



S.YIĞIT

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ALAN POSTMENOPUZAL
KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

SERAP YİĞİT

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK

2018

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ALAN POSTMENOPUZAL
KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

SERAP YİĞİT

DANIŞMAN

PROF. DR. NURETTİN AKA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK

2018

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Serap YİĞİT tarafından Nurettin AKA'nın danışmanlığında hazırlanan “**Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler**” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 19/12/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Nurettin AKA

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Jüri

Prof. Dr. Ayşe Yasemin

KARAGEYİM KARŞIDAĞ

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri

Prof. Dr. Ramazan DANSUK

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün sayfalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kuralları 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 olmadığını beyan ederim.



SERAP YİĞİT

İTHAF



Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gosteren, ilgi ve desteğini ve değerli vaktini benden esirgemeyen sevgili hocam tez danıőmanım, Sayın Prof. Dr. Nurettin AKA'ya, hayatımın her aşamasında bana buyk emek harcayan ve destek olan canım aileme ve eőime sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Klimakterium.....	3
2.1.1. Tanımı ve Terminoloji.....	3
2.2. Menopoz.....	3
2.2.1. Menopoz Tanımı ve Terminoloji.....	3
2.2.2. Menopoz Girişi Etkileyen Faktörler.....	5
2.2.3. Menopozun Fizyolojisi.....	7
2.2.4. Menopoz Girme Yaşı.....	8
2.2.5. Menopoz Semptomları.....	8
2.2.5.1. Kısa Dönemde Yaşanan Semptomlar.....	9
2.2.5.1.1. Vazomotor Semptomlar.....	9
2.2.5.1.2. Psikolojik Semptomlar.....	10
2.2.5.1.3. Üriner Semptomlar.....	11
2.2.5.1.4. Vulvo-Vajinal Semptomlar.....	11
2.2.5.1.5. Seksüel Semptomlar.....	13
2.2.5.1.6. Sindirim Sistemi Değişiklikleri.....	13
2.2.5.2. Uzun Dönemde Yaşanan Semptomlar.....	14
2.2.5.2.1. Kas ve İskelet Sistemini Etkileyen Semptomlar.....	14
2.2.5.2.2. Kardiyovasküler Sistemi Etkileyen Semptomlar.....	15
2.2.5.2.3. Merkezi Sinir Sistemine Etki Eden Semptomlar.....	16

2.2.6. Menapozal Semptomlar ve Şiddetini Etkileyen Faktörler	16
2.3. Menapozda Tedavi Yöntemleri.....	17
2.3.1. Hormon Replasman Tedavisi.....	17
2.3.1.1.Östrojenler.....	18
2.3.1.1.1. Tedavide Östrojenler.....	19
2.3.1.2. Progestagenler	21
2.3.1.2.1.Tedavide Progesteronlar	23
2.3.1.3. Tibolon.....	26
2.3.1.4. Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri	26
2.3.1.5. Androjenler	26
2.3.2. Alternatif Tedavi ve Yöntemleri	27
2.3.2.1. Alternatif tedavi	27
2.3.2.2. Antikonvülzan ilaçlar.....	28
2.3.2.3. Fitoöstrojenler	28
2.3.2.4. E Vitamini	28
2.4. Postmenopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi	29
2.5. Postmenopozal Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.3.1. Araştırma Evreni	33
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	33
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	34
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	34
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	34
3.4.2.1. Araştırma Grubu İle İlgili Bazı Sosyodemografik Değişkenler.....	34
3.4.2.2. Araştırma Grubunun Hastalık Sürecine İlişkin Değişkenleri	35
3.5. Veri Toplama Araçları	35
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)	35
3.5.2. Menopozda Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği(MÖYKÖ/MENQOL) (EK-2)..	36
3.6. Verilerin Toplanması	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	37

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.9. Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi	37
3.10. Araştırma Takvimi	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	59
FORMLAR	73
Gönüllü Olur Formu.....	79
EK-4 ÖLÇEK SAHİBİNDEN İZİN	82
EK -5 ETİK KURUL KARARI.....	83
EK-6 Bilimsel Araştırma Ön İzin Formu.....	85
EK-7 ÖZGEÇMİŞ.....	86

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4-1: Postmenopozal Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=200).....	39
Tablo 4-2: Postmenopozal Kadınların Sigara Kullanımına İlişkin Özellikleri (n=200).	40
Tablo 4-3: Postmenopozal Kadınların Alkol Kullanımına İlişkin Özellikleri (n=200).	40
Tablo 4-4: Postmenopozal Kadınların Sağlık Sorunları(n=200).	41
Tablo 4-5: Postmenopozal Kadınların Menopoz ile İlgili Özellikleri (n=200).....	41
Tablo 4-6: MÖYKÖ Puan Ortalamaları (n=200).....	42
Tablo 4- 7: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları (n=200).....	43
Tablo 4- 8: İç Tutarlılık(Güvenirlilik).....	44
Tablo 4-9: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Yaş değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).	44
Tablo 4-10: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Eğitim Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).	45
Tablo 4-11: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Çalışma Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).	46
Tablo 4-12: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Menopoza Girme Şekli Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).	46
Tablo 4-13: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Kullanılan HRT Preparatı Durumu Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1-1: Kadınlarda Östrojenlerin Etkileri	19
Şekil 1-2: Kadınlarda Progesteron Etkileri	22
Şekil1-3: Progestagenler Overin Sekresyonu Progesteron Dışındaki Progestagenlerin Diğer Sistemik Aktivitelerine Göre Sınıflandırılması.....	23
Şekil 1-4: Progestagen kullanımında görülen yan etkiler	25



KISALTMALAR LİSTESİ

- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- LH : Luteinizan Hormon
- FSH : Folikül Stimulan Hormon
- NAMS : North American Menopause Society (Kuzey Amerika Menopoz Toplumunu)
- TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
- HRT : Hormon Replasman Tedavisi
- VMS : Vazomotor Semptomlar
- KKH : Koroner Kalp Hastalığı
- KAH : Koroner Arter Hastalığı
- HT : Hormon Tedavisi
- KEEPS : Kronos Erken Östrojen Önleme Çalışması
- WHI : Women's Health Initiative (Kadın Sağlığı Girişimi)
- FDA : Amerika Gıda ve İlaç Dairesi
- MENQOL: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi
- TNSA :Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

ÖZET

Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Bu çalışma, postmenopozal hormon replasman tedavisi alan kadınların sosyodemografik özelliklerinin, döneme özgü yakınmaları ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanıp uygulandı. Örneklemi Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, postmenopozal hormon replasman tedavisi alan ve sözel olarak onayı alınan 200 kadın oluşturdu. Verilerin toplanmasında ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’ ve ‘Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği’ kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21 paket programı ve e-picos programından yararlanılarak yapılmıştır. Kategorik olan sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak sayı (N) ve yüzde (%) değerleri verildi. Sürekli olan sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama \pm Standart Sapma değerleri şeklinde verilmiştir. Tüm karşılaştırmalar için istatistik önem seviyesi (p) 0,05 olarak alınmıştır. Tek değişkenli risk analizi aşamasında iki grubun ortalamalarının karşılaştırmalarında student's t testi, ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırmalarında ANOVA'dan yararlanılmıştır. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt grubu vazomotor puan ortalamalarının eğitim değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu farklılığı, eğitim durumu grup ortalamaları yaratmıştır ($p<0.05$). Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt grubu fiziksel puan ortalamalarının hormon replasman tedavisi preparatı durumu değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Oral preparatı kullananların fiziksel puan ortalaması transvajinal kullananlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin, yaşamın her döneminde olduğu gibi postmenopoz dönemindeki kadına da bütünsel (holistik) bir anlayışla yaklaşmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Postmenopoz, Hormon Replasman Tedavisi, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Hormone Replacement Therapy in Postmenopausal Women Quality of Life and Affecting Factors

This study was planned and conducted as a descriptive study to evaluate the effects of socio-demographic characteristics, return-specific complaints and quality of life of women receiving postmenopausal hormone replacement therapy. The sample consisted of 200 women who applied to Edremit State Hospital Obstetrics and Gynecology Policlinic, received postmenopausal hormone replacement therapy and verbal approval. Data were collected using 'Introductory Information Form' and 'Menopause-Specific Quality of Life Scale'. Statistical analysis of the data was made using SPSS 21 package program and e-picos program. Number (N) and percent (%) values were given as descriptive statistic for categorical sociodemographic variables. For continuous sociodemographic variables, the descriptive statistic is given as mean \pm standard deviation. For all comparisons, statistical significance level (p) was taken as 0.05. In the univariate risk analysis phase, Student's t-test was used to compare the mean of the two groups, ANOVA was used to compare the two-group mean. There is a statistically significant difference between the mean of the education-change group of the vasomotor points average of the subgroup of Menopause-Specific Quality of Life Scale. This difference, educational status, produced group averages (p <0.05). The physical point average of oral preparations users was higher than transvaginal users (p <0.05). Nurses should approach the postmenopausal woman with a holistic understanding as it is in every period of life.

Key words: Postmenopause, Hormone Replacement Therapy, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık gibi önemli dönemlerden oluşur (Özcan ve Oskay 2013). Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psikolojik, hormonal değişiklikler gösterir. Her evrenin kendine göre özellikleri olmasına karşın ergenlik ve menopoza dönemleri kadın yaşamındaki etkileri ile en önemli dönemlerdir. Kadın hayatındaki dönemlerden bir tanesi olan klimakterik dönem, premenopoz, menopoza ve postmenopozal dönemlerini içermektedir (Aktaş 2015). Menopoz fizyolojik bir süreçtir ve ovarial follikül rezervinin tükenmesidir. Son menstrual periyoddan sonra en az 1 yıl menstruasyon görülmemesi menopoza olarak değerlendirilir (Ertüngealp ve Seyisoğlu 2000). Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği tanıma göre; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (Koç ve Sağlam 2008).

Menopozal dönem her kadında ayrı özelliklerle karakterizedir ve bu döneme geçiş dereceli olarak başlar. Geç dönemlerde ya da 40'lı yaşların ortasında gizli belirtilerle ortaya çıkabildiği gibi, kadında adet kesilmesine ek olarak bazı fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle de kendini gösterebilir. Bireysel farklılıklar göstermekle birlikte menopoza da östrojen hormonunun azalmasıyla çarpıntı, sıcak basmaları, gece terlemeleri, ciltte kızarma, uykusuzluk; daha nadir olarak da unutkanlık, baş ağrısı, cinsel isteksizlik, sinirlilik, depresyon, vajinal kurulu, ağrılı cinsel ilişki, eklem ağrıları, kilo almaya yatkınlık görülmektedir. Östrojen hormonunun azalması uzun dönemde kadınlarda kemik kaybı ve osteoporoz, kolesterol düzeyinde değişikliklere ve kalp hastalıkları riskinde artışa neden olabilir. Menopoz sırasında meydana gelen bu değişiklikler kadınların yaşam kalitesini etkiler (Haghi ve ark. 2017). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi kavramı; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler döngüsü içerisinde hedefleri, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam koşulları yolunda yaşamdaki yerlerini nasıl algıladıklarıdır (Perim 2007).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre, kadının doğuştan beklenen hayatta kalma süresi ülkemizde 78 yıl olup, bir kadın bu sürenin yaklaşık olarak 1/3'lük kısmını (26 yıl) postmenopozal evrede sürdürmektedir (Erkin ve ark. 2014). Türkiye de menopoza girme yaşı ortalama 47- 49, dünyada ise 50-52 yaş civarındadır (Mete İtil 2017). Menopoz gelişmiş ülkelerde ileri yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde erken yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44) görülmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu 2013). Hayatta kalma zamanının uzamasıyla birlikte tüm dünyada ilerleyen yaşlarda meydana gelen kronik hastalıklar önem kazanmıştır. DSÖ' nün tahminine göre 2030 yılında 1,2 milyar kadının 50 yaşın üzerinde menopozlu olacağı görüşünden yola çıkarak menopozu iyi tanımak ve onun yaratacağı sorunların üstesinden gelebilmek için 50 yaşın üzerindeki kadınların yaşam kalitelerini yükseltmek gerekir (Acar 2014). Menopozda hormon replasman tedavisi (HRT) ile dolaşımdaki azalmış östrojen ve progesteron hormonları dışarıdan yerine konulur. HRT'nin asıl amacı kadın hayatını uzatmak değil premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemdeki semptomları gidererek yaşam kalitesini arttırmaktır (Menopause 2017). Bununla birlikte, bilinen sağlık riskleri ve uzun dönem kullanımına ilişkin belirsizlikler vardır. Bu konuda yapılan çalışmalardan elde edilen verilerin ışığında, postmenopozal kadında hormon tedavisi uygulamasının, "kişiye özgü" yapılması önerilmektedir (Womens Health Concer 2017).

Bu yaklaşım doğrultusunda çalışmamızı, Balıkesir İli, Edremit İlçesinde HRT alan postmenopozal kadınlarda, yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yaptık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakterium

2.1.1. Tanımı ve Terminoloji

Merdiven basamağı anlamına gelen klimakterium, Yunanca bir kelime olup “klimakterikoz” kelimesinden türetilmiştir (Taşkın 2012). Hormonal dengenin overdeki morfolojik ve fonksiyonel farklılıklara neden olarak ortaya çıkan klimakterium, kadın yaşamının yaşlılık dönemi ile reproduktif dönemi arasında yer alan, bir geçiş dönemidir (Akdağlı 2009). Klimakterik dönem 40 – 45 yaşlarda başlayıp, 65 yaşa kadar devam eden bir süreçtir (Özgür 2007). Klimakterium premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere üç bölüme ayrılır (Sağnak 2015). Menopoz ve klimakterium birbiriyle karıştırılmamalıdır. Menopoz klimakterium içinde görülen bir evredir. Klimakteriumun sağlıklı değerlendirilebilmesi için döneme özgü biyolojik faktörler kadar psikolojik, sosyal ve kültürel nedenlerde önemsenmelidir (Gökgöz 2014).

2.2. Menopoz

2.2.1. Menapoz Tanımı ve Terminoloji

19. yüzyılın sonlarında Fransızcadan Türkçeye girmiş olan menopoz sözcüğü Yunanca men (ay) ile pause (durmak) kelimelerinden türetilmiştir (Taşkın 2012). Menopoz, yumurtalık folikül fonksiyonlarının kaybedilmesiyle menstrüel periyotların kalıcı olarak sonlanması ile karakterize edilen fizyolojik bir dönemdir (Nie 2017). Ortalama 12 aylık menstrüel siklusuz bir dönemin olması veya her iki overin cerrahi olarak çıkarılmasından önce görülen son menstrüel döngüdür. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopoz; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (WHO 1996). Menopoz, Encyclopedia of Science'a (2016) göre bir kadının hayatında gebe kalma yeteneğinin bittiği, adet kanamasının düzensiz olması ve sonunda tamamen sona erdiği, bunları vücudun östrojen hormonunun çok azalması gibi hormonal değişimlerin izlediği zamandır (Onat ve Alikılıç 2017).

Premenopoz: Premenopoz belirtilerin görüldüğü ilk bölümdür. DSÖ premenopozu menopozdan önceki 2-6 yıllık süre olarak tanımlamıştır (Zıvıdır ve Sohbet 2017). Premenopozda, adet düzenini kaybetmiş ve üreme yeteneği azalmıştır. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilmektedir. Bu fazda; yorgunluk, vazomotor değişiklikler, baş ağrısı ve duygusal rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır (Ertan 2013).

Perimenopoz: Yaklaşan menopoza ilişkin biyolojik, klinik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başladığı menopoz öncesindeki zamandan itibaren son adet periyodu takip eden bir yıllık süreyi de kapsayan dönemdir (Çelikkanat 2012). Ortalama 2-8 sene süren perimenopozal geçiş evresinin en belirgin klinik belirtisi adet düzensizliklerdir. Kadın yaşının artmasıyla birlikte ortalama siklus uzunluğu kısalmır. Perimenopozal dönemin başlarında foliküler fazın kısa olması nedeniyle polimenore hakimdir, ancak sonrasında luteal faz defekti oluşmaya başlar ve oligomenore ortaya çıkar (Sayan 2016). Bu evrede; depresyon, gerginlik, sinirlilik yorgunluk, cinsel istekte azalma, hafıza ve dikkat problemleri gibi çeşitli psikolojik belirtiler görülür fakat bulguların düşmüş östrojen düzeyi ile direkt alakalı olduğuna dair bir kanıt bulunmamaktadır (Koyuncu 2015).

Postmenopoz: Bir kadının postmenopoz da sayılabilmesi için 1 yıl boyunca hiç adet görmemesi ve menstüral siklusların tamamen bitmiş olması gerekir (Duman 2016). DSÖ' nün postmenopoz kavramı tanımına göre menopoz sonrası 6-8 senelik evre olarak adlandırılmaktadır. Bu evre perimenopozal evresinin bitmesi ile başlar ve 65 yaşa kadar sürer. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve üreme yeteneği meydandan kalkmıştır (Sis Çelik ve Pasinlioğlu 2013). Östrojenin azalması ve ovaryan fonksiyonların bitmesi ile birlikte vajinal atrofi, osteoporoz gibi belirtiler bu evrede ortaya çıkar (Atik Nalbant 2009).

Fizyolojik Menopoz: Folliküllerin zamanla azalıp tükenmesi ile meydana gelen fizyolojik durumdur. Overde kalan az sayıdaki oositler, menopoz döneminde gonadotropin uyarılarına yanıt vermez (Sayan 2016). İlk süreçte gonadotropinlere duyarlı oositler overden kaybolur ve ikinci süreçte ise geriye kalan az sayıdaki oositler gonadotropinlere yanıt vermezler (Acar D 2014).

İndüklenmiş (iyatrojenik) Menopoz: Cerrahi olarak overlerin çıkarılması veya radyoterapi ve kemoterapi sonrası over fonksiyonlarının kaybolmasıdır. İyatrojenik (Artifisyel) menopoz sonrası vazomotor belirtiler fizyolojik menopoza göre daha hızlı ve menopoz semptomları daha şiddetli yaşanır. Çünkü normal menopozda overlerin tükenmesi yavaş gerçekleşirken cerrahi menopozda daha hızlı olur (Tunç 2014). Overleri cerrahi olarak çıkarılmış hastalarda osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riski daha yüksektir (Sayan 2016).

Erken (Prematür) Menopoz: Erken menopoz, 40 yaşından evvel over fonksiyonlarının bozulması ile birlikte; ikincil gelişen amenore, artmış gonadotropin seviyesi, sonucunda oluşan kan östrojen seviyelerinde azalma ve bunların sonucunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik sorunlar ile ortaya çıkar (Çelikkanat 2012).

Nedenleri;

- ✓ Otoimmün hastalıklar
- ✓ Kanser tedavisi
- ✓ Ailevi faktörler (genetik)
- ✓ Enfeksiyonlar ve yaşam tarzı
- ✓ Stres
- ✓ Beslenme şekli (Oğurlu 2008).

2.2.2. Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler

Genetik faktörler: Menopoz yaşı gibi durumlarda genetik etkenlerin etkisinin olduğu bilinmektedir. Aileleri aynı olan kadınların özellikle aynı yaşlarda menopoza girdiği görülmektedir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Genital faktörler: Menopozun meydana gelmesinde over fonksiyonlarındaki dengenin önemli rolü vardır. Düzensiz adet gören kadınlar, düzenli adet görenlere kıyasla daha erken menopoza girmektedir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Psişik faktörler: Psişik travmalar, menopozun meydana çıkmasını hızlandıran nedenlerden biri. Toplumsal olaylardan, savaş, göç, deprem gibi veya hapisane yaşamı gibi psişik olaylar adetten ani ve erken kesilmelere neden olur (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Fiziki ve çevresel faktörler: Radyasyon çevre kirliliği, ve yüksek bölgelerde yaşamının erken menopoza neden olabileceği bildirilmektedir. Soğuk mevsimlerde hayatını idame ettirenler, sosyo kültürel sebeplerden ötürü zor ve ağır şartlar altında çalışan kadınlara göre erken yaşta menopoza girebilmektedir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Sigara kullanımı: Sigara birçok hastalığın oluşumun da öncülük ederken, aynı zamanda menopozda da etkin role sahiptir (Görgel ve Çakıroğlu 2007). Sigara kullanımı östrojen seviyesini azaltarak adet düzensizliklerine, erken menopoza, osteoporoz, ciltte yaşlanmaya neden olmaktadır (Abay 2014). Menopoza erken girme ile ilgili etkisi belirsizliğini korumasıyla birlikte iki mekanizma üstünde durulmaktadır. Bunlardan birincisi, sigaranın anti östrojenik bir etkiye sahip olduğu, diğeri ise sigaranın içerdiği zararlı maddelerin oosit yaşlanmasını hızlandırdığıdır (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Genel sağlık durum: Enfeksiyon hastalıkları, ağır metabolik problemler, genetik bozukluklar, kemoterapi ve radyoterapi görülmesi menopoz yaşını etkilediği gösterilmektedir. Vücut yağ kitlesinin zayıf kadınlarda östrojen üretimindeki etkisinden ötürü menopoza erken girilmektedir.. Papua Yeni Gine'de yapılan bir araştırmada sağlıklı kadınlara kıyasla malnütrisyonu olan kadınların, 4 yıl daha önce menopoza girdikleri görülmüştür. Buna benzer olan diğere çalışmalarda kilosu az ve boyu kısa olan kadınların menopoza girme yaşının daha erken olduğu bulunmuştur (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Sosyal faktörler: Araştırılan bazı çalışmalarda Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da geleneksel ve kırsal bölgelerde yaşamını idame ettirenlerde menopoz yaşının 1-1,5 yıl daha önce olduğu kanıtlanmıştır. Eğitimi, evlilik hayatı, sosyal statüsü, köy ya da kentte yaşama gibi sosyal sebeplerin menopoz yaşı üzerine etkilerinin olduğu bilinse de henüz bir kanıt elde edilmemiştir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

2.2.3. Menopozun Fizyolojisi

Kadın hayatının fizyolojik devrelerinden biri olan menopoz; bebeklik, çocukluk ve ergenlik gibi önemli bir dönemdir. İntra-uterin gelişimin 11–12. gebelik haftasında overler morfolojik olarak farklılaşmaya başlar. Mitoz bölünme ile oogoniumlar erken gebelik haftalarında bölünerek hızla sayılarını arttırmaları (Ertan 2013). 15.gebelik haftasına yaklaşınca bilinmeyen bir mekanizma ile mayoz bölünmeye geçerler ve 1. mayoz bölünmenin diploten evresinde dururlar. Birinci mayozun başlaması oogoniumların oosite geçişinin başlangıcıdır. Ovulasyonla birlikte 1.mayoz bölünme tamamlanır (Abay 2014).

İntrauterin hayatın 20. haftasında overler de kadınların reproduktif dönemde üremek için kullanacakları germ hücreleri oluşmaktadır ve bu haftada 7-8 milyon primordiyal follikül bulunur. Bu sayı doğumda ki milyon iken, menarşta primordiyal follikül sayısı 300 000- 400 000, menopozda ise 1000-5000 arasındadır (Abay 2014). Overlerde folliküllerin ve östrojen üretiminin azalması reproduktif dönemin sonlarına doğru olur, bunun sonucunda da Hipotalamusta ki negatif feed-back mekanizması devreye girer ve zamanla FSH, daha sonra da LH'da artış meydana gelir (Özer 2014).

Proliferasyon fazı değerlerine göre üreme çağı Folikül Stimulan Hormon (FSH) 13 kat, Luteinizan Hormon (LH) 3 kat yükselmektedir. FSH >40 IU /L ye ulaştığında son adet kanaması dediğimiz menopozal dönem yaşanmaktadır (Gökgöz 2014). Östrojenin daha da düşmesi ile menstrual döngü biter ve postmenopozal evre başlar (Er 2011). Serum FSH ve LH değerleri cerrahi menopozda postmenopozal düzeye yaklaşık bir ay sonra varmaktadır. Menopozdan bir kaç yıl sonra FSH ve LH en yüksek seviyelerine ulaşmakta iken seniumda(yaşlılık) en alt seviyeye düşmektedir (Gökgöz 2014).

2.2.4. Menopoza Girme Yaşı

Günümüzde yaşam süresi uzadıkça kadınların postmenopoz dönemin de geçirdikleri sürede artmaktadır (Mohamed ve ark. 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre, ülkemizde kadının doğuştan beklenen yaşam süresi 78 sene olup, bir kadın bu sürenin yaklaşık olarak 1/3'lük dilimini (26 yıl) postmenopozal dönemde geçirmektedir (Erkin ve ark. 2014). Bu nedenle; postmenopozal olarak yaşam, menapoz öncesi kadar önemli hale gelmektedir (Abedzadeh Kalarhoudi 2011).

Menopozal dönem gün geçtikçe daha çok önem kazanmaktadır. Avrupa'daki menopoz yaşı ortalaması 50,1 ile 52,8 yaşları arasında değişirken, Kuzey Amerika'da 50,5 ile 54, Latin Amerika'da 43,8 ile 53 ve Asya'da 42,1 ile 49,5 yaşları arasındadır (Irmak Vural ve Balcı Yangın 2016). Ülkemizde Türk Menopoz Derneği 2002 yılı verilerine göre menopoz yaşı ortalaması 46,7 olarak belirtilmiştir (Irmak Vural ve Balcı Yangın 2016). Menopozal dönemde; kalıtım, menarş yaşı, coğrafya, evlilik, genital faktörler, çalışma durumu, kullanılan kontraseptif yöntemi, sigara kullanımı, psikolojik faktörler ve beslenme menopoz yaşının belirlenmesinde etkili olan faktörlerdir (Özer 2014).

1990'da 467 milyon kadın 50 yaş ve üzerindeki nüfusta% 40'ı sanayileşmiş ülkelerde % 60'ı ise gelişmekte olan ülkelere yaşamaktadır. 2030'da bu sayı sırasıyla bir milyar ve iki yüz milyona ulaşacak. Bu artışa rağmen sanayileşmiş ülkelerde ki menopoz kadınların oranı %24'e düşecek ve bu sayı gelişmekte olan ülkelere% 76'ya ulaşacaktır (Noroozi 2013).

2.2.5. Menopoz Semptomları

Kadın yaşamının en uzun evrelerinden biri olan menopoz fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bazı sağlık sorunlarının meydana çıktığı bir evredir (Ulusoy ve Kukulu 2013). Menopoz, sadece üreme yeteneğinin durması değil, aynı zamanda kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyecek çok sayıda semptomlarda içermektedir (Benjamin ve ark. 2016). Bu semptomlar bazı kadınların kişisel ve sosyal işlevlerini, yaşam kalitesini derinden etkiler (Karmakar ve ark. 2017).

Kadınların farklı menopoz belirtilerini belirleyen önemli araştırmalar mevcuttur. Latin Amerika'da yapılan bir çalışma da en çok bildirilen belirtiler sıcak basması (% 68.9) ve ardından uyku bozuklukları (% 68.4) iken, Avustralya'da yapılan çalışmada sıcak basması, ardından da gece terlemesi, Nijerya'da yapılan çalışmada ise en sık görülen belirti (% 59) eklem ve kas rahatsızlığı olarak bildirildi. Mısır'da en yaygın görülen belirtiler yorgunluk ve baş ağrısı, Doğu ve Güneydoğu Asya'daki birçok ülkeden gelen kadınlarda ise en sık görülen Őikayetlerin eklem ve kas ağrısı olduğu gözlendi. Arap lkelerinde yapılan çalışma sonuçları, çoğu Asya ülkesinde yapılanlarla uyumludur. Ürdün'de kas ve eklem sertliği %89'luk bir orana sahiptir (Aida AlDughaiter 2015).

2.2.5.1. Kısa Dönemde Yaşanan Semptomlar

Menopozda kısa evrede östrojenin miktarının azalmasına bağlı olarak düzensiz kanamalar, ateş basmaları, gece terlemeleri, çarpıntı, baş, eklem ve kas ağrıları, depresyon, cinsel isteksizlik, üreme organı ve idrar yollarına ait hastalıklar, ağrılı cinsel ilişki ve idrar kaçırma gibi belirtiler görülür (Atik Nalbant 2009).

2.2.5.1.1. Vazomotor Semptomlar

Perimenopoz ve postmenopozal dönemdeki kadınların %75-85'i ateş basmalarından yakınmaktadır. Bu durum cerrahi menopozda % 75-90 iken doğal menopozda % 37-50 arasında ve yüz, boyun ve göğüste rahatsız edici ısı yayılma hissi ve ardından terleme olarak görülmektedir. Vazomotor değişikliklerin mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olsa da; belirtileri genellikle yüz kızarması, sıcak basması ve gece terlemesi Şeklinde görülmektedir (Görgel ve akıroğlu 2007).

Menopozal dönemde sıcak basmasındaki fizyolojik değişiklikler;

- ✓ Kan akımı hızının ellere doğru artması,
- ✓ Cildin ısısının artması,
- ✓ Vücut santral ısısında azalma,
- ✓ Nabız hızında artma,
- ✓ Servikal sempatik yol boyunca vazodilatasyon,
- ✓ Kalıcı (REM) uykunun bölünmesi olarak sıralanabilir (Görgel ve akıroğlu 2007).

Sıcak basması, baş boyun ve göğüs derisinin ani kızarması ile birlikte vücut sıcaklığının artması ve yoğun terleme ile bitmesi olarak belirtilmektedir (Koçak 2010). Sıcak basmaları günde 3-12 defa görülür ve süresi birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar devam ederken ısının artmasından sonra terleme ile ısı düşer (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

2.2.5.1.2. Psikolojik Semptomlar

Menopoz hayat serüveninin önemli bir parçası haline gelmesiyle meydana gelen farklılıkların kadın psikolojisine yansımaları, bu evrenin en önemli belirtilerini meydana çıkarır. Menopozu ilgilendiren belirtilerin çoğunun psikolojik etkenli olması ile birlikte hepsinin psikolojik yansımalarının olduğu söylenebilir (Görgel ve Çakıroğlu 2007). Araştırılan birçok alan araştırmalarında, menopoz evresinde majör depresyon prevalansın da yükselme saptanmamış, fakat depresif semptomlar da artış saptanmıştır. Bu belirtilerin de daha çok premenopozal senelerde olduğu, postmenopozal senelerde ise psikiyatrik düşüş saptanmıştır. Depresyon halinin en güçlü belirleyicisi depresyonun önceden bir geçmişi ve depresif ruh hali ile ilişkili üreme hormonu seviyesindeki dalgalanmalardır (Dalal 2015). Akıl sağlığı, kadın sağlığının önemli bir parçası olarak kabul edilir ve aile ve toplumda belirli bir sosyal durum sebebiyle büyük strese maruz kalır. Stres, menopoz sırasında depresyon ve anksiyete gibi zihinsel ve fiziksel belirtilerin meydana gelmesine ve şiddetlenmesine yol açabilir (Heidari ve ark. 2017). Menopozda meydana gelen duygu farklılıkları; gerginlik, sinirlilik, halsizlik, isteksizlik, sık ve kolay ağlama, irritabilite artışı, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, yaşam olaylarından kolayca etkilenme, iştah artışı, karakter farklılıkları, unutkanlık, erken uyanma, hızlı öfkelenme ve toplumdan soyutlanma isteği şeklinde sıralanabilir (Sánchez Rodríguez 2017).

Çocuklardan ayrı olmanın, kadınların yaşadığı menopozal döneme denk gelmesi ve bu durumun "analığın hiçlenmesi" olarak görülmesi ve bununla birlikte "cinsel varlığın idame ettirilmesi gereği" birleşince ortaya psikopatolojik bir tablo meydana gelebilir. Menopozla ilgili psikoseksüel yaşantıda meydana gelen farklılıkların, cinsel organları etkileyen fiziksel ve fizyolojik farklılıklarla doğrudan etkili olduğu, bunun temelinde de hormonal dengelerin bozulmasının organizmaya ve psikolojik yapıya yaptığı etkilerin yer aldığı düşünülür (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

2.2.5.1.3. Üriner Semptomlar

Ürogenital yakınmalar, östrojenin yetersizliği ile meydana gelen ve kadınlarda menopoz döneminde en sık görülen sorunlardan biridir (Özcan ve Oskay 2013). Üriner sistemin alt mukozasında, submukozal bağ, kas dokularında ve vasküler yapılarında östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Östrojenin menopozal dönemde azalmasına bağlı olarak dokularda atrofik değişiklikler meydana gelmekte ve bu nedenle alt üriner sistemin fonksiyonu bozulmaktadır (Özer 2014).

Menopozda, üreme organlarında küçülme (atrofi) uterus, vajina, vulva ve üretranın distal kısmında, uzun süren östrojen yetersizliği sonucunda genital atrofi oluşur. Genital atrofi; üreme organlarının küçülmesi ile birlikte yaşam kalitesini de negatif etkiler. Bu durumda dispareniya, uterus prolapsusu, stres inkontinans sürekli idrara çıkma, konstipasyon, vulvada purititis, ve sistosel,rektosel gibi belirtiler meydana gelir. Postmenopozal kadınların üçte birinde vajinal kuruluk, ağrı, kaşıntı, tahriş, cinsel ilişkide ağrı görülür (Hunter 2016).

Yerel vajinal östrojen terapisinin, atrofik vajinit tedavisinde açıkça faydası vardır. Alt idrar yolu semptomlarının tedavisinde lokal östrojen için olası bir rolü de açıklanmıştır. Ne yazık ki, menopozdaki genitoüriner sendromu kadınlar arasında kendi kendine bildiren maalesef sadece yaklaşık yarısı tıbbi yardım istemekte veya sağlık uzmanları tarafından yardım sunulmaktadır (Rahn 2014).

2.2.5.1.4. Vulvo-Vajinal Semptomlar

Vulva: Östrojen yetersizliği ile birlikte vulva atrofiye uğrar ve subkutan dokular azalır. Labia majör küçülür ve labia minör hemen hemen kaybolur. Deri daha incelik ve pubik kıl kaybı hızlanır (Taşkın 2012). Postmenopozal kadınlarda vulva da en çok göülen belirti, kaşıntı ile devam eden distrofiler'dir. Menopozun ilerleyen evrelerinde vulvada darlıklara sebep olmaktadır (Özer 2014).

Vajina: Östrojen eksikliği ile meydana gelen menopozal kadınlarda vajinanın şekli soluklaşır, dokusu zayıflar, esnekliği kaybolur, daralır ve kısalmır. Bu sebeple vajinada kuruluk, yanma hissi, dispareni, kanama, rijidite ile seyreden "atrofikvajinit" veya "senilvajinit" adı verilen tablo oluşur (Atik Nalbant 2009).

Vulvovajinal atrofi, ürogenital dokunun hipoöstrojenik durumuyla meydana gelen sık görülen bir rahatsızlıktır. Vulvovajinal mukozanın kuruması ve solgunlaşması en çok görülen klinik bulgulardır. Vulvovajinal atrofi tedavisinde östrojenin yanı sıra tamamlayıcı alternatif tedavinin, vitamin E ve fitoöstrojenin semptomları azalttığına dair çalışmalar mevcuttur (Tohma ve ark. 2017).

Serviks: Atrofiye uğrar çapı ve uzunluğu küçülür, transformasyonu (epitel geçiş sınırı) servikal kanalın içine doğru girer ve dışarıdan bakıldığında görülmez. Serviks kanserlerinin en sık görüldüğü yerde meydana gelen bu durum, kolposkopik incelemeyi zorlaştırır (Özer 2014).

Uterus: Uterus, endometrium ve myometriumatrofiye uğrar ve uterusun ağırlığı 30 – 35 grama kadar düşer. Myometriumda görülen atrofi sonucu myomlarda da atrofi görülebilir (Özer 2014).

Tuba Uterinalar: Tuba uterina uzunlukları ve çapları küçülür, lümenleri daralır. Lümendeki silier yapıların şekil ve fonksiyonları bozulur. Sekresyon ve hareket kabiliyetleri azalır. Pelvis tabanını oluşturan kaslar postmenopozal dönemde tonüs ve esnekliklerini kaybederler ve pelvis organlarını yerinde tutma özellikleri zayıflar (Çelikkanat 2012).

Pelvis: Pelvis tabanında yer alan kasların, uterus ile çevre organları arasındaki ligamentlerin tonus ve esnekliği kaybolur ve pelvis organlarını yerinde tutabilme özelliği azalır (Atik Nalbant 2009). Postmenopozda ki kanamaların ortalama %15'i, vajinal travma sebebiyle olmaktadır. Vajinal kuruluk 30'lu yaşların sonlarında düzenli menstrual siklusa rağmen %16 civarında iken, perimenopozal dönem süresince artmakta ve erken postmenopozal dönemde %40-45'lere ulaşır, geç postmenopozal dönemde %75'in üstüne yükselmektedir (Ertan 2013).

2.2.5.1.5. Seksüel Semptomlar

Östrojen eksikliği libidoyu indirekt etkilerken; androjenler libidoyu direkt etkiler. Bu olaylar santral sinir sisteminde nörotropik ve psikotropik faktörleri düzenlediği gibi daha çok sekonder seks karakterlerini düzeltir. Aynı zamanda kadınlık kimliğini kazandırır, pelvik tabanı etkiler ve dolayısı ile seksüel yolların sağlamlığını korur (Avcı 2013). Menopozal dönemde cinsel işlev bozukluğuyla ilişkili risk faktörleri, yaşın artması ve östrojenin azalmasıdır. Menopozdan olumsuz olarak etkilenen cinsel fonksiyon boyutları orgazm, yağlama ve cinsel ağrıdır.

Postmenopozal kadınlarda cinsel işlev bozukluğu insidansı ABD’de yaklaşık %50'dir. Hess ve arkadaşlarına göre, vajinal kuruluk şikayeti olan kadınlar daha düşük cinsel zevk seviyeleri sahiptirler. Vücut şeklindeki değişiklikler, cilt görünümü ve uygunluk, benlik saygısını ve güvenini zayıflatabilir ve bu nedenle cinsel aktiviteleri başlatmayı engeller (Ghazanfarpour ve ark. 2016). Bu değişimler seksüel hazzı etkilerken aynı zamanda da kadının yaşı, toplumsal ilişkileri, cinsel deneyimlerini geliştirme tarzı, yaşam koşulları ve kültürel etmenler de cinsel doyum alanında bireysel farklılıkları belirlemektedir (Sözer 2014). Menopozal dönemde birçok faktörden etkilenen cinsellik, kadın yaşamının önemli bir parçasıdır. Özellikle bu dönemde beden imajının ve kadınlık fonksiyonlarının bozulması gibi kaygılar artmaktadır (Özcan ve Eryılmaz 2017).

Menopoz, seksüel belirtiler gelişmiş ve ilkel yerlerde farklı yaşanmaktadır. Gelişmiş toplumlarda veya doğurganlığın çok önemsendiği toplumlarda, kadın değerini kaybetme korkusu ile seksüel sorunlar yaşayabilmekte iken ilkel toplumlarda postmenopozal dönemde sosyal statünün değişmesi, gebe kalma korkusunun ve çocuk bakma zorunluluğunun olmaması kadına sosyal olarak daha özgür ve seksüel olarak daha aktif olma olanağı sunmaktadır (Erbaş ve Demirel 2017).

2.2.5.1.6. Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Östrojen reseptörleri yönünden oldukça fazla olan ağız mukozası, menopozal evrede östrojen yetersizliği ile birlikte; ağızda bıraktığı kötü lezzet, diş eti problemleri ve ağız kuruluğu gibi belirtiler ile baş gösterir. Postmenopozal evrede mide sekresyonunda azalma, barsak mukoza atrofisi, gastrik reflü ve safra taşı meydana gelmiştir (Görgel ve Çakıroğlu 2007). Östrojen seviyesindeki farklılıklar diğer hormonları ve metabolizmayı doğrudan ve dolaylı olarak etkilediğinden metabolizma iştahı artırmakta, yaşlanmayla birlikte metabolik hız ve fiziksel aktivite azalmakta ve bunun sonucu olarak şişmanlık ortaya çıkmaktadır. Menopozda toplam yağ birikimi artmakta olup, postmenopozal kadınlarda özellikle android tip şişmanlık görülmektedir (Abay 2014).

2.2.5.2.Uzun Dönemde Yaşanan Semptomlar

Kısa dönemde yaşanan semptomlar yaşam kalitesini olumsuz etkiler; uzun dönemde yaşanan semptomlarda ise yaşamsal tehlike oluşmaktadır. Uzun dönemde östrojenin eksikliğine bağlı olarak menopozda kardiyovasküler sistem sorunları ve osteoporoz riskleri yüksek seyretmektedir (Atik Nalbant 2009).

2.2.5.2.1. Kas ve İskelet Sistemini Etkileyen Semptomlar

Östrojen reseptörleri kemik hücrelerinde meydana gelir ve kemik metabolizmasında emilimi bastırma ve yapımı artırıcı etkisi vardır. Kemik kütlesi kadın ve erkekte 20-30'lu yaşlarda pik yaparak en yüksek düzeye ulaşmaktadır ki bu aşamada kemik yapım ve yıkımı dengededir. Erişilen bu maksimum kemik kütlesi büyük oranda genetik faktörler ile bir miktar da diyet ve fiziksel aktivite ile ilişkilidir. Yılda % 0,5 oranında bir kayıp kırklı yaşlarından sonra meydana gelir. Araştırılan çalışmalarda kemik kütlesindeki kaybın belli bir yaştan sonra çok hızlı olduğunu göstermiştir. Östrojen yetersizliği ile birlikte klimakterium evrede iskeletten kalsiyumun geri emilimi başlar. Menopoz sonrası ortalama kemik kaybı (osteoporoz) ilk 6 yıl için % 3,9 bunu izleyen yıllarda ise % 1 dolaylarındadır (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Hormon tedavisi (HT), osteoporozun önlenmesinde ve tedavisinde etkilidir. Gözlemsel çalışmalarda, östrojen tedavisinin, menopozdan hemen sonra başlatıldığında ve uzun vadede devam etmesi halinde, osteoporozla ilişkili kırıkları% 50 oranında azalttığı gösterilmiştir. Kadın Sağlığı Girişimi (WHI) randomize kontrollü çalışmada, HT alan sağlıklı kadınlarda kalça kırığında önemli bir azalma (% 34) olduğu doğrulanmıştır. Postmenapozal kadınların yapması gereken en önemli testlerden biri kemiklerde kalsiyum düzeylerini belirlemeye yardımcı olan bir kemik yoğunluğu tarama testidir. Bu şekilde, kadınlar menopoz sonrası bir durum olan osteoporozun önlenmesi için zamanında harekete geçilir (University of Maryland Medical Center 2015).

2.2.5.2.2. Kardiyovasküler Sistemi Etkileyen Semptomlar

Kadın ve erkek popülasyonun, tüm dünyada öne gelen ölüm sebebi koroner kalp hastalığı olarak kabul edilmektedir. Kadınlar, erkeklere oranla reproduktif evrede 2,5-4,5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahipken, menopozla birlikte, 50 yaşından sonra hızla erkeklerde görülen seviyeler ulaşırlar (Acar N 2014). Normal yaşta menopoza giren kadınlarda, prematür menopoza giren kadınlara oranla koroner arter hastalıkları görülme riski daha azdır. Kardiyovasküler hastalıklar orta yaş üzeri kadınların %46'sının ölüm sebebi olmaktadır. Östrojen, çeşitli mekanizmalar ile Koroner Arter Hastalıkları (KAH) riskini düşürmektedir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Östrojen antioksidan özelliği, arterial endotelial hücreleri oksidize ederek düşük dansiteli lipoproteinlerden korumakta, trombosit agregasyonu, adhezyon ve oluşmasını engellemektedir (Görgel ve Çakıroğlu 2007). Lipid metabolizması üstüne de östrojenin etkileri vardır. Östrojen, kardiyovasküler sistem bakımından koruyucu rolü olan yüksek dansiteli lipoproteinleri artırıp, KAH riskini yükselten LDL ve kolesterolü düşürmektedir. Premenopozal evrede azalmaya başlayan östrojen, postmenopozal dönemde daha da azalır. Total kolesterol, trigliserid ve LDL artarken, HDL yavaş yavaş düşer. HDL/LD oranında ki bu değişim sonucu hafif çarpıntı, ateroskleroz, angina pectoris ve koroner kalp hastalığı riski yükselir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

2.2.5.2.3. Merkezi Sinir Sistemine Etki Eden Semptomlar

Menopozla birlikte östradiol ve progesteronun siklik üretimi biter. Bu hormonların serum konsantrasyonları hızla azalır ve alzheimer hastalığı gibi biliş ve yaşla ilişkili bozukluklarla beyin süreçlerini etkileme potansiyeline sahiptir. Beyin biyokimyasını, serotonin dahil bir çok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonlarını östrojenler değiştirerek etkilemektedir. Menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme, tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülür. Östrojenin uyarıcı etkisine karşın progesteronun kuvvetli anestezi etkisi vardır (Tunç 2014). Menopoz süresince, depresif duygu durum, gerginlik, sinirlilik, çabuk öfkelenme, enerji kaybı ve isteksizlik, uyku problemleri, unutkanlık, stresli yaşam olaylarından daha kolay etkilenme gibi birtakım psikolojik belirtiler yaşanmaktadır. Her ne kadar gerginlik, sinirlilik, kaygı ve depresyon gibi olumsuz duygular menopozal geçişi için olağan görülmeğe de, bu belirtiler sıcak basmalarına oranla çok daha az bildirilmektedir (Duç 2014). Menopozda hormon tedavisinin bellek ve diğer bilişsel becerilere fayda sağlayıp sağlamadığını veya zarar verdiği tartışmalı bir konudur. Klinik araştırmalar, biliş üzerinde tutarlı, klinik olarak anlamlı etkileri saptamada başarısız olmuştur (Henderson 2016). Menopoz hormonu tedavisi, menopoz dönemindeki uyku kalitesinde ve metabolizma değişikliklerinde iyileşme göstermektedir (Cintron 2017).

2.2.6. Menopozal Semptomlar ve Şiddetini Etkileyen Faktörler

Menopoz belirtileri, menopoz döneminde kadınların yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir ve kadınların fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkileyebilir (Parsa 2017). Kadınlarda görülen bu semptomlar ve şiddeti; medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, evlilik uyumu, kadının yaşı, kronik hastalık varlığı, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü bilgi alma durumu, egzersiz yapma durumu ve toplumun kadını önemseyişi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Ertan 2013). Yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz yapan kadınların yaşadıkları sıcak basmasının şiddetinin, egzersiz yapmayan diğer kadınlara göre daha az yaşadığını ve egzersizin KAH'nın önlenmesinde, genital sistem sorunlarını ve depresif sendromları azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Oğurlu 2008).

Menopoza giren kadınların ihtiyaç ve taleplerini karşılamak için, doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının, tedaviye uyum eksikliği de dahil olmak üzere, kadınlara terapinin avantajları ve dezavantajları ve alternatifleri hakkında doğru bilgi verebilmeleri önemlidir (Fallahzadeh 2012). Postmenopoz, östrojen eksikliği olan bir durumda kardiyovasküler hastalıklar (KVH) insidansı artmaktadır. Yoga, çeşitli popülasyonlarda kardiyovasküler riski değerlendirebilen kardiyak otonomik aktivitenin göstergesi olan kalp atış hızı değişkenliği üzerinde faydalı bir etkiye sahip olarak tanımlanmıştır (Praveena ve ark. 2018).

2.3. Menapozda Tedavi Yöntemleri

2.3.1. Hormon Replasman Tedavisi

Hormon Replasman Tedavisi (HRT), düşük değerlerde bulunan östrojen ve progesteron seviyelerini klimakterik dönemdeki kadınların menopoz semptomlarını gidermek amacıyla hormonal eksikliğini yerine koyarak buna bağlı semptomlarını azaltmayı amaçlayan bir yerine koyma tedavisidir (Atik Nalbant 2009).

Ürogenital atrofinin semptomlarında ve yönetiminde östrojen veya kombine tedavi (östrojen+progesteron), önemli bir yer tutar. Östrojen terapisi revaskülarizasyonu sağlar ve superfisiyal hücre sayısını yükselir aynı zamanda vajinal pH'ı azaltır, vajinal epitelin kalınlığını artırmaktadır (Atik Nalbant 2009).

Hormon tedavisinin (HT), menopoz sonrası semptomların tedavisinde ve menopoz sonrası kadınlarda görülme riski hızla artan osteoporozu ve kardiyovasküler sorunları da azalttığı bulunmuştur (Atik Nalbant 2009; Blümel 2017; Liu ve ark. 2014; NAMS 2017). HRT menopozla ilgili ruhsal değişiklikler, vajinal kuruluk, eklem ağrıları azaltma, gece terlemeleri, yorgunluk, sıcak basmaları ve uyku bozuklukları gibi semptomlar da kısa süreli kullanıldığında (5 yıldan az) etkili olmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Atik Nalbant 2009; Blümel 2017). Yapılan çalışmalar da HRT'nin kolon kanserinden ölümleri %50 oranında azalttığı ve alzheimer hastalığı kadınlarda erkeklerden 1,5-3 kat fazladır bu hastalığı da önlediği belirtilmektedir. Yapılan düzensiz egzersizler, kullanılan alkolün meme kanseri riskini artırdığı; kısa sürede kullanılan HRT'nin (5 yıldan az) meme kanseri riskini artırmadığı bilinmektedir (Atik Nalbant 2009).

Yapılan başka bir çalışma da HRT almayan kadınlarda en çok endometrium kanseri görülmüş ayrıca endometrial hiperplazi riski sadece östrojen alan kadınlarda artmakla beraber; endometrium kanseri riskinin östrojen progesteron ile dengelenince ortadan kalktığı bildirilmiştir (Atik Nalbant 2009). HRT’de kadınlarda bulantı, su tutulumu, göğüslerde gerginlik, kilo alma ve vajinal akıntı gibi yan etkiler görülebilir. Önceden migreni olan kadınlarda baş ağrısı yakınması artabilir. Sonuç olarak bugün HRT kullanımında kabul edilen görüş faydanın riskten daha fazla olduğudur. HRT'nin riskleri, dozuna, kullanım süresine, uygulama şekline, başlamanın zamanlamasına ve bir progesteronun kullanılıp kullanılmadığına göre değişir. Menopoz semptomlarının patofizyolojisinin anlaşılması ve hem hormonal hem de hormonal olmayan tedavilerin riskleri ve faydaları, hastaların bireysel tedavisinde yardımcı olur. HRT yararları ve riskleri değerlendirilerek bireyselleştirilmelidir (Atik Nalbant 2009; NAMS 2017; O'Neill ve Eden 2017).HRT konusunda tartışmalar mevcut, yan etkileri ve yararları konusunda ortak bir görüş birliğine varılmamıştır (Atik Nalbant 2009). Meme kanserinde artış östrojen tedavisine progesteron ilavesi ile zamana bağlı olarak arttığı anlaşılmaktadır. Hormon tedavisine bağlı olarak artmış risk, tedavi kesilmesi ile azaldığı görülmektedir (NAMS 2014). Diğer daha uzun vadeli epidemiyolojik çalışmalar azalmış bir risk tanımlamaktadır (Marko ve Simon 2018). Ancak venöz tromboembolizm (Rölatif risk (RR)= 2.15, %95) ve pulmoner emboli (Rölatif risk (RR)= 2.15, %95) riskinin HRT alan kadınlarda plesebo alanlara göre arttığı bildirilmektedir (Atik Nalbant 2009). Ayrıca bazı çalışmalarda HRT'nin menopozda görülen bilişsel ve ruh hali ile ilgili sorunların tedavisinde pek yararı olmadığı bildirilmiştir (Sylvestre ve Kim 2017).

2.3.1.1. Östrojenler

3 çeşit doğal östrojen insanda bulunmaktadır.

Östron: Postmenopozal evrede baskın olmakla birlikte over ve periferde oluşan östrojen çeşididir.

Östradiol: Reprodüktif evrede ana kaynak ovaryal salgıdır.

Östriol: Özellikle hamilelikte plasentadan salgılanan östriol, östron ve östradiolon metabolitidir (Şahmay 2012).

Şekil 1-1: Kadınlarda Östrojenlerin Etkileri

<p>Genel Etkiler</p> <p>Uzun kemiklerde epifizlerin kapanmasını sağlar</p> <p>Dolaşım ve hücre permeabilitesini yükseltir.</p> <p>ATP sentezini ve hücre oksidasyonunu yükseltir</p> <p>Amino asit, karbonhidrat ve lipid birikimini hücrede sağlar.</p> <p>Hücrelerde protein sentezini ve RNA sağlar.</p> <p>Sekonder seks karakterlerini yapar.</p> <p>Kemik kütlelerinin korur ve koagülabileteyi yükseltir.</p> <p>Basal vücut ısısını azaltır.</p>
<p>Serviks</p> <p>Servikal kanalda dilatasyon sağlar.</p> <p>Servikal mukus miktarını ve akışkanlığını artırır.</p> <p>Servikal mukus kurduğunda eğreltiotu manzarası oluşmasını sağlar.</p>
<p>Vulva ve Vagina</p> <p>Gelişimini sağlar ve süperfisyel hücreleri artırır</p> <p>Asidofil ve piknotik indeks artar.</p> <p>Glikojen deposu artırır ve vagina pH 3.8-4.5 arasında muhafaza edilir.</p> <p>Vaginal mukozanın sağlığını sağlar</p>
<p>Myometrium</p> <p>Uterusun gelişmesini sağlar, infantil uterusu erifkin şekle dönüştürür.</p> <p>Myometrial aktivitenin amplitüd ve frekansını artırır.</p> <p>Oksitosine cevabı artırır.</p> <p>Reseptör yapımını artırır.</p>
<p>Endometrium</p> <p>Proliferasyon: Glandüler epitel ve stromada mitozu artırır, hücreler tabakalar oluşturur.</p> <p>Reseptör oluşumuna yol açar.</p>
<p>Tuba uterinalar</p> <p>Silyaların olgunlaşmasını, sekretuar aktivitenin ve tubal motilitenin artışına sebep olur. Vaskülariteyi artırır.</p>
<p>Memeler</p> <p>Memelerin gelişimine yol açar. Duktal lobular- alveolar büyüme ve yağ dokusunun dağılımını sağlar ve vaskülariteyi artırır.</p>

(Şahmay 2012).

2.3.1.1.1. Tedavide Östrojenler

Özellikle uygulanan tedavide östrojenler kullanılırken doğal ve yapay olmak üzere iki ana başlık olarak ayrılırlar. Doğal östrojenler özellikle postmenopozal hormon replasman tedavisinde kullanılır. Postmenopozal hormon tedavisi ve oral kontraseptiflerde kullanılmak üzere östrojenler, disfonksiyonel kanamalar ve gonadal yetersizliğinden de yaralanmaktadır (Şahmay 2012).

Östrojenik aktivite etkisinin özellikle östrojen tercihinde, etkisi olmaktadır. kontrasepsiyon amacıyla, ovülasyonu baskılayacak kadar kan düzeyi sağlanması gerekirken, genelde postmenopozal hormon replasman tedavisinde daha az dozlar yeterli olabilmektedir. Bu sebeple ovulasyon inhibisyonu gibi hedefe ulaşmak için daha yüksek dozlar gerektiğinde yapay östrojenler seçilmektedir. Senelerdir ülkemizde çoğunlukla kullanılan konjuge östrojenler dendiğinde farklı östrojen komponentlerinin yanında pek çok metabolit varlığı ifade etmektedir (Şahmay 2012).

Östrojenler etki ve metabolizma farklılığından ötürü veriliş yoluna göre de sınıflandırılır. Östrojenler kullanım sıklığına göre iki ana grup altında incelenir (Kızıltepe 2006).

- Oral östrojenler
- Parenteral östrojenler
 - ✓ Transdermal östrojenler
 - ✓ Transvajinal östrojenler
 - ✓ İmplantlar
 - ✓ Perkütanöz östrojenler
 - ✓ Enjektabl östrojenler
 - ✓ İntranazal spreyler ve dil altı östrojenler (Kızıltepe 2006)

a. Oral Östrojenler: Genellikle tedavide tercih edilen oral yoldur. Diğer kullanım alanlarıyla karşılaştığında basit ve maliyeti azdır. Oral östrojenler, barsaklardan emilip karaciğere gelir ve portal sistemdeki konsantrasyonu, periferik konsantrasyonunun 5 katı civarına yükselir. Oral östrojenlerin en önemli dezavantajı, metabolizmaları ile karaciğerde sebep oldukları yüklenmedir (Çobanoğlu 2008).

b. Parenteral Östrojenler

Transdermal Östrojenler: Belirli bir günlük salınım hızları olan sistemler (TTStransdermal Therapeutic System) ile uygulanan östrojenlerdir. Transdermal östrojen uygulanması, vazomotor belirtiler, kemik metabolizması ve kardiovasküler sistem üzerine oral kullanımlar gibi etkinliğini gösterir. Safra taşı meydana gelmesinde ki yükseliş oral yolun komplikasyonlarından iken transdermal sistemlerde görülmez (Kızıltepe 2006).

Perkütanöz Östrojenler: Kullanım bölgesi genelde alt karın bölgesi veya kol iç yüzü cildine sürülen ve 10 gramında 60 mg östradiol içeren jel preparatlardır. Transdermal sistemin tıpkısı gibi avantajları ve dezavantajları, değişik kılan sadece sürülen miktar ve sahanın genişliğini her defasında aynı düzeylerde ayarlamak güçtür (Kızıltepe 2006).

Transvaginal Östrojenler: Ürogenital atrofilerde genellikle hızlı etki sağlamak amacıyla kullanılan vajinal tablet ve krem şeklindeki preparatlardır. Atrofik vajen mukozasında östrojenler hızla emilir ve proliferasyona sebep olurlar (Çobanoğlu 2008).

İmplantlar: Bu preparatlar özel bir klavuz sistem sayesinde cilt altına (genellikle karın ya da bacak bölgesine) lokal anestezi ile birlikte uygulanır. İmplantlar ile oral tedaviden daha iyi semptomatik yarar sağlanır ve kemik kitlesi daha etkin korunur. İmplantların 6 ayda bir değiştirilmesi gerekir (Çobanoğlu 2008).

İntranasal Spreyler ve Dilaltı östrojenler: Yeterli klinik araştırmaları mevcut olmayan ve son yıllarda uygulanmaya başlanan yollardandır (Kızıltepe 2006). Uygulamaları günde nazal östrojen bir-iki doz olarak 200-300 mg'lık E2 spreyleri kullanılmaktadır. Serum E2 düzeyleri uygulamadan 3 saat sonra normal düzeylerine geri döner (İlhan 2013).

2.3.1.2. Progestagenler

Postmenopozal hormon tedavisi uygulanan ve uterusu olan kadınlarda endometriumun korunması bakımından kombine tedavide bulunması elzem olan diğer bir hormondur (Göçer 2009). Korpus luteum hormonu adını alan progesteron adrenal guddenen ve overlerden salgılanır (Şahmay 2012).

2003 yılına kadar progesteron yerine sentetik gestajenler tercih edilmiştir. WHI çalışmasında bildirilen 1,23'ün artmış göğüs kanseri risk oranı ve Milyon Kadınlar Araştırmasında verilen 2'lik artış sentetik gestajenlerin kullanımı ile ilişkilendirildi. Sentetik gestajenler ve progesteron arasındaki bir karşılaştırma olan E3N Çalışması, östrojen ve progesteronun transdermal uygulanmasının meme kanseri hızlarında bir artışa neden olmadığını gösterdi (Regidor 2014). 2011'deki KEEPS raporlarının sonuçları, sadece progesteronun bilişsel işlevler üzerindeki olumlu etkilerini bildirmekle kalmamış aynı zamanda kardiyovasküler sistem için koruyucu bir etkiyi de tarif etmiştir (Regidor 2014).

Şekil 1-2: Kadınlarda Progesteron Etkileri

Genel etkiler
Adenosintrifosfataz aktivasyonu sonucu enerji açığa çıkar. Sodyum ve su atılımının geçici artırır Basal vücut ısısında artış sağlar Gebeliğin devamını sağlar Karbonhidrat metabolizmasını etkiler. Libidoyu azaltır. Akciğer ventilasyonunu artırır. Yüksek dozlarda ovülasyonu inhibe eder
Vagina
Süperfişiel ve intermedier hücrelerin dökülmesini sağlar. PH'ın 4.5-5 olmasını sağlar.
Serviks
Servikal kanalda daralma yapar. Servikal mukus miktarının azaltırması ve kıvamının koyulaştırır.
Endometrium
Sekretuar değişiklikler: Glandüler epitelde glikojenden zengin sekresyon yapar, spiral arterlerin gelişimini sağlar, stromada ödem yapar. Reseptörlerde azalma yapar.
Myometrium
Relaksasyon. Myometrial kontraksiyonların amplitüd ve frekansı azalır. Oksitosine duyarlılığı azalır. Reseptörlerde azalma sağlar.
Tuba uterinalar
Silyalarda ve sekresyonda azalmayapar, Motilitede yavaşlatır.
Overler
Reseptör azalır.
Meme
Duktal-lobular sistemin gelişmesini sağlar

(Şahmay 2012).

2.3.1.2.1. Tedavide Progesteronlar

Progesteron kavramı, overden salgılanan hormon olarak tanımlanmaktadır. Progestin, progestagen ve gestagen sözcükleri progesteron etkisine sahip diğer yapay moleküller anlamına gelir. Progestinler, en çok disfonksiyonel kanamalar, doğum kontrol hapları, gonadal yetmezlik ve postmenopozal hormon tedavisinde genellikle kullanılmaktadır. Progestinlerin progesteron etkisi dışında diğer etkileride vardır. Bu etkiler Şekil 1-3'te gruplandırılmıştır (Şahmay 2012).

Şekil 1-3: Progestagenler. Overin Sekresyonu Progesteron Dışındaki Progestagenlerin Diğer Sistemik Aktivitelerine Göre Sınıflandırılması

Androjenik	Antiandrojenik
- LNG (levonorgestrel)	- CPA (siproteron asetat)
- DSG (desogestrel)	- CMA
- GST (gestoden)	-DNG (dionejest)
	- DRG
Östrojenik	Antiöstrojenik
-NETA (noretindron asetat)	- LNG (levonorgestrel)
Glikokortikoid	Antimineralokortikoid
- MPA (medroksiprogesteron asetat)	- DRSP (drospirenon)
-MGA	

(Şahmay 2012)

Progesteron/progestagenlerin oral yol ile kullanımları: Postmenapozal kullanılan oral progestagenlerin formları sıklıkla şunlardır:

1. Noretindron
2. Noretindron asetat
3. Medroksiprogesteron asetat
4. Siproteron asetat

Mikronize formlarda da oral progesteron, bulunmaktadır. Yapay progestagenlere göre, aynı etkiyi bulunabilmesi için, çok yüksek dozlarda kullanılması gerekmektedir (Kızıltepe 2006).

Progesteron/progestagenlerin parenteral yol ile kullanımı: Salınan progestagen miktarının endometriumda antiöstrojenik etki gösterebilecek seviyelere gelmesi bu kullanımda önemli olmaktadır (Kızıltepe 2006).

Progestagen içeren rahim içi araçlar: sistemik olası yan etkilerinden progestagenlerin korunmak için uygulanan bir yöntemdir. 20 mcg/gün salınımlı ve 5 yıl olmak üzere levonorgestrel içerikli preparatlar günümüzde bulunmaktadır (Kızıltepe 2006).

Progesteron/progestagenlerin vaginal yol ile kullanımı: Kullanım alanı ile ilgili çalışmaların çoğu üreme teknolojisi ile yapılmıştır. Endometrium üstüne vaginal jel formun koruyucu etkisi bulunmuştur (Kızıltepe 2006)

Histerektomi Yapılan Kadınlar İçin Progestinler: Plazma lipidleri ve lipoprotein konsantrasyonları üstüne progesteron ve yapay meydana gelmesinin negatif etkileri hep tartışılmıştır. İlk üretilen 19- nortestosteron türevlerinin özellikle LDL seviyelerinin üst seviyelere yükselmesi saptanmıştır. Çoğunlukla savunulan görüş; “histerektomi olmuş bir hastada, HT kullanımı sırasında, gestagenlerin tedavi rejimine eklenmelerinin geçerli bir endikasyonu yoktur”şeklindedir. Histerektomi yapılmış kadınlarda kombine östrojen-progestin rejimlerinin kullanılması gereken bazı özel hususlar vardır (Kızıltepe 2006).

1. Karşılanmamış östrojenle tedavi edilen pelvik endometriozisli hastalarda, adenokarsinom bildirildiği için geçmişte kombine östrojen-progestin kullanımı endometriozis hikayesi olan hastalarda şiddetle tercih edilir (Çobanoğlu 2008).

2. Rezidüel endometriyum kalma potansiyeli taşıyan işlemlerden (örneğin supraservikal histerektomi, endometriyal ablasyon) sonra vakalar, östrojen-progestin kombinasyonu ile tedavi edilmelidir (Çobanoğlu 2008).

3. Endometriyal adenokarsinom tanısı konmuş ve tedavi edilmiş olan vakalarda, östrojen-progestin kombinasyonu, progestasyonel ajanın koruyucu etkisi bakımından tercih edilir (Çobanoğlu 2008).

Klinikte Progestin Kullanımı: Endometriosis, fertilitte tedavilerinde, doğum kontrol hapları, ve postmenopoz evrede progestinler özellikle kullanılmaktadır. Progestinler disfonksiyonel kanamaların tedavisinde temel tedavi etkenidir. Progestin tipi, kullanım zamanı ve dozu progesteron kullanımında, değişiklikler göstermektedir (Şahmay 2012).

Progestin İntoleransı: Şekil 1-4'de progestin kullanımında görülen yan etkiler verilmiştir. Tercih edilen progestine göre bu yan etkiler değişiklikler gösterir. Bu yan etkilerin pek çoğu, yeni progestinler de görülmemektedir. Fakat her üç ana yan etki grubunda çözüm ya hormon replasman tedavisinde uygulanan uzun sikluslar ya da progestinin intrauterin kullanımı, yani 3 ay arayla 15 gün progestin kullanımınıdır (Şahmay 2012).

Şekil 1-4: Progestagen kullanımında görülen yan etkiler

Psikolojik Metabolik Fiziksel
-Anksiyete -Lipidlere negatif etki -Akne
-İrritabilite -İnsülin resistans artışı-Yağlı cilt
-Agresyon -Vasküler resistans artışı -Abdominal şişkinlik
-Huzursuzluk-Sıvı retansiyonu
-Panik atak -Güçsüzlük
-Depresyon-Baş ağrısı
-Konsantrasyon zaafı-Baş dönmesi
-Unutkanlık -Meme hassasiyeti
-Yorgunluk - Meme kanseri?
-Emosyonel labilite

(Şahmay 2012).

2.3.1.3. Tibolon

Tibolon selektif doku östrojenik aktivite düzenleyicisi (STEAR) olarak sınıflandırılır (Kazandı 2007). Kanser riski yüzünden kadınları korkutan HRT'ye alternatif olabilecek bir çeşit tedavi yöntemidir. Tibolonun en önemli özelliği, postmenopozal kadınlarda östrojenden farklı olarak endometrium ve memeyi uyarı yapmaksızın kemik, vagina, klimakterik şikayetler (vazomotor semptomlar), duygu - durum ve seksüel iyilik haline (libido) olumlu etkisi olmasıdır, diğer bir ifade ile doku spesifik bir bileşiktir (Palacios ve Lilue 2017). Klimakterik belirtiler ve vajen üzerine östrojene benzer etkiye sahip ama meme dokusu üzerine etkisi östrojenden farklıdır (İrdesel 2005). İspanya'da tibolon en çok önerilen hormonal tedavidir ve menopoz sonrası kadınlarda en sık görülen şikâyetlerden biri olan cinsel semptomların azaltılmasında kullanılmaktadır (Mendoza ve ark. 2013).

2.3.1.4. Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri

Selektif östrojen reseptör modülatörleri (SERM'ler) meme ve uterus üzerine stimülatör etki oluşturmayan, HRT'nin olası negatif etkilerine karşı getirilen, diğer dokularda östrojen reseptörlerine güçlü afiniteleri ile bağlanarak östrojen benzeri etki gösteren ilaçlardır. Bu grup ilaçlar içinde tamoksifen klinik kullanımda ilk bilinendir. Daha sonra geliştirilen raloksifen öncelikle postmenopozal osteoporoz tedavisine yöneliktir (İrdesel 2005).

2.3.1.5. Androjenler

Overin ana androjen ürünleri, esas olarak teka hücrelerinden köken alan stromal dokudan salgılanan dehidroepiandrosteron (DHEA) ve androstenediondur (Şekeroğlu, 2009). Androjenler Testesteron ve 5 alphadihidrotesteterone(DHT) gelişim, farklılaşma ve seminal vezikül epididim ve prostat gibi erkek cinsiyet organlarının fonksiyonlarını kontrol eder (Demiral 2011). Androjen tedavisi androjen düzeyleri düşük olan ve cinsel problemleri için tanımlanabilir başka bir nedene sahip olmayan menopoza girmiş kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde rolü olabilir (Dalal 2015).

Androjenler, kadın fizyopatolojisinde birincil rol oynamaktadır. Yumurtalık ve adrenal androjenler üretiminde yaşa bağlı olarak azalma, kadınların sağlığını önemli ölçüde etkileyebilir. Dolaşan androjenlerin azalması, iki olayın birleşiminden kaynaklanır: Adrenal androjen sentezinde azalmış yumurtalık üretimi ve yaşla ilişkili düşüş. Menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda göreceli androjen eksikliği tabii ki cinsel işlevin bozulmasına neden olabilir, ancak beynin sağlığını etkilediği oldukça iyi bilinmektedir ve bilişsel işlevlerin azalmasına katkıda bulunabilir. Androjenler östrojen üretimini ve metabolizmasını etkileyerek A β düzeylerini de düşürebilir (Bojar ve ark. 2017).

2.3.2. Alternatif Tedavi ve Yöntemleri

2.3.2.1. Alternatif tedavi

Alternatif tıp, geleneksel ve günümüz batı tıbbının her ikisinin de dışında kalan geniş yelpazedeki şifa uygulamalarını içermektedir. Alternatif tıp, günümüz batı tıbbıyla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılmaktadır. Alternatif tıp klasik tıbbı reddetmek yerine, klasik tıbbın çaresiz kaldığı bir etkisi vardır (Çelikanat 2012). Alternatif tıp olarak, sıcak basması yaşayan bireylerin başvurdukları diyet ve yaşam biçimi değişiklikleri, bitkisel terapi, hipnoz, refleksoloji, homeopati, akupunktur, egzersiz, gevşeme ve rahatlama teknikleri, yoga ve diğer terapilerdir. Otuz iki bin dört yüz altmış beş kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, yaklaşık yarısının menopoz semptomları ile başa çıkabilmede alternatif tedavi kullandığını belirtilmiştir (Höbek Akarsu ve Kuş 2017).

Östrojen ile hormon replasman tedavisi (HRT) menopoz şikayetleri için en etkili tedavi olmasına rağmen çoğu kadın hormonlardan daha doğal ve güvenli gördükleri için bitkisel tedaviler gibi tamamlayıcı veya alternatif tedavi yöntemlerini tercih etmektedir (Demirci 2015). Non-farmakolojik yöntemler, yan etkisinin daha az olması bakımından yaygın olarak kullanılmaktadır. Klimakterik dönemde görülen belirtileri azaltmak için insan veya domuz plasenta ekstresinin, soya izoflavonun kullanıldığı yapılan son akademik yayınlarda gösterilmiştir. Menopoz belirtilerini hafifletmek için; akupunktur, yoga egzersizleri, düzenli egzersiz, pilates, planlı eğitim, karayılan otu özü içilmesi, masaj ve yeşil çay gibi çeşitli uygulamalar da rapor edilmiştir (Özcan ve Eryılmaz 2017).

2.3.2.2. Antikonvülzan ilaçlar

Antikonvülzan ilaçların randomize plasebo kontrollü bir çalışmada günde 900 mg dozda kullanımının, sıcak basmalarını %45 oranında düşürdüğü belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise antikonvülzanların 300-1200 mg dozlarda başarı ile kullanılmıştır. Antikonvülzanlar diğer vazomotor şikayetlere ve eklem kas ağrılarında da iyi geldiği bildirilmiştir (Çelikanat 2012).

2.3.2.3. Fitoöstrojenler

Fitoöstrojenler birçok bitkide doğal olarak bulunmaktadır. Östrojen reseptörlerine yapışır farklı östrojenik ve östrojenik olmayan faaliyetler gerçekleştirirler. Soya fasulyesi, genistein, daidzein ve glisit içeren izoflavonlar gibi zengin fitoöstrojen kaynağıdır. Asya ülkelerinde günlük tüketim Batı ülkelerinden daha yüksektir (Nourozi ve ark. 2015). Yapılan bir çalışmada, 50 mg soya izoflavonları ile zenginleştirilmiş inek sütü tüketiminin vazomotor semptomları azalttığı ve postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesini iyileştirdiği ifade edilmiştir. Soya sütü, soya fasulyesinin bir türevidir. Soya sütü, yağ, su ve soya proteininin dengeli emülsiyonu olarak kurutulmuş fasulyeleri ıslatarak ve su ile öğüterek yapılır. Bu besinlerin diğer soya fasulyesi ürünleriyle karşılaştırıldığında sağladığı avantajlardan biri, izoflavonlara ek olarak, kalsiyum ve demir gibi bireyin ihtiyaç duyduğu minerallerin bir bölümünü karşılayabilen inek sütüne benzer bir bileşime sahip olmasıdır (Nourozi ve ark. 2015). Soya isoflavonların kadınlarda menopoz semptomlarını ve osteoporozu iyileştirdiği söylenmekle birlikte, etkinlikleri hala kesin değildir. Postmenopozal komplikasyonlar üzerindeki etkileri üzerine araştırma sınırlı olmuştur (Lee ve ark. 2017).

2.3.2.4. E Vitamini

E Vitamini postmenopozal kadınlarda özellikle sıcak basmalarını hafifletmede bir etkisinin olduğu öne sürülmüş ama etkileri klinik olarak ispatlanamamıştır (Gökgöz 2014). Günlük 800 IU alınan E vitamininin sıcak basmalarının tedavisinde plasebodan daha etkili olduğu iddia edilmiştir. Sıcak basmalarında %25'lik bir azalma sağlamıştır (Erel 2004). Ruhsal durum değişiklikleri ve vajinal kuruluğu azaltmada vitamin E'nin olası bir etkisinin olduğu iddia edilmektedir (Er 2011).

2.4. Postmenopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde yaşam kalitesinin, tüm bilimler tarafından kabul edilen tek bir tanımı olmayıp, birçok tanımı olmakla birlikte tanımların ortak noktası insan faktörü ve onun öznel değerlendirme sistemidir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016). DSÖ'ne göre yaşam kalitesi kavramı; bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerine bağlantılı bir şekilde yaşamındaki yerini algılaması olarak tanımlanmaktadır (Karahana 2016). Sağlıkla ilgili konularda yaşam kalitesini, yaşamın sosyal, fiziksel ve zihinsel günlük işlevsel alanlarını içeren çok boyutlu bir sağlık kavramı oluşturmaktadır. Her kadının menopozdan sonra önemli bir yaşam kalitesi deneyimi vardır (Bashar ve ark. 2017). DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; bağımsızlık düzeyi, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik durum, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikler olmak üzere 6 alan bulunmaktadır (Perim 2007).

Bunlar;

- Fiziksel Sağlık; enerji, halsizlik, ağrı, rahatsızlık, yorgunluk, uyku, dinlenme,
- Psikolojik Durum; hafıza, konsantrasyon, kendine güven, pozitif düşünceler, düşünme, öğrenme, beden imajı ve dış görünüş, negatif düşünceler
- Bağımsızlık Düzeyi; hareket edebilme, , ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi
- Sosyal İlişkiler; kişisel ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite
- Çevresel Özellikler; fiziksel güvenlik, ev çevresi, finansal kaynaklar, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) koşulları
- Maneviyat ile İlgili Özellikler; ruhsal/dinsel/kişisel inançlar gibi alanları içermektedir (Ekelik Gülgün 2014).

Daha önce Dünya Sağlık Örgütü, 2003 yılına kadar 50 yaş ve üzeri 1,2 milyar kadın olacağını bildirmişti. Fizyolojik bir olay olan menopoz, kadınların yaşam kalitesini etkileyen komplikasyonlara sahiptir (Nikpour ve Haghani 2014).

Menopoz belirtilerini hafifletmek ve bu dönemde yaşam kalitesini yükseltmek için hormon tedavisi ve nofarmakolojik tedaviler gibi çeşitli tedbirler önerilmektedir (Nikpour ve Haghani 2014). Postmenopoz, kadının hayatında üreme yeteneğinin sonuna işaret etmekle kalmayıp, aynı zamanda birden fazla fiziksel, vazomotor, psikolojik ve cinsel şikayet ile ilişkili olan kritik bir dönemdir (AlDughaiter ve ark. 2015).

Yaşam Kalitesine Etkili Negatif Menapozal Semptomlar

1. Vazomotor Semptomlar
2. Disparaniue
3. Vajinal Atrofi
4. Kaybolan Libido
5. Uyku Problemi(NAMS 2014).

Bu sebep ile bu dönem yaşam kalitesini, kadınlar ve onların sağlıkları ile ilgilenen sağlık profesyonelleri için önemli bir sorun haline getirir (AlDughaiter ve ark. 2015). Dolayısıyla, menopoz doğal bir süreç gibi gözükse de, kesinlikle takip edilmesi ve tedavi edilmesi gereken bir dönemdir. 21. yüzyılda herkes için sağlık hedeflerinden biri yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Nikpour ve Haghani 2014). Postmenopoz yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında demografik özellikler (örneğin, yaş, evlilik, eğitim düzeyi, sosyal ve ekonomik düzeyi) yer almaktadır (Bouzari ve ark. 2013). Postmenopozal yaşam kalitesi çalışmaları, klinik uygulamalarda önemli bir bileşen haline gelmiştir. Postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu, farklı sosyokültürel gerçeklere sahip gelişmiş ülkelerde gerçekleştirildi; bu durum, sadece yaşam kalitesi algısını değil aynı zamanda menopoz semptomlarının deneyimini de etkileyebilir. Gelişmekte olan ülkelerde postmenopozal kadınların durumu hakkında çok az bilgi bulunmaktadır (Nisar ve Sohoo 2009). Yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda menopozun şiddetine dayalı menopozsemptomları ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişkili olduğunu belirtilmiştir (Sharma ve Mahajan 2015).

2.5. Postmenopozal Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı

Postmenopozal dönemde olan kadın söz konusu olduğunda anahtar kişiler temel sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarıdır (Acar N 2014). Menopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları belirtiler ile baş etmesinde; multidisipliner ekip üyesi olan hemşirelerin yönetici, eğitici, danışman ve araştırmacı rolleri vardır (Zıvıdır 2017). Bu rollerini profesyonel bakımın sağlanması için hemşirelerin menopoz alanında kullanmaları gereklidir (Sis 2010).

Hastaları menopoz hakkında bilgilendirirken, çeşitli farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerle etkili bir şekilde yönetilebilen çeşitli semptomları olan normal bir olay olduğunu anlatmalı, uygun olduğunda, yönetim etkinliğini değerlendirmek, endişelerini doğrulamak ve ek destek sağlamak için onlarla telefonla görüşü almalıdırlar. Son olarak, menopoz ve kadın sağlığı üzerine güncel literatürden faydalanarak kadınlara danışma ve eğitim verirken kanıta dayalı bir yaklaşım kullandığınızdan emin olmalısınız (Chism 2014).

Menopozal kadınların eğitiminde hastanelerde ve toplum sağlığında çalışan hemşireler tarafından aşağıdaki noktalar vurgulanmalıdır (Tortumluoğlu 2004):

- Uygun beslenmenin sürdürülmesi,
- Yeterli uyku ve dinlenme,
- Uygun fiziksel aktivite,
- Düzenli seksüel yaşam,
- Vazomotor değişiklikleri ile başa çıkma,
- Stresle başa çıkma,
- Deri değişiklikleri ile başa çıkma,
- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi,
- Sosyal destek,
- HRT danışmanlığı

Hemşirelerin, bilimsel bilgi ve yaklaşımları ile kaynak kişi olarak verdikleri planlı sağlık eğitiminin menopozal dönemdeki kadınların menopoz belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Ertan 2013).

Yaşam kalitesini yükseltmek için menopozun bir hastalık değil yaşanması gereken bir durum olduğunu ve olumsuz durumların belirlenmesinin önemi bu kişilere anlatılmalıdır. Menopozdaki kadında bireysel bakım verilmeli ve menopoz klinikleri artırılmalı, bu kliniklerde bakım veren hemşirelerin menopoz hakkında donanımlı olmalarına önem verilmelidir (Erkin ve ark. 2014).

Dorothea E. Orem'e göre; bireyin benlik kavramı, iletişimi ve kültürü ile şekillenen temel insan gereksinimleri karşılanmadığı durumlarda sağlık durumu negatif etkilenmektedir. Bu bağlamda sağlığın korunması ve devam etmesinde rol oynayan hemşireler, yaşamın her döneminde olduğu gibi menopoz dönemindeki kadına da arzulanır düzeyde bir sağlık durumuna kavuşması için, fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi boyutların tümünü dikkate alarak yaklaşmalıdır (Ceylan 2010). Bu nedenle de hemşireler sağlığın korunması ve yükseltilmesi için önemli ve gerekli bir sağlık çalışanıdır (Avcı 2013).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma Hormon Replasman Tedavisi alan postmenopozal kadınlarda, yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 02.06.2017-02.09.2017 tarihleri arasında Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, postmenopoz hormon replasman tedavisi alan hastalara uygulandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini; Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, postmenopoz hormon replasman tedavisi alan hastalar oluşturdu.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini; Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, postmenopoz hormon replasman tedavisi alan ve sözel olarak onayı alınan 200 kadın oluşturdu.

Ölçeğe göre en az %90 güç ve maksimum %5 birinci tip hata için çalışılması gereken örneklem genişliği 168 kişidir ancak %20'si kadar artırılabilir. Bu durumda çalışılması gereken örneklem genişliği $168+34 = 202$ kişidir. Her bir alt ölçeğin ortalamaların yarım standart sapmanın azalması durumuna göre gerekli örneklem genişliği belirlendi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri “Menapoza Özgü Yaşam Kalitesi Düzeyi”dir. Ölçeğin alt boyutlarını oluşturan “Vazomotor, Psikososyal, Fiziksel ve Cinsel alan yaşam kalitesi düzeyleri” diğer bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

3.4.2.1. Araştırma Grubu İle İlgili Bazı Sosyodemografik Değişkenler

- **Yaş:** Açık uçlu sorulmuş, analiz aşamasında ‘30-44yaş, 45-59 yaş ve 60-74 yaş’ olarak kategorize edilerek değerlendirilmiştir.
- **Medeni Durum:** Yanıtlar ‘Bekar, Evli, Dul (boşanmış/ eşi ölmüş)’ şeklinde düzenlenmiş ve sunulmuştur.
- **Aile tipi:** Yanıtlar ‘Geniş Aile, Çekirdek Aile ve Parçalanmış Aile’ şeklinde sorulmuş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Çalışma durumu:** Yanıtlar ‘Evet ve Hayır’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Gelir düzeyi yeterliliği:** ‘Aylık gelirin giderlerini karşılıyor mu?’ şeklinde sorulan değişkenin yanıtları ‘Evet ve Hayır’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Eğitim durumu:** Yanıtlar ‘Okur-yazar değil, Okur-yazar, İlkokul /ortaokul, Lise ve Üniversite’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **En uzun süre yaşanılan yer:** Yanıtlar ‘İl, İlçe, Kasaba, Köy ve Yurt Dışı’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Sağlık sigortası:** Yanıtlar ‘Yok, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur ve Yeşil Kart’ şeklinde düzenlenmiş ve analiz aşamasında ‘Yok’ ve SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur ve Yeşil Kart’lı olanlar ‘Var’ olarak değerlendirilmiştir.

- **Sigara kullanma:** Değişkenin yanıtları ‘Evet ve Hayır’ diye düzenlenmiş, Evet yanıtını verenlerin süresini belirtmesi istenmiştir.
- **Alkol kullanma:** Değişkenin yanıtları ‘Evet ve Hayır’ diye düzenlenmiş, Evet yanıtını verenlerin süresini belirtmesi istenmiştir.

3.4.2.2. Araştırma Grubunun Hastalık Sürecine İlişkin Değişkenleri

- **Sağlık sorunu varlığı:** Değişkenin yanıtları ‘Var ve Yok’ diye düzenlenmiş; Sağlık sorunu varlığı olanların hastalığını işaretlemesi istenmiştir.
- **Menopoz süresi:** Yanıtlar ‘1-3, 4-7, 8-10 ve 10 yıl ve üzeri’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Menopoza girme şekli:** Yanıtlar ‘Normal ve Cerrahi operasyon sonrası’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Menopozla ilgili yardım alma:** Yanıtlar ‘Alan ve Almayan’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.
- **Menopoz tedavisi için hormon tedavisi alma:** Değişkenin yanıtları ‘Evet ve Hayır’ diye düzenlenmiş, ‘Evet’ yanıtını verenlerin ne kadar süre kullandığı belirtmesi istenmiştir.
- **Kullanılan HTR preparatı durumu:** Yanıtlar ‘Oral, Transdermal ve Transvajinal’ şeklinde düzenlenmiş ve bu şekilde sunulmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu kadınların yaşını, eğitim durumunu, çalışma durumunu ve sigara kullanma durumunu, jinekolojik öyküsünü, geçirmiş olduğu hastalıkları ve devamlı kullandığı ilaçları içeren 24 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği(EK-2)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anketi (MENQOL), menopoz sonrası dönemde sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendiren bir araç olarak 1996 yılında başlatılmıştır. MENQOL'un doğasında olan bir varsayım, semptomlar üreten hastalık durumlarının ve menopoz gibi durumların, bir bireyin hayatının duygusal, fiziksel ve sosyal yönlerini bozabileceği ve bu durumun tedavi kararlarıyla birlikte ele alınması gerektiğidir (Radtkeve ark. 2011).

MENQOL kendini yönetir ve Likert ölçeğinde toplam 29 maddeden oluşur. Vasomotor (1-3. madde), psikososyal (4-10. maddeler), fiziksel (11-26. maddeler) ve cinsel (27-29. maddeler) menopoz semptomlarının dört alanından birinin etkisini değerlendirir. Belirli bir semptomla ilgili maddeler mevcut veya mevcut değil veya varsa, sıfırda (rahatsız edici değil) altı (son derece rahatsız edici) ölçekte ne kadar rahatsızlık verici olarak değerlendirilir (Radtkeve ark. 2011).

- Vazomotor alan(1-3. sorular) sıcak basması, terlemenin varlığı, gece terlemesi, ve şiddetini ölçer.
- Psikosoyal alan (4-10. sorular) depresif hüznü, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama, hayatından memnun olmama, kendini eskisinden daha az başarılı hissetme, ya da bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük, yalnız kalma isteği gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını değerlendirir.
- Fiziksel alan (11-26. sorular) kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, idrara çıkma, öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma gibi genel belirtileri ölçer.
- Cinsel alan (27-29. sorular), cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk, cinsel istekte değişiklik, ve cinsellikten kaçınma gibi belirtileri değerlendirir.

Ölçeği Türk toplumuna uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kharbouch ve Şahin (2005) yapmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri; vazomotor alan için 0.73, psikososyal alan için 0.84, fiziksel alan için 0.88 ve cinsel alan için 0.84 olarak belirlenmiştir (Boğa 2013).

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Anket Formu (Ek-1) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği(MÖYKÖ/MENQOL) (Ek-2) kullanılarak toplandı.

Çalışma örneklemine alınan kadınlar ile hafta içi beş gün saat 09.00-16.00 saatleri arası yüz yüze görüşme tekniği ile çalışmaya katılan kadınların bilgileri saklı tutularak veri toplama araçları uygulandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın tek merkezde yapılması
- Hasta sayısının kısıtlı olması,
- Ev dışına çıkamayacak olan hastalara ulaşılamaması
- Psikiyatrik sorunu olduğu için iletişim kurulamayan hastaların dâhil edilememesi araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Etik Kurulu onayı (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum onayı (EK-6) alındı. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalara görüşme öncesi araştırmanın amacı açıklanarak sözel ve yazılı bilgilendirilmiş olurları alındı (EK-7).

3.9. Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21 paket programı ve e-picos programından yararlanılarak yapılmıştır. Kategorik olan sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi. Sürekli olan sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama \pm S.Sapma değerleri şeklinde verilmiştir. Tüm karşılaştırmalar için istatistik önem seviyesi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Tek değişkenli risk analizi aşamasında iki grubun ortalamalarının karşılaştırmalarında student's t testi, ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırmalarında ANOVA'dan yararlanılmıştır. ANOVA ile farklılık tespiti halinde, Post Hoc test olarak Tukey kullanılmıştır. MÖYKÖ'nün iç tutarlılık incelemesi Cronbach's alpha çözümlenmesi ile değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırma Takvimi

- **Literatür tarama:** Temmuz 2016- Aralık 2017
- **Araştırmanın planlanması:** Temmuz-Kasım 2016
- **Verilerin toplanması:** Haziran-Eylül 2017
- **Veri tabanının oluşturulması ve düzenlenmesi:** Eylül-Aralık 2017
- **Verilerin analizi ve tezin yazımı:** Haziran 2017-Ağustos 2018

4. BULGULAR

Bu araştırmaya Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 02.06.2017-02.09.2017 başvuran postmenopozal hormon tedavisi gören 200 hasta dahil edildi. Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan kadınların yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yaptığımız çalışmada sosyo-demografik özellikleri ile MÖYKÖ ilgili elde edilen veriler göz önünde bulundurularak tablolar oluşturulmuş elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4-1: Postmenopozal Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=200)

		N	%
Medeni Durum	Bekar	4	2,0
	Evli	155	77,5
	Dul	41	20,5
Aile tipi	Geniş Aile	32	16,2
	Çekirdek Aile	158	79,8
	Parçalanmış Aile	8	4,0
Çocuk sayısı	Yok	15	7,5
	1	43	21,6
	2-3	115	57,8
	4 ve üzeri	26	13,1
Çalışma durumu	Evet	19	9,5
	Hayır	181	90,5
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	19	9,5
	Okur-yazar	181	90,5
	İlkokul/ortaokul	106	53,5
	Lise	56	28,0
	Üniversite	19	9,5
Gelir Düzeyi Yeterliliği	Evet	151	76,6
	Hayır	46	23,4
En Uzun Yaşanılan Yer	İl	50	25
	İlçe	91	45,5
	Kasaba	40	20
	Köy	14	7,0
	Yurt dışı	5	2,5
Sağlık Sigortası	Var	199	99,5
	Yok	1	0,5

Tablo 4-1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular gösterilmektedir. Araştırma grubunun %77,5’i (n:155) evli ve %79,8’i (n:158) çekirdek ailedir. Hastaların %90,5’si (n:181) okur-yazar olduğunu ve %45,5’i (n:91) en uzun süre ilçede yaşadığını bildirdi. Örneklem %76,6’nın (n:151) gelir düzeyinin iyi olduğu ve %90,5’i (n:181) çalışmadıklarını belirtmektedir. Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan hastalarının %99,5’nin (n:199) sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4-2: Postmenopozal Kadınların Sigara Kullanımına İlişkin Özellikleri (n=200).

Sigara ile İlgili Özellikler (n=200)		N	%
Sigara Kullanma	Evet	54	27,0
	Hayır	146	73,0
Sigara Kullanma Yılı	1-3	1	1,9
	4-7	9	16,7
	8-10	8	14,8
	10 yıl ve üzeri	36	66,7

Tablo 4-2’de araştırmaya katılanların sigara kullanma durumları incelendiğinde postmenopozal kadınların % 27’nin sigara kullandığı, % 73’ünün sigara kullanmadığı ve sigara kullanan kadınların % 66,7’inin 10 yıldan uzun süredir sigara içtikleri görülmüştür.

Tablo 4-3: Postmenopozal Kadınların Alkol Kullanımına İlişkin Özellikleri (n=200).

Alkol ile İlgili Özellikler(n=200)		N	%
Alkol Kullanma	Evet	27	13,6
	Hayır	172	86,4
Alkol Kullanma Yılı	1-3	1	3,6
	4-7	5	17,9
	8-10	6	21,4
	10 yıl üzeri	16	57,1

Tablo 4-3' de araştırmaya katılanların alkol kullanma durumları incelendiğinde; postmenopozal kadınların % 86,4'ünün alkol kullanmadığı, % 13,6'nın alkol kullandığı alkol kullanan kadınların % 57,1'inin 10 yıldan uzun süredir alkol kullanımının olduğu görülmüştür.

Tablo 4-4: Postmenopozal Kadınların Sağlık Sorunları(n=200).

Sağlık Sorunları (n=200)		N	%
Sağlık Sorunu Olma Durumu	Var	128	64,0
	Yok	72	36,0
Diyabet	Var	56	28,0
	Yok	72	36,0
Hipertansiyon	Var	55	43,0
	Yok	73	57,0
Depresyon(çökkünlük)	Var	9	7,0
	Yok	119	93,0
Damar Tıkanıklığı Öyküsü	Var	11	8,6
	Yok	117	91,4
Kolesterol Yüksekliği	Var	19	14,8
	Yok	109	85,2
Kanser Öyküsü	Var	5	3,9
	Yok	123	96,1

Tablo 4-4'de çalışma grubundaki postmenopozal süreç içerisindeki kadınların sağlık sorunları incelendiğinde, %36'sının sağlık sorunu olmadığı, sağlık sorunu olanların %28'inin Diyabet hastalığı, % 43'ünün Yüksek Tansiyon varlığı, %7'sinin Depresyon (Çökkünlük) yaşadığı, %8,6'sının Damar Tıkanıklığı öyküsü olduğu, %14,8'inin Kolesterol Yüksekliği yaşadığı ve %3,9'unun Kanser öyküsü olduğu görülmüştür.

Tablo 4-5: Postmenopozal Kadınların Menopoz ile İlgili Özellikleri (n=200).

Menopoz ile İlgili Özellikler(n=200)		N	%
Menopoza Girme Süresi	1-3	70	35,0
	4-7	50	25,0
	8-10	23	11,5
	10 yıl ve üstü	57	28,5
Menopozla İlgili Yardım Alma	Alan	170	85,0
	Almayan	30	15,0

Tablo 4-5’de çalışma grubundaki postmenopozal süreç içerisindeki kadınların menopoza girme süreleri incelendiğinde katılımcıların % 35’inin “1-3 yıl”, %25’inin “4-7 yıl”, % 11,5’inin “8-10 yıl” ve % 28,5’inin “10 yıl ve üzeri süredir menopozda oldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan postmenopozal kadınların %85’inin menopoz konusunda bir sağlık kuruluşundan yardım aldığı görülmüştür.

Tablo 4-6: MÖYKÖ Puan Ortalamaları (n=200)

MÖYKÖ Maddeleri	Ort.±S.Sapma	Min-Max
Sıcak basması veya yüzde kızarıklık	3,103±1,140	1-6
Gece terlemesi	2,935±1,066	1-5
Terleme	2,79±0,962	1-5
Hayatından memnun olma	2,41±0,851	1-5
Endişeli ve gergin hissetme	2,708±0,912	1-5
Hafızada zayıflama hissetme	2,49±1,07	0-5
Kendisini eskiden daha az başarılı hissetme	2,206±0,978	1-5
Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme	2,723±1,076	1-6
Diğer insanlara tahammülsüzlük	2,671±1,039	1-6
Yalnız kalma isteği	2,486±1,093	1-6
Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	2,945±1,077	1-6
Kas ve eklemlerde ağrı	3,370±1,152	1-6
Yorgun ve yıpranmış	2,559±0,98	1-5
Uyuma güçlüğü	3,258±1,197	0-6
Baş ve boyun arkasında ağrılar	3,166±1,082	1-6
Fiziksel güçte azalma	2,566±1,003	1-5
Dayanma gücünde azalma	2,471±1,065	1-6
Enerjide azalma hissi	2,408±1,018	0-5

Tablo 4-6:Devamı	Ort.±S.Sapma	Min-Max
Ciltte kuruluk	2,758±1,164	0-6
Kilo alma	3,187±1,24	1-6
Yüz tüylerinde artma	3,204±1,129	0-6
Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	2,446±1,043	1-5
Şişkinlik hissi	2,939±1,021	1-6
Bel ağrısı	3,007±1,101	1-5
Sık idrara çıkma	3,241±1,254	1-6
Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırmaya	3,436±1,299	1-6
Cinsel istekte değişiklik	2,717±1,038	1-6
Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk	2,746±1,186	1-6
Cinsellikte kaçınma	2,648±1,055	1-5

Tablo 4-6'da MÖYKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, puan ortalama değerlerinin "2,206±0,978" ile "3,436±1,299" arasında değiştiği görülmektedir. MÖYKÖ anketine göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlardaki en sık görülen semptom; "sıcak basması" (3,103±1,140), "depresif hüznü ya da bezgin hissetme" (2,723±1,076), "kas ve eklem ağrısı" (3,370±1,152)ve " öksürürken ya da gülerken idrar kaçırmaya" (3,436±1,299) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4- 7: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları (n=200).

MÖYKÖ Alt Grupları	Ort.±S.Sapma	Min-Max
Vazomotor	2,989±0,916	1,00-5,33
Psikososyal	2,494±0,726	1,14-4,14
Fiziksel	3,108±0,702	1,69-4,25
Cinsel	2,712±0,963	1,00-5,00

Tablo 4-7’de araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ’nün alt alanlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan ortalaması $2,989 \pm 0,916$; psikosoyal alan ortalaması $2,494 \pm 0,726$; fiziksel alan ortalaması $3,108 \pm 0,702$; cinsel alan ortalaması $2,712 \pm 0,963$ olarak bulundu.

Tablo 4- 8: İç Tutarlılık(Güvenirlilik)

MÖYKÖ Ölçeği toplam ve alt grupları (n=130)	Cronbach’s Alpha
Toplam	0,87
Vazomotor	0,84
Psikosoyal	0,80
Fiziksel	0,73
Cinsel	0,83

Tablo 4-8’de iç tutarlılığı için Cronbach's Alpha çözümlemesi kullanılmıştır. Her alt ölçek için, Cronbach'ın α değeri $\geq 0,70$ idi. Her alt grupta madde sayısı farklı olduğundan her bir alt grup için Cronbach's Alpha değeri ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bu değer 0,73-0,88 arasındadır. (Vazomotor alan $\alpha = 0,84$, Psikosoyal alan $\alpha = 0,80$, Fiziksel alan $\alpha = 0,73$, Cinsel alan $\alpha = 0,83$).

Tablo 4-9: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Yaş değişkenine Göre Farklaşması (n=200).

MÖYKÖ Alt Grupları	Yaş Grupları	N	Ort.±S.Sapma	F	P
Vazomotor	30-44	2	2,667±0,471	0,166	0,850
	45-59	117	3,014±0,934		
	60-74	32	2,968±0,848		
Psikosoyal	30-44	1	2,000±-	0,420	0,660
	45-59	27	2,513±0,712		
	60-74	8	2,66±0,707		
Fiziksel	30-44	0	-	1,733	0,210
	45-59	10	2,934±0,757		
	60-74	5	3,437±0,484		
Cinsel	30-44	2	0,064±-	0,064	0,940
	45-59	99	2,707±0,932		
	60-74	31	2,741±1,097		

*ANOVA ve Post Hoc test olarak Tukey

MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Yaş değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır($p>0,05$).

Tablo 4-10: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Eğitim Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).

MÖYKÖ Alt Gruplar	Eğitim Değişken	N	Ort.±S.Sapma	F	P
Vazomotor	Okur-yazar değil	14	2,595±0,944	3,858	0,010
	Okur-yazar	27	2,642±0,861		
	İlkokul/ortaokul	55	3,327±0,943		
	Lise	42	2,944±0,789		
	Üniversite	14	2,857±0,883		
Psikososyal	Okur-yazar değil	2	1,928±1,11	0,393	0,810
	Okur-yazar	8	2,642±0,744		
	İlkokul/ortaokul	13	2,45±0,663		
	Lise	11	2,506±0,674		
	Üniversite	3	2,619±1,35		
Fiziksel	Okur-yazar değil	1	2,812±-	2,195	0,150
	Okur-yazar	7	2,901±0,726		
	İlkokul/ortaokul	5	3,675±0,52		
	Lise	2	2,562±0,265		
	Üniversite	0	-		
Cinsel	Okur-yazar değil	14	2,452±0,94	2,032	0,090
	Okur-yazar	24	2,902±1,096		
	İlkokul/ortaokul	52	2,91±0,974		
	Lise	31	2,505±0,829		
	Üniversite	11	2,272±0,757		

Tablo 4-10'da MÖYKÖ Alt Grubu Vazomotor Puan Ortalamalarının eğitim değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır($p<0,05$).Bu farklılığı, eğitim durumu İlkokul/ortaokul ile Okur-yazar değil ve Okur-yazar grup ortalamaları yaratmaktadır.

Tablo 4-11: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Çalışma Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).

MÖYKÖ Grupları	Alt Çalışma Değişkeni	N	Ort.±S.Sapma	T	P
Vazomotor	Evet	13	3,000±0,769	0,045	0,960
	Hayır	139	2,988±0,931		
Psikososyal	Evet	1	3,571±-	1,531	0,130
	Hayır	36	2,464±0,713		
Fiziksel	Evet	1	187±-	0,112	0,910
	Hayır	14	3,102±0,728		
Cinsel	Evet	14	2,404±0,971	-1,266	0,210
	Hayır	118	2,748±0,959		

*Student's t testi

MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Çalışma değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4-12: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Menopoza Girme Şekli Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).

MÖYKÖ Grupları	Alt Menopoza Girme Şekli	N	Ort.±S.Sapma	T	P
Vazomotor	Normal	123	2,975±0,927	0,125	0,900
	Cerrahi Operasyon Sonrası	26	3,000±0,794		
Psikososyal	Normal	29	2,404±0,694	-1,463	0,150
	Cerrahi Operasyon Sonrası	8	2,821±0,792		
Fiziksel	Normal	11	3,164±0,760	0,502	0,620
	Cerrahi Operasyon Sonrası	4	2,953±0,575		
Cinsel	Normal	105	2,701±0,946	-0,301	0,980
	Cerrahi Operasyon Sonrası	24	2,708±1,095		

*Student's t testi

MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Menopoza girme şekli değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4-13: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Kullanılan HRT Preparatı Durumu Değişkenine Göre Farklılaşması (n=200).

MÖYKÖ Grupları	Alt	Kullanılan Preparatı	HRT N	Ort.±S.Sapma	F	P
Vazomotor		Oral	121	2,964±0,869		
		Transdermal	1	1,333±-	2,141	0,120
		Transvajinal	30	3,144±1,06		
Psikososyal		Oral	32	2,535±0,716		
		Transdermal	1	1,142±-	1,868	0,170
		Transvajinal	4	2,5±0,633		
Fiziksel		Oral	14	3,209±0,604		
		Transdermal	0	-	5,924	0,030
		Transvajinal	1	1,678±-		
Cinsel		Oral	103	2,663±0,898		
		Transdermal	0	-	1,523	0,220
		Transvajinal	28	2,916±1,174		

* ANOVA testi ve Post Hoc test olarak Tukey

MÖYKÖ Alt Grubu Fiziksel Puan Ortalamalarının HRT Preparatı Durumu değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

1990 yılında 467 milyon kadının 50 yaş ve üzerindeki nüfusta yer aldığı bilinmektedir ve bunların %40'ı sanayileşmiş ülkelerde ve % 60'ı da gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu sayının 2030 yılında bir milyar iki yüz milyona ulaşacağı hesaplanmaktadır. Bu artışa rağmen sanayileşmiş ülkelerdeki menopozdaki kadınların oranının % 24'e düşmesi ve bu sayının gelişmekte olan ülkelerde % 76'ya ulaşması beklenmektedir (Noroozi 2013). Menopoz yaşı geçtiğimiz yüzyıllarda değişmemiş olup; yaşam süresi kademeli olarak artmıştır. Bu gerçeği göz önüne alırsak, günümüzde ortalama yaşam süresi 84 yıldır ve bugün kadınlar hayatlarının üçte birini menopozdan sonra yaşamaktadırlar. Bu nedenle de postmenopozal yaşam, menopoz öncesi yaşam kadar önemli hale gelmiştir (Abedzadeh Kalarhoudi 2011).

Ülkemizde ve yurtdışında menopoz dönemi ile ilgili araştırmaların çoğu; eğitim düzeyi, yaş, çalışma durumu gibi demografik değişkenler ile evlilik uyumu, yaşam kalitesi ve ruhsal bozuklukları (depresyon, kaygı bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları vb.) konu alan araştırmalar olmuştur (Önder 2014).

Çalışmamız Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, postmenopoz hormon replasman tedavisi alan 200 kadın ile yapılmıştır. Hormon Replasman Tedavisi alan postmenopozal kadınlarda, yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Fizyolojik bir süreç olan menopoz; biyolojik, psikolojik, sosyal ve demografik özelliklerden etkilenebilir. Çalışma kapsamında yer alan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; araştırma grubunun %77,5'i (n:155) evli ve %79,8'i (n:158) çekirdek ailedir. Hastaların %90,5'si (n:181) okur-yazar olduğunu ve %45,5'i (n:91) en uzun süre ilçede yaşadığını bildirdiler. Örneklemin %76,6'nın (n:151) gelir düzeyinin iyi olduğu ve %90,5'i (n:181) çalışmadıklarını belirttiler. Williams ve ark., Amerika Birleşik Devletleri'nde, menopoz döneminde kadınların yaşadıkları demografik özelliklerinin ve menopoza ait belirtilerinin yaşam kalitesini etkilediğini belirtmiştir (Parsa 2017).

Postmenopozal kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen önemli faktörlerden biri sağlık güvencesidir. Çalışmamızda kadınların büyük bir kısmının sağlık güvencesi vardır. Çalışmamız ile benzer şekilde Özer'in çalışmasında (2014) kadınların % 97,7'sinin, Duç'un çalışmasında (2014) %97,7'sinin ve Acar'ın çalışmasında (2014) %89,5'nin sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanmama durumları incelendiğinde postmenopozal kadınların % 73'nin sigara ve % 86,4'nin alkol kullanmadığı bulunmuştur. Acar'ın çalışmasında (2014) kadınların %86,6'nın sigara ve % 89,5'inin alkol kullanmadığı, Avcı'nın çalışmasında (2013) % 75'inin sigara ve % 97,5'inin alkol kullanmadığı ve Gökgöz'ün çalışmasında (2014) %92,6'sının sigara kullanmadığı ve Zıvdır çalışmasında (2017) %79,3'si sigara kullanmadığı bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların büyük bir kısmı sigara ve alkol kullanmıyor. Sigara ve alkolden uzak durmak menopoz dönemindeki kadınlarda kalp hastalıkları görülme ihtimalini azaltmaktadır (Gökgöz 2014). Sigara içen kadınlarda kanda östrojen seviyesinin içmeyenlere göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Daha düşük östrojen seviyelerinin ise menopozal semptomların daha şiddetli olmasına neden olacağı düşünülmektedir. Sigara östrojen seviyesini azaltarak adet düzensizliklerine, erken menopoza, osteoporoz, ciltte yaşlanmaya neden olmaktadır. Çalışmamızda sigara ve alkol kullanmama sıklığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Postmenopozal dönem; artan yaşam süresiyle birlikte kadınlarda kronik hastalıkların arttığı bir dönemdir. Bizim çalışmamızda kadınların %64'ünün bir sağlık sorunu olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda en sık karşılaşılan sağlık sorunu %43 hipertansiyon, %28 diyabet ve % 14,8 ile kolesterol yüksekliği olarak saptandı.

Menopoz dönemindeki kadınlar ile yapılan çalışmalara bakıldığında; Zıvıdır (2017) çalışmasında kadınların %49,4'ü kronik hastalığa sahip olduğu; bunların %29,4'ü hipertansiyon, %5,6'sı kalp rahatsızlığı, %4,6'sı diyabet, olduğu saptanmış; Acar'ın (2014) çalışmasında % 87,89'inin sağlık sorunu olduğu, sağlık sorunu olanların %45,95'inin diyabet % 45,95'inin hipertansiyon % 18,92'sinin depresyon yaşadığı; Ertan'ın çalışmasında (2013) kadınların %51,7'sinin sağlık sorununun; %69,8 hipertansiyon %46,2 diyabet ve %21,6 konjestif kalp hastalıkları; Abay'ın (2014) çalışmasında %63,2'nin sağlık sorununun olduğu en sık görülenlerinin hipertansiyon (%53.2), diyabet (%44.3), osteoporoz (%33.5); Er'in (2011) çalışmasında %82,5'in sağlık sorununun olduğu; %72,5'nin hipertansiyon, %41 kolesterol ve %31,2'sinin diyabet; olduğu görülmektedir. Menopozal dönemdeki kadınların artan yaşla birlikte bazal metabolizma hızı düştüğü için obezite, meme, endometrium kanseri ve KVH riski yüksektir. Bu nedenle doymuş yağ, şeker, tuz alınımının azaltılması ve lif miktarının ise artırması önerilmektedir(Abay 2014). Çalışmamızla karşılaştırıldığında en fazla görülen ilk iki kronik hastalık literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda postmenopozal süreç içerisindeki kadınların menopoza girme süreleri incelendiğinde katılımcıların % 35'inin "1-3 yıl", % 25'inin "4-7 yıl", % 11,5'inin "8-10 yıl" ve % 28.5'inin "10 yıl ve üzeri süredir menopozda oldukları görülmüştür. Acar (2014) çalışmasında % 29,5'inin "1-3 yıl", % 29,5'inin "4-7 yıl", % 24,2'sinin "8-10 yıl" ve % 16,8'inin "10 yıl ve üzeri süredir menopozda oldukları görülmüştür.

Postmenopozal kadınların menopoz hakkında bilgi sahibi olması döneme ilişkin korkulara ve yanlış inanışlara bağlı ortaya çıkan sorunların giderilmesi o duruma yönelik gelişebilecek olumsuzlukları önlemek bakımından önemlidir. Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan postmenopozal kadınların % 85'inin menopoz konusunda bir sağlık kuruluşundan yardım aldığı görülmüştür. Ceylan (2010) çalışmasında %51,80'sinin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı, Acar'ın (2014) % 20'sinin menopoz konusunda bir sağlık kuruluşundan yardım aldığı, Abay ve Kaplan (2015) çalışmasında %12,8 bilgi aldığı görülmüştür.

Menopoz, kadının hayatında üreme yeteneğinin sona ermesine işaret etmekle kalmayıp, aynı zamanda birden fazla fiziksel, vazomotor, psikolojik ve cinsel şikâyetle ilişkili olan kritik bir dönemdir. Farklı çalışmalarda kadınların menopoz semptomlarının raporlanmasında önemli değişiklikler vardır. Latin Amerika'da en çok bildirilen semptomlar sıcak basması (% 68.9) ve ardından uyku bozuklukları (% 68.4) idi. Avustralya'da, menopoz çoğunlukla sıcak basması, ardından da gece terlemesi ile ilişkilendirildi (AlDughaiter ve ark. 2015). Nijerya'da en sık bildirilen semptom (% 59) eklem ve kas rahatsızlığı idi. Mısır'da en yaygın görülen belirtiler yorgunluk ve onu baş ağrısı izledi. Aksine, Doğu ve Güneydoğu Asya'daki birçok ülkeden gelen kadınlar, en sık görülen şikâyet olarak eklem ve kas ağrısı bildirmiştir. Arap ülkelerinde yapılan çalışma sonuçları, çoğu Asya ülkesinde yapılanlarla uyumludur. Ürdün'de kas ve eklem sertliği %89'luk bir sıklığa rastlanmaktadır (AlDughaiter ve ark. 2015).

Bizim çalışmamızda MÖYKÖ maddelerinin puan ortalamaları incelendiğinde, puan ortalama değerlerinin “2.206±0.978” ile “3.436±1.299” arasında değiştiği görülmektedir. MÖYKÖ anketine göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlardaki en sık görülen semptom; “sıcak basması” "depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme”, "kas ve eklem ağrısı" ve "öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma”; Karmakar ve ark (2017) çalışmasında en yüksek ortalama “sıcak basması”, “kaygı ve sinirlilik hissi”, “yorgun ve yıpranmış hissetme” ve “vajinal kuruluk”; Shobeiri ve ark. (2016) çalışmasında "gece terlemesi", "endişeli veya sinirli", "kas ve eklem ağrısı" ve “cinsel isteğin değişmesi”; Avcı (2016) yaptığı çalışmada “sıcak basması”, “endişeli veya sinirli” “yüz tüylerinde artma” ve “öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma”; Mohamed ve ark (2014) çalışmasında “sıcak basması”, “hafızada zayıflama”, “bel ağrısı” ve “cinsel istekte değişim” Nisar ve Sohoo (2009) yaptıkları çalışmada “sıcak basması”, “hafızada zayıflama”, “bel ağrısı” ve “cinsel istekte değişiklik” Sert (2009) çalışmasında “sıcak basması”, “hafızada zayıflama”, “bel ağrısı” ve “cinsel istekte değişiklik”; Sharma ve Maharja (2015) çalışmasında “sıcak basması”, “hafızada zayıflama”, “kas ve eklemlerde ağrı” ve “vajinal kuruluk” olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızın vazomotor alandaki en sık görülen sıcak basması semptomu literatürle benzerlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Afrikalı Amerikalı kadınlarda en sık sıcak basması (% 45.6), bunu Hispanik (% 35.4), Kafkasyalılar (% 31.2), Çinli (% 20.5) ve Japonlar (% 17.6) izledi (Nisar ve Sonoo 2009).

Hormon replasman tedavisi (HRT) postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler sistem üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Gözlemsel çalışmalar sürekli olarak postmenopozal HRT kullanımı ile KKH insidansının azalması arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, en büyük randomize çalışma, başlangıçta KKH riski açısından genel bir fayda sağlamadığını bildirmiştir. Bu çalışmanın analizleri ve takibi, menopoz başlangıcından kısa bir süre sonra östrojen tedavisi başlatan sağlıklı kadınlarda KKH riski açısından önemli bir fayda sağladığını göstermiştir (Marie Odile Gerval 2017). Women's Health Initiative ve HERS gibi randomize kontrollü çalışmalar da meta analizlerle hormon replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bu analizlerin sonucunda kardiyovasküler hastalıklarda hafif bir artış olduğu ve hastalıkların önlenmesi açısından tedaviden yarar sağlanamadığı sonucuna varmıştır (Ural 2014).

Caan ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada sıcak basması olan sağlıklı perimenopozal ve menopoz sonrası kadınlarda düşük doz estradiol (E2) veya venlafaksinin menopozla ilişkili yaşam kalitesi ve ilişkili semptomlar üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Vasomotor semptomları olan sağlıklı kadınlarda hem düşük doz oral 17-beta-östradiol 0.5 mg / gün, hem de venlafaksin XR 75 mg / gün ile tedavi, menopozla ilişkili genel yaşam kalitesini iyileştirmede plasebodan anlamlı derecede daha etkili olduğu bulunmuştur (Caan ve ark. 2015). Çalışmamızda postmenopozal HRT'si alan kadınların MÖYKÖ alt grupları puan ortalaması incelendiğinde, östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak vücutta meydana gelen vazomotor alan puan ortalaması 2.989 ± 0.916 olarak bulunmuştur.

Avcı'nın (2013) çalışmasında $6,094 \pm 1,641$, Shobeiri ve ark. (2016) çalışmasında 11.65 ± 5.93 , Abedzadeh Kalarhoudi (2011) çalışmasında 2.82 ± 1.64 , Williams (2009) çalışmasında 3.2 ± 2.2 ve Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında ise puan ortalaması 4.44 ± 1.59 , Mohamed ve ark (2014) çalışmasında 2.86 ± 1.56 , Sert (2009) çalışmasında $3,63 \pm 0,79$, Ceylan (2010) çalışmasında $5,25 \pm 5,5$ olarak gösterilmiştir. Bouzari ve ark (2013) çalışmasında 3.33 ± 1.1 , olarak bildirmiştir. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında çalışmamızın vazomotor ortalaması; Abedzadeh Kalarhoudi ve Mohamed ve ark çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.

Menopozda hormon tedavisinin bellek ve diğer bilişsel becerilere fayda sağlayıp sağlamadığını veya zarar verdiği tartışmalı bir konudur. Klinik araştırmalar, biliş üzerinde tutarlı, klinik olarak anlamlı etkileri saptamada başarısız olmuştur (Henderson 2016). HRT, menopoz dönemindeki uyku kalitesinde ve metabolizma değişikliklerinde iyileşme göstermektedir (Cintron 2017). Çalışmamızda postmenopozal HRT'si alan kadınların MÖYKÖ alt grupları puan ortalaması incelendiğinde, psikososyal alan puan ortalaması 2.494 ± 0.726 olarak bulunmuştur. Avcı'nın (2013) çalışmasında $5,220 \pm 1,190$, Shobeiri ve ark. (2016) çalışmasında 19.36 ± 1.20 , Abedzadeh Kalarhoudi (2011) 2.71 ± 1.2 ve Williams (2009) çalışmasında 3.3 ± 1.8 , ve Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında psikososyal alan 3.85 ± 1.68 , Mohamed ve ark (2014) çalışmasında 3.17 ± 1.36 , Sert (2009) çalışmasında $3,54 \pm 0,91$, Ceylan (2010) çalışmasında 20.72 ± 11.55 , Bouzari ve ark (2013) çalışmasında 3.84 ± 1.08 olarak bildirilmiştir. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında birbirinden farklılık gösterdiği görülmektedir.

HRT, osteoporozun önlenmesinde ve tedavisinde etkilidir. Gözlemsel çalışmalarda, östrojen tedavisinin, menopozdan hemen sonra başlatıldığında ve uzun vadede devam etmesi halinde, osteoporozla ilişkili kırıkları % 50 oranında azalttığı gösterilmiştir. Kadın Sağlığı Girişimi (WHI) randomize kontrollü çalışmada, HRT alan sağlıklı kadınlarda kalça kırığında önemli bir azalma (% 34) olduğu doğrulanmıştır. Son çalışmalar, çok düşük doz östrojen tedavisi (östradiol 0.25 mg / gün, konjuge estrojeni 0.3 mg / gün, MPA 1.5 mg / gün, transdermal östradiol 0.025 mg / gün), kalsiyum ve D vitamini ile kombine edildiğinde plaseboya kıyasla kemik mineral yoğunluğunda belirgin artışlar meydana gelmiştir (Dalal 2015).

Postmenopozal kadınların yapması gereken en önemli testlerden biri kemiklerde kalsiyum düzeylerini belirlemeye yardımcı olan kemik yoğunluğu tarama testidir. Bu şekilde, kadınlarda menopoz sonrası bir hastalık olan osteoporozun önlenmesi için zamanında tedaviye başlanılır (University of Maryland Medical Center 2015)

Çalışmamızda postmenopozal HRT'si alan kadınların MÖYKÖ alt grupları puan ortalaması incelendiğinde, fiziksel alan ortalaması 3.108 ± 0.702 ; puan ortalaması olarak bulunmuştur. Avcı'nın (2013) çalışmasında $5,652 \pm 0,827$ Shobeiri ve ark. (2016) çalışmasında 39.12 ± 1.95 , Abedzadeh Kalarhoudi (2011) 2.46 ± 0.99 , Williams (2009) çalışmasında 3.5 ± 1.5 , Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında fiziksel alan 4.23 ± 1.25 , Mohamed ve ark (2014) çalışmasında 2.48 ± 0.75 , Sert (2009) çalışmasında $4,03 \pm 0,75$, Ceylan (2010) çalışmasında 29.48 ± 19.16 , Bouzari ve ark (2013) çalışmasında 3.44 ± 0.49 olarak bildirilmiştir. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında birbirinden farklılık gösterdiği görülmektedir.

Lokal vajinal östrojen terapisinin, atrofik vajinit tedavisinde açıkça faydası vardır. Alt idrar yolu semptomlarının tedavisinde lokal östrojen için olası bir rolü de açıklanmıştır. Ne yazık ki, menopozdaki genitoüriner semptomu olan kadınların yaklaşık yarısı bu durumu bildirerek yardım istemekte ve bu kişilere sağlık uzmanları tarafından yardım sunulmaktadır (Rahn, 2014). Vulvovajinal atrofi tedavisinde östrojenin yanı sıra tamamlayıcı alternatif tedavinin, vitamin E ve fitoöstrojenin semptomları azalttığına dair çalışmalar mevcuttur (Tohma ve ark. 2017). Çalışmamızda postmenopozal HRT'si alan kadınların MÖYKÖ alt grupları puan ortalaması incelendiğinde, cinsel alan puan ortalaması 2.712 ± 0.963 olarak bulunmuştur. Avcı'nın (2013) çalışmasında $5,606 \pm 1,953$, Shobeiri ve ark. (2016) çalışmasında 11.02 ± 5.66 , Abedzadeh Kalarhoudi (2011) 2.89 ± 1.73 Williams (2009) çalışmasında 2.9 ± 2.1 ve Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında cinsel alan puan ortalaması 4.55 ± 2.30 , Mohamed ve ark (2014) çalışmasında 3.55 ± 1.92 ve Sert (2009) çalışmasında $4,72 \pm 0,92$ Ceylan (2010) çalışmasında 6.12 ± 6.72 , Bouzari ve ark (2013) çalışmasında 3.98 ± 0.97 olarak bildirilmiştir. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında çalışmamızın cinsel alan puan ortalaması Williams'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

MÖYKÖ Alt Grubu vazomotor puan ortalamalarının eğitim değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılığı, eğitim durumu ilkokul/ortaokul ile okur-yazar değil ve okur-yazar grup ortalamaları yaratmaktadır. Okur- yazar olmayanların vazomotor puan ortalaması ilkokul/ortaokul eğitim durumuna göre düşük bulunmuştur. Shobeiri ve ark (2016) yaptıkları çalışmada üniversite mezunu kadınlar fiziksel alanda en düşük puanlara sahiplerdi ve vazomotor alanların en yüksek puanı eğitim durumu düşük kadınlara aitti. Abedzadeh ve ark (2011) yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek kadınların menopoz döneminde daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu bildirmiştir. Sert (2009) çalışmasında ilk ve ortaokul mezunu olan katılımcıların vazomotor puan ortalamaları lise ve yüksekokul mezunu olan katılımcılara göre ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında eğitim düzeyi düşük olguların dört alanda da yaşam kalitelerinde bozulma olduğu saptamıştır. Aydemir (2007) çalışmasında eğitimsiz olanlarda yaşam kalitesi yüksek eğitim düzeyi yüksek olanlarda ise yaşam kalitesi daha kötü olarak bulunmuştur. Cheng ve ark (2007) çalışmasında vazomotor belirtilerin eğitim durumu ile olumsuz etkilendiğini göstermişlerdir. Bu sonuçlardan elde edilen verilere göre çalışmamız Chengve ark (2007) çalışmasıyla uyumluyken diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir.

MÖYKÖ Alt Grubu Fiziksel Puan Ortalamalarının HRT Preparatı Durumu değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kullanılan vajinal preparatın puan ortalaması kullanılan oral preparatına göre düşük bulundu.

MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının yaş değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Avcı (2013) yaptığı çalışmada vazomotor ve cinsel alt alan puan ortalamalarında artan yaşla birlikte yükseldiği bulunmuştur. Artan yaşla beraber vazomotor ve cinsel alanda yaşam kalitesinde düşüş olduğu söylenebilir. Shobeiri ve ark (2016) 60-65 yaş arası kadınların diğer yaş gruplarına göre psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlardaki puan ortalamaları daha düşük, 45-49 yaş grubundaki kadınların ise yaşam kalitesinin tüm alanlarında anlamlı derecede yüksek puanlar olduğundan artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin de arttığını bildirmiştir.

Poomala ve Arounassalame (2013) çalışmasında; postmenopozal semptomların yaşı ve prevalansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmamız Poomala ve Arounassalame çalışmasıyla benzerlik gösterirken; Avcı ve Shobeiri'nin çalışmasıyla ters düşmektedir.

MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Çalışma değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Avcı (2013) yaptığı çalışmada MÖYKÖ tüm alt grup ortalamaları arasında çalışma değişkenini istatistiksel açıdan puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı bulunmamıştır.

Ceylan (2010) çalışmasında vazomotor ve cinsellik alt alan puan ortalamaları kadınların mesleklerine göre farklı değilken, psikososyal alan puan ortalamaları önemli farklılık, fiziksel alan puan ortalamaları ise ileri derecede önemli farklılık göstermekteydi. Puan ortalamalarına göre çalışmayanlar çalışanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahipti. Erkin ve ark (2014) yaptıkları çalışmada; mesleği memur olan kadınların, ev hanımı, işçi olan, serbest meslekte çalışan ve emekli olmuş kadınlara göre yaşam kalitesi puan ortalaması yüksek saptanmıştır. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında bir birinden farklılık gösterdiği görülmektedir.

MÖYKÖ alt gruplarının puan ortalamalarının menopoza girme şekli değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Avcı (2013) yaptığı çalışmada MÖYKÖ tüm alt grup ortalamaları arasında menopoza girme şekli değişkeni istatistiksel açıdan puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı bulunmamıştır. Abay ve Kaplan (2015) çalışmasında menopoz şekli ile cinsel yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında bir birinden farklılık gösterdiği görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran HRT alan postmenopozal kadınlarda, tedavinin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi planlanıp yürütülmüş olan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, şu şekilde özetlenebilir;

Sonuçlar:

Çalışmamızdaki postmenopozal olguların psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlardaki en çok şikayetlerinin sırasıyla; "sıcak basması" , "depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme" , "kas ve eklem ağrısı" ve " öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma " olarak belirlendi.

MÖYKÖ Alt Grubu Vazomotor Puan Ortalamalarının eğitim değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş, bu farklılığında eğitim durumu İlkokul/ortaokul ile Okur-yazar değil ve Okur-yazar grup ortalamaları olarak belirlendi.

MÖYKÖ Alt Grubu Fiziksel Puan Ortalamalarının HRT Preparatı Durumu değişkeni grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. HRT oral preparatı kullananların fiziksel puan ortalaması transvajinal kullananlara göre daha yüksek olarak bulundu.

Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan hastalarının %99'nun (n:199) sağlık güvencesi olduğu belirlendi. Çalışma grubundaki postmenopozal süreç içerisindeki kadınların sağlık sorunları incelendiğinde, % 36'nın sağlık sorunu olmadığı, sağlık sorunu olanların %28'inin Diyabet hastalığı, % 43'ünün Yüksek Tansiyon varlığı, % 7'sinin Depresyon (Çökkünlük) yaşadığı, % 8,6'inin Damar Tıkanıklığı öyküsü olduğu, % 14,8'inin Kolesterol Yüksekliği yaşadığı ve % 3,9'unun Kansere öyküsü olduğu görüldü.

MÖYKÖ alt grupları puan ortalamaları çalışma, yaş ve menopoza girme şekli değişkenleri ile incelendiğinde anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Öneriler:

Çalışma bulgularımız ışığında önerilerimiz;

- Menopozal kadına hemşireler tarafından sunulacak hizmetin, kadınların yaş grupları, eğitim düzeyleri ve kültür farklılıklarından dolayı toplumsal değil bireysel danışmanlık hizmeti şeklinde olmalı,
- Menopoz polikliniğine başvuran, postmenopoz hastalarının HRT tedavisi hakkında doğru bilgilendirilmeli ve gerekli kontroller hatırlatılmalı,
- Menopoz polikliniğinde bulunan menopoz hemşiresinin MÖYKÖ maddelerini bilerek kadınlara yaklaşmalı,
- Kadınların menopozda yaşanan cinsel sorunlarını daha rahat ifade edebilmeleri için uygun ortamlar sağlanmalı ve bu sorunlarını dile getirmeleri için desteklenmelidir,
- Hemşirelerin, yaşamın her döneminde olduğu gibi postmenopoz dönemindeki kadına da bütünsel (holistik) bir anlayışla yaklaşmalıdır.

KAYNAKLAR

Abay, H. (2014). *Utian Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Abay, H., ve Kaplan, S. (2015). Menopozal Dönem Yaşam kalitesini Nasıl Etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, DOI: 10.1501/Asbd_0000000048 Erişim tarihi:10.11.2017https://www.researchgate.net/publication/320803994_Menopozal_d_onem_yasam_kalitesini_nasil_etkiliyor.

Abedzadeh Kalarhoudi, M. T. (2011). Assessment of Quality of Life in Menopausal Periods: A Population Study in Kashan, Iran. . *Iranian Red Crescent Medical Journal*, , 13(11), 811–817.

Acar, D. (2014). *Fiziksel Aktivite Ve Fiziksel Uygunluk Düzeyleriyle Menopoz Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Egzersiz Fizyolojisi Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Acar, N. (2014). *49 Yaş ve Üzeri Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Adelaide G. Ve Nardone, M. F. (2014). Managing Menopause, Part 1: Vasomotor Symptoms: Erişim tarihi: 21.08.2017 <http://www.physicianspractice.com/authors/adelaide-g-nardone-md-facog>.

Aida AlDughaiter, H. A. (2015). Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Women's Health*, Volume 2015:7 Pages 645—653 Doi: 10.2147/IJWH.S84709

Akdağlı, S. (2009). *Cerrahi Menopoz Sonrası Nazal Fizyolojide Oluşan Değişikliklerin Anterior Rinoskopi Ve Anterior Rinomanometri İle Değerlendirilmesi*. Sağlık Bakanlığı Göztepe Kulak Burun Boğaz Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Aktaş, Ö. (2015). *Postmenopozal dönemde kadınlardaki kemik mineral yoğunluğunu etkileyen bazı risk faktörlerinin ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Atik Nalbant, M. (2009). *Menopozal Semptomlar İle Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Aydın.

Avcı, S. (2013). *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Quality Of Life And Indicators. *Journal of Academic*, Cilt: 8, Sayı: 15, pp: 137-150.

Bashar, M., Kawsar, A., Uddin, M., Farzana , A. ve Chakraborty, A. (2017). Depression and Quality of Life among Postmenopausal Women in Bangladesh: A Cross-sectional Study. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(3), 172-181.

Benjamin , M., Craig, P., Sandra, A. ve Mitchell Ph. (2016). Examining the Value of Menopausal Symptom Relief Among US Women. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Rese*, Volume 19, Issue 2, Pages 158–166 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.11.002>

Bıçakçı, T. (2007). *Östrojen Replasman (Ert) Ve Hormon Replasman Tedavisi (Hrt) Alan Postmenopozal Kadınlarda Serum Svcam, Se-Selektin, Leptin Düzeylerinin Menopozun Patofizyolojisi Ve Oksidatif Stres Parametreleri ile İlişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 9-11. Aydın..

Blümel, J. E. (2017). The risks of avoiding hormone replacement therapy during menopause. *Revista médica de Chile*, 145(6), 760-764.

Boğa, N. M. (2013). *Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü Depresyon Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Erzurum.

Bojar, I., Pinkas , J., Gujski , M., Owoc , A., Raczkiwi, D. ve Gustaw-Rothenberg, K. (2017). Postmenopausal cognitive changes and androgen levels in the context of apolipoprotein E polymorphism. *Archives of Medical Science*, 13 (5), 1148-1159.

Bouzari, Z., Javadian , M., Darzi , A.-A. ve Hajian, K. (2013). Menopausal Symptoms Can Be Influenced by Various Sociodemographic Factors and Quality of Life (QoL) Decreases after the Menopause. *World Applied Sciences Journal*, 23(9), 1221-1230.

Caan, B., LaCroix, A. Z., Joffe, H., Guthrie, K. A., Larson, J. C. Ve Carpenter, J. (2015). Effects of estrogen and venlafaxine on menopause-related quality of life in healthy postmenopausal women with hot flashes: a placebo-controlled randomized trial. *Menopause (New York, N.Y.)*, 607-615.

Ceylan, B. (2010). *Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40- 59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar Ve Yaşam Kalitesi*. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir.

Ceylan, B. ve Özerdoğan, N. (2015). Factors Affecting Age Of Onset Of Menopause And Determination Of Quality Of Life İn Menopause. 12(1), 43-49. *Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 12(1), 43-49.

Cheng, , M.-H., Lee, S.-J., Wang, S.-J., Wang, P.-H. ve Fuh, J.-L. (2007). Does menopausal transition affect the quality of life? A longitudinal study of middle-aged women in Kinmen. *Menopause: pupmed*, 885-890.

Chism, L. (2014). *Guiding your pasien*. Erişim tarihi: 10.10.2017 <https://www.americannursetoday.com/guiding-your-patients-through-menopause/>.

Cintron, D. B. (2017). Plasma orexin A levels in recently menopausal women during and 3 years following use of hormone therapy. *Maturitas* 99, pp: 59–65.

Çelikkanat, Ş. (2012). *40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz Ve Osteoporoz İlişkin Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.

Çobanoğlu, M. (2008). *Oral Ve Transdermal Östrojen Replasman Tedavisinin Kardiyovasküler Hastalıklardan Koruyucu Etkisini Belirlemek Ve Kıyaslamak Üzere Serum Homosistein, İnterlökin 6 Ve Plazminojen Aktivatör İnhibitör-1 Seviyelerinin Ölçülmesi*. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Aydın.

Dalal, P. K. (2015). Postmenopausal syndrome. . *Indian Journal of Psychiatry*, 22-232.

Demiral, D. (2011). *Doğal Menopoz ve Cerrahi Menopoza Girmiş 45-55 Yaş Arası Kadınlarda Odyolojik Bulguların Karşılaştırılması*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Demirci, Ç. G. (2015). Menopozda Bitkisel Tedavi Kullanımı. *Archives Medical Review Journal*, 520-530.

Demirel Bozkurt, Ö. ve Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 497-503.

Duç, E. (2014). *Menopoz Evrelerindeki Kadınlarda Cinsiyet Rollerini, Menopoza İlişkin Tutumlar İle Anksiyete Ve Depresyon İlişkisi Üzerine Bir İnceleme*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Duman , M. (2016). *Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyen Eğitimi ve Gevşeme ve Egzersisinin Uyku Kalitesine Etkisi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Malatya.

Egelioglu, N. (2012). *Keten Tohumu Kullanımının Menopozal Semptomlar Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Doktora Tezi. İzmir.

Ekelik Gülgün, F. (2014). *Hemşire Ve Ebelerde Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği)*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Er, A. (2011). *Lefkoşa Merkezde Yaşayan Menopoz Girmiş Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Yaşadıkları Sorunlar Ve Başetme Yolları*. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.Kıbrıs.

Erbaş, N. ve Demirel, G. (2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoz İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, (4):220-22.

Erel, C. T. (2004). Menopoz Olgularındaki Sıcak Basması Semptomunda Tedavi Seçenekleri Nedir? *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 53-57.

Erkin , Ö., Ardahan, M., ve Kert, A. (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane SUniversity Journal Of Health Sciences*.

Ertan, N. (2013). Postmenopozal Dönem Kadınlarda Menopozal Semptomlar, Şiddeti Ve Etkileyen Faktörler. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi*.

Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran Aksoy, Ö. ve Cesur, B. (2015). A problem peculiar to women: Mental health in menopause. *International Journal of Human Science*, 787-798.

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

Fallahzadeh, H. H. (2012). Knowledge of reproductive physiology and hormone therapy in 40-60 year old women: a population-based study in Yazd, Iran . *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 10(4), 383–390.

Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T. ve Babakhania, M. (2016). Investigating the Relationship Between Sexual Function and Quality of Life in Menopausal Women. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(4), 191–197.

Göçer, S. (2009). *Doğal Menopoz Olgularında Düşük Doz Kombine Östradiol Ve Noretindron Asetat İçeren Hormon Tedavisinin Serum Crp Düzeyi Ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi* Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Trabzon.

Gökgöz, N. (2014). *Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Görgel, E., & Çakıroğlu, F. (2007). Menopoz Döneminde Kadın. *Ankara Üniversitesi Basımevi*, 9-13.

Haghi, H., Hakimi, S., Mirghafourvand, M. ve Alizadeh Chandrabi, S. (2017). Comparison of Quality of Life Between Urban and Rural Menopause Women and its Predictors: A Population Base Study International. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(2), 137-142.

Handan Özcan, N. K. (2009). Menopoz döneminde cinsellik. *Kadının Cinsel Sağlığı*.

Heidari, M., Ghodusi, M. ve Hossein, R. (2017). Sexual Self-concept and Its Relationship to Depression, Stress and Anxiety in Postmenopausal Women. *The Korean Society of Menopause*, 42-48.

Henderson, V. W. (2016). Cognitive effects of estradiol after menopause: A randomized trial of the timing hypothesis. . *Neurology*, 87(7), 699–708.

Hourieh, İ. B.-A. (2017). Comparison of Quality of Life Between Urban and Rural Menopause Women and its Predictors: A Population Base Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 137-142 ISSN 2330-4456.

Hormone replacement therapy (menopause). (2017). 08 21, 2017 tarihinde [https://en.wikipedia.org/wiki/Hormone_replacement_therapy_\(menopause\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Hormone_replacement_therapy_(menopause)).

Höbek Akarsu, R. ve Kuş, B. (2017). Menapozal Sıcak Basması Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(2):, 104 - 112.

Hunter, M. M. (2016). Predictors of impact of vaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 40-46.

Irmak Vural, P. ve Balcı Yangın, H. (2016). Menopoz Algısı: Türk Alman Kadınların Karşılaştırılması . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7-15.

İlhan, G. (2013). *Postmenopozal Vajinal Atrofisi Olan Hastalarda; Vajinal Östrojen, Vajinal Promestrien Ve Vajinal Hyalüronikasit Uygulamalarının Etkinliğinin Karşılaştırılması*. Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi. Sakarya.

İrdesel, J. (2005). Postmenopozal Meme Kanserinde Osteoporozu Genel Yaklaşım. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 51(1), 25-32.

İtil, İ. M. (2017). *Dünya Menopoz Günü*. Erişim 8.10.2017 tarihinde <http://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu>.

Karahan, S. (2016). *Yanık Hastasının Yaşam Kalitesinin Bakım Veren Bakım Verme Yükü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Karakoç, H. Ö. (2017). Menopozla İlgili Genitoüriner Sendrom. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(3), 122-126.

Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A. ve Das, S. (2017). Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *Journal of Mid-Life Health*, 8(1), 21-27.

Kazandı M, A. L. (2007). . Postmenopozal Kadınlarda Tibolon'un Tolerebilitesi, Vajinal Kanama Oranı Ve Meme Semptomları . *ge Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi 46(3)* , 141 -144.

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.

Koç, Z. ve Sağlam, Z. (2008). Kilmakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. *Aile ve Toplum*, ISSN: 1303-0256.

Koçak, S. (2010). Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisi Kullanmayan Kadınların İlaç Kullanmama Nedenleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

Koyuncu, T. (2015). *Orta Yaş Kadınlarda Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi Ve Sağlık Eğitiminin Menopoz Semptomları Üzerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Eskişehir.

Lee, H., Choue, R. ve Lim, H. (2017). Effect of soy isoflavones supplement on climacteric symptoms, bone biomarkers, and quality of life in Korean postmenopausal women: a randomized clinical trial. *Nutrition Research and Practice*, 223–231.

Lorga, A., Cunningham, C., Moazeni, S., Ruffenach, G., Umar, S. Ve Eghbali, M. (2017). The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. *Biol Sex Differ*, 8: 33.

Marie-Odile Gerval., J. C. (2017). *Establishing the risk related to hormone replacement therapy and cardiovascular disease in women*. Erişim 29.11.2017 tarihinde Women's health: <http://www.pharmaceutical-journal.com/research/review-article/establishing-the-risk-related-to-hormone-replacement-therapy-and-cardiovascular-disease-in-women/20202066.articl>.

Marko, K. ve Simon, J. (2018). Clinical trials in menopause. *PupMed*, 25(2), 217-230

Mendoza , N., Abad , P., Baró , F., Cancelo, M. ve Llaneza , P. (2013). Spanish Menopause Society position statement: use of tibolone in postmenopausal women. *Menopause. pupmed*, 20(7), 754–760.

Mete İtil, İ. (2017). *Dünya Menopoz Günü*. Erişim 28.08.2017 tarihinde <http://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu>.

Mohamed , H., Lamadah , S. Ve Zamil , L. (2014). Quality of life among menopausal women. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.*, 3(5), 52–61.

NAMS. (2014). The North American Menopause Society. *Menopause. Position Menopause Volume*, 21(10).

NAMS. (2017). The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, Vol. 24, No. 7, pp. 728-753.

Nayak, G. K. (2014). Effect of yoga therapy on physical and psychological quality of life of perimenopausal women in selected coastal areas of Karnataka, India. *Journal of Mid-Life Health*., 5(4), 180–185.

Nie, G. Y. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the Menopause-Specific Quality-of-Life questionnaire. *Menopause (New York, N.y.)*., 25(4), 546–554.

Nikpour, S. ve Haghani, H. (2014). The Effect Of Exercise on Quality Of Life İn Postmenopausal Women Referred to The Bone Densitometry Centers of Iran University of Medical Sciences . *Journal of mid-life health*, 5(4), 176-179.

Nisar, N. ve Sohoo, N. A. (2009). Frequency Of Menopausal Symptoms And Their İmpact On The Quality Of Life Of Women: A Hospital Based Survey. *Journal Of Pakistan Medical Association*, 59(11), 752-6.

Noroozi E, D. N. (2013). Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40–45 year. *Journal of Education and Health Promotion*, 2-25.

Nourozi, M., Haghollahi, F., Ramezanzadeh, F., & Hanachi,, P. (2015). Effect of Soy Milk Consumption on Quality of Life in Iranian Postmenopausal Women . *Journal of Family & Reproductive Health*,, 93–100.

Oğurlu, N. (2008). *Kadınların Menopozal Yakınmaları Ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum - Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Aydın.

Onat, F. ve Alikılıç, İ. (2017). Menopoz Ve Andropoz Dönemindeki insanların Sosyal Medyada Algılanışı: Twitler Üzerine Bir Araştırma. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi*, 25(2), Issn-1309-3487.

O'Neill, S. ve Eden, J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics Gynaecology and reproductive Medicine*, 303–310.

Önder, M. (2014). *Erken Menopoz ve Normal Menopoz Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Evlilik Uyumu ve Cinsel Roller Arasında Karşılaştırma*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı. Ankara.

Özcan, H. ve Oskay, Ü. (2013). Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.

Özcan, Ş. Ve Eryılmaz, G. (2017). Klimakterik Dönemde Görülen Sorunlar ve Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 213-8.

Özer, Ü. (2014). *Şanlıurfa'da menopoza girmiş kadınların, menopoza ilişkin sorunlarının, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi*. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Şanlıurfa.

Özgür, N. (2007). *Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları Ve Başa Çıkma Yolları*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Palacios, S. ve Lilue, M. (2017). Hormone Therapy (II): Tibolone, The TSEC Concept. *Journal of Women's Health*, 197-212.

Parsa, P. T. (2017). . Effect of Group Counseling on Quality of Life among Postmenopausal Women in Hamadan, Iran. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), 49–55.

Perim, A. (2007). *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Edirne.

Pinkerton, J. V. (2015). Low-dose paroxetine (7.5 mg) improves sleep in women with vasomotor symptoms associated with menopause. *Wolters Kluwer Health*, 50–58.

Poomala , G. ve Arounassalame , B. (2013). The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res*, 135-9.

Praveena , M., Asha , G., Sunita , M., Anju , J. Ve Ratna , B. (2018). Yoga Offers Cardiovascular Protection in Early Postmenopausal Women. *Intternatiol of Journal Yoga*, 11(1), 37-43.

Rahn, D. D. (2014). . Vaginal Estrogen for Genitourinary Syndrome of Menopause:A Systematic Review. . *Obstetrics and Gynecology*,, 1147–1156.

Regidor, P.-A. (2014). Progesterone in Peri- and Postmenopause: A Review. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 74(11), 995–1002. <http://doi.org/10.1055/s-0034-1383297>.

Rhoda , H., Cobin. ve Goodman, N. (2017).)American Association Of Clinical Endocrinologists And American College Of Endocrinology Position Statement On Menopause. *UPDATE. Endocrine Practice*:, . 869-880.

Richard J Santen, MD, & Charles L Loprinzi, MD. (2017). *Nonhormonal treatments for menopausal symptoms (Beyond the Basics)*. Erişim tarihi: 27. 11 2017 <https://www.uptodate.com/contents/nonhormonal-treatments-for-menopausal-symptoms-beyond-the-basics>.

Sağnak, B. (2015). *Malatya'da Özel Bir Kliniğe Başvuran Menopoza Girmiş Bireylerin Genel Beslenme Durumlarının Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Sánchez-Rodríguez, M. A.-D.-F.-R.-N. (2017). Quality of life among postmenopausal women due to oxidative stress boosted by dysthymia and anxiety. *BMC Women's Health*, 17(1).

Sayan, S. (2016). *Postmenopozal Hastalarda Vazomotor Semptomlar Ve Metabolik Sendrom İlişkisi*. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Seda, S. (2015). *Obez Kadınlarda Cerrahi Ve Doğal Menopozun Proksimal Femur Morfometrisi Üzerine Etkisi*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Kocaeli.

Sharma, S. ve Mahajan, N. (2015). Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *Journal of Mid-Life Health*, 6(1), 16-20.

Shobeiri, F. J. (2016). Quality of Life in Menopausal Women in Iran: A Population-based study. *Journal of Menopausal Medicine*, 22(1), 31-38.

Sis, A. (2010). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.

Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar Ve Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-56.

Sözer, A. (2014). *Doğal Ve Cerrahi Yolla Menopoza Girmiş Kadınların Depresyon Düzeylerinin Cinsel Doyum Üzerindeki Etkisi*. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Sylvestre, N. ve Kim, C (2017). Estrogen Therapy in 2017. Current Cardiovascular Risk Reports, 11(1), DOI:10.1007/s12170-017-0527-8 Erişim tarihi: 28.12.2017 <https://experts.umich.edu/en/publications/estrogen-therapy-in-2017>.

Şahmay, S. (2012). Jinekolojide Kullanılan Östrojen ve Progestinler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*;5, 1-13.

Şekeroğlu, M. (2009). *Postmenopozal Kadınlarda Vücut Kitle İndeksi, İnsülin Direnci Ve Periferik Androjenlerin Endometrium Üzerine Etkisi (Uzmanlık Tezi)*. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1.Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği. İstanbul.

Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, (Cilt XI. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Tohma, Y., Günakan, E. ve Dursun, P. (2017). Vulvar ve Vajinal Atrofi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 159-62.

Tok, A. (2010). *Perimenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisinin Meme Dansitesi Üzerine Etkisi*. Kahraman Maraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık tezi. Kahramanmaraş.

Tortumluoğlu, G. (2004). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134.

Tunç, N. (2014). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi, Yakınma Ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

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

Ulusoy, M. N. Ve Kukulcu, K. (2013). Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2).

University of Maryland Medical Center. (2015). *Menopause*. Retrieved Erişim tarihi 20.09.2017 <http://umm.edu/health/medical/altmed/condition/menopause>.

Umland, E. M. ve Falconieri, L. (2012). Treatment options for vasomotor symptoms in menopause: focus on desvenlafaxine. *International Journal of Women's Health*, 4, 305–319. <http://doi.org/10.2147/IJWH.S2461>.

Ural, D. (2014). Postmenopozal Kardiyovasküler Hastalıklar. *Türkiye Klinikleri*, 14-20.

World Health Organization (WHO). (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. Erişim 28.11.2017 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41841/1/WHO_TRS_866.pdf.

Womens Health Concer. (2017). Erişim tarihi 20.08.2017 tarihinde

<https://www.womenshealth-concern.org/wp-content/uploads/2015/02/WH>.

Williams, R. L. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on Health-related quality of life, . *Maturitas*, , 153-159p.

Zıvıdır, P. ve Sohbet, R., (2017). Menopozdaki Kadınların Suçluluk ve Utanç Duygularının Yaşam Kalitesine Etkisi, *Medical Sciences (NWSAMS)*, 12(1):1-9, DOI: 10.12739/NWSA.2017.12.1.1B0042.

FORMLAR

EK.1

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu form, hormon replasman tedavisi alan postmenopozal kadınlarda, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırma benim yüksek lisans tez çalışmamdır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak ve sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Formda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Teşekkürler.

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Serap YİĞİT

HASTA BİLGİ FORMU

Anket no:

Protokol no:

Görüşme tarihi:

A.KİŞİSEL ÖZELLİKLER**1). Yaş :..... Boyunuz:..... Vücut Ağırlığınız:.....****2)Medeni Durumunuz?**

1).Bekâr() 2).Evli() 3).Dul(boşanmış/eşi ölmüş)()

3)Aile tipiniz?

1).Geniş Aile() 2).Çekirdek Aile () 3). Parçalanmış Aile()

4)Çocuğunuz var mı?

1).Yok () 2).1 tane var () 3). 2-3 tane var () 4).4 ve üzeri ()

5).Şuanda çalışıyor musunuz?

1).Evet() 2).Hayır ()

6).Aylık gelir düzeyiniz giderlerinizi karşılıyor mu?

1). Evet() 2). Hayır ()

7).Eğitim düzeyiniz nedir?

1).Okur-yazar değil () 2).Okur-yazar () 3).İlkokul /ortaokul()

4). Lise () 5).Üniversite ()

8).Hayatınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?

1).İl() 2).İlçe() 3).Kasaba() 4). Köy() 5). Yurt Dışı()

9). Sağlık güvenceniz var mı?

1).Yok() 2).SSK () 3).Emekli Sandığı() 4).Bağ-kur () 5). Yeşil Kart()

10). Sigara kullanıyor musunuz?

1).Evet ()2).Hayır()

11).Evet, ise; Ne kadar süredir?

1).1-3 Yıl () 2).4-7 Yıl () 3).8-10 Yıl () 4).10 Yıl ve üzeri ()

12).Alkol kullanıyor musunuz?

1).Evet () 2). Hayır () .

13. Evet, ise; Ne Kadar Süredir?

1).1-3 Yıl () 2).4-7 Yıl () 3).8-10 Yıl () 4).10 Yıl ve üzeri ()

B. HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER**14).Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?**

1). Hayır () 2).Şeker hastalığı () 3).Yüksek tansiyon () 4).Depresyon (çökkünlük) ()

5).Damar tıkanıklığı öyküsü () 6).Kolesterol yüksekliği () 7).Kanser öyküsü()

15). Kaç yıldır menopozdasınız?

1).1-3 Yıl () 2).4-7 Yıl () 3).8-10 Yıl () 4).10 Yıl ve üzeri ()

16). Menopoza girme şekliniz?

1).Normal() 2).Cerrahi operasyon sonrası ()

17).Menopoz konusunda bir sağlık kuruluşundan yardım aldınız mı?

1).Evet () . 2).Hayır () .

18). Postmenopozal dönemde ilaç kullanımı ve menopoz hakkındaki bilgiler sizce nereden alınmalı? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz)

1). Doktordan() 2). Dergi – Gazete () 3). Televizyondan()

4). İnternette() 5). Ebe – Hemşire()

19). Menopoz tedavisi için hormon ilacı kullandınız mı?

1). Hayır () 2). Evet (Lütfen kaç ay/yıl belirtiniz)

20).Kullandığımız HRT preparatı neydi?

- 1). Oral()
- 2). Transdermal()
- 3). Transvajinal ()

21). İlaç kullanmaya başladınız ve bıraktı iseniz nedeni nedir? (Öncelik sırasına göre sıralayınız?)

- 1).Vajinal kanamaların olması
- 2).Baş ağrısı
- 3).Kilo alma
- 4).Arkadaş ve dostlarımın kullanıp memnun olmaması
- 5).Kanser korkusu
- 6).Bulantı kusma
- 7).Şişkinlik
- 8).Kendimi psikolojik olarak rahatsız hissettim
- 9).İlaç bulamama
- 10).Maddi nedenler nedeni ile ilaç alamıyorum
- 11).Kaşıntı
- 12).İlaç kullanmayı sevmiyorum
- 13).Faydasını görmediğim için
- 14).Doktor ilaçlarımı kesti
- 15).Gazete, dergi ve televizyonda çıkan haberler nedeni ile ilaçları kestim
- 16).Diğer:.....

22) İlaçlarınızı düzensiz kullanıyorsanız nedeni nedir? (Öncelik sırasına göre sıralayınız)

- 1).İlaç bulamıyorum
- 2).Unutuyorum
- 3).Maddi nedenler nedeni ile ilaç almıyorum
- 4).Kanser korkusu
- 5).Kilo aldığım için
- 6).Tedavinin hiç bir faydasını görmediğim için
- 7).Devamlı ilaç kullanmayı sevmiyorum
- 8).Diğer:

23). Hormon tedaviniz ile ilgili olarak hangi konularda bilgi verildi?

- 1). İlacın yararları
- 2). İlacın kullanım şekli
- 3).İlacın yan etkileri
- 4). İlacı alırken gerekli kontroller ve süreleri
- 5). Diğer, lütfen belirtiniz.....

24).Hormon ilacının size ne gibi yararının olmasını bekliyorsunuz?

- 1). Baş ağrılarının geçmesi
- 2). Cinsel isteksizliğinin geçmesi
- 3). Ateş basması ve terleme yakınmalarının geçmesi
- 4). Kemik ve eklem ağrılarının geçmesi
- 5). Sinirliliğin, gerginliğin geçmesi
- 6). Kalp hastalıkları riskinin azalması
- 7). Yaşam süresinin uzama

EK.2 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ/MENQOL)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yasayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yasadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz. Hiç rahatsız edici değil-----Son derece rahatsız edici. 0 1 2 3 4 5 6. “0” puan sorun olmadığını gösterirken yakınmanızın şiddeti arttıkça vereceğiniz puanda artmaktadır.

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
2. Gece terlemesi	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
3. Terleme	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
4. Hayatından memnun olmama	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
5. Endişeli ve gergin hissetme	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
6. Hafızada zayıflama	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
10. Yalnız kalma isteği	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
12. Kas ve eklemlerde ağrı	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
14. Uyuma güçlüğü	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
16. Fiziksel güçte azalma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
17. Dayanma gücünde azalma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
18. Enerjide azalma hissi	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
19. Ciltte kuruluk	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
20. Kilo alma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
21. Yüz tüylerinde artma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
23. Şişkinlik hissi	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
24. Bel ağrısı	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
25. Sık idrara çıkma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
27. Cinsel istekte değişiklik	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6
29. Cinsellikte kaçınma	Yok Var→ 0 1 2 3 4 5 6

EK-3**Gönüllü Olur Formu**

Çalışmanın Adı: Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler

Sayın Katılımcı,

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran, hormon replasman tedavisi alan postmenopozal kadınlarda, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler konusunda bir araştırma yapmaktayım.

Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler konusunda bir araştırma yapmaktayım. Tedaviye uyumları ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Bu araştırma kadın doğum polikliniğinde görevli hemşirelere, hastaların tedaviye uyumları ve yaşam kalitesini geliştirmede rehber olması amacıyla uygulanmaktadır.

Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan kadınların yaşam kalitesine etkileri konusunda sizin görüşleriniz çok büyük değer taşımaktadır. Bu görüşler, size verdiğimiz bakımda önemli bir yönlendirici olacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size 15-20 dakika sürecek bir soru formu doldurmanız istenecektir. Sorular ve ölçeklerde yer alan ifadeler tamamen sizin deneyimleriniz ile ilgili olup doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Formlarda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararına bir durum oluşmayacaktır.

Araştırmaya Katılan Kurum

Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi

Toplam Katılımcı: Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın **Hemşire Serap YİĞİT** tarafından **Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastahkları Ve Doğum Polikliniğinde** 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 yaklaşılacağına 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 sorunumun 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, Dr.....(Doktor ismi),(telefon ve adres) ‘ten arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

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 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 kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Gerekliyse olur işleme tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Gerekliyse yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no.,faks no,...)

EK-4 ÖLÇEK SAHİBİNDEN İZİN

MENQOL



Nevin Sahin <nevinsahin34@yahoo.com>

4.2.2017 (Cmt) 14:20

Kime: serap yiğit (serap.nurser@hotmail.com) ↗



Yanıtla ▾



2 ekin (221 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Yiğit,

Ölçek "The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)'in Türkçe dil geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Türk kadınların ve menopozdaki yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla kullanılması uygun bulunmuştur.

MÖYKÖ menopoz semptomlarının şiddet ve varlığını değerlendirmede de kullanılır.

Orjinalinde her bir alt alan puanının 1-8 arasında fakat bizim çalışmamızda istatistikçiden görüş alarak 0-6 arasında puanlama yapılmıştır.

PUANLAMA

- . 0 Puan o sorunun yaşanmadığını,
- . 1 Puan var olduğunu, fakat rahatsızlık vermediğini,
- . 2-6 Puan arasında var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini göstermektedir.

Alt gruplar için her bir itemin aritmetik ortalaması ve Sd alınır ve ilgili alt grup maddelerinin aritmetik ortalaması ve Sd alınarak madde sayısına bölünerek bulunur. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan "0"ve en yüksek puanları (29X6) 154 olacak

Toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıyor.

Ölçeği çalışmanızdan kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ekte ölçeği ve referans makaleyi bulacaksınız.

Prof. Dr. Nevin H. Şahin

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Bşk .

Tel. 0212 4400000 / 27116

EK -5 ETİK KURUL KARARI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU (2017-SBEK-01)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	PR29200

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	Prof. Dr. Nurettin AKA		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Serap YİĞİT		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Hemşirelik ABD		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	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"/>

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2017-SBEK-01)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	PR29R00



DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03.02.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.02.2017	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"/>					
	BIYOLOJİK 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:06	Tarih: 10.02.2017					
	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 toplanıya 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.						

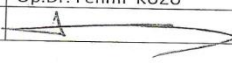
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırkareli 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	Kırkareli 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	Kırkareli 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. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırkareli 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. Aylin AYDIN SAYILAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırkareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK-6 Bilimsel Araştırma Ön İzin Formu

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÖN İZİN FORMU		
Doküman Kodu: ARGE.FR.02	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No:
		Sayfa No:1/1

1. Araştırma Sahibinin	Adı Soyadı/Unvanı: Serap YİĞİT
	Kurumu /Üniversitesi: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
	() Klinik Araştırma
	() Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma
	() Bilimsel Araştırma ve Projeler
2. Araştırmanın Statüsü	<input type="checkbox"/> Tezsiz Yüksek Lisans Projesi <input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Lisans Bitirme Projesi <input type="checkbox"/> Uzmanlık Tezi <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Diğer ise, belirtiniz.
3. Araştırmanın Konusu	Hormon replasman tedavisi alan Postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler
4. Araştırmanın Yapılacağı Öngörülen Tarih Aralığı	Şubat –Mayıs ayları arası
5. Diğer Araştırmacılar (Adı-Soyadı/Unvanı)	Danışman:NurettinAKA
6. Çalışmaya Katılan Merkezler	() Çok merkez (x) Tek merkez
** Çalışma Çok Merkezli İse ve Belirlenmişse Diğer Merkezleri Belirtiniz	
7. Etik Kurul Kararı	() Var (x) Yok
8. Ön İzin İçin Görüş Alınan Birim /Klinik Sorumlusu	Birim / Klinik Kadın Doğum Servisi
	Unvan /Ad / Soyad Op.Dr. Fehmi KUZU
	İmza 
9. Diğer Belgeler /Hususlar (Belirtiniz)	

22.11.2017
Eğitim Ar-Ge Birim Çalışanı
İmza

22.11.2017
Sağlık Bakanlığı Balıkesir Hastaneleri Birliği
Genel Sekreteri Müdü

23.11.2017
İdari Mali İşler Müdürü
İmza

.../.../...
Hastane Yöneticisi
Edremler İlçe Hastanesi
Op. Dr. KASEMİZ
Başhekim Yardımcısı
Dip. Tes. No: 94847/61241

EK-7 ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Serap YİĞİT
A.2.	Doğum tarihi ve yeri: 07.07.1990 ERCİŞ
A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce
A.4.	Görev yeri: Çalışmıyor
A.5.	İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon): serap.nurser@hotmail.com

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversite / fakülteyilütfen belirtiniz: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
B.2.	Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak): 2013
B.3.	Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Yok

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: ESOGÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi 2014-2016
------	--

C. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

D.1.	İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz: Yok
D.2.	Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok
D.3.	Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok
D.4.	Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok
D.5.	Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok

D. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

E.2.	Özgeçmiş Sahibi
E.2.1.	Serap YİĞİT
E.2.2.	19.12.2018
E.2.3.	İmza: