19,6	% 43,1	% 15,6	% 14,7	% 7,1
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	% 3,6	% 2,2	% 14,2	% 51,1	% 28,9
Çok enerjiniz var mı?	% 5,3	% 3,6	% 64,9	% 19,6	% 6,7
Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	% 15,6	% 24,9	% 22,7	% 10,7	% 26,2
Yıpranmış hissettiniz mi?	% 8,4	% 24,0	% 27,1	% 12,9	% 27,6
Mutlu bir insan mıydınız?	% 44,0	% 32,4	% 5,8	% 10,7	% 7,1
Yorulmuş hissettiniz mi?	% 23,1	% 24,9	% 20,0	% 18,2	% 13,8

Son dört hafta içerisinde menopoz dönemindeki kadınların kendilerini nasıl hissettikleri ve işlerinin nasıl gittiğine ilişkin Tablo 4.13'de incelendiğinde: Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz? Dağılımının oranının %37,7 ile bazen olduğu, çok sinirli bir kişi misiniz? Dağılımının %48,4 ile çoğu zaman olduğu, kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz? Dağılımının %43,1 ile çoğu zaman, kendinizi sakın ve huzurlu hissettiniz mi? Dağılımının %51,1 ile çok nadir olduğu, çok enerjiniz var mı? Dağılımının %64,9 ile çok nadir olduğu, kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi? Dağılımının %40,5 ile çoğu zaman ve her zaman olduğu, yıpranmış hissettiniz mi? Dağılımının %32,4 ile çoğu zaman ve her zaman olduğu, mutlu bir insan mıydınız? Dağılımının %44,4 ile her zaman olduğu ve yorulmuş hissettiniz mi? Dağılımının %48 ile çoğu zaman ve her zaman olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Tablo 4.13).



Şekil 4-10: Kendinizi nasıl hissediyorsunuz grafiği

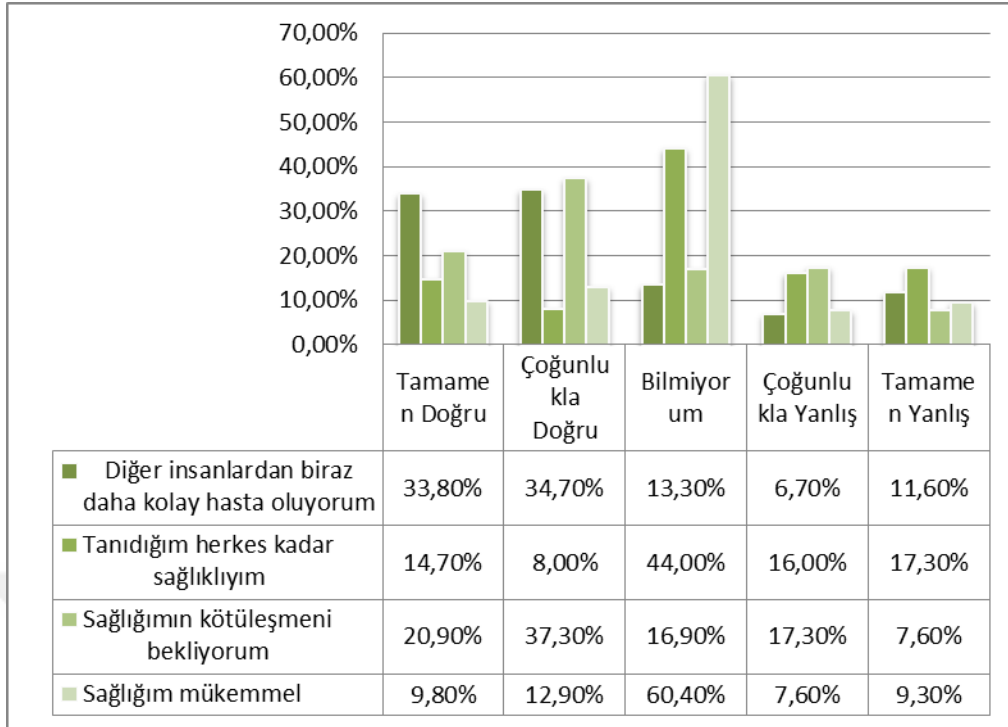
4.7. Altıncı Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken sağlıklarıyla ilgili tahminde bulunmalarına ilişkin dağılımları Tablo 4.14’de yer almaktadır.

Tablo 4-14: Kadınların menopoz döneminde iken sağlıklarına ilişkin betimleyici istatistik analiz sonuçları

Sağlıkla ilgili tahminler	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	% 33,8	% 34,7	% 13,3	% 6,7	% 11,6
Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	% 14,7	% 8,0	% 44,0	% 16,0	% 17,3
Sağlığımın kötüleşmeni bekliyorum	% 20,9	% 37,3	% 16,9	% 17,3	% 7,6
Sağlığım mükemmel	% 9,8	% 12,9	% 60,4	% 7,6	% 9,3

Kadınların menopoz döneminde iken sağlıklarına ilişkin dağılımları Tablo 4.14 ’de incelendiğinde; diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum dağılımının oranının %33,8 ile tamamen doğru olduğu, tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım dağılımının oranının %44,0 ile bilmiyorum olduğu, sağlığımın kötüleşmeni bekliyorum dağılımının oranının %37,3 ile çoğunlukla doğru olduğu, sağlığım mükemmel dağılımının %60,4 ile bilmiyorum olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Tablo 4.14).



Şekil 4-11: Sağlığa ilişkin tahminler grafiği

4.8. Yedinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri eğitim durumlarına göre gruplandırılmış ve “tek yönlü varyans analizi” uygulanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4-15: Eğitim durumu değişkenine göre ortalamalar

Boyutlar	Değişken (Eğitim Durumu)	N	AO	SS	SH
Sosyal İşlevsellik	Okur Yazar Değil	43	81,860	3,937	,600
	İlköğretim	114	78,947	23,923	2,240
	Lise ve Üzeri	68	40,441	19,039	2,308
	Toplam	225	67,866	26,990	1,799

Tablo 4-15: Eğitim durumu değişkenine göre ortalamalar devamı

Fiziksel İşlevsellik	Okur Yazar Değil	43	70,976	2,781	,424
	İlköğretim	114	73,140	4,954	,464
	Lise ve Üzeri	68	62,191	6,954	,843
	Toplam	225	71,933	13,090	,872
Emosyonel Rol Güçlüğü	Okur Yazar Değil	43	89,767	10,115	1,542
	İlköğretim	114	61,052	6,431	,602
	Lise ve Üzeri	68	71,470	13,523	1,639
	Toplam	225	69,688	14,528	,968
Ruhsal Sağlık	Okur Yazar Değil	43	100,000	,000	,000
	İlköğretim	114	95,964	8,061	,755
	Lise ve Üzeri	68	56,470	24,662	2,990
	Toplam	225	84,800	23,793	1,586
Ağrı	Okur Yazar Değil	43	100,000	,000	,000
	İlköğretim	114	91,140	11,031	1,033
	Lise ve Üzeri	68	52,500	19,499	2,364
	Toplam	225	81,155	23,308	1,553
Canlılık	Okur Yazar Değil	43	60,465	6,970	1,062
	İlköğretim	114	75,263	6,017	,563
	Lise ve Üzeri	68	83,235	8,926	1,082
	Toplam	225	74,844	10,600	,706
Genel Sağlık Algısı	Okur Yazar Değil	43	42,325	3,523	,537
	İlköğretim	114	59,587	11,105	1,040
	Lise ve Üzeri	68	86,367	5,669	,687
	Toplam	225	64,382	18,054	1,203

N: Evren, AO: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, SH: Standart hata.

Tablo 4-16: Eğitim durumu değişkenine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları

Boyutlar	Değişimin Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	TMH
Sosyal İşlevsellik	Grup Arası	73564,388	2	36782,194	91,123	,000*	1-2
	Grup İçi	89611,612	222	403,656			
	Toplam	163176,000	224				
Fiziksel İşlevsellik	Grup Arası	5235,483	2	2617,742	91,673	,000*	1-2
	Grup İçi	6339,246	222	28,555			
	Toplam	11574,729	224				
Fiziksel Rol Güçlüğü	Grup Arası	22682,893	2	11341,446	160,358	,000*	1-3
	Grup İçi	15701,107	222	70,726			
	Toplam	38384,000	224				
Emosyonel Rol Güçlüğü	Grup Arası	26053,922	2	13026,961	136,258	,000*	2-3
	Grup İçi	21224,300	222	95,605			
	Toplam	47278,222	224				
Ruhsal Sağlık	Grup Arası	78719,199	2	39359,600	181,672	,000*	1-3
	Grup İçi	48096,801	222	216,652			
	Toplam	126816,000	224				
Ağrı	Grup Arası	82472,801	2	41236,401	233,373	,000*	2-3
	Grup İçi	39226,754	222	176,697			
	Toplam	121699,556	224				
Canlılık	Grup Arası	13698,517	2	6849,259	132,554	,000*	1-2
	Grup İçi	11471,038	222	51,671			
	Toplam	25169,556	224				
Genel Sağlık Algısı	Grup Arası	56408,255	2	28204,128	376,941	,000*	2-3
	Grup İçi	16610,873	222	74,824			
	Toplam	73019,129	224				

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA). *p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı KT: Kareler toplamı, SD: Serbestlik derecesi, KO: Kareler ortalaması, TMH: Anlamlı fark. Grup arası: 9-10-11.sınıfları ayrı karşılaştırır. Grup içi: 9-10-11.sınıfları bir karşılaştırır.

Bu sonuçlara göre, kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri eğitim durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik (F=9,123), fiziksel işlevsellik (F=91,673), fiziksel rol güçlüğü (F=160,358), emosyonel rol güçlüğü (F=136,258), ruhsal sağlık (F=181,672), ağrı (F=233,373), canlılık (F=132,554) ve genel sağlık algısı (F=376,941) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Çoklu mukayeseye imkân tanıyan çoklu karşılaştırma testi kullanılarak yapılan test incelendiğinde bütün boyutlar arasında okuryazar olmayan kadınlar ile ilköğretim mezunu kadınlar ve ilköğretim mezunu kadınlar ile lise ve üstü eğitim durumuna sahip kadınların bulunduğu gruplardan kaynaklandığı söylenilebilir. Betimsel istatistikler incelendiğinde sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve ağrı alt boyutlarında okuryazar olmayan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, canlılık ve genel sağlık algısında ise lise ve üzeri mezun olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.16).

4.9. Sekizinci Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre gruplandırılmış ve “tek yönlü varyans analizi” uygulanmıştır.

Tablo 4-17: Gelir durumu değişkenine göre ortalamalar

Boyutlar	Değişken (Gelir Durumu)	N	AO	SS	SH
Sosyal İşlevsellik	Gelir Giderden Az	107	85,981	8,780	,848
	Gelir Gider Eşit	75	52,000	32,215	3,719
	Gelir Giderden Fazla	43	50,465	16,323	2,489
	Toplam	225	67,866	26,990	1,799
Fiziksel İşlevsellik	Gelir Giderden Az	107	73,196	3,454	,333
	Gelir Gider Eşit	75	67,666	7,595	,877
	Gelir Giderden Fazla	43	63,069	7,793	1,188
	Toplam	225	69,417	7,188	,479

Tablo 4-17: Gelir durumu değişkenine göre ortalamalar devamı

Fiziksel Rol Güçlüğü	Gelir Giderden Az	107	74,859	14,348	1,387
	Gelir Gider Eşit	75	62,200	5,342	,616
	Gelir Giderden Fazla	43	81,627	7,537	1,149
	Toplam	225	71,933	13,090	,872
Emosyonel Rol Güçlüğü	Gelir Giderden Az	107	73,084	16,506	1,595
	Gelir Gider Eşit	75	60,000	,000	,000
	Gelir Giderden Fazla	43	78,1395	12,95704	1,975
	Toplam	225	69,688	14,528	,968
Ruhsal Sağlık	Gelir Giderden Az	107	100,000	,000	,000
	Gelir Gider Eşit	75	87,200	9,664	1,115
	Gelir Giderden Fazla	43	42,790	21,193	3,232
	Toplam	225	84,800	23,793	1,586
Ağrı	Gelir Giderden Az	107	99,158	2,788	,269
	Gelir Gider Eşit	75	78,266	9,638	1,112
	Gelir Giderden Fazla	43	41,395	15,973	2,435
	Toplam	225	81,155	23,308	1,553
Canlılık	Gelir Giderden Az	107	69,205	8,879	,858
	Gelir Gider Eşit	75	79,333	10,011	1,156
	Gelir Giderden Fazla	43	81,046	8,205	1,251
	Toplam	225	74,844	10,600	,706
Genel Sağlık Algısı	Gelir Giderden Az	107	47,887	6,289	,607
	Gelir Gider Eşit	75	74,986	10,615	1,225
	Gelir Giderden Fazla	43	86,9302	5,072	,773
	Toplam	225	64,382	18,054	1,203

N: Evren, AO: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, SH: Standart hata.

Tablo 4-18: Gelir durumu değişkenine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları

Boyutlar	Değişimin Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	TMH
Sosyal İşlevsellik	Grup Arası	67013,340	2	33506,670	77,353	,000*	1-3
	Grup İçi	96162,660	222	433,165			
	Toplam	163176,000	224				
Fiziksel İşlevsellik	Grup Arası	3490,393	2	1745,197	47,924	,000*	1-2
	Grup İçi	8084,336	222	36,416			
	Toplam	11574,729	224				
Fiziksel Rol Güçlüğü	Grup Arası	12063,056	2	6031,528	50,872	,000*	1-3
	Grup İçi	26320,944	222	118,563			
	Toplam	38384,000	224				
Emosyonel Rol Güçlüğü	Grup Arası	11344,816	2	5672,408	35,045	,000*	1-3
	Grup İçi	35933,406	222	161,862			
	Toplam	47278,222	224				
Ruhsal Sağlık	Grup Arası	101038,884	2	50519,442	435,088	,000*	2-3
	Grup İçi	25777,116	222	116,113			
	Toplam	126816,000	224				
Ağrı	Grup Arası	103284,311	2	51642,155	622,558	,000*	2-3
	Grup İçi	18415,245	222	82,952			
	Toplam	121699,556	224				
Canlılık	Grup Arası	6567,505	2	3283,753	39,189	,000*	1-2
	Grup İçi	18602,050	222	83,793			
	Toplam	25169,556	224				
Genel Sağlık Algısı	Grup Arası	59406,697	2	29703,349	484,421	,000*	1-3
	Grup İçi	13612,432	222	61,317			
	Toplam	73019,129	224				

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA). *p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

KT: Kareler toplamı, SD: Serbestlik derecesi, KO: Kareler ortalaması, TMH: Anlamlı fark.

Grup arası: 9-10-11. sınıfları ayrı karşılaştırılır. Grup içi: 9-10-11. sınıfları bir karşılaştırılır.

Bu sonuçlara göre, kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik ($F=77,353$), fiziksel işlevsellik ($F=47,924$), fiziksel rol güçlüğü ($F=50,872$), emosyonel rol güçlüğü ($F=35,045$), ruhsal sağlık ($F=435,088$), ağrı ($F=622,558$) canlılık ($F=39,189$) ve genel sağlık algısı ($F=484,421$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Çoklu mukayeseye imkân tanıyan çoklu karşılaştırma testi kullanılarak yapılan test incelendiğinde bütün boyutlar arasında gelir durumu değişkenine göre gelir durumu az olan kadınlar ile gelir durumu fazla olan kadınların bulunduğu gruplardan kaynaklandığı söylenilebilir. Betimsel istatistikler incelendiğinde sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, ruhsal sağlık ve ağrı alt boyutlarında gelir durumu az olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık ve genel sağlık algısında ise gelir durumu fazla olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.18).

4.10. Dokuzuncu Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri çocuk sayısı değişkenine göre gruplandırılmış ve “tek yönlü varyans analizi” uygulanmıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4-19: Çocuk sayısı değişkenine göre ortalamalar

Boyutlar	Değişken (Çocuk Sayısı)	N	AO	SS	SH
Sosyal İşlevsellik	Yok	14	25,714	9,376	2,505
	1-3 Tane	171	77,368	21,572	1,649
	4 ve Üzeri	40	42,000	20,153	3,186
	Toplam	225	67,866	26,990	1,799
Fiziksel İşlevsellik	Yok	14	64,214	2,293	,612
	1-3 Tane	171	72,181	4,623	,353
	4 ve Üzeri	40	59,425	7,500	1,185
	Toplam	225	69,417	7,188	,479

Tablo 4-19: Çocuk sayısı değişkenine göre ortalamalar devamı

Fiziksel Rol Güçlüğü	Yok	14	60,000	,000	,000
	1-3 Tane	171	71,754	14,229	1,088
	4 ve Üzeri	40	76,875	5,023	,794
	Toplam	225	71,933	13,090	,872
Emosyonel Rol Güçlüğü	Yok	14	60,000	,000	,000
	1-3 Tane	171	70,409	15,391	1,177
	4 ve Üzeri	40	70,000	11,982	1,894
	Toplam	225	69,688	14,528	,968
Ruhsal Sağlık	Yok	14	80,000	,000	,000
	1-3 Tane	171	90,760	22,255	1,701
	4 ve Üzeri	40	61,000	18,646	2,948
	Toplam	225	84,800	23,793	1,586
Ağrı	Yok	14	72,857	4,688	1,252
	1-3 Tane	171	89,707	17,026	1,302
	4 ve Üzeri	40	47,500	18,501	2,925
	Toplam	225	81,155	23,308	1,553
Canlılık	Yok	14	83,571	10,271	2,745
	4 ve Üzeri	40	82,1250	8,762	1,385
	Toplam	225	74,8444	10,600	,706
Genel Sağlık Algısı	Yok	14	88,4286	2,344	,626
	1-3 Tane	171	57,4327	14,710	1,124
	4 ve Üzeri	40	85,6750	6,54526	1,034
	Toplam	225	64,3822	18,05487	1,203

N: Evren, AO: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, SH: Standart hata.

Tablo 4-20: Çocuk sayısı değişkenine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları

Boyutlar	Değişimin Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	TMH
Sosyal İşlevsellik	Grup Arası	67077,353	2	33538,677	77,479	,000*	2-3
	Grup İçi	96098,647	222	432,877			
	Toplam	163176,000	224				
Fiziksel İşlevsellik	Grup Arası	5679,217	2	2839,608	106,928	,000*	1-2
	Grup İçi	5895,512	222	26,556			
	Toplam	11574,729	224				
Fiziksel Rol Güçlüğü	Grup Arası	2975,941	2	1487,970	9,329	,000*	2-3
	Grup İçi	35408,059	222	159,496			
	Toplam	38384,000	224				
Emosyonel Rol Güçlüğü	Grup Arası	1406,877	2	703,439	3,404	,000*	1-3
	Grup İçi	45871,345	222	206,628			
	Toplam	47278,222	224				
Ruhsal Sağlık	Grup Arası	29054,830	2	14527,415	32,989	,000*	2-3
	Grup İçi	97761,170	222	440,366			
	Toplam	126816,000	224				
Ağrı	Grup Arası	58778,461	2	29389,231	103,692	,000*	2-3
	Grup İçi	62921,094	222	283,428			
	Toplam	121699,556	224				
Canlılık	Grup Arası	4185,916	2	2092,958	22,143	,000*	1-3
	Grup İçi	20983,640	222	94,521			
	Toplam	25169,556	224				
Genel Sağlık Algısı	Grup Arası	34488,949	2	17244,474	99,358	,000*	2-3
	Grup İçi	38530,180	222	173,559			
	Toplam	73019,129	224				

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA). *p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

KT: Kareler toplamı, SD: Serbestlik derecesi, KO: Kareler ortalaması, TMH: Anlamlı fark.

Grup arası: 9-10-11. sınıfları ayrı karşılaştırır. Grup içi: 9-10-11. sınıfları bir karşılaştırır.

Bu sonuçlara göre, kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik (F=77,479), fiziksel işlevsellik (F=106,928), fiziksel rol güçlüğü (F=9,329), emosyonel rol güçlüğü (F=3,404), ruhsal sağlık (F=32,989), ağrı (F=103,692), canlılık (F=22,143) ve genel sağlık algısı (F=99,358) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Çoklu mukayeseye imkân tanıyan çoklu karşılaştırma testi kullanılarak yapılan test incelendiğinde bütün boyutlar arasında çocuk sayısı değişkenine göre çocuğu olmayan kadınlar ile 1-3 tane çocuğa sahip kadınlar arasında ve 1-3 tane çocuğa sahip olanlar ile 4 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınların bulunduğu gruplardan kaynaklandığı söylenilebilir. Betimsel istatistikler incelendiğinde sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve ağrı boyutlarında 1-3 tane çocuğu olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, fiziksel rol güçlüğü, boyutunda 4 ve üzeri çocuğu olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ve canlılık ve genel sağlık algısında ise çocuğu olmayan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.20).

4.11. Onuncu Alt Probleme İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri sağlık hizmeti alma durumlarına göre gruplandırılmış ve “bağımsız iki grup t-testi” uygulanmıştır.

Tablo 4-21: Sağlık hizmeti alma değişkenine göre t testi tablosu sonuçları

Boyutlar	Sağlık Hizmeti	N	\bar{x}	Ss	Sd	T	P
Sosyal İşlevsellik	Evet	65	40,461	19,480	223	13,142	,000*
	Hayır	160	79,000	21,018	127,382		
Fiziksel İşlevsellik	Evet	65	61,969	7,035	223	11,087	,000*
	Hayır	160	72,443	4,580	86,898		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	65	76,846	10,099	223	4,178	,000*
	Hayır	160	69,937	13,655	159,048		

Tablo 4-21: Sağlık hizmeti alma değişkenine göre t testi tablosu sonuçları devamı

Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	65	72,000	13,601	223	1,525	,129*
	Hayır	160	68,750	14,826	128,633		
Ruhsal Sağlık	Evet	65	55,384	24,690	223	13,267	,000*
	Hayır	160	96,750	7,401	68,721		
Ağrı	Evet	65	51,692	19,571	223	16,135	,000*
	Hayır	160	93,125	10,591	79,682		
Canlılık	Evet	65	83,000	8,829	223	8,427	,000*
	Hayır	160	71,531	9,416	125,980		
Genel Sağlık Algısı	Evet	65	86,338	5,799	223	24,634	,000*
	Hayır	160	55,462	12,983	221,060		

Bağımsız iki grup t-testi. *p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

N: Evren, SS: Standart sapma, SD: Serbestlik derecesi, T: t değeri, P:Anlamlılık

Bu sonuçlara göre, kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik (t=13,142), fiziksel işlevsellik (t=11,087), fiziksel rol güçlüğü (t=4,178), ruhsal sağlık (t=13,267), ağrı (t=16,135), canlılık (t=8,427) ve genel sağlık algısı (t=24,634) istatistiksel olarak anlamlı olduğu öte yandan emosyonel rol güçlüğü (t=1,525) boyutunda ise istatistiksel anlamlı olmadığı görülmektedir. Betimsel istatistikler incelendiğinde; sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algılamalarında sağlık hizmeti alan kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık boyutlarında ise sağlık hizmeti alan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.21).

5. TARTIŞMA

Menopoz dönemi kadınlarda, tüm dünyada menarş sonrası en önemli yaşam dönemlerinden biri sayılmaktadır. Bu dönemde çeşitli fiziksel ve psikolojik değişiklikler görüldüğü gibi yaşam kaliteleri de birçok faktörden etkilenebilir. Bizde menopoz dönemindeki kadınların demografik verilerine ve doğurganlık özelliklerine bakarak yaşam kalitelerinin ne düzeyde etkilendiğini görmeyi amaçladık. Araştırmamızda yapılan diğer çalışmalarla benzer sonuçlara ulaştık. Yapılan araştırma kesitsel bir çalışma olduğu için sonuçlar için genelleme yapmak doğru olmasada menopoz dönemindeki kadınlar için fikir sahibi olmamızı sağlamıştır.

Araştırmamızda hedef kitlemiz menopoz dönemindeki kadınlar olduğu için 45-55 yaş grubu kadınların çalışmaya alınmasına özen gösterildi ve bu sebeple araştırmamızın sonucunda menopoza girme yaşı 45-55 yaş grubu belirlendi. Bu sonucumuz Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014 yılı verileri ile de paralellik göstermektedir. Menopozdaki kadınların yüzdesi yaşla birlikte artmaktadır. Bu oran otuzlu yaşların başlarındaki kadınlar için yüzde 1'in altındayken, 48-49 yaşlarındaki kadınlar için yüzde 49'a çıkmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014). Aydemir'in (2007) ve Aydın'ın (2011) yaptığı çalışmada da menopoz yaş ortalaması 46-55 yaş grupları arasında sonuçlanmıştır. Tokuç ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2006) menopoz yaş ortalaması açısından bizim çalışmamıza benzer sonuç göstermiştir. Castelo ve arkadaşları (2000) çalışmalarında menopoz yaş ortalamasını 45-50,6 olarak bulmuşlardır. Farklı olarak Bozkurt (2004) çalışmasında menopoz yaşını %67,5 oranla 50-59 yaş aralığı sonucuna ulaşmıştır. Bunun nedeni araştırmanın postmenopozal kadınlarda yapılmış bir çalışma olması nedeniyle yaş ortalamasının 53 olması olabilir.

Araştırmamızda kadınların %72'si evlidir. Bu sonuç, TÜİK'in 2011 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre, 15 yaş üstünde kadınların evli olma yüzdesinden fazladır (TÜİK 2013). Bozkurt (2004) çalışmasında evlilik oranını %90 bularak araştırmamızdan daha yüksek bir sonuç elde etmiştir. Bu sonuçlar geleneksel aile yapısına uygunluğu göstermektedir.

Kadınların öğrenim düzeylerine baktığımızda ilköğretim mezunu olanların yüzdesi 50,7, okuryazar olmayanların yüzdesi ise 19,1'dir. Trakya bölgesinde menopoza dönemi kadınlarda yapılan başka bir çalışmada kadınların %48,3'ünün ilköğretim mezunu, %4,4'ünün eğitimsiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nehir ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında okuryazar olmayanlar %17,3 ile araştırmamıza yakın yüzde değerleri vermiştir. Yurdakul'un Mersinde yaptığı çalışmada (2007) okuryazar olmayanların yüzdesi %47 ile çalışmamızdan oldukça yüksektir. Bunun sebebi olarak bölge farklılığı dikkate alınabilir. Trakya bölgesinde okuryazarlık oranı diğer bölgelere göre yüksektir. TÜİK'in Nisan 2013 eğitim verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri 'en okuryazar il' sıralamasında Tekirdağ ikinci sırasında yerini almıştır. TÜİK verilerine göre yine Edirne'de 15 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 33,72'sinin ilköğretim, yüzde 22,21'inin lise veya dengi okul, yüzde 13,73'ünün ilköğretim, yüzde 12,33'ünün yüksekokul veya fakülte ve yüzde 7,55'inin ortaokul veya dengi okul mezunu olduğu açıklanırken, Edirne'nin okuma yazma oranı en yüksek olan ilçesinin yüzde 97,8 ile merkez ilçe olduğu bildirildi. Çalışmamızdaki sonuç da verilere uyum sağlamaktadır. Çalışmamız kırsal kesimdeki bir çalışmada olsa okuryazarlık oranındaki yükseklikle giderek okuryazar durumunun ve eğitim düzeyinin arttığını ve Trakya bölgesinin okuryazarlık oranının yüksekliğinin göstergesidir. Türkiye 2013 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü verilerine göre okuryazarlık oranı, 45-49 yaş grubunda yüzde 86'dır. Çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü verileri ile de uyum sağlamaktadır. Bozkurt (2004) çalışmasında %35 ile en yüksek değer yüksekokul ve fakülte mezunudur. Bunun nedeni üniversite hastanesinde bir çalışma olduğu için başvuran sınırlılığı olarak açıklanabilir.

Meslek dağılımlarında ise ev hanımı ile çalışan kadınlar arasında çok fark olmamasıyla birlikte ev hanımı yüzdesi %59,1 ile daha fazladır. Çalışmamız Edirne'nin bir ilçesinde olduğu için çalışan kadın sayısı çok yüksek değildir. Çalışan kadınlar ise tarlada ya da küçük işlerde çalışmaktadırlar. Yurdakul ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da (2007) ev hanımı sayısı bizim çalışmamızdan oldukça yüksek olup çalışan kadın sayısı ise düşüktür. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 verilerinde çalışma yüzdesi 37,3 iken bizim çalışmamızda bu oran yüzde 40,9 ile yüksek bir oran görülse de bu çalışma resmi kurumlarda olan bir çalışma şekli olmayıp; bağ, bahçe ve tarla gibi çalışılabilecek her alanda olan bir

çalışma şeklidir. Bozkurt (2004) çalışmasında farklı olarak çalışan yüzdesi 15 ile bizimkinden oldukça düşüktür. Bunun sebebi ise çalışmasında postmenopozal kadınları aldığı için yüksek yaş ortalaması ile çalışma hayatının olmaması olabilir.

Çalışmamızda hane halkının yüksek oranda geniş aile şeklinde yaşaması beraberinde de gelir düzeyinin az olmasını destekler niteliktedir. Evde kişi sayısı arttıkça kişilere olan özel alan daralıp genelde büyükanne ve büyükbaba çalışmadığı için ekonomik alanda sıkıntı doğurmaktadır. Yurdakul ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007) geniş aile şeklinde yaşama şekli bizim sonucumuzdan oldukça azdır. Bizim çalışmamızda bu sonucun sebeplerinden biri de ilçede yapılan bir araştırma olması ve halen geleneksel değerlerin yaşatılması şeklinde yorumlanabilir.

Sigara kullanımı menopoz döneminde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sigara kullanmama durumu çalışmamızda kullanıma göre yüksek çıkmıştır ve bu istenilen bir sonuç olsa da yüzde olarak hedeflenen sonuçlardan daha düşük çıkmıştır. İnceboz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2010) sigara içme durumu %19,4 iken bizde bu oran %38,2 ile daha yüksektir. Koç ve Sağlam'ın da yaptığı çalışmada (2008) kadınların %16,6'sının sigara içtiği tespit edilmiştir. Saka ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) bu oran %42,8 çıkmıştır. Aydın'ın (2011) çalışmasında sigara kullanma durumu %17,5 olup düzenli egzersiz yapma oranları %32,8 ile bizden daha yüksektir. Bu bizim çalışmamızda kadınların yaşam biçimlerinin daha sağlıklı olduğu, bunun sebebinin ise bilgi eksikliği ve yaşam şekli ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların doğurganlık özelliğine baktığımızda gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmaya göre daha azdır. Çalışmamızda gebelik sayısı %69,8 ile 1-3 çocuk sayısı olmuştur. Yurdakul'un Mersin'de yaptığı çalışmasında ise %80,7 ile 4 ve üzeri çocuk sayısı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca küretaj ve düşük vakaları da daha azdır. Buna bölgesel farklılıklarla birlikte kültürel farklılıklar sebep olabilir. Çünkü doğu bölgelerinde gebelik sayıları halen batı bölgelerine göre daha yüksektir. Saka ve arkadaşlarının (2005) Diyarbakır'da yaptığı çalışmada da gebelik sayısı ortalama 4 ve üzeri çıkmıştır. Çelik ve Pasinlioğlu'nun (2013) Erzurum'da yaptığı çalışmada da kadınların gebelik sayıları yüksek oranda 6 çocuk ve üzeri sonucuna ulaşılmıştır. Ertem'in (2010) de İzmir'de yaptığı çalışmada, Aydemir'in (2007) Edirne ilinde

yaptığı çalışmada da gebelik sayıları düşük çıkararak varsayımımızı destekler niteliktedir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2003 verilerinde menopoz dönemindeki kadınların canlı doğum ortalamaları Türkiye'nin batı bölgesinde 2,9 olarak bulunmuştur ve bu da bizim araştırmamızla benzer bir sonuçtur.

Menopoza girme süresi bizim çalışmamızda 1-5 yıl çıkmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarla benzer sonuçlar görülmektedir (Yurdakul ve ark. 2007; Bozkurt 2004).

Menopoz döneminde, menopoz dönemi ile ilgili bilgi sahibi olmak ve menopoza dair sağlık hizmeti alabilmek zor süreç olan bu dönemi daha kolay atlatabilmek için önemlidir. Araştırmamızda kadınlar menopozla ilgili bilgi alma oranları %28,9 ile oldukça düşüktür. Bunun beraberinde de menopoz ile ilgili sağlık hizmeti almama durumu da %65,3 oran ile yüksektir. Bilgi alınan kişiler ise %45,8 ile komşu ve akrabalarıdır. Bozkurt'un (2004) çalışmasında menopozla ilgili bilgi alma durumu %54,2 ile yüksek bir oran olup alınan bilgiler yüksek oranla doktordan olmuştur. Bunun sebebi Bozkurt'un (2004) araştırmasında kadınlarında yüksek okul ve fakülte mezununun yüksek olması sebebiyle daha bilinçli olmaları şeklinde açıklanabilir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da menopozla ilgili sağlık hizmeti alma oranı %27,7, bilgi alma durumu %38,6 olup, bilgi alınan kişilerde %71,8 ile sağlık personeli olmuştur. İnceboz ve arkadaşlarının (2010) Manisa'da yaptıkları çalışmada ise menopoza ait bilgi alma %30,2 ile evet olup alınan bilgi %26,5 ile TV, radyo ve internet aracılığı ile olmuştur. Ertem'in (2010) yaptığı çalışmada da menopozla ilgili bilgi alma durumu %62 ile yüksek iken, menopoz ile ilgili sağlık hizmeti alma durumu %4 ile düşük olup bilgi alınan kişiler ise %70,4 ile TV ve basın olmuştur. Sonuçlara baktığımızda kadınların menopoz dönemi hakkında bilgi alma konusunda çok ilgili olmadıklarını görmekteyiz. Bunun sebebi kadınların menopozu algılama biçimi ve bunu bir süreç olarak görmeleri olabilir. Bu sebeple farkındalık artırılmak için kamu spotları ile TV radyo ve basında menopoza dair daha fazla bilgilere yer verilebilir. Bu sebeple sağlık çalışanları ev gezileri yaparak bireyleri bilgilendirme yolunda önemli bir rol üstlenmektedirler. ASM ve TSM'lerde, polikliniklerde afiş ve broşürler ile menopoz hakkında bilgiler vererek farkındalık yaratılmalıdır.

Menopoz dönemi her kadında farklı belirtiler göstererek meydana gelir. Bu dönemi kolay sıkıntısız atlatanlar olduğu gibi ağır geçiren kadınlara da rastlanmaktadır. Bunun sonucunda kadınlar ilaç kullanma yoluna gidebilirler. Bizim çalışmamızda kadınların %71,1'i bu dönemde herhangi bir tedavi almamıştır. Tedavi alanlarda ise %64,9'u bu dönemi ilaç yerine alternatif (bitki çayları vb.) tedavi yöntemini seçerek atlatmıştır. Bunun sebebi kadınların menopoz dönemini ilaç kullanmaya gerek duymayacak kadar hafif yaşamaları ya da menopozal dönem farkındalığının yerleşmeyip, menopozal dönem hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, bu sürecin doğal, olması gereken gibi algılanması olabilir. Nehir ve arkadaşlarının (2009) menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi adlı yaptığı çalışmada bitki ve ilaç kullanma oranı %20,4 dür. Aydemir'in (2007) yaptığı çalışmada katılımcıların sadece %25,6'sının ilaç aldığı belirtilmektedir. Tosunoğlu (2010)'nun yaptığı bir çalışmada da menopozal süreçte olan kadınların büyük bir bölümünün menopozal süreçte ilaç tedavisi kullanmadığı sonucuna ulaşmıştır (%88,6). Çalışmamızda ilaç tedavisinin yüksek olmasının sebebi ise kadınların menopozal dönemde fiziksel sorunların yanında psikolojik sorunları da fazla yaşamaları sebebiyle ilaç tedavisini bir rahatlama düşüncesi ile seçmeleri olabilir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise tedavi almayan bizim çalışmamıza göre yüksek iken (%88) tedavi alanların ise ilaçla tedavi yöntemini tercih etmeleri daha fazladır (%90). Bunun sebebi kadınların menopozla ilgili bilgilerin donanımlı kişilerden alınması sebebiyle daha bilinçli hareket ettikleri varsayılabilir.

Menopoz dönemi belirtileri ile her kadını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkiler. Bazı kadınlarda fizyolojik problemler fazla iken bazı kadınlarda ruhsal problemler fazla olabilir. Bizim çalışmamızda kadınların %84'ü bu dönemde sıkıntı yaşamıştır ve bu sıkıntıların %15,1'i fiziksel, %20,4'ü psikolojik, %64,4'ü her iki sıkıntıyı da yaşamıştır. Çetin ve Eroğlu'nun (2015) yaptığı menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları isimli çalışmada en sık yaşanan ilk üç sorunun sırasıyla %97 ile vazomotor, %91 ile emosyonel ve %79 ile merkezi sinir sistemi olduğu belirtilmiştir. Ertem (2010) yaptığı çalışmada kadınların %85'i sıkıntı yaşayıp bunun %60'ı fiziksel olup %40'ı hem fiziksel hem psikolojiktir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada %55,4'ünün menopozal dönemle ilgili sıkıntı yaşadığı, yaşanan sıkıntıların %28,9'unun fiziksel, %26,5'inin

fiziksel ve psikolojik olduğu saptanmıştır. Kırsal alanda Nayak ve arkadaşlarının (2012) Karnataka kıyılarındaki fiziksel ve psikososyal belirtilerin, vazomotor ve cinsel belirtilere kıyasla daha fazla sonucuna ulaşarak çalışmamızla benzer sonuç alınmıştır.

Çalışmamızda kadınların diğer literatürlere göre fiziksel yerine ruhsal sıkıntılarının da fazla olması kadınların menopoz döneminden olumsuz etkilenmesi olabilir. Bu sonuca sebep olan ise bölgemizde kadınların sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması, evde yaşanan kişinin fazla olması daha fazla sorumluluk yükü ile psikolojik sorunların bu dönemde daha çok baş göstermesi olabilir.

Yapılan araştırmaların çoğunda bizde olduğu gibi menopozal semptomların yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak menopoz dönemi kadınlarda yaşam kalitesinin incelenmesi konulu araştırmalar yeterli değildir. Biz de çalışmamızda bu durumu ölçmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullandık. Çalışmamızda eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı ve sağlık hizmeti alma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler bulduk.

Yaşam kalitesi ile eğitim durumunun kıyasladığımızda anlamlı sonuçlara ulaştık. Sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve ağrı alt birimlerinde okuryazar olmayanlarda yaşam kalitesi yüksek iken canlılık ve genel sağlık alt birimlerinde lise mezunu ve üzeri eğitim durumu olanlarda yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır. Bozkurt (2004) yaptığı çalışmada eğitimin vazomotor, psikososyal, cinsel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir fark olmadığı ancak eğitim düzeyinin fiziksel yaşam üzerinde anlamlı fark yarattığı sonucuna ulaşmıştır. Bu farkı yaratan ise ilkokul ve yüksekokul/fakülte mezunu olan gruptur. Farklı sonuçlara ulaşmamızın sebebi Bozkurt (2004)'un çalışmasında yüksekokul ve fakülte mezunu olan kadınların bizim çalışmamızdan yüksek olmasıdır. Eğitim seviyesi arttıkça kadınların sağlık hakkında bilgileri arttığı için daha doğru sağlık algısı oluşmuştur ve bu da yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olmuştur. Aydemir'in (2007) yaptığı çalışmada ise eğitim durumu ve yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında SF-36 tüm alt ölçekleri eğitimsiz olanlarda daha belirgin olmak üzere düşük eğitim düzeyi olanlarda daha kötü çıkmıştır. Brzyski ve arkadaşları (2001) eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda yaşam kalitesinin daha kötü, menopozal semptom sayısının daha çok olduğunu, yüksek öğrenim gören kadınların

fiziksel ve psikososyal yakınma şiddetinin daha düşük bulunduğunu belirtmiştir. Eğitim düzeyi düşük olanlarda fiziksel alt ölçekler mental alt ölçeklerden daha fazla etkilenmiş bulmuştur. Bizim çalışmamızda kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt puan ortalamalarında eğitim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$). Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) Mersin Devlet Hastanesi Jinekoloji Polikliniğinde yaptıkları çalışmada da eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. Tokuç ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada da kadınların eğitim durumlarının kadınların yaşam kalitelerini etkilediği sonucuna varılmıştır. Erkin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da lise mezunu olan kadınların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin (2007) yaptığı çalışmada da düzenli olarak sağlık muayenesi yapmayanların psikososyal alanda yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda gelir durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, ruhsal sağlık ve ağrı alt birimlerinde gelir durumu az olanlarda yaşam kalitesi yüksek iken fiziksel rol, emosyonel rol, canlılık ve genel sağlık alt birimlerinde gelir durumu yüksek kişilerde yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Bu sonuç diğer çalışmalardan farklı bir sonuç olmuştur. Çalışmamızda bu farklılığın sebebi kadınların sosyal olarak birbirleriyle olan görüşmeleri, ilişkilerin iyi olmasını sosyallik olarak algılamaları ve bu grubun da genelde gelir durumu az olan kişilerden oluşmasından kaynaklanabilir. Ayrıca bu grup insanları bağ, bahçe ve tarla gibi buldukları her alanda çalıştıkları için fiziksel olarak kendilerini daha iyi hissetmişlerdir ve bu sebeple yaşam kalitelerini yüksek algılamış olabilirler.

Aydın (2011) yaptığı çalışmasında düzenli geliri olanlarda ise yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve çevre alan puanları anlamlı yüksek bulunmuştur. İnceboz ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdiği çalışma ile kadınların eğitim durumu ve ekonomik durumunun yaşam kalitesini olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Erkin ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=13,354$, $p<0,01$). Brzyski ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada düşük gelir ve sosyoekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Böylece diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda gelir durumunun yaşam kalitesini etkilediği görmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile çocuk sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, emosyonel rol, ruhsal sağlık ve ağrı alt birimlerinde 1-3 çocuğu olanların yaşam kalitesi yüksek iken canlılık ve genel sağlık alt birimlerinde de çocuğu olmayanların yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. 4 ve üzeri çocuğu olanların sadece fiziksel rol güçlüğü alt biriminde yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır. Görüldüğü gibi fazla çocuk sahibi olmak kadının yaşamını fiziksel, sosyal ve ruhsal her alanda olumsuz etkilemektedir. Çocuğu olmayanların ise kendilerine zaman ayırmada sıkıntı yaşamayacakları için birçok alt birimde yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur. Tortumluoğlu'nun (2004) yaptığı çalışmada kadınların çocuk sayısı toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç bizim çalışmamızdan farklı bir sonuçtur. Bunun sebebi ise bölge farklılığı olabilir. Tortumluoğlu'nun çalışması Erzurum'da yapılan bir çalışmadır. Doğu bölgelerinde çocuk sayısı genelde fazla olmaktadır ve bu bölgelerde çocuk sahibi olmak fazlaca istenilen bir durumdur. Bu sebeple kadınlar çocuk sahibi olmalarının yaşam kalitelerinin hiçbir alanında etkili olmadığını düşüncesinde olabilirler. Kharbouch ve Şahin (2007) tarafından yapılan çalışmada ve daha fazla doğum yapan kadınların cinsel alanda yaşam kalitesi puanlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile sağlık hizmeti alma ilişkisine bakıldığında fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve canlılık alt birimlerinde sağlık hizmeti alanların yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır. Sağlık hizmeti alanların sağlık sorunlarıyla baş etme mekanizmaları güçlü olacağı için yaşam kaliteleri de beraberinde yüksek olacaktır.

Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerinin incelenmesini amaçladığımız araştırmada genel olarak diğer literatürler ile benzer sonuçlar aldık. Kadınlar menopoz döneminde bazı faktörlerden etkilenir ve bu faktörler yaşam kaliteleri üzerinde etkilidir. Menopoz döneminde özellikle eğitim durumunun, gelir düzeyinin, çocuk sayısının ve sağlık hizmeti alma durumunun yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkisi olduğunu düşünmekteyiz. Eğitim seviyesi arttıkça kadınlar daha güçlü olup kendi sağlıkları üzerinde daha fazla söz sahibi olurlar. Sağlık hizmeti alma da kadınlarda daha bilinçli hareket etmeyi, hastalıklar karşısında baş etme mekanizmalarının etkili olmasını sağlar. Bu nedenle bu dönemde kadınlarda

yeterli bilgi birikimi sağlanmalıdır. Menopozun anlamı, belirtileri, belirtiler karşısında baş etme yöntemleri kavranmalıdır. Burada hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına danışmanlık konusunda büyük görev düşmektedir. Bütüncül ve sürekli bir yaklaşım sağlanmalıdır. Menopozal dönemde görülen semptomlar karşısında kaygılar giderilmeli bu semptomlarla baş etme mekanizmaları anlatılmalıdır. Menopozal dönem aynı zamanda kayıpların olabileceği dönemdir. Bu dönemde ebeveyn ölümleri, emeklilik, çocukların okul, iş ve evlilik gibi durumlardan dolayı evden ayrılmaları da kadınlarda yalnızlık, yaşlanmışlık, işe yaramazlık duygularının daha fazla yaşanmasına sebep olabilir. Bahsedilen nedenlerden dolayı bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık taramalarının yapılması, bu döneme ait risk faktörlerine karşı önlemlerin alınması, diyet programları ve egzersiz gibi sağlıklı yaşam biçiminin de üzerinde durulmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde; araştırmanın betimsel ve çıkarımsal istatistik sonuçlarına yer verilmiştir.

6.1.1. Birinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Menopoz dönemindeki kadınların genel sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistikler incelendiğinde kadınların genel sağlık durumlarının orta ve kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Menopoz dönemindeki kadınların sağlık durumlarının geçen yıl ile karşılaştırıldığında, şu an için sağlık değerlendirmelerine ilişkin betimleyici istatistikler incelendiğinde geçen seneye nazaran sağlık durumlarının biraz daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.1.2. İkinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Menopoz döneminde iken günlük yapılan aktivitelerin kısıtlanmasına ilişkin dağılımlar incelendiğinde, kuvvet gerektiren aktiviteler; koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar yapmaya ilişkin dağılımların çok az kısıtladığı, orta aktiviteler; bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf yapma dağılımlarının hayır cevabı ile kısıtlamadığı, sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak dağılımlarının hayır cevabı ile kısıtlamadığı, pek çok katı çıkmak dağılımlarının evet ile kısıtladığı, tek katı çıkmak dağılımlarının hayır ile kısıtlamadığı, çömelmek, diz çökmek, eğilmek dağılımlarının çok az ile kısıtladığı, bir km'den fazla yürüyebilmek dağılımlarının evet ile kısıtladığı, pek çok mahalle arası yürüyebilmek dağılımlarının evet ile kısıtladığı, bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek dağılımlarının evet ile kısıtladığı ve kendi kendine yıkanmak, giyinmek dağılımlarının hayır ile kısıtlamadığı görüşünde oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu soruların cevaplarındaki yüzelere baktığımızda bu bölgedeki kadınların hareketlerini en çok kısıtlayan aktivitelerin uzun süreli yürümenin ve sonrasında da pek çok kat çıkmanın olduğu, çok az kısıtlayan aktivitelerin ise çömelmek, diz çökmek, eğilmek sonrasında ise ağır eşya kaldırmak, koşmak ve zor spor yapmak

olduğunu görmekteyiz. Buradan bu bölgedeki kadınların eklem rahatsızlıklarının fazla görüldüğü sonucuna ulaşabiliriz.

6.1.3. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerin hangi problemlere neden olduğu dağılımına ilişkin incelendiğinde; iş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti dağılımının evet olduğu, istediğinizden daha az miktar işin tamamlanması dağılımının evet olduğu, işin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama dağılımının evet olduğu ve iş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması dağılımının evet olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Son dört hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerde yaşanan problemlere ilişkin dağılımlar incelendiğinde; iş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu? Dağılımlarının evet olduğu, istediğinizden daha az kısım tamamlanması dağılımlarının evet olduğu ve işin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama dağılımlarının evet olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırma sonucumuza göre yaşanan fiziksel sağlık ve duygusal problemlerinin kadınların aktivitelerini olumsuz şekilde etkilediğini görmekteyiz.

6.1.4. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Geçen dört hafta içinde, fiziksel veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere engel olma dağılımları incelendiğinde; dağılımın oldukça engel olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Son dört hafta içerisinde, ağrının normal işe engel olma durumu incelendiğinde; dağılımın oranının oldukça işe engel olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemlerin sosyal aktivitelere (arkadaş, akraba ziyareti) engel olma durumu incelendiğinde; dağılımın oranının hiç ve çok az olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak fiziksel ve duygusal problemlerin sosyal aktiviteleri engellediğini, ağrı durumunun da yapılacak işe engel olduğunu görmekteyiz.

6.1.5. Beşinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Son dört hafta içerisinde menopoz dönemindeki kadınların kendilerini nasıl hissettikleri ve işlerinin nasıl gittiği dağılımı incelendiğinde; kendinizi capcanlı hissediyor musunuz? Dağılımının oranının bazen olduğu, çok sinirli bir kişi misiniz? Dağılımının çoğu zaman olduğu, kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz? Dağılımının çoğu zaman, kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi? Dağılımının çok nadir olduğu, çok enerjiniz var mı? Dağılımının çok nadir olduğu, kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi? Dağılımının çoğu zaman ve her zaman olduğu, yıpranmış hissettiniz mi? Dağılımının çoğu zaman ve her zaman olduğu, mutlu bir insan mıydınız? Dağılımının her zaman olduğu ve yorulmuş hissettiniz mi? Dağılımının çoğu zaman ve her zaman olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Sonuç olarak menopoz kadınların ruh halinde olumsuz değişikliklere neden olmaktadır. Araştırma yapılan bölgedeki kadınların geçmişte daha mutlu olduklarını şu anki ruh hallerinin ise karamsar, sinirli, enerjilerinin düşük ve yıpranmış olduğunu görmekteyiz.

6.1.6. Altıncı Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Kadınların menopoz döneminde iken sağlıklarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum dağılımının oranının tamamen doğru olduğu, tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım dağılımının oranının bilmiyorum olduğu, sağlığımın kötüleşmeni bekliyorum dağılımının oranının çoğunlukla doğru olduğu, sağlığım mükemmel dağılımının bilmiyorum olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuca göre kadınlar genel sağlık durumları hakkında karamsar ve ilerisi içinde sağlıklarının kötü olacağı düşüncesi içerisinde oldukları görülmüştür.

6.1.7. Yedinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri eğitim durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı, canlılık ve genel sağlık algısı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Betimsel istatistikler incelendiğinde sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü,

emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve ağrı alt boyutlarında okuryazar olmayan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, canlılık ve genel sağlık algısında ise lise ve üzeri mezun olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.1.8. Sekizinci Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı, canlılık ve genel sağlık algısı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Betimsel istatistikler incelendiğinde sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, ruhsal sağlık ve ağrı alt boyutlarında gelir durumu az olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık ve genel sağlık algısında ise gelir durumu fazla olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.1.9. Dokuzuncu Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı, canlılık ve genel sağlık algısı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Betimsel istatistikler incelendiğinde sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve ağrı boyutlarında bir üç arası çocuğu olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, fiziksel rol güçlüğü, boyutunda dört ve üzeri çocuğu olan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ve canlılık ve genel sağlık algısında ise çocuğu olmayan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.1.10. Onuncu Alt Probleme İlişkin Sonuçlar

Kadınların menopoz döneminde iken yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri gelir durumlarına göre ortalamaları arasında farkın sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı, canlılık ve genel sağlık algısı istatistiksel olarak anlamlı olduğu öte yandan emosyonel rol güçlüğü boyutunda ise istatistiksel anlamlı olmadığı görülmektedir. Betimsel istatistikler incelendiğinde; sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algılamalarında

sağlık hizmeti alan kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık boyutlarında ise sağlık hizmeti alan kadınların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Bu bölümde; araştırmanın betimsel ve çıkarımsal istatistik sonuçlarına ilişkin öneriler yer almaktadır.

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Menopoz dönemindeki kadınların alternatif yöntemlerden ziyade sağlık kurumlarından hizmet almaları sağlanmalıdır.
- Menopozun bir kayıp olmadığı, sadece bir değişim olduğunun kavranması yönünde sürekli ve etkili eğitimler verilmelidir.
- Menopoz dönemindeki kadınların fiziksel ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır.
- Menopozda ilaç kullanma durumu düşük düzeyde olduğu için kadınlara HRT etkileri, yan etkileri, kullanım süreleri ve dikkat edilecek hususlar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin nelerden etkileneceğinin bilinmesi ve buna yönelik birebir danışmanlık verilmesi kadınların menopoz dönemini daha rahat geçirmelerinde etkili olacaktır.
- Menopoz belirtileri bazı kadınlarda şiddetli şekilde yaşanabileceği için semptomlarla başetme yöntemleri öğretilmeli ve desteklenmelidir.
- Kadınların eğitim seviyelerini yükseltecek tedbirler teşvik edilerek menopoz dönemdeki kadınların yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılmalıdır.
- Menopoz dönemindeki kadınlara psikolojik destek olunmalıdır.
- Sadece kadınların değil tüm toplumun menopoz ve yaşam kalitesi ilişkisinin doğru anlaşılabilmesi için menopoza yönelik bilgilerin

yerel televizyon, gazete ve radyolarda yer alması sağlanmalı ve bir bütün olarak toplum bilinçlendirilmelidir.

6.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Menopoz dönemindeki kadınların durumları ile psikolojileri arasında ilişkiisel bir araştırma yapılabilir.
- Menopoz dönemindeki kadınların psikolojik ve ruhsal durumlarına ilişkin nitel ve nicel bir araştırma yapılabilir.



KAYNAKLAR

Akın, A., Üner, S., Arslan, Ş., Yıldırım, N., Arslan, D., Erdost, T. ve ark. (2008). *Kadın Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler*. Ankara: Avşaroğlu Matbaası.

Aktaş, A. M. (2007). Türkiye’de kadın sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler ve yoksulluk. *Aile ve Toplum*, 3, 65-72.

Altınsoy, N. (2002). Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (6.Baskı)*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

Arıkan, İ.İ. (2005). Postmenopozal Hastalarda Vücut Kitle İndeksi ve Hormon Profiline Endometriyal Kalınlığa Etkisi. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Arslan, H., Altınsoy, N. (2004). Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi. *Androloji Bülteni*, 19, 360-363.

Aydemir, H.İ. (2007). Edirne İl Merkezindeki 40–59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne.

Aydın, P. (2011). İzmir’de Yarı Kentsel Bir Bölgede Yaşayan 45-59 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Aydın.

Atik, M. (2009). Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Balcı, A. (2004). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Başer, M. (2002). Hormon Replasman Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Bayraktar, R., Uçanok, Z. (2002). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum*, 2, 5-12.

Berger, G., Wenzel, E. (2001). Women, body and society cross-cultural differansin menopause experiences. Erişim 15.04.2017, <http://www.ldb.org/menopaus.htm>.

Bernhard, L.A., Sheppard, L. (1992). Health, symptoms, self-care, and dyadic adjustment in menopausal women. *Journal of Obsteric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 22, 456-460.

Boulet, M.J. , Oddens, B.J., Lehert, P., Vemer, H.M., Visser, A. (1994). Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas*, 19, 157-176.

Bozkurt, Ö.D. (2004). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Brzyski, R.G., Medrano, M.A., Hyatt-Santos, J.M., Ross, J.S. (2001). Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility*, 76, 44-50.

Burger, H., Bovlet, M.A. (1991). *Portrait of the Menopause Expert Reports on Medical and Therapeutic Strategies for the 1990s*. London: The Parthenon Publishing Group.

Büyüköztürk, Ş. (2005). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (5. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Carolan, M. (2000). Menopause: Irish women's voices. *Journal of Obsteric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 29, 397-404.

Carr, M.C. (2003). The emergence of the metabolic syndrome with menopause. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88, 2404-2411.

Castelo, B.C., Blumel, J.E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J. ve ark. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women:

influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23, 426-430.

Ciocca, D.R., Roig, L.M. (1995). Estrogen receptors in human nontarget tissues. Biological and clinical implications. *Endocrine Reviews*, 16, 35-62.

Cohen, L.S., Soares, C.N., Joffe, H. (2005). Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118, 93-97.

Çelik, A.S., Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1, 49-54.

Çetin, Ö.E., Eroğlu, K. (2015). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8, 219-225.

Deschamps, P., Leroy, D., Pedailles, S., Mandard, J.C. (1986). Keratoderma climactericum (Haxthausen's disease): Clinical signs, laboratory findings and etretinate treatment in 10 patients. *Dermatologica*, 172, 258-262.

Dilbaz, N. (1996). Yaşam kalitesi: Ölçümü ve psikiyatri. *PsychoMed*, 2, 20-24.

Dökmen, Z. (2009). Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12, 41-55.

Erel, C.T. (2004). Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir?. *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6, 53-57.

Erdem, Ö. (2006). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ergöl, Ş., Eroğlu, K. (2001). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 11, 49-57.

Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 1097-1110.

Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7, 470-482.

Eser, E. (2004). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, 1, 4-6.

Fredman, R.R. (2005). Hot flashes: behavioral treatments, mechanisms and relation to sleep. *The American Journal of Medicine*, 118, 1245-1305.

Freeman, M.P., Rebecca Hill, M.D., Hons, M.B.B.S., Brumbach, B.H. (2006) Escitalopram for perimenopausal depression:an open-label pilot study. *Journal of Women's Health*, 15, 857-861.

Godsland, I.F., Stevenson, J.C. (1995). Insulin resistance: syndrome or tendency?. *The Lancet*, 346, 100-103.

Goldstein, I., Meston, C.M., Davis, S.R., Traish, A.M. (2006). *Women's Sexual Function and Dysfunction*. London: CRC Press.

Gonzales, M., Viafara, G., Caba, F., Molina, E. (2004). Sexual function, menopause and hormone replacement therapy. *Maturitas*, 48, 411-420.

Gözüm, S., Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7, 230-237.

Güler, M. (2015). Premenopoz ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Beslenmeye Bağlı Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Güler, N., Tel, H., Tuncay, F.Ö. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27, 51-56.

Güngör, L. (2003). Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi, Tutum

ve Davranışları. Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Ekim 2004). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Erişim 30.05.2017, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf>.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Kasım 2014). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Erişim 01.06.2017, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.

Hongyan, Z., Lianping, H., Yan, Chen., Jianfeng, G., Yingshui, Y. (2016). The association of depression status with menopause symptoms among ruralmidlife women in China. *African Health Sciences*, 16, 97-102.

Hot Flashes. (2006). Severe hot flashes may be linked to chronic sleep problems. *Obesity, Fitness & Wellness Week*, 22, 1386.

Huffman, S.B., Myers, J.E., Tingle, L.R., Bond, L.A. (2005). Menopause symptoms and attitudes of African American women: Closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. *Journal of Counseling and Development*, 83, 48-56.

Hunter, M., Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 261-274.

International Menopause Society, *Menopause Terminology*, Erişim: 10.05.2017, http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php.

Işık, G., Vural, G. (2001). Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1, 39-48.

İnceboz, U., Demirci, H., Özbaşaran, F., Çoban, A., Nehir, S. (2010). Factors affecting the quality of life in climacteric women in Manisa region. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27, 111-116.

Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Karademir, N. (2006). Primer Osteoporozda Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesinin Etkisi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Karasar, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (10.Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kaymak, Y., Tırnaksız, F. (2006). Menopoz ve deri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 26, 675-684.

Kazerooni, T., Talei, A.R., Sadeghi-Hassanabadi, A., Arasteh, M.M., Saalabian, J. (2000). Reproductive behaviour in women in Shiraz, Islamic Republic of Iran, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6, 517-521.

Kharbouch, S.B., Şahin, N.H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15, 82-90.

Kızıltepe, S. (2006). Hormon Tedavisi Alan Premenapozal ve Postmenapozal Kadınların Mammografi Bulgularındaki Değişiklikler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.

Kocabacak, S. (2014). Kadın yoksulluğu ve kadın sağlığı üzerine yansımaları. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 6, 135-161.

Koç, Z., Sağlam, Z. (2008). Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. *Aile ve Toplum*, 4, 101-107.

Koster, A., Davidsen, M. (1993). Climacteric complaints and their relation to menopausal development: A retrospective analysis. *Maturitas*, 17, 155-166.

Krug E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneve: World Health Organisation.

Kurpius, S.E.R., Nicpon, M.F., Maresh, S.E. (2001). Mood, marriage and menopause. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 77-84.

Kuzgun, Y. (1993). *Karar Stratejileri Ölçeği: Geliştirilmesi ve Standardizasyonu VII. Ulusal Psikoloji Bilimsel Çalışmaları*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Linda, N., White, R.N. (2011). An overview of screening and early detection of gynecologic malignancies. *Cancer*, 71, 1400-1405.

Lock, M. (1994). Menopause in cultural context. *Experimental Gerontology*, 29, 307-317.

MEB (2012). *Hemşirelik Kadın Sağlığı ve Dönemleri*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.

Moe, K.E. (2004). Hot flashes and sleep in women. *Sleep Medicine*, 8, 487-497.

Montero, I., Ruiz, I., Hernandez, I. (1993). Social functioning as a significant factor in women's help-seeking behavior during the climacteric period. *Social Psychiatry Epidemiology*, 28, 178-183.

Nayak, G., Kamath, A., Kumar, P., Rao, A. (2012). A study of quality of life among perimenopausal women in selected coastal areas of Karnataka, India. *Journal of Midlife Health*, 3, 71-75.

Nehir, S., Çoban, A., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2009). Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 15-21.

Oskay, Ü. (2000). Klimakterium dönemindeki kadınlarda cinsel sağlığın korunup geliştirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 12, 54-61.

Özcan, H., Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28, 157-163.

Özdamar, K. (2003). *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özgür, N. (2007). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Öztürk, S. (2008). Kadınların ve erkeklerin menopoza ilişkin görüşleri. *Aile ve Toplum*, 10, 61-71.

Pınar, G., Pınar, T., Doğan, N., Karahan, A., Algier E., Abbasoğlu, A. ve ark. (2009). Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 36, 258-266.

Rosano, G.M., Vitale, C., Silvestri, A., Fini, M. (2004). The metabolic sendrome in women: implications for therapy. *Internatinal Journal of Clinical Practice*, 139, 20-25.

Rossini, M., Piscitelli, P., Fitto, F., Camboa, P., Angeli, A., Guida, G. (2005). Incidence and socioeconomic burden of hip fractures in Italy. *Reumatismo*, 57, 97-102.

Sağlık Bakanlığı. (2011). *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi*. Ankara: Deniz Matbaacılık.

Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M., Palanci, Y., Toksöz, P. (2005). Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 32, 77-83.

Saraçoğlu, F. (1998). Menopoz ve HRT. *Geriatrics*, 1, 76-88.

Savcı, B.A. (2006) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Seyisoğlu, H., Ertüngealp E. (2000). *Menopoz ve Osteoporoz*, İstanbul : Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği.

Skevington, S.M., Loftly, M., O'Connell, K.A. (2003) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assesment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Simon, J.A. , Reape, K.Z. (2009). Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 16, 73-76.

Somer, E. (1997). Managing menopause with diet. (includes related article on soy foods). *Better Homes and Gardens*, 75, 102.

Stewart, D. E., Robinson, G.E. (1998). A review of domestic violence and women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 1, 83-89.

Şahin, N.H. (1998). *Bir Km Taşı: Menopoz*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları.

Şahin, N.H. (2000). Kadınların menopoza yaklaşımı ve etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 12, 44-50.

Şahmay, S. (2008). Postmenopozal dönem ve ürogenital atrofi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics*, 1, 35-44.

Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Tekkanat, Ç.(2008). Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Pamukkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

The WHOQOL Group. (1996). *What quality of life?. World Health Forum*, 17, 354-356.

Timur, S., Şahin, N.H. (2010). Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 62-65.

Tokuç, B., Kaplan, P.B., Balık, G.Ö., Gül, H. (2006). Trakya üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, 3, 281-287.

Tortumluoğlu, G. (2004). Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1, 1-11.

Tosunoğlu, D. (2010). 40 Yaş Üstü Kadınlarda Pelvik Organ Prolapsusu Sıklığı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne Parikka, P. ve ark. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.

TÜİK (2012, 15 Haziran). *Evlence ve Boşanma İstatistikleri*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim:20.04.2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10844>.

TÜİK (2013, 22 Nisan). *Eğitim*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: 25.04.2016, <http://www.hurriyet.com.tr/tuikin-egitim-verilerinde-carpici-onuclar-23100775>.

Tüzün, H.E., Eker, L. (2003) Sağlık değerlendirme ölçütler ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum*, 13, 2.

Uludağ, A., Çakır, A.N., Gencer, M.Şahin, E.M., Coşar E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18, 25-30.

UNESCO (2005, Temmuz). *Literacy for Life Education for All Global Monitoring Report 2006*. UNESCO. Erişim 05.07.2017, <https://web.oas.org/childhood/EN/Lists/Recursos%20%20Bibliografia/Attachments/22/20.pdf>.

Wines, N., Willsteed, E. (2001) Menopause and the skin. *Australas Journal of Dermatology*, 42, 149-160.

Wong, N.D., Pio, J.R., Franklin, S.S., L'Italien, G.J., Kamath, T.V., Williams, R. (2003). Preventing coronary events by optimal control of blood pressure and lipids in patients with the metabolic syndrome. *American Journal of Cardiology*, 91, 1421-1426.

Woods, N.F., Mitchell E.S. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*, 118, 14-24.

WHO (2013, Eylül). *Women's Health*. World Health Organization Situation Reports. Erişim 14.07.2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en>.

Yahya, S., Rehan, N. (2003). Age, pattern and symptoms of menopause among rural women of Lahore. *Journal of Ayub Medical Colleg*, 14, 9-12.

Yancar, C. (2005) Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin

Değerlendirilmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). *Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

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



FORMLAR

EK-1

ANKET FORMU

Sayın Katılımcılar;

Bu anket formu yüksek lisans tezi kapsamında menopoz dönemde iken yaşam kalitenizin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup ankette isim belirtme gerekliliği bulunmamaktadır. Ankette yer alan sorulara içtenlikle, hiçbir soruyu atlamadan yanıt vermeniz, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Tuğçe ELSAN
Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

A.DEMOGRAFİK VERİLER

1)Yaşınız

a)45>

b)45-55

c)55<

2)Medeni Durum

a)Evli

b)Dul

3)Öğrenim Durumu

a)Okur yazar değil

b)İlköğretim

c)Lise ve üzeri

4)Meslek

a)Ev hanımı

b)Çalışan

5)Birlikte Yaşadığı Kişiler

- a)Yalnız
- b)Eşi ile
- c)Eş ve çocukları ile
- d)Çocukları ile
- e)Geniş aile

6)Sigara Kullanma Durumu

- a)Evet
- b)Hayır

7)Sosyal Güvence

- a)Var
- b)Yok

8)Gelir Düzeyi

- a)Gelir giderden az
- b)Gelir gider eşit
- c)Gelir giderden fazla

B.DOĞURGANLIK ÖZELLİKLER**1)Gebelik Sayısı**

- a)Yok
- b)1-3 tane
- c)4 ve üzeri

2)Yaşayan Çocuk Sayısı

- a)Yok
- b)1-3 tane
- c)4 ve üzeri

3)Düşük ve Küretaj

- a)Yok
- b)1-3 tane
- c)4 ve üzeri

4)Menopoza Girme Süresi

- a)1-5 yıl
- b)6-10 yıl
- c)11 yıl ve üzeri

5)Sağlık Hizmeti Alma Durumu

a)Evet

b)Hayır

6)Bilgi Alma Durumu

a)Evet

b)Hayır

7)Bilgi Alınan Kişi

a)Komşu-akraba

b)Sağlık personeli

c)Tv, radyo ve basın

8)Tedavi Alma Durumu

a)Evet

b)Hayır

9)Tedavi Türü

a) HRT

b)Alternatif yöntem

10)Egzersiz Yapma Durumu

a)Evet

b)Hayır

11)Sıkıntı Yaşama

a)Evet

b)Hayır

12)Yaşanan Sıkıntı Türü

a)Fiziksel

b)Psikolojik

c)Fiziksel-Psikolojik

EK-2

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız .

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



EK-3**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın Tuğçe ELSAN tarafından Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Tuğçe ELSAN'ı 545 519 29 40 numaralı telefonda arayabileceğimi ve Uzunköprü Devlet Hastanesinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde

“katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının Adı-soyadı/ İmzası/

Hemşire Tuğçe ELSAN

ETİK KURUL KARARI**EK-4**

T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 12
Konu : Etik Kurul Karar

13/11/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 06/11/2015 tarihli ve 6946409/302.14-52 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Tuğçe ELSAN'ın 'Bir Asm Bölgesine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.' başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazınız ve ekleri 13.11.2015 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BASAT
Etik Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 sayfa)

EK-5

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-12)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Asm Bölgesine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P12R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Tuğçe ELSAN		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü		
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ		
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Klinik Biyokimya		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ	YOK		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	YOK		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

EK-6

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-12)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Asm Bölgesine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P12R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	06.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>				Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:12	Tarih: 13.11.2015				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aygül YANIK	İşletme Yönetimi ve Organizasyon	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK-7



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE AİLE
HEKİMLİĞİ VE TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
12/02/2016 13:52 - 63782699 - 772.02 - E-103
00019159129

Sayı : 63782699/772.02
Konu : Tez Çalışması izni hakkında.

Hemşire Tuğçe ELSAN
UZUNKÖPRÜ DEVLET HASTANESİ
EDİRNE

Kurumumuza 12/01/2016 tarih ve 17436509 sayılı başvuru dilekçenizde yer alan " Bir ASM bölgesinde menapoz döneminde başvuran kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine" ilişkin tez çalışması tarafımızdan uygun görülmüş olup; çalışmaya izin veren Aile Hekimleri ekte gönderilmiştir.

Gereği hususunda bilgilerinize rica ederim.

Dr. Bahattin İLTER
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:

1- Tez Çalışması_Ek_Tez Çalışması

Bilgi için.

Kırklareli Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Güvenli Elektronik İmza
Aşlı ile Aynıcıdır.
.....1/2...02/2016.....

Salih ONALDI

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Nurşen Üçkan 02842149010/1282

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ff7ac4b1-7c16-46be-b3eb-6bb8f0c0788 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8



T.C
UZUNKÖPRÜ KAYMAKAMLIĞI
Uzunköprü 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
22.09.009 Nolu Aile Hekimliği Birimi



Sayı : 36045351/804.01
Konu : Tez Çalışması

UZUNKÖPRÜ KAYMAKAMLIĞINA
(Toplum Sağlığı Merkezi)

İlgi: 21/01/2016 tarihli ve 36045351/772.02/233 sayılı yazı

İlgi sayılı yazınızda Yüksek lisans yapan Hemşire Tuğçe ELSAN'ın Bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalite değerlendirmesi konulu tezi ile ilgili gerekli çalışmaların yapılması için Aile Sağlığı Merkezimizce görevli olan 22.09.006 Nolu Aile Hekimi Dr. Metin BALLI, 22.09.007 Nolu Aile Hekimi Dr. Cemil TURAN, 22.09.008 Nolu Aile Hekimi Dr. Sabri ŞEN, 22.09.009 Nolu Aile Hekimi Uzm.Dr. Fatoş TAYMEZ ve 22.09.010 Nolu Aile Hekimi Dr. Murat DAYIOĞLU'na gerekli çalışmaların yapılması uygun görülmüş olup, gerekli konularda yardımcı olunacaktır. Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Fatoş TAYMEZ
22.09.009 Nolu Aile Hekimi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	TUĞÇE	Soyadı	ELSAN
Doğ.Yeri	ÇUMRA	Doğ.Tar.	12.12.1990
Uyruğu	T.C.	Email	tugce-elsan.2014@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.		KONYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	2016-.....
2.		UZUNKÖPRÜ DEVLET HASTANESİ	2014-2016
3.		MEDİCANA HASTANESİ	2013-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66,94	65,50	58,84
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İYİ
Excel	İYİ
Power Point	İYİ

Yayınlari/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Yoğun Bakım Sertifikası

12.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Katılımı