



T.C
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

POSTMENOPUZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZAL
SEMPTOMLARIN GENEL SAĞLIK DURUMUNA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

DAMLA ZERKİNLİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURİYE ERBAŞ

SIVAS-2020

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


**POSTMENOPUZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPUZAL
SEMPTOMLARIN GENEL SAĞLIK DURUMUNA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

DAMLA ZERKİNLİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURİYE ERBAŞ

SİVAS-2020



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda büyük destek aldığım Danıőmanım Değerli Hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ERBAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca verilerin istatiksel analizinde yol gösterici olan Dr. Öğr. Üyesi Ziyet ÇINAR'a,

Eğitimime devam etmemde her zaman yardımcı olan, manevi desteğini esirgemeyen annem, babam ve kardeőlerime,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara

Sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLARIN GENEL SAĞLIK DURUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Damla Zerkinli

Yüksek Lisans Tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ERBAŞ

2020, 113 sayfa

Bu çalışma postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Sivas Alibaba Aile Sağlığı Merkezine Ekim 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında başvuran ve son menstruasyonları üzerinden en az 12 ay geçmiş olan 45-65 yaş grubu kadınlardan oluşmuştur. Örneklem sayısı evreni bilinmeyen örnekleme yöntemiyle hesaplanmış olup örnekleme alınma kriterlerine uygun 223 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi-28 ile toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde, kişisel bilgiler için tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için yüzde ve frekans olarak, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiştir. Sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; Kadınların %71,7'sinin 45-60 yaş grubunda, %50,7'sinin lise üstü eğitime sahip olduğu, %69,1'inin evli, %59,2'sinin çalışmadığı, %46,2'sinin sigara kullandığı, %19,7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır. Kadınların MSDÖ puan ortalamasının 22,72 bulunmuştur. Kadınların %55,6'sında şiddetli düzeyde sıcak basması ve terleme, %39,5'inde orta düzeyde kalp rahatsızlıkları, %51,1'nin şiddetli düzeyde uyku sorunları yaşadığı, %62,3'ünün orta düzeyde keyifsizlik halinin olduğu, %54,7'sinin orta düzeyde sinirlilik, %51,6'sının orta düzeyde endişe kaygı durumunun olduğu, %57'sinin şiddetli düzeyde fiziksel ve zihinsel

yorgunluğu yaşadığı, %32,3'ünün şiddetli düzeyde cinsel sorunları yaşadığı, %44,4'ünün orta düzeyde idrar sorunlarını, %47,5'inin orta düzeyde vajinada kuruluk yaşadığı, %69,5'inin orta düzeyde eklem ve kas rahatsızlıklarını yaşamış olduğu bulunmuştur. Kadınların yaşadığı menopozal semptomlardan en fazla etkilenen genel sağlık anketi alt boyutları sırası ile somatik semptomlar, anksiyete uyku bozuklukları, sosyal fonksiyonda bozulma ve depresyon olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ve alt boyutları ile genel sağlık anketi-28 arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre postmenopozal dönemdeki kadınlarda görülen menopozal semptomlar kadınların genel sağlık durumunu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Menopozal Semptomlar, Genel Sağlık Durumu, Kadın Sağlığı.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF MENOPOSAAL SYMPTOMS ON GENERAL HEALTH STATUS IN WOMEN IN THE POSTMENOPOSAAL PERIOD

Damla ZERKİNLİ

Master's Thesis

Department of Nursing of Obstetrics and Gynecology

Consultant: Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ERBAŞ

2020, 113 Page

This study was carried out descriptively to investigate the effect of menopausal symptoms on general health status in postmenopausal women.

The population of the study consisted of women in the 45-65 age group who applied to the Sivas Alibaba Family Health Center between September 2019 and November 2019 and at least 12 months have passed since their last menstruation. The number of samples was calculated by unknown sampling method, and 223 women who were in accordance with the sampling criteria were included in the study. The data of the study were collected by Personal Information Form, General Health Questionnaire-28 and Menopause Symptoms Evaluation Scale. Data collection forms were applied by the researcher through face-to-face interview method. In statistical analysis of data, descriptive statistics for personal information are expressed as percentage and frequency for categorical variables, and as mean and standard deviation for continuous variables. The normality of the data was checked with the Kolmogorov-Smirnov test. If the data satisfy the parametric conditions, it was analyzed with independent sample t test for two independent groups and F test (ANOVA) for more than two groups. When using ANOVA for comparisons with more than two groups, Tukey tests were used in those who provided the homogeneity assumption to determine which group is different from the others, and Tamhane's T2 tests in those who do not assume the homogeneity assumption. If any or all of the assumptions are not provided, Mann Whitney U was used for two independent groups and the Kruskal Wallis test was used for more than

two independent groups. Chi square test was used to evaluate the data obtained by counting. The level of error is taken as 0.05.

According to the results obtained from the research; 71.7% of women are in the 45-60 age group, 50.7% have higher education, 69.1% are married, 59.2% do not work, 46.2% use cigarettes, It was determined that 19.7% of them used alcohol. The mean score of women was found 22.72. In 55.6% of women, hot flushing and sweating were severe, 39.5% of them had moderate heart problems, 51.1% had severe sleep problems, 62.3% had low mood, 54.7% of them had moderate irritability, 51.6% of them had moderate anxiety, moderate anxiety, 57% had severe physical and mental fatigue, 32.3% had severe sexual problems, 44% It was found that 4 of them had moderate urinary problems and 47.5% had dryness in the vagina, and 69.5% experienced joint and muscle disorders. The overall health questionnaire sub-dimensions, which were most affected by menopausal symptoms experienced by women, were found to be somatic symptoms, anxiety sleep disorders, impaired social function and depression, respectively. Significant positive correlations were found between the scale and sub-dimensions of menopausal symptoms that women experience and the general health questionnaire-28.

According to the results obtained from this research, menopausal symptoms seen in women in the postmenopausal period affect the general health of women.

Keywords: Menopause, Menopausal Symptoms, General Health Status, Women's Health.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin tanımı ve önemi	1
1.2.Araştırmanın amacı	5
1.3.Araştırmanın Soruları.....	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.Kadın Hayatının Evreleri	6
2.1.1.Yeni Doğan ve Çocukluk Dönemi	6
2.1.2.Adolesan Dönemi	6
2.1.3.Cinsel Olgunluk Dönemi.....	7
2.1.4.Klimakterium Dönemi.....	7
2.1.5.Senium (Yaşlılık) Dönemi.....	7
2.2.Menopoz Tanım	8
2.3.Menopozun Evreleri.....	9
2.3.1.Menopozal Dönem (Klimakterium)	9
2.3.1.1.Premenopoz	10
2.3.1.2.Menopoz	10
2.3.1.3.Postmenopoz.....	11

2.4.Menopozun Sınıflandırılması.....	11
2.4.1.Başlangıç Yaşına Göre	11
2.4.2.Oluş Biçimine Göre.....	11
2.5.Menopoza Girme Yaşı	12
2.6.Menopoza Girme Yaşını Etkileyen Faktörler	12
2.7.Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar	13
2.7.1.Siklus Bozuklukları	14
2.7.2.Vazomotor Değişiklikler	14
2.7.3.Psikolojik Semptomlar	15
2.7.4.Ürogenital Değişiklikler	16
2.7.5.Saç ve Deri Değişiklikleri	17
2.7.6.Atrofik Değişiklikler	18
2.7.7.İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler	19
2.7.8.Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları.....	20
2.7.9.Uyku Bozuklukları	20
2.7.10.Emosyonel Rahatsızlıklar.....	21
2.7.11.Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşama Etkisi.....	22
2.8.Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü.....	24
2.9.Menopozda Tedavi.....	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1.Araştırmanın Türü.....	27
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3.Araştırmanın Evreni	27
3.4.Araştırmanın Örneklemi.....	27
3.5.Veriler Toplama Araçları	28

3.5.1.Kişisel Bilgi Formu	28
3.5.2.Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)	29
3.5.3.Genel Sağlık Anketi (GSA-28)	29
3.6.Araştırmanın uygulanması	30
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	31
4.BULGULAR.....	32
5.TARTIŞMA.....	47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1.Sonuçlar	72
6.2.Öneriler	73
KAYNAKLAR	75
EKLER	99
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu	99
Ek-2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	102
Ek-3 Genel Sağlık Anketi-28	104
Ek-4 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	106
EK-5 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	109
EK- 6 Araştırma İzin Onayı	111
ÖZ GEÇMİŞ	113

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Bulgular	32
Tablo 4.2. Kadınların Sağlığına Yönelik Bulgular	34
Tablo 4.3. Kadınların MSDÖ Puan Ortalamaları.....	36
Tablo 4.4. Kadınların MSDÖ ve alt boyutlarının istatistiksel verileri Cronbach Alpha değerleri.....	37
Tablo 4.5. Kadınların Yaşadığı Menopoz Semptomların Şiddetine Göre Dağılımları...	38
Tablo 4.6. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi	39
Tablo 4.7. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Genel Sağlık Anketi-28 Ölçeğine Göre Farklılaşma Durumlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.8. MSDÖ'nin GSA-28 Ölçeğine Alt Boyutlarına Etkisi	45

KISALTMALAR

ark	: Arkadaşları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
et al	: Arkadaşları
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
GSA-28	: Genel Sağlık Anketi-28
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
s	: Sayfa sayısı
SD	: Standart Sapma
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
X	: Ortalama

1.GİRİŞ

1.1.Problemin tanımı ve önemi

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımı ile “overlerin aktivitesini kaybetmesiyle birlikte menstruasyonun tamamen bitmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO 1996). Klimakterik dönem içerisinde olan menopoz, adet bitiminden bir yıl geçtikten sonra olan en son adet kanaması olarak tanımlanmaktadır. Üreme fonksiyonun sona ermesi ile yaşlılığa geçiş arasındaki dönem olan menopoz, kadın yaşamındaki en önemli dönemlerden birisidir (Özcan ve Oskay, 2013; Wadyka, 2015; Thomas ve Kamath, 2017).

Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile menopozal dönemde yaşam kalitesini ve ruh halini olumsuz yönde etkileyen değişikliklerden dolayı, kadın hayatında menopozun yeri ve önemi artmaktadır (Armand ark., 2017; Willison ark., 2017). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIK) 2018 yılı verilerine göre; Türkiye’de kadın nüfusun oranı %49,8, beklenen ortalama kadın ömrü 80,8 yıldır (TUIK 2018). Kadın nüfusun %21,5'i 45-64 yaş arasında, %8,7'si 65-84 yaş arasında ve %1'i ise 85 ve daha yüksek yaş grubundan oluşmaktadır. (TUIK, 2018). Türkiye'deki ortalama menopoz yaşının 47 olduğu verisine bakılarak kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz döneminde geçirdiği sonucuna ulaşılmaktadır (Dinçer ve Çağlar, 2016).

Menopoz, önemsiz ve kısa bir dönemi içine alan bir rahatsızlık değil kadını uzun yıllar boyunca etkileyen bir dönemdir (Şen ve Sevil, 2008). Menopoza giren kadın sayısındaki yükseliş gelişmekte olan ülkelerde üreme çağında olan kadın nüfusunun daha fazla oluşundan dolayı daha hızlı gerçekleşmektedir. İki bin otuz yılına gelindiği zaman dünyada menopoz döneminde olan kadınların %76'sının gelişmekte olan ülkelerde olacağı belirtilmektedir. (Saka ve ark., 2005). Menopoz sadece adet ve doğurganlığın son bulması olmayıp, aynı zamanda hormon dengesinin değişmesiyle birlikte bedensel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin olduğu bir dönemi ifade etmektedir. Bu değişiklikler; vazomotor, psikolojik, üriner ve kardiyovasküler farklılaşmalar, genital bölge, saç, deri ve kilodaki değişiklikler, kas-iskelet ve sindirim sistemi değişiklikleri, uyku bozukluğu ve demans gibi değişikliklerdir. (Özcan ve Oskay, 2013).

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda östrojen eksikliği nedeniyle kısa dönemde vazomotor semptomlar, psikolojik ve atrofik değişiklikler gelişmekte, uzun dönemde ise osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Kadınlarda menopozal dönemde meydana gelen değişimler erken ve geç dönemde meydana gelebilmektedir. Kadınlarda erken dönemde sıcak basması, gece terlemesi, ruhsal sorunlar, üriner sorunlar, cinsel sorunlar ve kanserler gibi sağlık sorunları meydana gelirken; geç dönemde ise kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve ürogenital değişiklikler meydana gelmektedir (Bawar ark., 2013; Holloway, 2011).

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda genitoüriner semptom prevalansını %70 olarak saptanmış, vajinal kuruluk (%93,3) ve cinsel aktivitede yetersiz lubrikasyon (%90) en sık rastlanan semptom olurken; en sık karşılaşılan bulgular ise vajinal nem kaybı (%93,7) ve vajinal rugae kaybı (%78,4) olmuş; cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Moral ark., 2018). Premenopozal dönemdeki kadınların %92'sinin seksüel aktif olduğu, postmenopozal kadınlarda ise bu oranın %70 olduğu belirtilmiştir (Marvan ark., 2018). Menopoz döneminde görülen semptomlar; kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, evlilik ilişkisi, gelir düzeyi, sosyoekonomik durumu, medeni durumu, aile yapısı, başka alanlara yönelmiş olması, bu döneme özel rol değişimi, bilgi alma durumu ve toplumun kadına verdiği değere göre görülen semptomlar farklılık göstermektedir. (Özcan ve Oskay, 2013).

Menopozda yaşanan sorunlar sadece kadınları değil; ailelerini, iş hayatlarını ve toplumu da ilgilendirmekte ve büyük oranda etkilemekte, aynı zamanda kadının iş gücünü, yönetim ile ilgili aldığı kararları ve çalışma hayatındaki verimliliğini de etkileyebilmektedir (Karlidere ve Özşahin, 2008). Menopoz dönemiyle ilgili çalışmalara bakıldığında, döneme özgü yakınmaların benzerlik gösterdiği fakat yakınma şiddetinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın kadının bireysel, sosyo-kültürel ve doğurganlık özelliklerinden kaynaklandığı öngörülmektedir. (Ertem, 2010; Abay ve Kaplan, 2015). Menopozal dönemde öncelikli olarak anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozuklukların artış gösterdiğine yönelik bilgiler mevcuttur (Evlice ve Karataş, 2002). Kadının menopozal dönemde utanç, sıkıntı, hayal kırıklığı, stres ve öfke durumlarını yaşayabilmektedir. Bu durumlar da kişinin ilişkilerini etkilemektedir. (Özcan ve Beji, 2014).

Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresif belirti sıklığında artış olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte (Sağgöz ve ark., 2001), menopoza geçiş döneminde ruhsal şikayetlerin arttığına dair çalışmalar da bulunmaktadır (Freeman ark., 2006). Menopozda ortaya çıkan ruhsal belirtilerin vazomotor şikayetler, bedensel hastalıklar, yaş, depresyon öyküsü, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve kültürel tutumlar gibi pek çok etkenle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Freeman ark., 2007). Bu konuyu araştıran çalışmalarda menopozal depresyon açısından en önemli risk etkeninin geçmiş depresyon öyküsü olduğu belirtilmektedir (Amore ark., 2004).

Türkiye’de yapılan çalışma sonuçlarında kadınların %80’inin sıcak basması şikâyeti yaşadıkları saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi, aşırı yorgunluk, sigara kullanımı, fazla kafein tüketimi, alkol alımı, yağlı beslenme şekli ve çevresel faktörlerin kadınlarda sıcak basması semptomunun artmasında uyarıcı bir etken olduğu belirtilmektedir. Sıcak basması menopozun bütün dönemlerinde meydana gelmekle beraber, menopozal dönemdeki kadınların %30’unda günlük yaşam aktivite düzeylerini etkilemekte ve değiştirmektedir (Erel, 2007).

ABD’de menopozal dönemdeki kadınlarda yapılan çalışma sonuçlarına göre; kadınların %27’sinin cinsel sorunlar, %6 ile 13’ünün vajinal sorunlar, %19 ile 29’unun duygu durum değişiklikleri, %17’sinin ise üriner sistem sorunları yaşadıkları belirtilmektedir. Çin’de yapılan başka bir çalışmada; kadınların %14,3’ünün vajinal sorunlar, %46’sının ise duygusal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Woods ve Mitchell, 2007). Ertem’in (2010) kadınlarda menopozal dönemde meydana gelen semptomları saptayabilmek için 300 kadın ile yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre kadınların; %82’sinde bağırsak fonksiyon bozukluğu semptomu, %79’unda sıcak basması semptomu, %77’sinde çarpıntı, %75’inde baş ağrısı ve %72’sinde erken öfkelenme şeklinde menopozal semptomlar olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Gözüyeşil ve Başer’in (2016) menopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları vazomotor semptomların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, Visual Analog Skala (VAS) sonuçlarına göre vazomotor semptomların en yüksek oranda etkilediği günlük yaşam aktiviteleri sırası ile, ruhsal durum (6,2 puan), uyku ve konsantrasyon (5,8 puan), fiziksel ve zihinsel yorgunluk düzeyleri (5,8 puan) olduğu bulunmuştur. En az düzeyde etkilediği günlük yaşam aktivitesinin

boşaltım alışkanlığı (4,1 puan) olduğu belirtilmektedir. Rahman ve arkadaşları 'nın (2010) Bangladeş'te orta yaş grubundaki kadınların yaşadıkları menopozal semptomları belirlemek için yaptığı çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır. Yorgunluk hissi %92,9 oranı ile en fazla yaşanan sorun olarak belirlenmiştir., Malezya'da orta yaş grubundaki kadınların yaşadıkları menopozal semptomların değerlendirdiği başka bir araştırmada menopozal dönemde görülen semptomlar sırasıyla; eklem ve kas ağrıları (%80,1), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%67,1), uyku problemleri (%52,2), sıcak basması ve terleme (%41,6) olarak saptanmıştır. (Rahman ve ark., 2011).

Menopozal dönemdeki Avrupalı kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %34'ünün uyarılma, %53'ünün cinsel istekte azalma ifade etmesine rağmen %71'inin cinsel yaşamın devam ettirilmesinin kendileri ve partnerleriyle olan ilişkileri için çok önemli olduğunu ifade ettiklerini bildirilmiştir (Nappi ark., 2008). 45-59 yaş arası menopozal dönemdeki kadınlarda depresif mod ve cinsel fonksiyon bozukluğunun görülme sıklığının arttığı ve yaş ilerledikçe bu semptomların şiddetinde de artış olduğu belirlenmiştir (Rindner ark., 2017). Chou ve arkadaşları (2014), 40-60 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %98,9'unun menopozal semptomları deneyimlediğini, en sık karşılaşılan semptomların ise psikolojik ve ürogenital semptomlar olduğunu, bu semptomların sosyal ve cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Menopozal dönemin sağlıklı bir şekilde geçmesi, kadın sağlığı açısından önemli bir konudur. Bu süreçte kadınların yaşamını olumsuz olarak etkileyen etmenlerin saptanması ve ulaşılan sonuçların kadın sağlığını geliştirmek için kullanılması, sağlık personelinin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Menopoz döneminin hemşireler tarafından anlaşılması, bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile kadınların değerlendirilmesi ve desteklenmesi hem kadın hem de ailesi yönünden önemli bir konudur. Kadın sağlığı hemşiresinin yaşamının önemli ve uzun bir dönemini menopozal dönemde geçiren kadınların, yaşam kalitesini yükseltmek için bakım, danışmanlık ve eğitim verme gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Taşkın, 2016). Yaşam süresinin giderek yükseldiği bu dönemde, uzun bir dönem olan menopozun kadınlarda ortaya çıkardığı değişiklikler göz ardı edilemez. Bu araştırma ile postmenopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomların genel sağlık üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

1.2.Araştırmanın amacı

Bu çalışma postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

- 1.Kadınlarda menopozal semptomların görülme sıklığı ve şiddeti nedir?
2. Menopozal semptomlar genel sağlık durumunu etkiler mi?
3. Menopozal semptomlar ile genel sağlık durumu arasında ilişki var mıdır?
- 4.Menopozal semptomlar üzerinde etkili faktörler nelerdir?



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kadın Hayatının Evreleri

İnsan yaşamı bir dönem olarak düşünüldüğünde, her dönem kendine özgü fiziksel, psikolojik ve hormonal değişiklikler göstermesi nedeniyle belli dönemlere ayrılarak incelenmektedir (Çelik, 2015). Kadın hayatı, kesin yaş sınırları ile ayrılmamakla beraber beş ayrı dönemde incelenmektedir. Bireysel farklılıklar ile birlikte aynı zamanda toplumun gelişmişlik düzeyi, beslenme koşulları, ırk, coğrafi ve çevresel etkenler, dönemlerin başlayış ve bitiş noktalarını etkileyebilmektedir (Karakuş ve Yanikkerem, 2016). Kadın yaşam evreleri puberte, cinsel olgunluk, klimakterium ve yaşlılık olmak üzere dört dönemde incelenmektedir (Taşkın, 2016; Takeda Y. 2010).

2.1.1.Yeni Doğan ve Çocukluk Dönemi

Postpartum ilk 28 günü kapsayan dönemdir. Plasental ve maternal seks steroidlerinin hızla geri çekilmesi ile doğum sonrası ilk haftalarda FSH (folikül sitümüle edici hormon) düzeyinde meydana gelen artış hiperestrojenik fizyolojik etkiye neden olur. (Akhan, 2008; Yuvacı ve Cevrioğlu, 2017). Birey puberte döneminde üreme yeteneği ve cinsel olgunluk kazanmaktadır. Puberte dönemi çocukluk ve olgunluk çağı arasındaki bir dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde sekonder cinsel karakteristiklerin gelişmesi görülür, büyüme hızı artar, kemikler olgunlaşır ve vücut bütünlüğünde değişiklikler meydana gelir (Taşkın, 2016).

2.1.2.Adolesan Dönemi

On dokuzuncu yüzyıl (yy) sonlarına kadar çocuk gelişiminde adolesan tanımı kullanılmamış olup ilk olarak 1904 yılında Stanley Hall tarafından ortaya atılmıştır. Bu dönem sonunda insan gelişiminde ayrı bir evre olarak ortaya konmuştur (Çuhadaroğlu, 2000). Latince “gelişen” anlamına gelen bu kelime çocukluk döneminin son hızlı gelişme ve erişkin hayata geçiş dönemi şeklinde tanımlanmaktadır (Kınık, 2000). Bu dönem Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’e göre 10-19 yaş grubuyla sınırlandırılrsa da tam olarak bu dönemi kesin yaş sınırları ile sınırlamak doğru olmamaktadır. Amerikan Ulusal Sağlık Bilimi Merkezi’nin Sağlık Bakımı birimi tarafından 1994 yılında yapılan ölçütler sonucunda 11-21 yaş grubu adolesan dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu

dönem üç bölümde incelenmekte olup; 11-14 yaş arası erken, 15-17 yaş grubu orta ve 18-21 yaş grubu geç dönem adolesan şeklinde sınıflandırılmıştır (WHO 1996).

2.1.3.Cinsel Olgunluk Dönemi

Kadının fiziksel, psikolojik, cinsel yönden olgunluğa eriştiği ve kadın sağlığını bozan doğurganlık ile ilgili tüm sorunların ortaya çıktığı dönemdir. Puberte sona erdiğinde başlayan bu dönem, 18-50 yaş arasındadır ve bu dönemde mortalite ve morbidite hızlarında artış görülmektedir (Yalçın, 2004).

2.1.4.Klimakterium Dönemi

Klimakterium, kadın yaşamında üretkenlik dönemi ile yaşlılık dönemi arasındaki hormonal dengenin farklılaşması ile ortaya çıkan semptomlarla karakterize ve aynı zamanda overlerdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimler görülen bir geçiş dönemidir. Çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği bu süreçteki en önemli değişim menstruasyonun tamamen kesilmesidir Klimakterium dönemi ortalama 45 yaş civarlarında başlar, menopozdan sonraki belli bir dönemi de kapsayarak yaşlılık dönemi olan 65 yaşa kadar devam etmektedir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

2.1.5.Senium (Yaşlılık) Dönemi

Organizmanın fonksiyonlarının bozulmaya başlaması ve geri dönüşü olmayacak şekilde yıpranması yaşlılık olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı birey; somatik, biyolojik, fizyolojik psikolojik ve bilişsel açıdan gerilemeler sebebiyle profesyonel etkinliğini etkin bir şekilde devam ettiremeyecek duruma gelen bireydir. Bu dönemde zaman etkenine bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama potansiyeli ile organizmanın iç ve dış faktörler arasında denge sağlama potansiyeli DSÖ'ne göre 65–74 yaş aralığındaki bireyler yaşlı kategorisine girmektedir. (Karakaş ve Durmaz, 2017; Kurt ve ark., 2010; Zıplar, 2015).

Kadınlarda yaşlılık, menopozu tamamlayan kadınları ifade etmektedir. Yaşlı kadınların sağlık sorunları çok önemlidir. Yaşlılıkta hücresel ve/veya dokusal düzeyde işlev kaybı, organ sistem ve vücut kapasitesinde azalma görülmektedir (Schuiling, ve Low 2006). Bu dönemde insanlar yakınlarının kaybını yaşar ve kendi fiziksel güçlerinde ve hafızasındaki bir düşüşün farkına varırlar. Aynı zamanda mali sorunlar ve bakıma muhtaç olma veya yalnız yaşama gibi sosyal faktörler önemli sorunlara neden

olur ve bireyler fiziksel semptomları ve hastalıkları konusunda endişe duyarlar (Takeda 2010).

2.2.Menopoz Tanım

Menopoz sözcüğü 19. Yüzyılın sonlarında Türkçeye Fransızcadan geçmiş olup modern Latince menopaüsis sözcüğünden türetilmiştir. Yunanca men (ay) kelimesinden ön gelen meno- eki ve Yunanca pausein (durmak) sözcüğünden gelmektedir (Ertüngealp ve Seyisoğlu 2000; Taşkın, 2012). Dünya Sağlık Örgütü menopozu “ovaryum aktivitelerinin kaybedilmesi sonucunda menstruasyonun tamamen sonlanması şekline tanımlamaktadır” (Şen ve Saruhan 2010). Menopoz evrensel bir kadınlık deneyimi olmakla birlikte aynı zamanda over kaynaklı östrojen üretiminin belirgin bir şekilde azalmasıyla beraber adetlerin kalıcı olarak son bulmasıdır. Adet kanmasının olmadığı 12 aylık süreç adetlerin kalıcı olarak kesildiğini göstermektedir (Gezer ve ark., 2006).

Menopoz, overlerin aktivitesini yitirmesi ve folikül atrezisi ile ilişkili olarak, over işlevlerinin kaybı, östrojen seviyesinde azalma ve menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıyla karakterize bir dönemdir (Tan, 2012). Menopoz, üremenin bitip yaşlanmanın başladığı dönem olduğundan kadın yaşamında büyük önem taşımaktadır (Bhore, 2015). Menopoz bir yönden de östrojen hormon düzeyinin düşmesidir. Menstrual dönemin devam ettiği süreçte östradiol seviyesi ortalama 100 pg/ml iken menstrual dönem sona erdiğinde yani menopoz döneminde bu miktar 25 pg/ml'dir (Kaymak ve Tırnaksız, 2006). Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda kadınlar yaşamlarının yaklaşık 1/3'ünü menopoz döneminde geçirirler (Dinçer ve Çağlar 2016; Gürkan, 2005). Menopoz dönemindeki kadın popülasyonunun büyüklüğü ve bu dönem kadınlarının yaşadığı sıkıntılar göz önüne alınırsa menopoz önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkar (Çakıl, 2015).

Menopoz dönemi menstruasyonun son bulması olarak kabul edilirken, kadınlarda fizyolojik, psikolojik ve hormonal değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir (Ertem, 2010). Yaşam dönemlerinden en uzun olan menopoz dönemi, kadın hayatında fiziksel değişimlerle birlikte aynı zamanda psikolojik ve sosyal değişimlerin de görüldüğü ve bazı sağlık sorunlarının ortaya çıktığı yaşam dönemidir (Timur ve

Şahin, 2010). Bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişimler nedeniyle, bazı semptomları da beraberinde getirmektedir. (Önder ve Batıgün, 2016).

2.3.Menopozun Evreleri

2.3.1.Menopozal Dönem (Klimakterium)

Kadın yaşamında üretkenlik dönemi ile yaşlılık dönemi arasındaki dönem klimakterium dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem hormonal dengenin farklılaşmasıyla ortaya çıkan, overlerde morfolojik ve fonksiyonel değişimlerin meydana geldiği bir geçiş dönemidir. Çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği klimakterium dönemdeki en önemli olay menstruasyonun kalıcı olarak sona ermesidir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Yunanca bir sözcük olan klimakterium kelimesi merdiven basamağı anlamına gelmektedir (Taşkın, 2014). Klimakterium dönem overlerde değişimlerin meydana geldiği zaman aralığını ifade etmektedir. Üreme yeteneğinin giderek azalması ve menopoz döneminde sona ermesi ile dönem içerisinde bazı değişiklikler görülmektedir (Ballard, 2007). Klimakterium dönemi, menopoz olarak bilinen sürecin öncesi ve sonrası olmak üzere toplamda üç dönem içermekle birlikte bu dönem sıklıkla sadece menopoz olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2015). Ancak menopoz, klimakterium dönemin sadece bir bölümüdür ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanımlamaya göre overlerdeki hareketlilik yitimine bağlı olarak periyodik kanamaların (menstruasyon ya da daha bilinen adı ile adet kanamalarının) sona ermesidir (Vanwesenbeeck ark., 2001).

Menopoz dönemi ile fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler meydana gelmektedir (Taşkın, 2014). Üreme yeteneğinin olduğu dönemden postmenopozal döneme kadar olan zaman aralığı klimakterium dönemi ifade etmektedir (Gezer ve ark., 2006). 40-45 yaş arasında başlayan bu dönem 65 yaşına kadar devam etmektedir (Taşkın, 2014).

DSÖ klimakterium dönemini 3 başlık altında incelemektedir (Taşkın, 2014).

1.Premenopoz

2.Menopoz

3.Postmenopoz

2.3.1.1.Premenopoz

Premenopoz dönemi DSÖ'nün tanımına göre menopoz öncesi 2-6 yıllık dönem olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak belirti vermeden başlayan premenopoz dönemi, overlerdeki yetmezlik nedeniyle 40 yaş civarlarında başlamaktadır (Kadayıfçı, 2006). Fertilite şansının azaldığı bu dönemde menstrual siklus düzenini kaybetmiştir. Düzensiz menstrual siklus birkaç ay veya birkaç yıl devam edebilmektedir. Bu dönemde emosyonel sorunlar, yorgunluk, baş ağrısı, vazomotor semptomlar gibi yakınmalar meydana gelmektedir (Taşkın, 2012). Menstrual siklusta düzensizlikler, disfonksiyonel uterin kanama, ovulatuvar bozukluklar, vazomotor semptomlar gibi klinik semptomların görüldüğü ve menopozdan önceki 2-6 yıllık süredir (Batrinos, 2013; Wagner, 2016).

2.3.1.2.Menopoz

Son menstrual periyoddan sonra geçen 12 aylık süredir (Hunt, 2016; Olaolorun ve Lawoyin, 2009). Burada menopoza girildiğinin kesin olarak anlaşılması için kadının en az 12 dönem boyunca adet kanaması olmaması gerekmektedir (Taşkın, 2015). Menopoza girme yaşı ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmekle beraber Türkiye açısından bu yaş aralığının 45-47 yaş olduğu bildirilmektedir (Bayram ark., 2007; Çiçek ark., 2012; Yurdakul ark., 2007).

Menopoz dönemindeki kadınlar toplum sağlığı açısından bir risk grubu oluşturmaktadır (Özgür ve ark., 2010). Klimakterium dönemde başlayan ovarial foliküllerin aktivitesinde düşüş ile östrojen üretimi düşmektedir. Overlerdeki aktivitenin tamamen bitmesi ile östrojen salgılanması azalmakta ve overlerde atrofik değişiklikler meydana gelmektedir. Bununla birlikte üreme yeteneği ortadan kalkarak menopoz ortaya çıkmaktadır (Taşkın,2016). Menopoza girme yaşı ırk, menstruasyonun başlama yaşı, genetik faktörler, gebelik sayısı, oral kontraseptif kullanımı ve sigara kullanımı gibi faktörlerden etkilenmektedir (Çağlar ve yüce, 2016)

Bu dönemde görülen bazı problemler anksiyete, uykuya dalmakta güçlük ve/veya uzun süre uyumama ve/ya da kalitesiz uyku temelli uykulu hissetme hali gibi uyku ile ilgili problemler, depresyon, emosyonel labilite, unutkanlık, daha düşük zihinsel tepki, baş dönmesi ve baş ağrısı olarak sıralanabilmektedir (Özgür ark., 2010).

2.3.1.3.Postmenopoz

Menopoz sonrası 6-8 yıllık dönem postmenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır (Beji, 2015; Dvornyk, 2013; Hunt, 2016). Menopoz döneminden yaşlılık dönemine kadar olan süreci kapsamaktadır. Bir kadının postmenopozal döneme girmiş olarak tanımlanması için menstrual siklus bitiminden 12 ay geçmiş olması gerekmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Postmenopozal dönemde overlerin aktivitesinin düşmesi ile kadınlarda vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Çorakçı, 2004). Menopozda temel değişiklik overlerden salgılanan östrojenin zamanla azalmasıdır. Kadın bu süreçte doğurganlık yeteneğini kaybeder ve yaşlanmaya başlar (Engin ve ark., 2006, Evlice ve ark., 2002).

2.4.Menopozun Sınıflandırılması

Menopoz, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre iki şekilde sınıflandırılmaktadır.

2.4.1.Başlangıç Yaşına Göre

Erken Menopoz: 40 yaşından önce sebebi bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan overlerdeki yetmezlik nedeni ile adettin son bulması “erken menopoz” veya "prematür menopoz" şeklinde tanımlanmaktadır. Görülme yüzdesi ortalama %4'tür.Erken menopoza sebep olan durumlar; Ooferektomi, aşırı radyasyon alımı, uzun süreli emzirme, obezite, sık gebelik aralığı, kürtaj ve düşüklerdir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Erdem, 2006).

Normal Menopoz: 45-54 yaş aralığında menstrual kanamanın son bulması normal menopoz olarak tanımlanmaktadır (Taşkın,2016)

Geç Menopoz: Kişinin 55 yaşına erişmiş olmasına rağmen hala adet kanaması görmesi geç menopoza olarak adlandırılmaktadır (Çiçek ve ark., 2012).

2.4.2.Oluş Biçimine Göre

Doğal (Fizyolojik) Menopoz: Overlerdeki aktivitenin azalması ve ortadan kalkması sonucunda menstrual kanamanın kalıcı olarak son bulması doğal menopoz olarak tanımlanmaktadır (Atasü ve Şahmay, 2001). Kadınlarda 40-50 yaş arasında menstürasyonun son bulması bu dönemin en karakterize özelliğindedir ve bu dönemde overlerde morfolojik ve fonksiyonel değişimler meydana gelmektedir (Ceylan, 2010; Taşkın, 2016).

Cerrahi menopoz: Overlerin çift taraflı cerrahi olarak çıkarılması ve çeşitli nedenlerle histerektomi sonucu gelişen menopozdur (Gezer ve ark., 2006; Taşkın, 2016; Yücesoy ve Çakıroğlu, 2007).

2.5.Menopoza Girme Yaşı

Menopoza girme yaşı; yaşanılan coğrafi bölge, menstruasyonun başlangıç yaşı, beslenme şekli, psikolojik ekenler, genetik, gelişmişlik düzeyi, evlilik, gebelik sayısı, ırk, çalışma yaşamına katılımı, kontraseptif kullanımı ve sigara kullanımı, genital faktörler, sosyokültürel faktörler ve sosyoekonomik durumlar gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Güney, 2006). Dünya genelinde ortalama menopoza girme yaşı 51 iken, bu ortalama 45-55 yaş arasında değişiklik göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde menopoza girme yaşı, gelişmiş ülkelere göre daha erken dönemde gerçekleşmektedir (Özcan ve Oskay, 2013).

Kadınlar yaşamlarının üçte birini menopoz döneminde geçirmektedir. Bu nedenle menopozal dönemin önemi de giderek artmaktadır. Avrupa'daki kadınlarda menopoz yaş ortalaması 50,1 ile 52,8 yaşları arasında değişiklik göstermekle birlikte, Kuzey Amerika'da 50,5 ile 54 yaşları arasında, Latin Amerika'da 43,8 ile 53 yaşları arasında ve Asya'da 42,1 ile 49,5 yaşları arasında değişiklik göstermektedir (Vural ve Yangın 2016). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, kadınların ortalama menopoza girme yaşı 45-49 yaş arasında olduğu bildirilmektedir (Güngör, 2003; Vural ve Gönenç, 2014).

Yapılan çalışmalarda, beklenen yaşam süresi 78 yıl olan bir kadının, hayatının oldukça önemli bir bölümünü menopoz döneminde geçireceğini göstermektedir (Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Olaolorun ve Lawoyin, 2009; Özcan ve Oskay, 2013; Santos, 2016).

2.6.Menopoza Girme Yaşını Etkileyen Faktörler

Genetik faktörler, annenin menopoz yaşı, menarş yaşı, gebelik yaşı, kontraseptif kullanımı, düzensiz menstrual sikluslar, gebelik sayısı, laktasyon süresi, seksüel aktivite, genel sağlık durumu, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite düzeyi, unilateral ooforektomi, serum kurşun düzeyi, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, menopoza yönelik kişisel bakış açısı, psişik travmalar, fiziksel, çevresel, sosyo-demografik ve antropometrik faktörler menopoza girme yaşını etkilemektedir (Ceylan

ve Özerdoğan, 2014; Duncan, 2018; Ellen, 2011; Nisar et al., 2012; Özcan ve Oskay, 2013).

Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde, toplumda daha düşük gruplar içerisinde yer alanların daha erken menopoza girdiğinin saptandığı görülmektedir (Gold et al., 2000; Luoto et al., 1994). Sigara içen kadınlar, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan kadınlar ve çalışan kadınlar menopoza daha erken yaşlarda girerken, seksüel yönden aktif olan kadınlar ve çok doğum yapmış kadınların menopoza daha geç girdiği belirtilmektedir (Kızılırmak, 2003; Özcan ve Oskay, 2013). Düzensiz menstrual siklusu olan kadınlar, düzenli adet görenlerle karşılaştırıldığında daha erken yaşlarda menopoza girdiği belirtilmektedir. Psikik travmalar kadınların menopoza girmesini hızlandırabilir. Vücuttaki yağ oranının östrojen üretimini artırması sebebiyle zayıf kadınlarda menopoza daha erken girebilmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Menopoz yaşına etki edebileceği düşünülen bir başka faktör ise fiziksel aktivite düzeyidir. Bununla ilgili araştırmalara bakıldığında, boş zamanlarında egzersiz yapan kadınların menopoza girme yaşlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Dorjgochoo ark., 2008).

2.7.Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar

Tüm vücut organlarında lokalize olan hücrel östrojen reseptörleri vardır. Bundan dolayı, östrojen seviyesindeki azalma birçok fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur (Mwampagatva ark., 2013). Menopozda yaşanan hormonal değişikliklerden dolayı görülen semptomlar, kadınlar arasında önemli farklılıklar göstermektedir (Jane ve Davis, 2014). Menopoza karşı tutumlar ne kadar olumsuz olursa, semptomların şiddetinin o oranda yüksek olduğu saptanmaktadır (Ayers ark., 2010; Rotem ark., 2005).

Kadınların ortalama %70-80'inde menopozla birlikte östrojen yetmezliğine bağlı olarak semptom ve bulgular ortaya çıkmaktadır. Over fonksiyonlarındaki bozulmalar ile östrojen düzeyi azalmaya başlar ve buna bağlı olarak klimakteriumda semptomlar hemen ortaya çıkar (Atasü ve Şahmay, 2001).

2.7.1.Siklus Bozuklukları

Menstrual siklus değişiklikleri, en yaygın görülen değişikliklerden birisidir. Düzenli siklus aralıklarından menopoza amenoresine geçiş dinamik bir süreç olan belirgin menstrual düzensizlik dönemiyle ortaya çıkmaktadır (Butler ve Santoro, 2011).

Bu dönemde luteal fazın ortadan kalkmış olması en belirgin değişiktir ve bu değişikle birlikte amenore meydana gelmektedir. Bu dönemde Kandaki östrojen seviyesi yeterli seviyeye ulaşamadığı için endometrial siklus gerçekleşmemektedir. Endometrium yıkılmaya başladığında da rejenerasyonu sağlayacak östrojen seviyesi olmadığından dolayı kanama yoğun ve sürekli olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle premenopozal dönemdeki kadını risk grubu olarak ele almak gerekir (Taşkın, 2016).

2.7.2.Vazomotor Değişiklikler

Premenopozal dönemde görülmeye başlayan vazomotor semptomların görülme sıklığı %60-85 arasında değişiklik göstermektedir (International Menopause Society, 2009). Vazomotor semptomlar premenopozal geçiş evresinde östrojen düzeyinin düşmesi, FSH düzeyinin ise artmasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Aynı zamanda adet düzensizliği ve hormonal profilin farklılığı ile over işlevlerinde azalma; depresyon hali, ateş basmaları, uykusuzluk, vajinal kuruluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (Göksever ve Erata 2010).

Sıcak basması, yüz kızarması ve gece terlemesi vazomotor semptomlar olarak adlandırılmaktadır. Menopoz evresine geçilmesinde ve erken postmenopozal evresinde sıcak basmaları kadınların %60-90'ını etkilemekte ve ciddi fiziksel sorunlar meydana getirmektedir (Gözüyeşil ve Başer 2016). Sıcak basmasını ile çarpıntı, halsizlik, baş dönmesi görülebilir (Güngör, 2003). Bu dönemde gece ortaya çıkan vücut ısısındaki değişimler ve terleme şikayetleri şiddetli olabilir (Avcı, 2013; Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Vazomotor semptomların azaltılmasında yaşam tarzı değişiklikleri önemli bir yer tutmaktadır. Bu dönemde yaşam tarzı değişiklikleri olarak kilo kontrolü, sıcak içeceklerden kaçınılması, alkol kullanımının kısıtlanması, düzenli egzersiz yapılması, sigaranın bırakılması şeklinde yaşam tarzı değişiklikleri içermektedir (Avcı, 2013).

Perimenopozal dönemdeki kadınların ortalama %40'ı, postmenopozal dönemdeki kadınları ise ortalama %75'i sıcak basması semptomundan yakınmaktadır. Herhangi bir menstrual değişiklik yaşanmadan kadınların ortalama %60'ında bu

semptomlar görülebilmektedir (Turhan ve Doğan, 2006). Literatürdeki araştırmalara bakıldığında, premenopoz evresindeki kadınların %10'unun, postmenopoz evresindeki kadınların da %50'sinin sıcak basması durumunu yaşadığı saptanmıştır (Speroff ve Fritz, 2005). Sözeri Varma ve arkadaşlarının Türkiye'de yapmış oldukları bir çalışmada kadınların %54'ünün gece terlemesi ve %64'ünün sıcak basması semptomunu yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Klimakterium döneminde, kadınların %58'inde sıcak basmalarının görüldüğü saptanmıştır (Varma ve ark., 2005). Yapılan sistematik bir derleme çalışmasına göre perimenopozal kadınlar için sırasıyla %12,5-%66,7 ve %7,1-%64,9 arasında değişen sıcak basması ve gece terlemeleri sıklığı bildirmiştir (Islam ark., 2015). Menopoz döneminde olan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %46,7'sinde sıcak basması, %46,4'ünde gece terlemeleri rapor edilmiştir (Duffy ark., 2012). Menopoz sonrası kadınlarda sıcak basması sıklığı sistematik derleme çalışma sonucuna göre %4,3-%73,7 arasında; gece terlemelerinin ise %11,4-%63,2 arasında değiştiği bildirilmiştir (Islam ark., 2015).

Menopoz ve menopoz sonrası kadınlarda vazomotor semptomlar, ani ruh hali değişiklikleri, sinirlilik, artan stres, unutkanlık, uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve dikkat dağınlıklığı ile görülmektedir (Jehan ark., 2015).

2.7.3.Psikolojik Semptomlar

Çabuk öfkelenme, isteksizlik, sinirlilik, gerginlik, irritabilite artışı, unutkanlık, kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü, uyku düzeninde bozulma, iştah artışı, yaşam olaylarından çabuk etkilenme ve karakter değişiklikleri menopozal dönemde görülen duygu durum değişikliklerindedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Psikiyatrik işaretlerin oluşumunda kişilerin ruhsal reaksiyonun etkili olduğu ve bireyin kişilik yapısının ve psikososyal boyutunun etkili olduğu bildirilmektedir. Duygusal problemler olarak; fiziksel, mesleki, ailesel, sosyal, cinsel stresörler ve ekonomik olarak çoğalmasına sebep olabilmektedir (Pınar ve ark., 2015). Epidemiyolojik araştırmalar sonucunda kadınlardaki ruh hali değişikliklerinin en güçlü miktarının, östrojen seviyelerinin hızlı değişiminden dolayı olduğu bildirilmektedir (Özcan ve Oskay 2013). Kadınlardaki duygu durum değişikliklerinin en fazla olduğu zamanın östrojen düzeyinde hızlı değişimler olduğu premenopoz ve postmenopoz dönemlerinde olduğu epidemiyolojik incelemeler ile ortaya konulmuştur. Bu dönemde

görülen duygusal değişiklikler; kendini ağlamaklı, üzgün ve kötü hissetme, isteksizlik, sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk, ruh halinde değişiklik, çabuk öfkelenme hissi, panik hissi ve genel performansta azalmadır (Özcan ve Oskay, 2013).

Yapılan sistematik bir derleme çalışmasına göre depresyon, anksiyete, sinirlilik, baş dönmesi, yorgunluk, yaşamdan memnun olmama, bellekte azalma, panik atak, konsantrasyonda zorluk çekme ve duygulanım dalgalanmaları kadınların menopoz döneminde yaşadığı psikolojik belirtiler olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada perimenopozal kadınlarda depresyon prevalansının %25,8-%82,8, sinirlilik %26,5-%85,2 ve menopoz sonrası kadınlarda depresyon prevalansının %24,4- %77,4; sinirlilik %21,8-%75,9 arasında değiştiği bildirilmiştir (Islam ark., 2015).

2005 yılında Kowalcek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Alman kadınların %65'i, Papua Yeni Gine kadınların ise %56,1'i menopozun olumlu yanları olduğunu bildirmektedir. Menstruasyonun olmamasını olumlu bir durum olarak belirten kadınların yüzdesi ise %84,6'dır (Kowalcek ark., 2005). Simon ve Reape'nin (2009) yaptıkları çalışmada klimakterium dönemindeki kadınların %91'inde iritabilite hali, sinirlilik hali, %86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyonda azalma, %81'inde karakter değişikliği, %77'sinde uyku düzeninde bozulma, %77'sinde motivasyonda azalma, %75'inde hafıza değişiklikleri, %37'sinde sıcak basması, %19'unda baş ağrısı ve %18'inde terlemede artış olduğu bildirilmiştir. (Simon ve Reape, 2009)

2.7.4. Ürogenital Değişiklikler

Menopoza bağlı görülen genitoüriner semptomlar, östrojen ve diğer seks steroidlerinin yetersizliği nedeniyle; labia majör ve minörler, klitoris, vestibulum, vajina, üretra ve mesanede meydana gelen değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular olarak tanımlanmaktadır. Sendromun genital semptomları; kuruluk, yanma ve iritasyon, seksüel semptomları; yetersiz lubrikasyon, rahatsızlık veya ağrı, üriner semptomları ise, urge inkontinans, dizüri ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarıdır (Ishak ark., 2010; Portman ve Goss, 2014; Pitsouni ark., 2017). Vajinada soluklaşma, incelme, esnekliği ve salgısında azalma östrojen kaybı ile gerçekleşmektedir. Bunun sonucunda ağırlı koitus (cinsel ilişki) olmakta ve koitus sonrası meydana gelen kanama vajinal duvarda atrofi meydana geldiğini göstermektedir (Taşkın, 2009).

Mesane eşiğinin düşmesi, pelvik tonus kaybı, pelvik desteğin azalması ile prolapsus oluşumu, dizüri, stres inkontinans, sık idrara çıkma gelişebilir (Lee, 2017). Yapılan bir çalışmada perimenopozal ya da postmenopozal kadınlar arasında vajinal kuruluk, vajinal ve pelvik ağrılarının olduğu ve bu durumların cinsel istekte azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (Avis ark., 2009). İskoçya’da menopozlu kadınlarla yapılan bir çalışmada da kadınların %28,2’sinin vajina kuruluğu semptomunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Duffy ark., 2012). Nappi ve diğerlerinin 2018 yılında postmenopozal kadınlarla yaptıkları bir çalışmada, şiddetli vulvovajinal atrofi semptomları daha kötü yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olarak belirtilmiştir (Nappi ark.,2018).

2.7.5.Saç ve Deri Değişiklikleri

Östrojen seviyesindeki azalma derinin elastikiyetini azaltarak derinin kurumasına neden olur ve derinin daha hızlı yaşlanmasına sebebiyet verir (Çelik ve Pasinlioğlu 2013). Bu dönemde deride görülen değişiklikler; derinin yağ oranında azalma, nem oranında azalma, deride kırışma, incelme ve tırnakların kolay kırılmasına neden olur (Kaymak ve Tırnaksız, 2006; Taşkın, 2016).

Epitelde incelme, hidrasyonda azalma, kollajen ve seboreik aktivitede azalma nedeniyle ciltte kuruluk, kırışıklık, sarkma, saç ve tırnak kalitesinde bozulma meydana gelmektedir. (Farge ark., 2010). Adrenokortikal aktivitenin artışı ve estradiol seviyesinin azalması ile dudak üstü, çene, göğüs ve karın bölgesindeki kalın tüylerin ortaya çıkmasına sebep olur. Koltukaltı ve pubik kıllarda seyrelme olabilmekte, kadında alopesi varsa bu dönemde şiddeti artabilmektedir (Markopaulos ark., 2015).

Cilt altı yağ dokusunun görevi, güneş ışınlarına karşı koruma ve ısı yalıtımı yapmaktır. Soğuğa karşı tolerans düşüşü ve derideki kırışıklıkların artmasının nedeni ise yaşlılıkla birlikte azalan yağ dokusunun incelmesidir. Kan akımının azalmasına bağlı olarak vücutta ısı kaybı gerçekleşir, vücut kendini soğutamaz dolayısıyla derideki yaralar geç iyileşir. Derinin ultraviyole (UV) ışığa ve güneş ışığına karşı korumanın azalmasının sebebi ise, pigment üreten hücre (melanosit) sayısının azalmasıdır (Pehlivan ve Karadakovan 2013).

Ciltteki değişikliklerle baş etme yolları; pamuklu giysiler tercih etmek, sabun yerine nemlendirici özelliği olan temizleyiciler kullanmak, cilt bakımını yağlı kremler ile yapmak, ılık su ile banyo yapmak, güneşten korunmak, günde en az 8 bardak su

içmek, vitamin ağırlıklı beslenme şekli oluşturmak, sigarayı bırakmak, sık aralıklarla nemlendirici krem kullanmak, kişinin cildini düzenli takip etmesi ve benlerinde bir değişim olduğunda sağlık kuruluşuna başvurması şeklinde sıralanabilir (Erdem, 2006).

2.7.6. Atrofik Değişiklikler

Atrofik değişiklikler deride genellikle üreme sistemi ve üriner sistemde gözlemlenmektedir. Östrojen sitümlasyonunun uzun süre olmaması sonucunda menopoza sonrasında üreme organlarında gerilme meydana gelmektedir. Üretranın distal kısmında, Vajina, vulva ve uterus küçülme meydana gelmektedir (Kutlu ve ark., 2012; Taşkın, 2016).

Menopozal dönemde meydana gelen östrojen yetmezliğine bağlı olarak vulvada atrofi, subkutan dokuda, labia majör ve minörlerin kan akımında, klitoral ereksiyonda azalma görülmekte ve orgazm sorunlarıyla karşılaşılabilir. İntroitus geri çekilme, hiyalinizasyon ve elastikiyet kaybı dispareniye neden olabilmektedir. Ciltteki distrofi ile cilt bariyer fonksiyonu ve hidrasyonunda yetersizlik artar, puritis daha sık görülmektedir (Farage, 2015).

Vajinada kısılma, incelme ve daralma meydana gelmektedir. Vajinal epitelde atrofi, kan dolaşımı, yağ dokusu, elastikiyet ve vajinal pH'da artma görülmektedir. Epitel incilmesi ile rugaer düzleşir, yaygın kırmızı görünüm ve peteşiler izlenmektedir. Bu değişiklikler nedeniyle dispareni, postkoital yanma, iritasyon ve kanama görülebilmektedir. Süperfisial hücrelerde glikojen üretiminin yetersiz hale gelmesi ile oluşan Lactobasillerde azalma, pH'da artış sonucunda vajinal flora ve mikrobiyomda değişiklikler meydana gelmekte, enfeksiyona (atrofik vajinitis) eğilim artmaktadır (Aba ve ark., 2016; Karakoç ve ark., 2016).

Östrojen reseptörlerinin, kollajen üretimi ve yıkımının kontrolündeki etkileri ile pelvisin desteklenmesinde rol oynadığı bilinmektedir. Östrojen yetmezliği stres inkontinans, urge inkontinans, pelvik organ prolapsusu gibi menopozal dönemde sıkça karşılaşılan pelvik taban bozukluklarında etiyolojik faktör olabilmektedir (Weber ark., 2015).

Genital atrofi; konstipasyon (kabızlık), vulvada puritis (kasılma), sık idrara çıkma, dispareniya (ağrılı cinsel ilişki), uterus prolapsusu (rahim sarkması), stres

inkotinans (idrar kaçırma), sistosel (idrar torbası sarkması) ve rektosel (fitik) gibi durumlara neden olabilir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Serviksteki Değişiklikler: Serviks Atrofiye uğrayarak uzunluğunda ve çapında küçülmeler meydana gelmektedir. Epitel geçiş sınırının dışardan bakıldığı zaman görülmeyecek şekilde içine girmiş olması serviks kanalının kalposkopik incelmesinde tanı işlemini zorlaştırabilir (Şahmay, 2008).

2.7.7.İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler kas iskelet sistemini de etkimektedir. Bu dönemdeki kadınlarda iskelet sistemi üzerindeki değişiklikler gonadal hormonlardan özellikle de östrojen seviyesindeki değişiklikler nedeniyle meydana gelmektedir. Kemikler, ligamentler, tendonlar ve kaslar üzerinde Östrojenin önemli bir rolü ve etkisi vardır (Güzel 2017).

Menopoz döneminde osteoporoz riski artarak kemik kaybı hızlanmaktadır bunun nedeni ise over fonksiyonlarının işlevselliğini yitirmesi ve östrojen hormon seviyesinin düşmesidir. Bu dönemde östrojenin azalması ile fraktür görülme riski de artmaktadır. Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da 50-84 yaş erkekler ve kadınlarda sırasıyla %6 ve %21 osteoporoz görülme oranı tespit edilmiştir (Özcan ve Oskay 2013). Yapılan bir araştırmada 42-60 yaş arası postmenopozal kadınlarda meydana gelen folikül sitümüle edici hormon artışının osteoporoz riskini arttırdığı ve postmenopozal dönemde osteoporozun yaygın bir hastalık olduğu belirtilmiştir (Çiçek ve Özen, 2016).

Yapılan çalışmalarında FSH seviyeleriyle ilgili olarak kemik kaybındaki artış hızının arttığı belirtilmektedir. Neden olduğu kırık riski ve ciddi morbidite ve mortaliteyle sonuçlanan kalça kırıklarındaki risk artışı sebebiyle bu yaş grubunda yer alan kişiler osteoporoz açısından taranması gerektiği belirtilmektedir. (Avis ve ark., 2005; Sowers, 2009; Sowers ve ark., 2006). Postmenopozal dönemdeki her kadın için kırık riski değerlendirmesi yapılmalıdır, riskli hastalarda düşmeye karşı ve kırıklardan koruyucu tedbirlerin alınması sağlanmalıdır (Tuzcular ve Gönenç,2014).

Östrojen seviyesinde azalmaya bağlı olarak postmenopozal dönemde kalsiyum emilimi azalarak, osteoblastik ve osteoklastik aktivite arasındaki denge bozulur ve vücut kalsiyumu kemiklerden karşılamaya çalışır. Bu dönemde kadınlara günlük 1500 mg kalsiyum almaları önerilmektedir (Taşkın, 2014).

2.7.8.Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Koroner arter hastalığından ölüm riski menopoz öncesi dönemde kadınlarda erkeklere oranla en az 3 misli az olmasına karşın, menopoz sonrası dönemde kadınlarda koroner arter hastalığı belirgin olarak artış göstermektedir ve cerrahi menopoza giren kadınlarda ise koroner arter hastalıklarının daha erken görülmesi de bu durumu ortaya koymuştur (Çorakçı, 2004).

Koroner kalp hastalıkları sıklığı kadınlarda her ne kadar düşük olsa da yaşın ilerlemesi ile belirgin bir yükseliş görülmektedir. 55-59 yaş grubu kadınlarda koroner kalp hastalıkları sıklığı 30-34 yaşa göre 50 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Ertüngealp ve Seyisoğlu, 2000). Menopoz sonrası kadınlarda vücut yağ dağılımı, erkek tipine dönmeye başlar ve kalp damar hastalıklarının görülmesi açısından risk olarak kabul edilen bel ve karın çevresinde yağ birikimi menopoz sonrası kadınlarda olmaya başlar (Seyisoğlu, 2006).

Menopoz döneminde kadınlar, östrojenin azalması nedeniyle artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle karşı karşılaşmaktadır (Güngör, 2003). Postmenopozal östrojen eksikliği lipid değişiklikleriyle sonuçlanır, bu da düşük düzeydeki lipoprotein (LDL) düzeyinin artmasına, yüksek düzeydeki lipoprotein (HDL) düzeyinin azalmasına sebep olur. Total kolesterolde bir artış meydana gelerek kadınlarda ateroskleroz gelişimi, miyokard enfarktüsü (MI), emboli, tromboz ve felç riskini artırır (Engindeniz, 2005). Kardiyovasküler hastalıklardan korunmak için; dengeli beslenmek, düzenli egzersiz yapmak, kötü alışkanlıklardan ve stresölerden uzak durmak önemli bir etkidir. (Avcı, 2013).

2.7.9.Uyku Bozuklukları

Menopozal dönem, kadınlarda uyku bozukluklarının görülmesinde başlıca nedenlerden birisidir. Uyku sorunları genel nüfusun %15'inde görülürken menopoz döneminde kadınların yaklaşık yarısında görülmekte olup, en sık görülen uyku sorunları gece uyanmaları ve uykuya dalmada zorluk olarak saptanmıştır. Ayrıca insomnia, solunumla ilgili uyku bozuklukları ve fibromiyalji menopozla ilişkilendirilen bozukluklar olarak belirtilmiştir (Çiçek ve Özen, 2016). Menopozda azalan östrojen düzeyiyle beraber ortaya çıkan vazomotor semptomların kadında oluşturduğu sıkıntı hali ve duygusal değişikliklerin yanında uyku döngüsünde önemli bir rolü olan

progesteron düzeyindeki azalmanın da uyku bozukluklarına neden olabileceği bildirilmiştir (Jehan ark., 2015). Ayrıca cerrahi menopoz yaşayan kadınların, doğal menopoz yaşayan kadınlara göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu (Cho ark., 2018) ve obstrüktif uyku apnesinin menopozdan sonra belirgin şekilde yükseldiği belirtilmiştir (Jehan ark., 2015).

2.7.10.Emosyonel Rahatsızlıklar

Menopoz dönemde ruhsal durumda, duygu durumunda ve davranışlarda değişimler görülebilmektedir. Meydana gelen bu hormonal değişiklikler merkezi sinir sistemi etkilemesi ile ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde görülen ruhsal değişiklikler; depresyon, anksiyete ve sinirlilik gibi ruhsal değişikliklerle kendini gösterebilmektedir. Klimakterik dönemde kadının emosyonel dengesini etkileyen faktörler; fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler, mevcut kültürel yapı, ileri yaş stresi olabilmektedir. Kadınlarda görülen emosyonel sorunların şiddetinde etkili faktörler; kültürel yapı, hormonal ve biyokimyasal dengedeki hızlı değişimler, orta yaş ile gelen birtakım zorluklar rol oynayabilmektedir (Özgür, 2007; Taşkın, 2016).

Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, menopoz dönemindeki Alman kadınların %65'i menopozun olumlu yanları olduğu görüşünde iken Papua Yeni Gine'li kadınların %56,1'i menopozun olumlu yanları olduğu görüşündedir sonucuna ulaşılmıştır. Menstruasyon olmamasının olumlu bir durum olarak belirten kadınların yüzdesi ise %84,6'dır. Diğer olumlu yönlerini ise duygu durum değişikliklerinin olmaması, doğum kontrol yöntemi kullanmak zorunda kalmamak, özgür hissetme ve fiziksel refahın kısıtlanmaması şeklinde belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kadınlar menopozun başka olumlu yanlarını ise hijyenik ped kullanmamak ve daha fazla çocuk sahibi olmamayı belirtmişlerdir (Kowalcek ark.,2005). Sis (2010)'in araştırmasında kadınların %60,8'inin yaşlandığını hissetme ve %41,8'inin üretkenliğinin son bulmasını menopozu olumsuz yanları olarak belirtmişlerdir (Sis, 2010)

Simon ve Reape'nin (2009) yaptıkları çalışmada klimakterium dönemindeki kadınların %91'inde irritabilite hali, sinirlilik hali, %86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyonda azalma, %81'inde karakter değişikliği, %77'sinde uyku düzeninde bozulma, %77'sinde motivasyonda azalma, %75'inde hafıza değişiklikleri, %37'sinde

sıcak basması, %19'unda baş ağrısı ve %18'inde terlemede artış olduğu bildirilmiştir (Simon ve Reape, 2009)

Yapılan çalışmalarda post-menopozal dönemdeki kadınların ciddi şekilde sıcak basması durumu yaşadıkları, bu durumun yaşanmasının ve de bu durumun ciddiyet ve sıklığının da istatistiki olarak anlamlı bir şekilde anksiyete skorları ile bağlantılı olduğunun tespit edildiği görülmektedir. Yine aynı çalışmada elde edilen sonuçlara göre, orta şiddetli anksiyete şikâyet skoru sahibi kadınların, normal düzeyli anksiyete şikâyet skoru sahibi kadınlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla sıcak basması deneyimledikleri, yüksek şiddetli anksiyete şikâyet skoru sahibi olanlarda ise bu oranın neredeyse 5 kata yükseldiği gözlemlenmiştir (Freeman ark., 2005).

Başka çalışmada ise perimenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların, premenopoz dönemdeki kadınlara göre daha yüksek depresyon ve anksiyete skorlarına sahip olduğu, bu skorlarında istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği, ancak perimenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların anksiyete değerlerine bakıldığında ise postmenopoz dönemde daha düşük skorlar elde edilmiş olmakla birlikte bu durumun istatistiki olarak kanıtlanamadığı görülmektedir (Tangen ve Mykletun, 2008). Bryant ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan literatür taramasında menopozal geçişteki anksiyete yakınmalarının düşük seviyede olduğu tespit edilmiş, bununla birlikte genel olarak literatürdeki çalışmaların tatmin edici metodolojiler ile hazırlanmadığı ve bu nedenle de bunların tam olarak güvenilebilecek sonuçlar olmadığı vurgulanırken, buna sıcak basması durumları ile anksiyete durumu arasındaki ilişkinin ise ciddi bulgulara dayandığı sonucu ilave edilmiştir (Bryant ark., 2012).

Diğer taraftan menopoza dair sancıların azaltılması için uygulanan hormon tedavisinin anksiyete probleminin giderilmesi açısından da faydalı olduğu söylenebilir. Zira yapılan çalışmalarda, hormon replasman tedavisi (HRT) uygulanan kadınlarda daha düşük anksiyete ve depresyon skorları elde edildiği saptanmıştır (Angelo ark., 1997; Yazici ve ark., 2003).

2.7.11. Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşama Etkisi

Bu dönemde kadınlarda yaşam tarzı, cinselliğe ilişkin deneyimler, sosyokültürel ve çevresel faktörler, eşin durumu, dini inanışlar, mevcut geçirilmiş hastalık ve

operasyonlardan dolayı cinsel yaşam etkilenmekte aynı zamanda hormonal değişikliklerde cinsel yaşamı etkilenmektedir (Nalbant, 2009).

Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili çalışmalara bakıldığında erkek cinsel fonksiyon bozukluğundaki ilerlemelere karşın kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Kadınların cinsel yaşamına ilişkin sorunların tespit edilmesi ve bu sorunlara yönelik özümlemlerin üretilmesindeki gecikmenin konu ile ilgili çalışmalardaki sınırlılıklara neden olduğu düşünölmektedir (Akarsu ve Beji., 2016). Kişisel bakımın bir parçası olarak, sağlıklı yaşam biçimi kazanılması, yaşlanma ve menopoza karşı olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesi ayrıca stresle baş etme mekanizmalarının geliştirilmesini içermektedir (Nalbant, 2009).

Orta yaştaki kadınlarda cinsel sorunlar yaşamı boyunca yaygın görölmektedir (Özcan ve Beji, 2014). Menopozal dönemde başta östrojen olmak üzere progesteron ve testosteron düzeyindeki azalmaya bağlı olarak vulvovajinal atrofi, deri ve mukoza lezyonları, vajinitis, enfeksiyon, inkontinans gibi üriner sistem sorunları, vajinal kuruluk, elastikiyette azalma, vajinal duvarda incelme ve rugae kaybı, depresif mod vb. değişiklikler meydana gelmekte, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı gibi cinsel fonksiyon boyutlarında bozulma eğilimi artmaktadır (Assaf ark., 2017; Duncan, 2018; Gleser, 2015; Moral ark., 2018; Smith ark., 2017; Willison ark., 2017).

Yapılan çalışmalara göre menopoz dönemdeki kadınların önemli bir bölümü, cinsel işlev bozukluğu deneyimlemektedir (Castelo-Branco ark., 2003; Lorraine Dennerstein ve Hayes, 2005). Başka çalışmalarda, bu işlev bozukluklarının ise libido düşüklüğü, disparoni, vajinal kuruluk, vajinal atrofi, orgazma ulaşamama vb. problemler şeklinde yaşandığı (Graziottin ve Leiblum, 2005; Schnatz ark., 2010).

Vajinal atrofinin, vajinal kuruluk, kaşınma, tahriş, idrar yaparken yanma ya da ağrı oluşması ve/veya birleşme esnasında ağrı ya da kanama oluşması olarak tanımlandığı bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu arzu, uyarılma/tahrik ve orgazm sorunları olarak 3 aşamada ele alınmış ve çalışma sonucunda da vajinal atrofinin ve cinsel işlev bozukluğunun post-menopoz dönemdeki seksüel olarak aktif kadınlarda çok yaygın olduğu ve cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların vajinal atrofi sahibi olma ihtimalinin, cinsel işlev bozukluğu yaşamayan kadınlara göre neredeyse 4 kat (3,84 kat) fazla olduğu tespit edilmiştir (Levine ark., 2008). Ülkemizde kadınlarda en çok

rastlanan cinsel fonksiyon problemleri sırasıyla; cinsel istekte azalma, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin sorunları ve ağırlı cinsel ilişkidir (Aslan ve ark., 2008). Merghati-Khoei ve arkadaşlarının (2014), 40-65 yaş arası menopozal dönemdeki İranlı kadınların %94,5'inde cinsel istekte azalma olduğunu göstermiştir.

Hormon Replasman Tedavisi Postmenopozal dönemdeki kadınlarda kişiselleştirilmelidir ve bütün kadınlara ihtiyacı olan şekilde yaklaşılmalıdır aynı zamanda kadınların düzenli kontrolleri de yapılmalıdır (Bozkurt ve Sevil, 2016). Cinsel sorunlara neden olan faktörler arasında depresyon, anksiyete, organik faktörler ve ilaçlar yer almaktadır. Bu cinsel sorunların en önemli nedeninin psikososyal nedenler olduğu belirtilmektedir (Bilgin ve Kömürcü, 2016).

2.8.Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü

Menopoz dönemi kadın sağlığı ve üreme yönünden önemli bir konudur (Moghani ark., 2016). Kadının sosyal çevresi ve ailesinde ortaya çıkan değişiklikler, menopoz döneminde uyum problemlerine neden olan bir kriz dönemi haline getirebilir. Kadın menopoz döneminde emeklilik, ev kadınlığı, eş ölümü, eşinin ilgisizliği gibi çok yönlü bir değişikliğe uyum sağlamak durumundadır (Atasü, 2001)

İskoçya'da yapılan bir çalışmada kadınların %60'ından fazlasının aile ve arkadaşları ile konuşarak sağladığı sosyal desteği kullanarak menopoz semptomlarıyla baş ettikleri saptanmıştır (Duffy ark., 2012). Türkiye'de yapılan bir araştırmada kadınların menopozal semptomlarla baş etmek için %25,7'sinin alternatif yöntemler kullandığı ve yarısında fazlasının ise hiçbir yöntem kullanmadığı bildirilmiştir (Tümer ve Kartal, 2018).

Kadınların menopozal dönemini rahat geçirebilmeleri için yaşadıkları sorunları, kültürel farklılıkları ve sorunlara yönelik girişimlerin hemşirelere anlatılması ve hemşirelerin bu dönemdeki kadınlara daha duyarlı yaklaşımları gerektiği belirtilmektedir (Vural ve Yangın, 2016). Yapılan bir araştırma sonuçlarına göre sosyal destek, problem çözme ve hedef değiştirme gibi problem odaklı stratejilerin, performansı veya cinsel doyumu arttırmak için en iyi stratejiler olduğu belirlenmiştir. Menopoz döneminde semptomlarla baş etmelerinde hemşirelerin önemli rolleri vardır. Bu dönemde kadınlara; sigara ve alkol kullanılmaması gerektiği, menopoz döneminin normal bir süreç olduğu, kendi kendine meme muayenesinin önemi, uygun beslenmenin

önemi, düzenli seksüel yaşamın sürdürülmesinin, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanmasının, uygun fiziksel aktivite yapılmasının, sosyal aktivitelere katılmanın ve düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmanın gerekliliği konularında hemşireler tarafından eğitimler verilmelidir (Çelik ve Pasinoğlu, 2013).

Hemşire ve ebelerin menopozal semptomların şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltmak ve menopoza yönelik olumlu tutum geliştirme ve semptomlarla baş etmeye yönelik kadınların desteklenmesi konusunda etkin rol oynaması önerilmiştir (Tümer ve Kartal, 2018). Menopoz döneminde sık görülen bir sorun olmasına rağmen birçok kadının cinsel sağlık sorunlarını utanç verici buldukları için diğer kadınlarla ya da doktorlarla konuşmak istemedikleri bildirilmiştir (Nappi ark., 2018). Bu nedenle menopoz alanında çalışan hemşirelere menopozal dönemdeki kadınların öncelikli olarak cinsel sağlık tanılarını yapmaları, kadınların cinsel yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri, uygun bakım girişimlerini planlamaları, gereken durumlarda ilgili alanda bir uzmana yönlendirmeleri önerilmektedir (Süt ve Küçükkaya, 2018). Toplumda yaşayan kadınlarda menopoz semptomlarının sıklığını ve yönetimi belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada kadınların üçte birinden fazlasının menopoz semptomları için hemşirelerden, beşte birinin ise eşlerinden daha fazla destek istediğini belirtmişlerdir (Duffy ark., 2012). Menopoz dönemindeki kadınların sağlığını korumada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren program uygulanmalıdır. Hemşireler kadınlara menopozun yaşanması gereken bir dönem olduğu ve menopozun bir hastalık olmadığını belirtmeli, duygusal ve fiziksel yakınmaları azaltmada destek olmalıdır. Hemşire menopoz dönemiyle ilgili sorunları olan bir kadının menopoz hakkında ne kadar bilgisinin olduğunu, menopozla ilgili duygularını ve düşüncelerini açığa çıkarmasında bireyi desteklemelidir (Pınar ve ark., 2015).

Hemşireler, kadına kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlamak için önemli bir konumda olup menopoz sırasında karşılaşılan fiziksel ve psikolojik zorlukları değerlendirerek ve ele alarak kapsamlı bir bakım sağlamada etkilidir. Menopoza geçişte ve yaşlandıkça hem sağlığı hem de refahı artırmak için kırsal topluluklarda yaşayan kadınlara destek sağlamak için yenilikçi stratejiler kullanmalıdır (Price ark., 2007).

2.9.Menopozda Tedavi

Kadınlarda östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak menopozal semptomların ortaya çıktığı bilinmektedir. Menopozal dönemde tedavide amaç eksik olan hormonun yerine vücuttan aynı etkiyi gösterecek sentetik ve doğal hormonların konulmasıdır ve bu nedenle tedavide hormon kullanılmaktadır (Toker, 2007). Östrojen tedavisi menopoz dönemindeki yakınmaların kontrol altına alınmasında ve azaltılmasında tıbbi tedavinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastaya olan yarar ve zararı değerlendirildikten sonra östrojen tedavisine karar verilmelidir (Taşkın, 2014). Tedavinin süresi ve kişiye uygun hormonun verilmiş yolu tedavi sürecinde önem arz etmektedir (Atasü ve Şahmay, 2001). Yapılan araştırma raporlarına bakıldığında, 5 yıldan daha uzun süreyle HRT alan kadınların meme kanseri görülme sıklığında artma olduğu belirtilmiştir. HRT'si alan kadınların riskler hakkında ve dikkatli kullanılması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (Taşkın, 2014).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanımındaki amaç, östrojen eksikliğine bağlı ortaya çıkan semptomları azaltmak ve menopoz dönemindeki kadının yaşam kalitesini yükseltmektir. HRT'nin günümüzdeki kullanım alanları; vazomotor semptomlar, genito-üriner atrofi ve osteoporozun önlenmesine yöneliktir. HRT'nin endometriyum ve meme kanseri, venöz tromboemboli, stroke, kardiyak etkileri ile ilgili risk artışları hastaya anlatılmalı, mevcut risk faktörleri değerlendirilmelidir (Tuzcular ve Gönenç, 2014). 2002'de sonuçları açıklanan Women's Health Initiative (WHI) çalışması, HRT'nin meme kanseri, miyokard enfarktüsü, stroke ve venöz tromboemboli artışı gibi olumsuz sonuçlarına işaret etmiştir. Olumlu sonuçlar ise kolon kanseri ve kalça kırığı riskinin azalmasıdır (Rossouw ark., 2002). Kardiyovasküler hastalık riskini önlemek amacıyla birinci basamakta HRT dışında diğer önlemler (diyet, sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel aktivite, statin kullanımı vb.) ön planda olmalıdır (Tuzcular ve Gönenç, 2014). Postmenopozal dönemdeki kadınların düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılması ve takip edilmesi koruyucu hekimlik yönünden çok önemlidir (Cengiz ve Çağlar, 2012).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma, postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas il merkezinde bulunan Alibaba Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Alibaba Aile Sağlığı Merkezinde 4 doktor 2 uzman doktor olmak üzere toplam 6 doktor, 4 ebe, 2 hemşire, 1 tıbbi sekreter ve 1 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezinde laboratuvar hizmetleri, muayene hizmetleri, kanser taramaları, ana çocuk sağlığı hizmetleri ve rapor hizmetleri verilmektedir. Muayene hizmetleri kapsamında; muayene, müdahale, pansuman yapılmaktadır. Laboratuvar hizmetleri kapsamında; biyokimya, hematoloji, sedimentasyon, bulaşıcı hastalık taraması yapılmaktadır. Ana Çocuk Sağlığı kapsamında; cinsel ilişki danışmanlığı, oral kontraseptif ve kondom dağıtımı, doğum öncesi ve doğum sonrası danışmanlığı, gebelik danışmanlığı, gebelikte beslenme, emzirme danışmanlığı, beslenme danışmanlığı, aşı hizmetleri, büyüme ve gelişme takibi, lohusa bakım ve izlem hizmetleri verilmektedir. Kanser taraması kapsamında; 50-70 yaş arası nüfusun dışkıda gizli kan testi yapılarak kolorektal kanseri, ayrıca vajinal smear ve HPV taramaları ile kadın genital kanserleri (serviks kanserleri) erken tanısına yönelik tetkikler yapılmaktadır. Rapor hizmetleri kapsamında; iş göremezlik raporu, evlilik raporu, istirahat raporu, işe giriş raporu, ehliyet raporu gibi raporları düzenlenmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini Sivas Alibaba Aile Sağlığı Merkezine başvuran, son menstruasyonları üzerinden en az 12 ay geçmiş olan 45-65 yaş grubu kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın evren sayısı hesaplanamamıştır.

3.4.Araştırmanın Örnekleme

Hedef kitledeki birey sayısı bilinmediğinden örneklem büyüklüğünü belirlemek için evreni bilinmeyen durumlarda örneklem hesaplanması formülü kullanılmıştır. Daha önceki yapılan çalışmada kadınlarda menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puan ortalamasının ise 14.65 ± 7.62 olduğu saptanmıştır (Tümer ve Kartal, 2018). Bu

puan ortalamasına göre örneklem hesaplandığında 223 kadının çalışma kapsamında alınması gerektiği bulunmuştur. Hedef kitledeki birey sayısı bilinmediğinden örneklem büyüklüğünü belirlemek için aşağıdaki formül kullanılarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir.

n = Örneklem alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t Tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

σ =Evren standart Sapması=7,62

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0.05).,

Formüle göre hesaplandığında:

$$n = \frac{t^2 \cdot \sigma^2}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \cdot (7,62)^2}{1^2} \cong 223$$

Örneklemin evreni temsil edebilmesi için en az 223 kişi gerektiği hesaplanmış ve araştırma 223 kadın ile yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemine alınma kriterlerini ise; Araştırmaya Sivas Alibaba Aile Sağlığı Merkezine bağlı olan ve son menstruasyonları üzerinden en az 12 ay geçmiş olan 45-65 yaş grubu olan ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Genel Sağlık Anketi-28 (EK-2) ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur ve 15 sorudan oluşmaktadır. (Avcı, 2013; Gözyeşil ve Başer 2016; Özcan ve Oskay, 2013). Kişisel bilgi formunda sosyodemografik özellikleri ile ilgili olarak yaş, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili sorular mevcuttur. Obstetrik ve jinekolojik özellikler ile ilgili sorular; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, menopoza girme şekli, hormon replasman tedavisi

kullanımı, menopoza girdi ise hangi yolla menopoza girdiği ile ilgili sorular mevcuttur (EK-1).

3.5.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)'nin orijinal adı Menopause Rating Scale'dır. Schneider, Heinemann ve arkadaşları (1992) tarafından Almanca olarak geliştirilen ölçek menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 1996 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından İngilizce 'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Gürkan (2005) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Menopozal semptomları içeren likert tipi ölçekte seçenekler 0: Hiç yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli şeklindedir. Maddelerin her birinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten hesaplanan en alt puan "0" iken en üst puan "44"dür. Menopozal semptomları kapsayan ölçek 3 alt boyuttan ve 11 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar, somatik şikayetler (1.,2.,3. ve 11. maddeler), psikolojik şikayetler (4.,5.,6. ve 7. maddeler), ürogenital şikayetler (8.,9. ve 10. maddeler) dir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ve bunun yanında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir. Ölçeğin özgün formunda, Chronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,84'tür. Alt grupların Chronbach alpha değeri somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72'dir (Gürkan, 2005) (EK-2).

3.5.3. Genel Sağlık Anketi (GSA-28)

Genel Sağlık Anketi, Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup, anketin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Kılıç tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Kılıç'ın yaptığı çalışmada GSA-28'in güvenilirliği (Cronbach's alpha) 0.94, kesme noktası "5" için duyarlılığı %73,7 olarak bulunmuştur. GSA-28 toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruh sağlığı sorunlarını saptamak amacıyla oluşturulmuş, bireyin kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Kısa ve uygulaması kolay bir test olup ruhsal sorunu olduğu halde, bireyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya yöneltecek türden rahatsızlıkların saptaması amaçlanmıştır. Anket her biri yedi maddeden oluşan dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; somatik semptomlar, anksiyete ve uyku bozuklukları, sosyal fonksiyonda bozulma ve ağır

depresyondur. Yapılan çalışmalar alt ölçeklerin birbirinden bağımsız olmadığını belirlemiştir. 28 maddeden oluşan ölçek, her bireyin son zamanlardaki yakınmasının olup olmadığına dair bir sorudan ve “her zamankinden azdan” “her zamankinden çok daha fazlaya” uzanan dört maddeli cevaptan oluşmaktadır. Dört maddeli cevap skalası, Goldberg tarafından geliştirilen “GSA tipi puanlama” yöntemi olan ilk iki maddenin negatif, son iki maddenin pozitif olarak puanlandığı iki maddeli bir ölçek olarak kullanılmıştır. Buna göre a, b maddeleri “(0) sıfır”, c, d maddeleri “(1) bir” olarak alınmıştır. Dört maddeli cevabın uçtaki veya ortadaki cevabı işaretleme eğilimini önleme gibi bir yararı vardır. Uygulama sonrasında en az 0, en çok 28 puan alınabilmekte olup, bu puanın fazla olması ruhsal sağlıktaki rahatsızlık olasılığını artırmaktadır (Kılıç, 1996) (EK-3).

3.6.Araştırmanın uygulanması

Çalışmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu (EK-1), MSDÖ (EK-2) ve GSA-28 (EK-3) kullanılmıştır. Sivas il merkezinde bulunan Alibaba Aile Sağlığı Merkezine başvuran araştırma kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan Ekim 2019 ve Kasım 2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yoluyla veri toplama formları uygulanmıştır. Formlar uygulanmadan önce kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Görüşmeler her bir kadında Kişisel Bilgi Formu için ortalama 5 dakika, ölçekler için ortalama 20 dakika olmak üzere, yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Araştırmamızda formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı’ndan 07.08.2019 tarihli ve 2019-08/03 no ‘lu kararla etik kurul onayı (EK-5), çalışmanın yapılacağı Sivas Alibaba Aile Sağlığı Merkezi’nin bağlı olduğu T.C. Sivas Valiliği Sivas İl Sağlık Müdürlüğü’nden (EK-6). Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayandığından kadınlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gerekli izinler alınmıştır.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 23.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normalliğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Veriler parametrik şartları sağlıyorsa bağımsız iki grup için independent sample t test, ikiden fazla grup için F testi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. İkiden fazla gruplu karşılaştırmalar için ANOVA kullanırken, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımını sağlayanlarda Tukey, homojenlik varsayımını sağlamayanlarda Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Varsayımlardan herhangi biri veya hepsi sağlanmıyorsa, bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

Postmenopozal dönemdeki Kadınlarda menopoz semptomlarının genel sağlık durumuna etkisini incelemesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1.Kadınlara Tanıtıcı Özelliklerine Dair Bulgular

Yaş (x=55,85)	Sayı	Yüzde
45-50	56	25,1
51-55	44	19,7
56-60	60	26,9
61 ve üzeri	63	28,3
Medeni durum		
Evli	154	69,1
Bekar	38	17,0
Boşanmış	31	13,9
Eğitim		
İlkokul	60	26,9
Ortaokul	50	22,4
Lise	43	19,3
Üniversite ve üzeri	23	10,3
Okuryazar	30	13,5
Okuryazar değil	17	7,6
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	132	59,2
Emekli	44	19,7
Çalışıyor	47	21,1
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	103	46,2
Kullanmıyor	120	53,8
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyor	44	19,7
Kullanmıyor	179	80,3

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda, katılımcıların %26,9’unun 56-60 yaş arasında olduğu, %69,1’inin evli olduğu, %26,9’unun eğitim düzeyinin ilkokul olduğu, %59,2’sinin çalışmadığı, %53,8’inin sigara kullanmadığı ve %80,3’ünün alkol kullanmadığı tespit edilmiştir.



Tablo 4.2.Kadınların Sağlığına Yönelik Bulgular

Gebelik Sayısı	Sayı	Yüzde
1 defa	27	12,1
2 defa	43	19,3
3 defa	52	23,3
4 defa	49	22,0
5 defa	26	11,7
6>	26	11,7
Yaşayan çocuk		
1 çocuk	24	10,8
2 çocuk	67	30,0
3 çocuk	68	30,5
4 çocuk	38	17,0
5>	17	7,6
Düşük sayısı		
Yok	144	64,6
1 kez	57	25,6
2 kez	18	8,1
3 kez	4	1,8
Kürtaj sayısı		
Yok	191	85,7
1 kez	31	13,9
2 kez	1	0,4
Geçirilen Ameliyat		
Tüplerin bağlanması	53	23,8
Rahim ve yumurtalık	46	20,6
Rahim ur-myom alınması	37	16,6
Meme alınması	37	16,6
Üreme organı sarkması tamiri	33	14,8
Yumurtalıklardan kist alınması	23	10,3
Sadece rahim alınması	19	8,5

Tablo 4.2 devamı

Hastalık	Sayı	Yüzde
Şeker hastalığı	102	45,7
Yüksek tansiyon	88	39,5
Romatizma	62	27,8
Üreme organı kanseri	24	10,8
Üreme oranı sarkması	19	8,5
İdrar kaçırma	23	10,3
Diğer	7	3,1
Sürekli kullanılan ilaç var mı		
Var	162	72,6
Yok	49	22,0
Kullanılan ilaç		
Şeker	101	45,3
Hipertansiyon	89	39,9
Romatizma	52	23,3
Kemik erimesi	46	20,6
Kalp	11	4,9
Kolesterol	10	4,5
Antidepresan	8	3,6
Menopoza girme yolu		
Doğal yolla	183	82,1
Cerrahi yolla	40	17,9
Menopoza yönelik doktora gitme durumu		
Evet	119	53,4
Hayır	104	46,6
Menopoza yönelik bilgi alma durumu		
Evet	149	66,8
Hayır	74	33,2
HRT alma durumu		
Almadım	120	53,8
Halen alıyorum	29	13,0
Önceden aldım şimdi almıyorum	74	33,2

Tablo 4.2’de kadınların sağlığına yönelik bulgulara yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde, kadınların %23,3’ünün 3 defa gebe kaldığı, %30,5’inin yaşayan çocuk sayısı 3 olduğu, %64,6’sının hiç düşük yaşamadığı, %85,7’sinin kürtaj yaptırmadığı, %23,8’inin ameliyat geçirme sebebini tüplerin bağlanması olduğu, %45,7’sinde şeker hastalığının olduğu, %72,6’sı sürekli ilaç kullanmakta olduğu ve %45,3’ünün şeker ilaçları kullandığı, %53,4’ünün menopoza doğal yolla girdiği, %53,4’ünün menopoza yönelik bilgi almak için hekime başvurduğu, 66,8’inin menopoza yönelik bilgi aldığı ve %53,8’inin menopoza yönelik hormon replasman tedavisin almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.Kadınların MSDÖ Puan Ortalamaları

MSDÖ maddeler	Alnabilecek alt- üst değerler	Alınan alt ve üst değerler	Ort±ss
1.Sıcak basması, terlemeler	0- 4	1- 4	2,58±0,61
2.Kalp rahatsızlıkları	0- 4	0-4	1,52±0,88
3.Uyku sorunları	0- 4	1-4	2,90±0,77
4.Keyifsizlik hali	0- 4	0-4	2,02±0,71
5.Sinirlilik	0- 4	0-3	1,73±0,72
6.Endişe / Kaygı	0- 4	0-4	1,74±0,80
7.Fiz. ve zihinsel yorgunluk	0- 4	1-4	2,54±0,59
8.Cinsel sorunlar	0- 4	0-4	1,94±1,03
9.İdrar sorunları	0- 4	0-4	1,49±0,87
10.Vajinada kuruluk	0- 4	0-4	2,16±0,78
11.Eklem ve kas rahatsızlıkları	0- 4	0-4	2,06±0,60

Tablo 4.3’te MSDÖ’nden alınan istatistiki bilgiler yer almaktadır. Buna göre ölçeği oluşturan ifadelerden ilki olan sıcak basması, terleme (terleme nöbetleri)nin aldığı değer aralığı bir ve dört olurken $\bar{x} = 2,58$ olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte yer alan ikinci ifade kalp rahatsızlıklarının sıfır ve dört arasında değer aldığı ve $\bar{x} = 1,52$ olduğu,

üçüncü ifade olan uyku sorunlarının bir ve dört arasında değer aldığı ve $\bar{x}=2,90$ olduğu, dördüncü ifade olan keyifsizlik halinin sıfır ve dört arasında değer alarak $\bar{x}=2.02$ olduğu, sinirlilik ifadesinin sıfır ve üç arasında değer aldığı $\bar{x}=1,73$ olduğu, endişe ve kaygı ifadesinin sıfır ile dört arasında değer aldığı $\bar{x}=1.74$ olduğu, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ifadesinin bir ve dört arasında değerler aldığı $\bar{x}=2.54$ olduğu, cinsel sorunlar ifadesinin de sıfır ile dört arasında değerler aldığı $\bar{x}=1.94$ olduğu, idrar sorunları ifadesinin sıfır ve dört $\bar{x}=1,49$ olduğu, vajinada kuruluk ifadesinin sıfır ve dört arasında değer aldığı $\bar{x}=2,16$ olduğu görülürken ölçekte yer alan son ifade olan eklem ve kas rahatsızlıklarının sıfır ve dört arasında değer alırken $\bar{x}=2.06$ puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4.4.Kadınların MSDÖ ve alt boyutlarının istatistiksel verileri Cronbach Alpha değerleri

MSDÖ alt boyutları	Madde sayısı	Alınabilecek alt ve üst değerler	İşaretlenen alt ve üst değerler	Ölçek Ort. \pm ss	Cronbach Alfa değeri
Somatik Semptomlar	4	0-16	3,00-13,00	9,07 \pm 1,86	0,74
Psikolojik Semptomlar	4	0-16	2,00-14,00	8,04 \pm 2,30	0,75
Ürogenital Semptomlar	3	0-12	1,00 \pm 10,00	5,60 \pm 2,05	0,78
Toplam MSDÖ	11	0-44	8,00 \pm 34,00	22,72 \pm 4,82	0,76

Tablo 4.4'te Kadınların MSDÖ ve alt boyutlarının istatistiksel verileri Cronbach Alpha değerleri sunulmuştur. Çalışmamızda kadınların MSDÖ'nün "somatik semptomlar" alt boyutu puan ortalaması 9,07 \pm 1,86, "psikolojik semptomlar" alt boyutu puan ortalaması 8,04 \pm 2,30, "ürogenital semptomlar" alt boyutu puan ortalaması 5,60 \pm 2,05, toplam MSDÖ puan ortalaması 22,72 \pm 4,82 bulunmuştur

Tablo 4.5.Kadınların Yaşadığı Menopoz Semptomlarının Şiddetine Göre Dağılımları

MSDÖ maddeler	Hiç yok (0)		Hafif (1)		Orta (2)		Şiddetli (3)		Çok şiddetli (4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Sıcak basması, terlemeler	8	3,6	84	37,7	-	-	124	55,6	7	3,1
2.Kalp rahatsızlıkları	28	12,6	80	35,9	88	39,5	25	11,2	2	0,9
3.Uyku sorunları	9	4,0	-	-	52	23,3	114	51,1	48	21,5
4.Keyifsizlik hali	6	2,7	32	14,3	139	62,3	42	18,8	4	1,8
5.Sinirlilik	10	4,5	65	29,1	122	54,7	26	11,7	-	-
6.Endişe / Kaygı	15	6,7	61	27,4	115	51,6	30	13,5	2	0,9
7.Fiz. ve zihinsel yorgunluk	-	-	10	4,5	84	37,7	127	57,0	2	0,9
8.Cinsel sorunlar	20	9,0	58	26,0	66	29,6	72	32,3	7	3,1
9.İdrar sorunları	33	14,8	70	31,4	99	44,4	19	8,5	2	0,9
10.Vajinada kuruluk	3	1,3	39	17,5	106	47,5	69	30,9	6	2,7
11.Eklem ve kas rahatsızlıkları	3	1,3	23	10,3	155	69,5	40	17,9	2	0,9

Tablo 4.5'te kadınlarda menopoz semptomlarının şiddetlerine dair bulgular verilmiştir. Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, %55,6'sında sıcak basması ve terleme şiddetli şekilde, %39,5'inde kalp rahatsızlıklarının orta düzeyde, %51,1'nin uyku sorunlarını şiddetli düzeyde yaşadığı, %62,3'ünün keyifsizlik halinin olduğu, %54,7'sinin sinirlilik halinin olduğunu, %51,6'sının endişe kaygı durumunun orta düzeyde olduğu, %57'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluğu şiddetli şekilde yaşadığı, %32,3'ünün cinsel sorunları şiddetli düzeyde yaşadığı, %44,4'ünün idrar sorunlarını orta düzeyde, %47,5'inin vajinada kuruluk yaşamasını orta düzeyde yaşadığı %69,5'inin kelem ve kas rahatsızlıklarını orta düzeyde yaşamış olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6.Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi

Değişken	Somatik şikayetler			Psikolojik şikayetler			Ürogenital şikayetler		
Yaş	$\bar{X} \pm ss$	Min	max	$\bar{X} \pm ss$	Min	max	$\bar{X} \pm ss$	Min	max
45-50	7,85±2,19	3,00	13,00	8,01±2,44	2,00	14,00	4,85±2,19	1,00	10,00
51-55	9,11±1,67	6,00	13,00	8,09±2,39	2,00	13,00	5,31±2,05	1,00	9,00
56-60	9,50±1,61	6,00	13,00	7,78±2,24	2,00	12,00	5,76±2,02	2,00	10,00
61>	9,71±1,34	7,00	13,00	8,30±2,16	4,00	13,00	6,30±1,70	2,00	9,00
Analiz	KW=13,420 ; p=0,000			KW= 0,523; p=0,667			KW=5,625; p=0,001		
Medeni Durum									
Evli	9,07±1,92	3,00	13,00	8,07±2,24	2,00	14,00	6,02±1,94	1,00	10,00
Bekar	9,47±1,55	6,00	13,00	7,97±2,44	2,00	12,00	5,05±2,03	2,00	9,00
Boşanmış	8,58±1,85	5,00	13,00	8,03±2,48	2,00	12,00	4,16±1,84	1,00	8,00
Analiz	KW= 1,978; p=0,141			KW= 0,028; p=0,972			KW= 13,651; p=0,000		
Eğitim									
Okuryazar değil	9,75±1,73	7,00	13,00	8,02±2,02	3,00	12,00	6,20±2,09	2,00	10,00
Okuryazar	9,14±1,97	3,00	13,00	8,50±2,62	2,00	14,00	5,82±1,96	2,00	10,00
İlkokul	8,60±1,69	4,00	12,00	8,00±1,98	2,00	12,00	5,30±2,22	1,00	8,00
Ortaokul	7,43±2,27	3,00	13,00	7,39±7,39	2,00	11,00	4,13±1,69	1,00	7,00
Lise	9,10±1,16	7,00	12,00	7,60±2,76	4,00	13,00	5,23±1,74	2,00	9,00
Üni. ve üzeri	9,82±1,19	7,00	12,00	8,65±1,90	6,00	12,00	6,24±1,71	3,00	8,00
Analiz	KW= 7,108; p=0,000			KW= 1,227; p=0,297			KW= 4,518; p=0,001		
Çalışma durumu									
Çalışmıyorum	9,15±1,83	3,00	13,00	8,14±2,50	2,00	14,00	5,87±2,03	1,00	10,00
Emekli	9,84±1,46	7,00	13,00	8,14±1,76	4,00	11,00	5,93±1,96	2,00	8,00
Çalışıyor	8,13±1,92	3,00	13,00	7,70±2,19	2,00	11,00	4,53±1,89	1,00	8,00
Analiz	KW= 10,773; p=0,000			KW= 0,674; p=0,511			KW= 8,626; p=0,000		
Sigara kullanma									
Evet	8,78±1,89	3,00	13,00	8,11±2,31	2,00	13,00	5,42±2,05	1,00	9,00
Hayır	9,31±1,81	3,00	13,00	7,99±2,29	2,00	14,00	5,75±2,05	1,00	10,00
Analiz	MW=4,560; p=0,034			MW=0,162; p=0,688			MW=1,370; p=0,243		
Gebelik sayısı									
1 defa	8,48±1,95	5,00	13,00	8,67±2,50	2,00	14,00	4,81±2,09	1,00	8,00
2 defa	8,91±2,03	3,00	13,00	8,30±1,79	5,00	12,00	5,33±2,23	1,00	10,00
3 defa	8,69±2,05	3,00	13,00	7,65±2,45	2,00	12,00	5,60±2,05	1,00	9,00
4 defa	9,00±1,71	6,00	13,00	7,49±2,29	2,00	12,00	5,69±2,00	2,00	10,00
5 defa	9,88±1,45	7,00	13,00	8,00±2,24	4,00	13,00	5,77±1,95	2,00	10,00
6 ve üzeri	10,04±1,11	8,00	12,00	8,88±2,39	4,00	13,00	6,54±1,65	4,00	9,00
Analiz	KW= 3,649; p=0,003			KW= 2,113; p=0,065			KW= 2,135; p=0,062		

Sürekli ilaç kullanma durumu									
Evet	9,47±1,69	3,00	13,00	8,27±2,10	2,00	13,00	5,98±1,86	2,00	10,00
Hayır	7,79±1,80	3,00	11,00	7,48±2,73	2,00	14,00	4,44±2,27	1,00	8,00
Analiz	MW=17,696; p=0,000			MW=3,017; p=0,047			MW=11,789; p=0,000		
Menopoza girme yolu									
Doğal yolla	8,93±1,92	3,00	13,00	7,81±2,28	2,00	14,00	5,51±2,04	1,00	10,00
Cerrahi yolla	9,67±1,43	6,00	13,00	9,10±2,13	5,00	13,00	6,00±2,06	2,00	10,00
Analiz	MW= 5,205; p=0,023			MW= 10,574; p=0,001			MW= 1,846; p=0,176		
Menopoza girmeye yönelik doktora gitme durumu									
Evet	9,12±2,01	3,00	13,00	8,67±2,13	2,00	14,00	5,84±2,01	1,00	10,00
Hayır	9,00±1,67	3,00	12,00	7,33±2,29	2,00	12,00	5,31±2,06	1,00	10,00
Analiz	MW= 0,216; p=0,643			MW= 20,272; p=0,000			MW= 3,758; p=0,054		
Menopoza yönelik bilgi alma durumu									
Evet	9,08±1,89	3,00	13,00	8,24±2,27	2,00	14,00	5,56±2,04	1,00	10,00
Hayır	9,05±1,80	3,00	12,00	7,66±2,31	2,00	12,00	5,67±2,09	1,00	10,00
Analiz	MW= 0,010; p=0,921			MW= 3,158; p=0,077			MW= 0,146; p=0,703		
Yaşayan Çocuk Sayısı									
Yok	8,77±1,09	7,00	10,00	8,77±1,85	5,00	11,00	5,44±2,06	3,00	8,00
1	8,29±2,23	4,00	13,00	8,54±2,73	2,00	14,00	4,91±2,20	1,00	8,00
2	8,79±1,94	3,00	13,00	7,97±2,14	2,00	12,00	5,40±2,18	1,00	10,00
3	8,97±1,51	3,00	13,00	7,51±2,30	2,00	12,00	5,30±1,84	2,00	10,00
4	9,76±1,51	7,00	13,00	8,28±2,20	3,00	12,00	6,10±1,72	2,00	9,00
5 ve üzeri	10,29±1,04	8,00	12,00	8,88±2,44	4,00	13,00	7,47±1,73	4,00	10,00
Analiz	KW= 3,992; p=0,002			KW= 1,701; p=1,136			KW= 4,551; p=0,001		
Düşük Sayısı									
Yok	9,05±1,93	3,00	13,00	8,02±2,27	2,00	14,00	5,54±2,22	1,00	10,00
1	9,00±1,78	4,00	13,00	7,96±2,37	4,00	13,00	5,73±1,62	1,00	9,00
2	9,38±1,61	4,00	12,00	8,38±2,40	5,00	12,00	5,27±1,87	2,00	9,00
3	9,25±1,70	7,00	11,00	8,50±2,51	5,00	11,00	7,25±1,50	5,00	8,00
Analiz	KW= 0,215; p=0,886			KW= 0,209; p=0,890			KW= 1,132; p=0,337		
Kürtaj Sayısı									
Yok	9,05±1,89	3,00	13,00	8,10±2,23	2,00	14,00	5,58±2,04	1,00	10,00
1	9,22±1,68	6,00	13,00	7,67±2,71	2,00	13,00	5,74±2,19	2,00	10,00
2	1,0±8,00	8,00	8,00	8,00±	8,00	8,00	5,00±	5,00	5,00
Analiz	KW= 0,280; p=0,756			KW= 0,468; p=0,627			KW= 0,124; p=0,884		
Doktordan HRT alma durumu									
Almadım	9,00±1,87	3,00	13,00	7,75±2,41	2,00	14,00	5,72±2,00	1,00	10,00
Halen alıyorum	8,17±1,62	5,00	12,00	7,89±2,12	4,00	12,00	4,20±1,98	1,00	8,00
Önce aldım şuan yok	9,52±1,81	3,00	13,00	8,58±2,10	2,00	13,00	5,94±1,96	1,00	10,00
Analiz	KW= 5,906; p=0,003			KW= 3,047; p=0,050			KW= 8,468; p=0,000		

Tablo 4.6.'da kadınların tanıtıcı özelliklerinin menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği açısından farklılaşması incelenmiştir. Buna göre, kadınların yaş

gruplarının ölçek alt boyutlarından somatik şikayetler ($p=0.000$) ve ürogenital şikayetler ($p=0.001$)le olan farklılığı anlamlı görülürken ($p<0.05$) psikolojik şikayetler boyutuyla olan ($p=0.667$) farklılığı önemsiz görülmüştür ($p>0.05$).

Kadınların medeni durumunun ölçek alt boyutlarından olan somatik şikayetler ($p=0.141$) ve psikolojik şikayetler ($p=0.972$) boyutuyla olan farklılığı anlamsız görülürken ($p>0.05$) Ürogenital şikayetler boyutuyla ($p=0.000$) olan farklılığı istatistiksel olarak önemli görülmüştür ($p<0.05$).

Kadınların eğitim durumlarının, ölçek alt boyutlarından somatik şikayetler ($p=0.000$) boyutuyla ve Ürogenital şikayetler ($p=0.001$) boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, psikolojik şikayetler ($p=0.297$) boyutuyla olan farklılığı önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Yine benzer olarak kadınların çalışma durumunun da somatik ve ürogenital şikayetler boyutuyla olan farklılığı anlamlı bulunurken ($p<0.05$) psikolojik şikayetler boyutuyla olan farklılığı anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kadınların sigara kullanma durumlarının, somatik şikayetler alt boyutuna göre farklılığı istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p=.034$), psikolojik ve ürogenital şikayetler boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Benzer olarak gebelik sayısı da somatik alt boyutuyla anlamlı şekilde farklılaşmakta olduğu ($p<0.05$) psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutuyla olan farklılığı önemsiz görülmektedir ($p>0.05$).

Kadınların sürekli ilaç kullanma durumlarının ölçek alt boyutundan somatik boyutuna göre ($p=0,000$; $p<0.05$) psikolojik boyutuna göre ($p=0.047$; $p<0.05$) ve ürogenital boyutuna ($p=0.000$; $p<0.05$) farklılaşmasının önemli olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kadınların menopoza girme yolunun ölçek alt boyutu olan somatik ve psikolojik şikayetler boyutuyla olan farklılığı önemli görülürken ($p<0.05$). Ürogenital şikayetler boyutuna göre farklılaşmasının önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Menopoza girmeye yönelik hekime gitme durumunun somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutuna göre ($p<0.05$) farklılaşması anlamsız bulunurken psikolojik şikayetler ($p=0.000$) alt boyutuyla olan farklılığı anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumlarının ölçek alt boyutlarına göre farklılaşması önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kadınların yaşayan çocuk sayılarının ölçek alt boyutlarından olan somatik şikayetler alt boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemli görülmüştür ($p=0.002$; $p<0.05$). Yine benzer olarak çocuk sayısının Ürogenital şikayetler boyutuyla olan farklılaşması da istatistiksel olarak önemli görülmüştür ($p=0.001$; $p<0.05$).

Kadınların düşük sayısının ve kürtaj sayısının ölçek alt boyutlarından olan somatik şikayetler, psikolojik şikayetler ve ürogenital şikayetler boyutlarıyla farklılığı istatistiksel olarak önemsiz görülmüştür ($p>0.05$). Kadınların doktordan HRT alma durumları ise ölçek alt boyutlarından olan Somatik şikayetler ve ürogenital şikayetler boyutuyla farklılaşması istatistiksel olarak önemli görülmüştür ($p>0.05$).



Tablo 4.7.Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Genel Sağlık Anketi-28 Ölçeğine Göre Farklılaşma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Somatik Semptomlar			Anksiyete-Uyku boz.			Sosyal Fonk. Boz.			Depresyon		
	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max
Yaş												
45-50	2,71±1,89	0,00	7,00	3,29±2,71	0,00	7,00	2,63±2,64	0,00	7,00	1,39±2,05	0,00	7,00
51-55	2,77±2,14	0,00	7,00	3,41±3,41	0,00	7,00	3,09±2,84	0,00	7,00	1,50±2,17	0,00	7,00
56-60	2,90±2,38	0,00	7,00	3,72±3,72	0,00	7,00	4,15±2,86	0,00	7,00	1,40±1,81	0,00	7,00
61>	3,94±1,90	0,00	7,00	3,68±3,68	0,00	7,00	5,33±2,04	0,00	7,00	1,98±2,13	0,00	7,00
Analiz	KW= 4,546; p=0,004			KW= 0,403; p=0,751			KW=12,493; p=0,000			KW=1,156; p=0,327		
Medeni Durum												
Evli	3,22±2,15	0,00	7,00	3,44±2,39	0,00	7,00	4,00±2,80	0,00	7,00	1,66±2,10	0,00	7,00
Bekar	2,68±2,15	0,00	6,00	3,55±2,69	0,00	7,00	4,10±2,75	0,00	7,00	1,68±2,13	0,00	6,00
Boşanmış	3,16±2,01	0,00	7,00	3,95±2,70	0,00	7,00	3,06±2,71	0,00	7,00	1,06±1,56	0,00	7,00
Analiz	KW= 0,967; p=0,382			KW= 0,563; p=0,571			KW= 1,610; p=0,202			KW= 1,161; p=0,315		
Eğitim												
O.yazar değil	3,76±2,38	0,00	7,00	2,50±2,28	0,00	7,00	5,52±2,29	0,00	7,00	2,35±2,59	0,00	7,00
Okuryazar	2,23±1,88	0,00	7,00	3,58±2,47	0,00	7,00	3,10±2,63	0,00	7,00	1,66±2,29	0,00	6,00
İlkokul	3,48±2,03	0,00	7,00	3,71±2,30	0,00	7,00	4,78±2,51	0,00	7,00	1,71±1,88	0,00	7,00
Ortaokul	3,44±2,23	0,00	7,00	3,88±2,68	0,00	7,00	3,98±2,86	0,00	7,00	2,08±2,45	0,00	7,00
Lise	3,00±2,11	0,00	7,00	3,90±2,58	0,00	7,00	3,69±2,84	0,00	7,00	1,04±1,47	0,00	7,00
Üni. Ve üzeri	2,39±1,97	0,00	7,00	2,95±2,36	0,00	7,00	1,56±2,08	0,00	7,00	0,47±0,51	0,00	1,00
Analiz	KW= 2,563; p=0,028			KW= 1,771; p=0,120			KW= 6,937; p=0,000			KW= 3,222; p=0,008		
Çalışma durumu												
Çalışmıyorum	3,21±2,18	0,00	7,00	3,46±2,45	0,00	7,00	4,12±2,74	0,00	7,00	1,95±2,35	0,00	7,00
Emekli	3,52±2,14	0,00	7,00	4,40±2,17	0,00	7,00	5,06±2,30	0,00	7,00	1,31±1,44	0,00	6,00
Çalışıyor	2,48±1,88	0,00	7,00	2,91±2,66	0,00	7,00	2,14±2,58	0,00	7,00	0,78±1,15	0,00	5,00
Analiz	KW= 3,004; p=0,052			KW= 4,357; p=0,014			KW= 15,233; p=0,000			KW= 6,405; p=0,002		
Sigara kullanma												
Evet	3,10±2,11	0,00	7,00	3,63±2,58	0,00	7,00	3,62±2,89	0,00	7,00	1,50±1,93	0,00	7,00
Hayır	3,13±2,16	0,00	7,00	3,45±2,40	0,00	7,00	4,12±2,69	0,00	7,00	1,65±2,13	0,00	7,00
Analiz	MW=0,009; p=0,927			MW=0,267; p=0,606			MW=1,809; p=0,180			MW=0,278; p=0,598		
Gebelik sayısı												
1 defa	2,59±1,69	0,00	5,00	3,81±2,86	0,00	7,00	2,66±2,80	0,00	7,00	1,33±2,05	0,00	7,00
2 defa	3,09±2,29	0,00	7,00	3,55±2,59	0,00	7,00	3,25±2,82	0,00	7,00	1,39±1,96	0,00	7,00
3 defa	3,01±2,33	0,00	7,00	3,46±2,60	0,00	7,00	3,76±3,00	0,00	7,00	1,38±2,02	0,00	7,00
4 defa	2,79±2,06	0,00	6,00	3,20±2,45	0,00	7,00	3,79±2,68	0,00	7,00	1,34±1,72	0,00	7,00
5 defa	3,00±1,76	0,00	6,00	3,07±1,99	0,00	7,00	4,69±2,18	0,00	1,00	1,57±1,87	0,00	6,00
6 ve üzeri	4,65±1,80	0,00	7,00	3,84±2,18	0,00	7,00	5,84±1,91	0,00	7,00	3,00±2,49	0,00	7,00
Analiz	KW= 3,455; p=0,005			KW= 0,588; p=0,709			KW= 4,883; p=0,000			KW= 3,009; p=0,012		
Sürekli ilaç kullanma durumu												
Evet	3,48±2,10	0,00	6,00	3,96±2,37	0,00	7,00	4,69±2,54	0,00	7,00	1,83±2,03	0,00	7,00
Hayır	2,20±1,89	0,00	7,00	2,57±2,50	0,00	7,00	1,65±2,11	0,00	7,00	0,89±1,93	0,00	7,00
Analiz	MW=9,084; p=0,000			MW=10,347; p=0,000			MW=31,087; p=0,000			MW=4,822; p=0,009		
Menopoza girme yolu												
Doğal yolla	2,95±2,13	0,00	7,00	3,35±2,44	0,00	7,00	3,75±2,80	0,00	7,00	1,29±1,79	0,00	7,00
Cerrahi yolla	3,87±2,00	0,00	7,00	4,37±2,50	0,00	7,00	4,52±2,66	0,00	7,00	2,90±2,57	0,00	7,00
Analiz	MW= 6,210; p=0,013			MW= 5,642; p=0,018			MW= 2,518; p=0,114			MW= 22,148; p=0,000		
Menopoza girmeye yönelik doktora gitme durumu												
Evet	3,68±2,10	0,00	7,00	4,44±2,39	0,00	7,00	4,23±2,79	0,00	7,00	1,74±2,02	0,00	7,00
Hayır	2,47±1,99	0,00	7,00	2,50±2,16	0,00	7,00	3,50±2,75	0,00	7,00	1,39±2,06	0,00	7,00
Analiz	MW= 19,533; p=0,000			MW= 39,966; p=0,000			MW= 3,897; p=0,198			MW= 16,813; p=0,000		
Menopoza yönelik bilgi alma durumu												
Evet	3,31±2,16	0,00	7,00	3,92±2,54	0,00	7,00	3,93±2,80	0,00	7,00	1,57±2,00	0,00	7,00
Hayır	2,72±2,04	0,00	7,00	2,75±2,18	0,00	7,00	3,79±2,78	0,00	7,00	1,60±2,13	0,00	7,00
Analiz	MW= 3,761; p=0,054			MW= 11,461; p=0,001			MW= 0,128; p=0,721			MW= 0,017; p=0,897		

Tablo 4.7’de kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin genel sağlık anketi-28 ölçeğine göre farklılaşma durumlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Buna göre kadınların yaş gruplarının somatik semptomlar ($p=0.004$; $p<0.05$) ve Sosyal fonksiyonlarda bozulma ($p=0.000$; $p<0.05$) alt boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemli görülmüştür. Ölçeğin Anksiyete -uyku bozuklukları ve depresyon alt boyutlarına göstermiş olduğu farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kadınların medeni durumlarının, ölçek alt boyutlarına göre farklılaşma durumu anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların eğitim durumlarının ölçek alt boyutlarından somatik semptomlarla ($p=0.028$), sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0.000$) ve depresyon ($p=0.008$) olan farklılığının anlamlı olduğu görülürken, Anksiyete ve uyku bozuklukları boyutuna göre farklılaşma durumunun anlamsız olduğu ($p>0.05$) tespit edilmiştir.

Kadınların çalışma durumlarının Anksiyete – uyku bozuklukları ($p=0.014$), Sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0.000$) ve depresyon ($p=0.002$) boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı görülürken, somatik semptomlar boyutuyla olan farklılığı anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sigara kullanma durumunun ölçek alt boyutlarına göre farklılaşma durumu istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Katılımcıların gebelik sayısı somatik semptomlar ($p=0.005$), Sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0.000$) ve depresyon ($p=0.012$) boyutuyla olan farklılaşması anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların gebelik sayısının, anksiyete-uyku bozuklukları alt boyutuna göre farklılaşma durumu ($p=0.709$) anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların sürekli ilaç kullanma durumları ölçek alt boyutlarına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p<0.05$).

Kadınların menopoza girme yolları, somatik semptomlar ($p=0.013$), Anksiyete-uyku bozuklukları ($p=0.018$) ve depresyon ($p=0.000$) alt boyutuyla farklılaşma durumu istatistiksel olarak anlamlı görülürken, sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0.114$) alt boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemsiz görülmüştür ($p>0.05$). Yine benzer olarak menopoz girmeye yönelik hekime gitme durumunun da ölçek alt boyutlarından somatik semptomlar ($p=0.000$), Anksiyete-uyku bozuklukları ($p=0.000$) ve depresyon ($p=0.000$) alt boyutuyla farklılaşması anlamlı görülürken sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0.198$) boyutuna olan farklılığının önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumlarının ölçek alt boyutlarından Somatik Semptomlar (p=0.054), Sosyal Fonksiyon Bozuklukları (p=0.721) ve depresyon boyutuyla (p=0.897) olan farklılığı anlamsız bulunurken, Anksiyete ve uyku bozuklukları boyutuyla (p=0.001) olan farklılığı önemli görülmüştür (p<0.05).

Tablo 4.8.MSDÖ'nin GSA-28 Ölçeğine Alt Boyutlarına Etkisi

	GSA-28				
	Somatik semptomlar	Anksiyete-Uyku bozuklukları	Sosyal Fonk. Bozulma	Depresyon	GSA-28
MSDÖ	r	r	R	r	r
1.Sıcak basması, terlemeler	,326**	,380**	,086	,158*	,276**
2.Kalp rahatsızlıkları	,069	-,015	,234**	,248**	,159*
3.Uyku sorunları	,567**	,614**	,541**	,289**	,605**
4.Keyifsizlik hali	,398**	,409**	,328**	,478**	,471**
5.Sinirlilik	,430**	,605**	,330**	,456**	,535**
6.Endişe / Kaygı	,549**	,642**	,478**	,561**	,656**
7.Fiz. ve zihinsel yorgunluk	,534**	,539**	,475**	,455**	,592**
8.Cinsel sorunlar	,347**	,306**	,326**	,132*	,335**
9.İdrar sorunları	,359**	,197**	,460**	,313**	,398**
10.Vajinada kuruluk	,419**	,279**	,417**	,307**	,423**
11.Eklem ve kas rahatsızlıkları	,420**	,343**	,418**	,269**	,434**
MSDÖ Alt boyutlar					
Somatik	,514**	,486**	,502**	,378**	,560**
Psikolojik	,589**	,681**	,496**	,606**	,697**
Ürogenital	,489**	,346**	,521**	,318**	,501**
MSDÖ tamamı	,688**	,661**	,653**	,571**	,763**

*: Korelasyon 0,05 düzeyinde; **Korelasyon 0,01 düzeyinde

Tablo 4.8'de görüleceği gibi GSA-28 alt boyutundan somatik semptomlar boyutunun MSDÖ'ndeki ifadelerden ikincisi olan kalp rahatsızlıkları dışındaki bütün ifadelerle pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülmüştür. Anksiyete ve uyku sorunları boyutunun MSDÖ'ndeki ifadelerden kalp rahatsızlıkları dışındaki hepsiyle pozitif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Sosyal fonksiyonlarda bozulma boyutunun ise sıcak basması, terleme dışındaki bütün ifadelerle

pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu, depresyon boyutunun ölçekteki cinsel sorunlar hariç bütün ifadelerde pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülürken, cinsel sorunlar ifadesiyle pozitif yönlü orta düzeyde ilişkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca GSA-28 ölçeğinin tamamının MSDÖ ölçeğinde yer alan kalp rahatsızları hariç diğer ifadeler ve bu ifadelerin oluşturduğu alt boyutla pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit görülürken, kalp rahatsızlıkları ifadesiyle pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.



5.TARTIŞMA

Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda kadınlar yaşamlarının yaklaşık 1/3'ünü menopoz döneminde geçirirler (Dinçer ve Çağlar 2016; Gürkan, 2005). Menopoz dönemindeki kadın popülasyonunun büyüklüğü ve bu dönem kadınlarının yaşadığı sıkıntılar göz önüne alınırsa menopoz önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakıl, 2015).

Östrojen eksikliğine bağlı menopozal dönemdeki kadınlarda vazomotor belirtiler, ruhsal belirtiler, cinsel işlev değişiklikleri ve baş ağrısı, osteoporoz, kas-eklem ağrısı, sıcak basması, uyku sorunları, cinsel istekte azalma, depresyon, stres inkontinans gibi farklı sorunlar ortaya çıkabilir (Kadayıfçı, 2006). Menopoz dönemindeki kadınlarda görülen menopoz semptomlarının kadın vücudu üzerinde yapmış olduğu etki günlük yaşam aktivitelerinizde direkt olarak etkilemektedir (Williams ve ark., 2009; Gözüyeşil ve Başer, 2016). Bu çalışma 45-65 yaş grubu postmenopozal dönemdeki kadınlarda görülen menopoz semptomlarının genel sağlık durumuna etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Tablo 4.1'de kadınların tanıtıcı özelliklerine dair bulgular sunulmuştur. Bu çalışmaya alınan 223 kadının yaş ortalamasının 55,85 olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.1**). Çalışmamızda örnekleme oluşturan 223 kadının %25,1'i 45-50 yaşlarında, %19,7'si 51-55 yaşlarında, %26,9'u 56-60 yaşlarında ve %28,3'ü 61-65 yaş grubundadır (**Tablo 4.1**). Gözüyeşil ve Başer'in (2016) yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalaması $50,4 \pm 3,6$ yaş olarak bulunmuştur. Suudi Arabistan, Riyad'da menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan bir çalışmada, araştırmaya katılanların yaş ortalaması $49,7 \pm 3,5$ olarak bulunmuştur (Aldughaiter ve ark., 2015). Literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, araştırmaya katılanların yaş ortalamasının diğer çalışma bulgularından farklı olarak daha yüksek olması, çalışmaların farklı bölgelerde yapılmasından ve yalnızca son adet üzerinden 1 yıl geçmiş olan postmenopozal kadınların dahil edilmesinden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, %26,9'u ilkokul mezunu, %22,4'ü ortaokul mezunu, %19,3'ü lise mezunu, %10,3'ü üniversite ve üstü eğitim mezunu olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.1**). Avcı'nın (2013) çalışmasında

lise ve üzeri eğitim almış olan kadınların yüzdesi %23,3 olarak belirlenmiştir. Khan ve arkadaşlarının (2016) Hindistan'da yapmış oldukları bir çalışmada kentsel bölgede (%71,7) ve kırsal (%89,4) bölgede yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun okur-yazar olmadığı belirtilmiştir. Kadın Sağlığı Araştırması (2014) sonuçlarında ise Türkiye'de ilköğretim mezunu olan kadın oranı %50,3 iken Ankara'da ilköğretim mezunu kadın oranı %40,9'dur. Bizim çalışmamızdaki verilerin yapılan çalışmalardan farklı olmasının ve eğitim düzeyinin daha yüksek olmasının nedeninin araştırmaya alınan kadınların bireysel, bölgesel ve sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Toplumsal koşulların iyileşmesi ile kadınların eğitim düzeyinin yükseldiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %59,2'sinin çalışmadığı %21,1'inin çalıştığı ve %19,7'sinin de emekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Tablo 4.1). Duman'ın (2016) Malatya'da yapmış olduğu deneysel bir çalışmada kontrol grubundaki kadınların %92,5'nin çalışmadığı, deney grubundaki kadınların %88,9'unun çalışmadığı bildirilmiştir. Aldughaiter (2015)'in yapmış olduğu çalışmasında, kadınların %97,5'inin ev hanımı olduğu bildirilmiştir. Literatüre göre bizim çalışmamızda kadınların çalışma oranının daha yüksek olmasının nedeninin çalışmanın yapıldığı bölge, yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe çalışma yaşamına daha fazla katıldıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %53,8'inin sigara kullanmadığı, %46,2'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında menopoz dönemindeki kadınların %18,1'inin sigara kullandığı bildirilmiştir. Çalışmamızda kadınların sigara kullanma durumlarının yapılan çalışma sonuçlarından daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu yüksekliğin nedeninin kadınların eğitim, yaş, çalışma hayatına katılma, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sigara kullanma durumu; kalp-damar hastalıkları ve akciğer olmak üzere, birçok kronik hastalıkla yakından ilişkilidir. Aile hekimliği olarak her hastanın sigara kullanma öyküsü sorgulanmalı, aktif sigara içicilere sigara bıraktırma konusunda danışmanlık verilmelidir.

Tablo 4.2'de kadınların sağlığına yönelik bulgular sunulmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların gebelik yüzdelerine bakıldığında %12,1'i 1 defa, %19,3'ü 2 defa,

%23,3'ü 3 defa, %22,0'ı 4 defa, %11,7'si 5 defa ve %11,7'si 6 ve üzeri gebelik geçirdiği tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Avcı'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada, kadınların gebelik sayısı ortalaması $4,18 \pm 2,75$ olarak tespit edilmiştir. Çelik ve Pasinlioğlu'nun (2014) çalışmasında, kadınların %36,5'inin 5 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu, kadınların %30'unun 3 ve üzeri çocuk ile yaşadığı ve %51,3'ünün 6 ve üzeri gebelik geçirdiği bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları literatür ile farklılık göstermektedir ve bunun nedeninin kadınların sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklandığı, aynı zamanda bu farklılığın kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ve çalışma hayatına katılım oranının artması ile kadınların gebelik yüzdesinin azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların yaşayan çocuk yüzdesine bakıldığında %10,8'i 1 çocuk, %30,0'ı 2 çocuk, %30,5'i 3 çocuk ve %24,6'sı 4 ve üzeri yaşayan çocuk olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Kadınların düşük yapma yüzdelere bakıldığında %64,6'sı hiç düşük yapmadığı tespit edilmiştir. %25,6'sının 1 kez, %8,1'inin 2 kez ve %1,8'inin 3 kez düşük yaptığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Kadınların kürtaj yüzdelere bakıldığında %85,7'sinin hiç kürtaj yaptırmadığı tespit edilmiştir ve %13,9'unun 1 kez, %0,4'ünün 2 kez kürtaj yaptırdığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Kadınların yaşamış oldukları abortus ve kürtaj oranlarına bakıldığında; Kadın Sağlığı Araştırması verilerine göre kadınların %26,02'si en az bir kez abortus, %18,95'i ise en az bir kez isteyerek kürtaj yaşamışlardır. Bu kapsamda elde ettiğimiz sonuç literatür ile uyum göstermekte olup, istenmeyen gebelikler için kürtajın bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmasının önlenmesi gerektiği öngörülmektedir. Bu nedenle üreme çağındaki kadınlara aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilerek, korunma yöntemleri ile alakalı bilgi eksikliğini giderilmesi gerektiği ve konuyla ilgili bütün sağlık kurumlarında daha etkili ve etkin danışmanlık hizmeti sunulması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan kadınların geçirmiş oldukları cerrahi operasyon incelendiğinde; kadınların %23,8'i tüplerin bağlanması, %20,6'sı rahim ve yumurtalıkların alınması, %16,6'sı rahim ur-myom alınması, %16,6'sı memenin alınması, %14,8'i üreme organı sarkması tamiri, %10,3'ü Yumurtalıklardan kist alınması, %8,5'inin ise sadece rahminin alındığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Timur'un (2008) çalışmasında kadınların %11'inin jinekolojik operasyon geçirdiği ve bu

operasyonların %64,3'ünün histerektomi olduğu tespit edilmiştir. Avcı'nın (2013) çalışmasında jinekolojik ameliyat geçirmiş kadınların yüzdesi %30,8 olarak bildirilmiştir. Khoei ve arkadaşların (2014) yapmış olduğu çalışmada kadınların %11,5'inin histerektomi olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz Khoei ve arkadaşların çalışması ile benzerlik gösterirken Timur'un çalışması ile farklılık göstermektedir. Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların katılımcıların farklı yaş gruplarında olmalarından ve ileri yaş ile jinekolojik hastalıkların artmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bu farklılığının nedeninin çalışma yapılan bölgenin farklılığı ve o bölgede yaşayan kadınların obstetrik ve jinekolojik farklılıklardan dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %45,7'sinin diyabet, %39,5'inin hipertansiyon, %27,8'inin romatizma yaşadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Oğurlu 'nun (2008) çalışmasında kadınların %44,3'ünün, Timur (2008)'un çalışmasında kadınların %29,4'ünün kardiyovasküler hastalıklarına sahip olduğu ifade edilmektedir. Chenk ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadınların %10,9'unun, Avcı'nın çalışmasında kadınların %35,0'inin hipertansif olduğu tespit edilmiştir. Avcı'nın (2013) çalışmasında kronik hastalığı olmayan kadınların yüzdesi %92,5 olarak tespit edilmiştir. Güler'in (2017) çalışmasına kronik hastalığı olan kadınların %55,9 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya benzer olarak Ceylan'ın (2010) çalışmasında sistemik hastalığı bulunan katılımcıların %37,1 olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların katılımcıların farklı yaş gruplarında olmalarından, beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda ileri yaş ile sistemik hastalıkların da artmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Tüm bu sonuçlar göstermektedir ki menopoza birlikte kadınların östrojenin koruyucu etkisinden mahrum kalmaları, kadınlar için kalp damar hastalıkları açısından risk oluşturmakta olup menopoza sonrası kadının sağlığının geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (Durmuşoğlu ve Yoldemit, 2008). Bu nedenle hemşireler, kadınların yaşam tarzı ve risk faktörlerini doğru tanıyarak hastanın gereksinimlerine uygun eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır. Bu kapsamda hemşireler, hipertansif kadınların yaşam tarzı değişikliğine uyumlarını kolaylaştırarak hipertansiyonun kontrol altına alınmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda kadınların sağlık sorunları arasında %10,3'ünün üriner inkontinans ve %8,5'unun prolapsus yaşadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Avcı'nın (2013) çalışmasında üriner inkontinans %38,3 ve uterus prolapsusu %5,8 olarak tespit edilmiştir. Çalışma grubumuzdaki kadınların daha az üriner inkontinans yaşadıkları ve prolapsus oranının da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve sonucun Avcı'nın bulguları ile farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu farklılığın nedeninin çalışmanın yapıldığı bölgedeki kadınların obstetrik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların ilaç kullanma durumlarına bakıldığında %72,6'sının sürekli kullandığı ilaç bulunduğu, %22,0'inin sürekli kullandığı ilaç bulunmadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Timur'un (2008) çalışmasında kadınların %45,1'i, Avcı'nın (2013) çalışmasında kadınların %63,3'ünün düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları Timur ve Avcı'nın çalışması ile farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda sürekli ilaç kullanan kadınların yüzdesi daha fazladır bu farklılığın sebebinin çalışma yapılan bölgedeki kadınları yaş farklılığından ve yaşa bağlı sistemik hastalıkların artışından ve buna bağlı olarak da düzenli ilaç kullanımının arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların menopoza giriş şekilleri incelendiğinde kadınların %82,1'inin doğal, %17,9'unun cerrahi olarak menopoza girdiği tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). Kadın Sağlığı Araştırmasında (2014) ülkemizdeki kadınların %88,9'unun doğal süreçte, %11,0'inin cerrahi olarak menopoza girdiği saptanmıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Topçuoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kadınların %31'inin, Kıran ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında kadınların %34'ünün cerrahi olarak menopoza girdiği belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Güler'in (2017) çalışmasında katılımcıların doğal yolla menopoza girme oranı %81,9 olduğu bildirilmiştir. Aydemir'in (2007) Edirne'de yapmış olduğu çalışmada doğal yolla menopoza giren kadınların oranı %80,9, cerrahi yolla menopoza giren kadınların oranının ise %19,1 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar Topçuoğlu ve Kıran'ın çalışmaları ile farklılık gösterirken, Güler ve Aydemir'in çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik ve farklılıkların çalışma yapılan bölgedeki kadınları jinekolojik ve obstetrik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda çalışma yapılan bölgedeki kadınların jinekolojik operasyon geçirme

durumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Cerrahi menopozdaki kadınlar tespit edilip menopoz semptomlarını hafifletmeye yönelik öneriler ve danışmanlık verilebilir.

Çalışmamızda kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında %66,8'inin menopoza yönelik bilgi aldığı, %33,2'sinin menopoza yönelik bilgi almadığı tespit edilmiştir. (**Tablo 4.2**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında kadınların %38,6'sının, Avcı'nın (2013) çalışmasında kadınların %99,2'sinin, Çoban ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında kadınların %29,2'sinin menopoza yönelik bilgisi olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoz hakkındaki bilgi kaynakları incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların %71,8'inin sağlık personelinen bilgi aldıkları belirlenmiştir. Güler'in (2017) menopozda olan kadınlarla yaptığı çalışmada, menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların oranı %48,3 bildirilmiştir. Çalışmada menopoz hakkında bilgi alan kadın sayısı, Yurdakul, Çoban ve Güler'in çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Bu durumun araştırmanın yapıldığı bölgedeki kadın popülasyonunun sosyokültürel durumuyla ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Kadınların menopoz hakkındaki bilgi kaynakları incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların %71,8'inin sağlık personelinen bilgi aldıkları belirlenmiştir. Kadınların menopoza ait bilgiyi sağlık personelinen alması memnuniyet verici olmakla birlikte, hastaların hemşirelere dertlerini daha rahat anlatabilmesi, hasta ile iletişimi ilk kuran kişi olması gibi sebepler, menopoz dönemindeki kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi, yapılabilecek girişimlerin planlanması ve uygulanmasında hemşirelerin daha etkin rol almasını gerekli kılmaktadır.

Çalışmamızda kadınların HRT alma durumuna bakıldığında %53,8'inin HRT almadığı, %13,0'ının HRT halen aldığı, %33,2'sinin önceden almış olduğu ancak şu an almadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.2**). HRT kullanımına yönelik çalışmalar incelendiğinde; Tokuç ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında kadınların %18,9'unun, Bezircioğlu ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında kadınların %4,9'unun, Saka ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında kadınların %6,41'inin HRT kullandıkları görülmektedir. Çalışmamıza benzer olarak, Avcı'nın (2013) çalışmasında çalışmaya katılan kadınlardan HRT tedavisini daha önce almış ve artık kullanmayan kadınların oranı %21,7 olarak bildirmiştir. Kızıltepe'nin (2006) yapmış olduğu çalışmada kadınların %26,7'si HRT kullandığı tespit edilmiştir. Şahin ve Coşkun'unun (2007)

yapmış oldukları çalışmada %31,8'inin HRT tedavisi aldığı ve Varma ve arkadaşlarının (2006) ise HRT kullanma oranı %40 olarak bildirmiş ve %40,4'ünün bir yıldan kısa süre HRT kullandığını saptamıştır. Çalışmamızın sonuçları Tokuç, Saka, Avcı ve Bezircioğlu'nun çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Buna karşın Şahin ve Coşkun'un çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik ve farklılıkların nedeninin o bölgedeki kadınların menopoza yönelik doktora gitme ve bilgi alma durumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda Menopoz semptomlarıyla mücadele için HRT'nin yerini sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve diğer tedaviler aldığı düşünülmektedir. Bu sonuçlar menopoz döneminde kadınların bu döneme özel sorunlarıyla baş etmek için farmakolojik tedavi yöntemlerini daha az tercih ettiklerini göstermektedir.

Tablo 4.3'te kadınların MSDÖ puan ortalamaları sunulmuştur. MSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; puan değerlerinin $2,90 \pm 0,77$ ile $1,49 \pm 0,87$ arasında değiştiği tespit edilmiştir. En yüksek puan ortalamasının sırasıyla "Uyku sorunları" (2,90), "Sıcak basması, terlemeler" (2,58), "Fiziksel ve zihinsel yorgunluk" (2,54), "Vajinada kuruluk" (2,16), "Eklem ve kas rahatsızlıkları" (2,06), "Keyifsizlik hali" (2,02), "Cinsel sorunlar" (1,94) olduğu tespit edilirken, en düşük puan ortalamasının ise idrar sorunları ve kalp rahatsızlıklarında görüldüğü tespit edilmiştir (**Tablo 4.3**). Güler'in (2017) yapmış olduğu çalışmada, en yüksek puan ortalamasının "sıcak basması ve terleme (2,53)", "eklem ve kas rahatsızlıkları (1,96)", "sinirlilik (1,95)" ve "keyifsizlik hali (1,70)" semptomlarında görüldüğü, en düşük puan ortalamasının ise "cinsel sorunlar" (1,24) ve "idrar sorunları (1,24)" alt başlıklarında olduğu belirtilmektedir. Güler'in yapmış olduğu çalışmanın sonuçları çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Çalışmamızın sonuçlarının diğer çalışmalardan farklı olmasının nedeni çalışma yapılan bölgedeki kadınların menopoz semptomlarının şiddetini algılama düzeyinin farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ve sosyo-kültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Menopozal dönemdeki kadınların yüksek oranda kas ve eklem rahatsızlıklarını yaşamaları, kötü beslenmeye, diyetle yetersiz kalsiyum almalarına ve egzersiz yapmamalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.4'te Kadınların MSDÖ ve alt boyutlarının istatistiksel verileri Cronbach Alpha değerleri sunulmuştur. Çalışmamızda kadınların MSDÖ'nün "somatik

semptomlar” alt boyutu puan ortalaması $9,07\pm 1,86$, “psikolojik semptomlar” alt boyutu puan ortalaması $8,04\pm 2,30$, “ürogenital semptomlar” alt boyutu puan ortalaması $5,60\pm 2,05$, toplam MSDÖ puan ortalaması $22,72\pm 4,82$ bulunmuştur (**Tablo 4.4**). Çoban ve arkadaşlarının (2008) Ege bölgesinde menopozal semptomları nedeniyle polikliniğe başvuran kadınların yaş ortalaması $50,3\pm 5,5$ olduğu bildirilmiş ve kadınların MSDÖ’nün tamamından $18,0\pm 8,7$, somatik semptomlar alt boyutundan $6,6\pm 3,8$, psikolojik semptomlar alt boyutundan $7,6\pm 4,0$, ve ürogenital semptomlar alt boyutundan $3,7\pm 2,9$ puan aldıkları tespit edilmiştir. Tümer ve Kartal’ın (2018) yaptığı çalışmada, MSDÖ somatik semptomlar puan ortalaması $2,85\pm 1,99$, psikolojik semptomlar puan ortalaması $8,96\pm 4,94$, ürogenital semptomlar puan ortalaması $5,35\pm 3,09$ olarak tespit edilmiştir. (Çoban ve ark., 2008; Tümer ve Kartal 2018). Aksu’nun (2011) yaptığı çalışmasında kadınların Toplam Menopoz semptom puan ortalaması $16,30\pm 7,62$, Somatik semptomlar puan ortalaması ($6,44\pm 2,36$), Psikolojik semptomlar puan ortalaması $5,97\pm 3,33$, Ürogenital semptomlar puan ortalaması $3,93\pm 2,77$ olarak tespit edilmiştir. Avcı’nın (2013) çalışmasında kadınların Menopoz semptom toplam puan ortalaması $22,52\pm 9,83$, Somatik semptomlar puan ortalaması $7,90\pm 4,24$, Psikolojik semptomlar puan ortalaması $8,88\pm 4,48$, Ürogenital semptomlar puan ortalaması $5,73\pm 3,69$, olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçların çalışmalardan farklılık göstermesinin nedeninin çalışma yapılan bölgenin farklı olması, farklı yaş ve farklı kültürel özelliklere sahip bireyler üzerinde çalışma yapıldığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 4.5’te kadınların yaşadığı menopoz semptomlarının şiddetine göre dağılımları sunulmuştur. Çalışmamızda kadınların yaşadığı menopozal semptomların şiddetine göre dağılımı sunulmuştur (**Tablo 4.5**). Ölçekteki likert tipi puanlamaya verilen cevaplar yüzdelik olarak verilmiştir. Menopozal semptomları yaşama şiddeti “hafif”, “orta”, “şiddetli” ve “çok şiddetli” olma oranları birlikte ele alındığında; Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, %55,6’sında sıcak basması ve terleme şiddetli şekilde, %39,5’inde kalp rahatsızlıklarının orta düzeyde, %51,1’nin uyku sorunlarını şiddetli düzeyde yaşadığı, %62,3’ünün keyifsizlik halinin olduğu, %54,7’sinin sinirlilik halinin olduğunu, %51,6’sının endişe kaygı durumunun orta düzeyde olduğu, %57’sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluğu şiddetli şekilde yaşadığı, %32,3’ünün cinsel sorunları şiddetli düzeyde yaşadığı, %44,4’ünün idrar sorunlarını orta düzeyde, %47,5’inin

vajinada kuruluk yaşamasını orta düzeyde yaşadığı %69,5'inin eklem ve kas rahatsızlıklarını orta düzeyde yaşamış olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.5**).

Nappi ve Nijland 'ın (2008) menopoz dönemindeki kadınlarda yapmış oldukları çalışmada kadınların, %52'sinin sıcak basması şikâyeti, %44'ünün uykusuzluk şikâyeti, %37'sinin ruhsal şikayetler, %25'inin depresyon ve %21'inin vajinal kuruluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Shea (2006), Japonya'da yaşayan kadınların ise %12,3'ünün sıcak basması şikâyeti yaşadığı, Çin'de yaşayan kadınların ise %13,5'inin sıcak basması şikâyeti, sorununu yaşadığını bildirmiştir. Krajewska ve arkadaşlarının (2007) 45 yaş üzeri kadınlarda, Belarus, Polonya ve Yunanistan'da yaptıkları çalışmada kadınların en çok yakındıkları menopoz semptomunun sıcak basması/terleme şikâyeti olduğunu (Yunanistan %70,6, Belarus %60, Polonya %54,4) ve sıcak basması/terleme şikâyetini orta şiddette yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, kadınların en az oranda eklem ve kas sorunlarını yaşadıkları bulunmuştur (Belarus %64, Polonya %63,6 ve Yunanistan %51,8). Wijewardena ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada kadınların, eklem ve kas ağrıları yaşayan kadınların oranı %74,7, fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşayan kadınların oranı %53,9 ve sıcak basması şikâyeti yaşayan kadınların oranı %39,1 ve sıcak basması, uyku problemleri ve eklem ve kas ağrılarının postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal denemdeki kadınlara göre bu şikâyetleri daha fazla yaşadığını bulmuşlardır. Menopozal dönemdeki kadınlarda yüksek oranda kas ve eklem rahatsızlıkları görülmesinin sebebi diyetle yetersiz kalsiyum almaları, egzersiz yapmamaları ve kötü beslenme ve egzersiz yapmamalarına bağlı olduğu düşünülebilir. Çalışmamızın sonuçlarının diğer çalışmalardan farklı olmasının nedeninin çalışma yapılan bölgedeki kadınların yaş, sosyokültürel özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye'de farklı yerleşim bölgelerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre en yüksek oranda görülen şikayetlerin oranı, eklem-kas ağrısı görülme oranı %77-%83, sıcak basması/gece terlemesi görülme oranı %73- %87, uykusuzluk/yorgunluk görülme oranı %71-%82, sinirlilik/gerginlik görülme oranı %71-%78 ve baş ağrısı/baş dönmesi görülme oranı %62-%73,6 olarak belirlenmiştir (Şahin 1998; Ertem ve Şirin 2000; Ergöl ve Eroğlu 2001; Işık ve Vural 2001; Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003; Şahin ve Coşkun 2007). Çalışmamızda %69,5'inin orta şiddette eklem kas ağrısı yaşaması nedeniyle literatürdeki bu çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (**Tablo 4.5**).

Erzurum'da sağlık ocağına başvuran kadınlarda yapılan çalışmada, kadınlardan en yaygın olarak yaşadıkları menopozal semptomların uykusuzluk/yorgunluk (%74,8), baş ağrısı/baş dönmesi (%74,5), sıcak basması/gece terlemesi (%72,7), eklem/kas ağrıları (%69,4), sinirlilik/gerginlik (%68,5) ve çarpıntı (%61,1) olduğu bildirilmiştir (Tortumluoğlu 2003). Güney (2006), kadınlardan sıcak basması ve terleme, sıkıntı, stres ve baş ve eklem ağrısı problemlerinin öcünü de yaşayan kadınlardan oranı %46,7, sadece ateş basması ve terleme yaşayanların oranı %25,4, sıkıntı ve stres yaşama oranı %15,6 ve baş ve eklem ağrısı problemlerini yaşadığını kadınlardan oranı %12,3 ve %5,1'inin ise hiç şikâyeti olmadığını tespit etmiştir. Özgür (2007) sinirlilik (%38,6), eklem ve kas rahatsızlıkları (%38,0), sıcak basması, terleme (%37,6), keyifsizlik (%36,4), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%35,7), endişe/kaygı (%36,4), uyku sorunları (%27,1) şikayetlerini orta şiddette, cinsel sorunlar (%27,7), vajinal kuruluk (%23,6), kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi (%22,0), idrar sorunları (%21,4) şikayetlerinin ise hafif düzeyde yaşandığını bildirmiştir. Çalışmamızın literatürdeki çalışmalardan farklılık göstermesinin nedeninin yapılan bölgenin farklılığından ve kadınlardan yaş, sosyokültürel özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sharma ve Mahajan 'ın (2015) menopoz semptomlarının kadının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacı ile Hindistan'da kırsal ve kentsel alanda yaptıkları çalışmada en şiddetli yaşanan menopozal semptomların fiziksel ve zihinsel yorgunluk, eklem ve kas ağrıları ve uyku problemleri olduğu, bununla beraber kırsal hem de kentsel alanda menopoz semptomlarının şiddetli yaşanmasına rağmen, menopoz semptomlarının kırsal alanda daha yüksek oranda yaşandığını tespit edilmiştir. Friasand ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışmada uykusuzluk şikayetinin en sık yaşandığı dönem postmenopozal dönem olduğu olduğunu belirtmektedir. Bizim alışma sonuçlarımızla benzer olarak, Türkiye'de yapılmış çalışmalara bakıldığında menopozal dönemdeki kadınlardan uykusuzluk görülme oranı %14 ile %79 arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir (zgr ve ark., 2010; Erkin ve ark., 2014; Ağan ve ark., 2015). Çalışmamızda kadınlardan %74,8'i orta ve şiddetli düzeyde uykusuzluk yaşadığını, %21,5'i çok şiddetli düzeyde uykusuzluk yaşamaktadır (**Tablo 4.5**). Dişciğil ve arkadaşlarının (2008) menopoz dönemindeki kadınlardan menopoz algısını araştırmak için yaptıkları çalışmada vazomotor semptomların menopoz dönemindeki kadınlardan son 3 ay içinde en sık yaşadıkları semptom olduğu bildirilmiştir. Gözüyeşil 'in (2015) menopoz

dönemindeki kadınlarda yapmış oldukları çalışmada günlük sıcak basması görülen kadınların oranı %87 ve gün içinde en az 10 defa sıcak basması sorunu yaşayan kadınların oranının ise %30 olduğu bildirmiştir. Koyuncu (2015) ise kadınların %78,1'inin, Aldughaiter ve arkadaşları (2015) kadınların %64,7'sinin, Khan ve arkadaşları (2016) kadınların %60,2'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızda şiddetli görülen ilk 3 şikâyet sırası ile %57,0'ında fiziksel ve zihinsel yorgunluk, %55,6'sında sıcak basması ve terleme, %51,1'inde uyku sorunlarının şiddetli düzeylerde görüldüğü tespit edilmiştir ve çalışmamız literatürdeki bazı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (**Tablo 4.5**). Sharma ve Mahajan (2015) Kuzey Hindistan bölgesinde yapmış oldukları çalışmalarında kırsal kesimde yaşayan menopoz dönemindeki kadınlarda daha az oranda fiziksel ve zihinsel yorgunluk şikâyetinin yaşandığını bildirmişlerdir. Ahsan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında eklem ve kas rahatsızlığı şikâyetlerini yaşayan kadınların oranı %90,53 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların %88,3'ü orta, şiddetli ve çok şiddetli düzeyde eklem ve kas rahatsızlığı yaşadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.5**). Çalışmamız Ahsan 'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın Ahsan'ın çalışması ile benzerlik göstermesinin nedeni çalışma yapılan kadınların yaş grubu ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Subrahmanyam ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında kas ve eklem rahatsızlığı yaşayan kadınların oranı %95 olarak bildirilmiştir. Menopozal dönemdeki kadınların yüksek oranda kas ve eklem rahatsızlıklarını yaşamaları, diyetle yetersiz kalsiyum almalarına, kötü beslenmeye ve egzersiz yapmamalarına bağlı olduğu düşünülebilir. Koyuncu'nun (2015) çalışmasında ise keyifsizlik hali yaşayan kadınların oranı %70,6 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınların %62,3'ü orta düzeyde keyifsizlik yaşadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.5**). Çalışmamız bu yönü ile Koyuncu'nun çalışması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın yapılan çalışma ile benzerlik göstermesinin nedeninin o bölgedeki kadınların yaş grubu ve sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sharma ve Mahajan 'ın (2015) yapmış oldukları çalışmada, menopozal dönemde depresif duygu durumu ve keyifsizlik şikâyetini kırsal alanda yaşayan kadınların, kentsel alanda yaşayan kadınlardan daha az oranda yaşadığı tespit edilmiştir. Khan ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında menopozal dönemdeki kadınların %8,3'ünün

keyifsizlik hali yaşadığı saptanmıştır. Mohammed'in (2016) çalışmasında ise kadınların orta veya şiddetli derecede keyifsizlik hali veya depresif duygu durumu yaşama oranı %71,5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların %81,1'inin orta veya şiddetli derecede keyifsizlik hali yaşadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.5**). Çalışmamız Mohammed'in yapmış olduğu çalışmadan farklılık göstermektedir. Bu farklılığının yapılan bölgeden ve bu bölgede yaşayan kadınların sosyokültürel özelliklerini farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Özgür'ün (2007) çalışmasında kadınların cinsel şikâyetleri hafif derecede yaşama oranı %27,79 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların %26,0'ının cinsel şikâyetleri hafif derecede yaşadıkları saptanmış ve bu yönüyle Özgür'ün çalışması ile benzerlik göstermektedir (**Tablo 4.5**). Ürogenital ve seksüel semptomların diğer semptomlarla karşılaştırıldığında en az düzeyde görülmesinin özellikle toplumumuzda kadınların bu konuyu konuşmaktan çekinmeleri ve utanmaları nedeniyle paylaşmamış olabileceklerinden dolayı olduğunu düşünebiliriz. Özgür'ün (2007) çalışmasında katılımcılardan kalp şikâyetlerini hiç yaşamadığını kadınların oranı %46,65, hafif düzeyde yaşayanların oranı ise %22,4 olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular kadınların kalp ile ilgili şikâyetleri hafif düzeyde yaşadıklarını göstermiştir. Çalışmamızda kadınların %12,6'sı kalp ile ilgili şikâyetleri hiç yaşamadığı tespit edilmiştir (**Tablo 4.5**). Bu sonuç ile çalışmamız Özgür'ün yaptığı çalışmadan farklılık göstermektedir. Literatürle karşılaştırıldığında araştırmadan elde edilen bulgular kadınların en sık yakındıkları menopozal semptomların genel olarak benzerlikler göstermektedir ancak şiddeti farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda en şiddetli görülen üç şikâyet sırası ile %57,0'ında fiziksel ve zihinsel yorgunluk, %55,6'sında sıcak basması ve terleme, %51,1'inde uyku sorunları şiddetli olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca, bulgular kadınların %21,5 ile uyku sorunlarının çok şiddetli yaşanan sorunlar arasında 1. Sırada yer aldığı tespit edilmiştir (**Tablo4.5**). Menopozal semptomların yapılan çalışmalara göre şiddetinin ve görülme yüzdesinin farklılık göstermesinin sebebi örnekleme oluşturan kadınların farklı sosyokültürel özellikte olması ve araştırma yapılan kadınların yaş, beslenme alışkanlıkları, sosyal destek, kültürün ve coğrafi etkenlerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 4.6’da kadınların tanıtıcı özelliklerinin menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğine göre farklılaşma durumları sunulmuştur.

Çalışmamızda kadınların yaş gruplarının ölçek alt boyutlarından somatik şikayetler ($p=0,000$) ve ürogenital şikayetler ($p=0,001$) le olan farklılığı anlamlı görülürken ($p<0,05$) psikolojik şikayetler boyutuyla olan ($p=0,667$) farklılığı önemsiz görülmüştür ($p>0,05$) (**Tablo 4.6**).45-50 yaş aralığındaki kadınların somatik alan puanları, 51-65 yaş aralığındaki kadınların somatik alan puanlarından düşük bulunmuştur. 45-50 yaş aralığındaki kadınların ürogenital alan puanları, 56--65 yaş aralığındaki kadınların ürogenital alan puanlarından düşük bulunmuştur. Yaşın artmasıyla beraber ürogenital ve somatik alanda şikâyetlerin arttığı belirlenmiştir (**Tablo 4.6**).

Sert’in (2009) çalışmasında MSDÖ’nün tüm alt boyut puanları ve MSDÖ toplam puanı ile yaş değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Özgür’ün (2007) çalışmasında 45-55 yaş grubunda olan kadınlarda MSDÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu bildirilmiştir. Tokuç ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada MSDÖ toplam puanı 49 yaş altı kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. McVeigh (2005) çalışmasında ise genç kadınların, 50 ve üzeri yaş grubu kadınlara göre MSDÖ puan değerleri ileri derecede anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak yapılan çalışmalarda da yaşın artması ile MSDÖ alt boyut puanları artmaktadır. Bunun nedeninin yaş ilerledikçe kadınların yaşadıkları somatik, ürogenital ve psikolojik şikayetlerinin arttığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Erdem (2006) ve Oğurlu (2008) kadınların yaş grupları ile menopozal semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bulunmuştur. Ünsaldı (2004) kadınların yaşı ile menopozal dönemde ortaya çıkan belirtiler arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Çalışmamızın bulguları Ünsaldı’nın çalışması ile farklılık göstermektedir. Bulgularımızdan farklı olarak Fallahzadeh (2010) de vazomotor semptomların yaşla birlikte azaldığını belirtmiştir. Çeşitli çalışmalarda menopoza girme yaşı ile ilgili olarak belirtilen farklılıkların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığı toplumlardaki kadınların beslenme biçimleri, genetik özellikleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının farklı olması olarak düşünülebilir.

Kadınların medeni durumunun ölçek alt boyutlarından olan somatik şikayetler ($p=0,141$) ve psikolojik şikayetler ($p=0,972$) boyutuyla olan farklılığı anlamsız görülürken ($p>0,05$) Ürogenital şikayetler boyutuyla ($p=0,000$) olan farklılığı istatistiksel olarak önemli görülmüştür ($p<0,05$). Evli kadınların ürogenital alan puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($KW= 13,651$; $p=0,000$) (**Tablo 4.6**). Medeni durum ile menopozal semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda, evli kadınların menopozal yakınma ölçeğinden evli olmayan kadınlara göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (Oğurlu 2008, Tortumluoğlu 2003, Ceylan 2014, Peşin 2019). Tunç'un (2014) yaptığı çalışmada ise evli kadınların somatik, bekar kadınların ise psikolojik yakınma puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ergöl'ün (2001), Tortumluoğlu (2003), Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) ve Koyuncu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, çalışmalarında çalışmamızın bazı bulgularıyla benzerlik göstermekte olup, menopozal semptomlar üzerinde medeni durumun istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir. Menopoz dönemi, kadınların daha kırılgan olduğu ve desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Evli kadınların ise menopozal semptomları daha az şiddetli algılamalarının nedeni eş desteği almalarından dolayı olduğu düşünülebilir. Çalışmamızın literatürden farklılık göstermesinin nedeninin o bölgedeki kadınların ailesel özellikleri, evlilik ilişkileri ve sosyal faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların eğitim durumlarının, ölçek alt boyutlarından somatik şikayetler ($p=0,000$) boyutuyla ve Ürogenital şikayetler ($p=0,001$) boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, psikolojik şikayetler ($p=0,297$) boyutuyla olan farklılığı önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip kadınların somatik ($KW= 7,108$; $p=0,000$) ve ürogenital ($KW= 4,518$; $p=0,001$) alan puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.6**). Eğitim seviyesi daha yüksek olan kadınlarda menopozal semptomlarının daha az görülmesinin nedeninin eğitim seviyesi arttıkça, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında ve sağlık ile ilgili konularda daha fazla bilgi sahibi olmasında dolayı olabilir. Bizim çalışmamızın bulgularından farklı olarak, Sert'in (2009) ve Özgür'ün (2007) çalışmasında eğitim durumu arttıkça MSDÖ puan ortalamasının düştüğünü, Totumluoğlu'nun çalışmasında eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda menopozal semptomların eğitim seviyesi yüksek olan kadınlara göre daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir. Çoban ve

arkadaşlarının (2008) çalışmalarında ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyinde eğitim almış olan kadınların, menopozal semptomları daha az yaşadıklarını tespit edilmiştir. Bal ve Şahin'in (2011) çalışmasında bizim bulgularımızdan farklı olarak eğitim düzeyi düşük olan kadınların vazomotor, psikososyal ve psikolojik yakınmaları daha fazla yaşadıklarını bulmuştur. Jung ve arkadaşları (2015) postmenopozal dönemde eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha fazla depresyon tanısı aldığını belirtmiştir. Ayrıca Huszla ve arkadaşları da (2014) çalışmalarında düşük eğitim seviyesindeki kadınların yüksek eğitim seviyesindeki kadınlara göre ruhsal yönden daha kötü olduklarını ve daha fazla fiziksel ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Fallahzadeh (2010) yaptığı çalışmada üniversite eğitim düzeyinde olan kadınların fiziksel, psikososyal ve seksüel yönden tüm eğitim seviyelerine oranla önemli ölçüde daha az soruna sahip olduğunu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise menopoz semptomları ile eğitim seviyesi arasında bir ilişki olmadığı bildirilmektedir (Daniel ark, 2014; Alquaiz ark, 2014; Kaulagekar, 2011). Farklılığın nedenlerinin menopozal dönemde benzer biyolojik değişiklikler yaşamalarına rağmen kadınların farklı yaşam tarzları, çalışma durumları, eş desteği, aile içi iletişim ve farklı kültüre sahip olması olarak düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumunun somatik ($p=0,000$) ve ürogenital ($p=0,000$) şikayetler boyutuyla olan farklılığı anlamlı bulunurken ($p<0,05$) psikolojik şikayetler boyutuyla olan farklılığı anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Emekli kadınların somatik ve ürogenital alan puanları, çalışmayan ve çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmayan kadınların somatik ve ürogenital alan puanları çalışanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.6**). Bu bulguya göre kadınların iş hayatına katılmaları postmenopozal olumsuz düşüncelerde anlamlı olarak azalmaya yol açmaktadır. Çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olarak, Ergin'in (2016) çalışmasında, somatik ve psikolojik semptomların çalışmayan kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bal (2011) somatik ve psikolojik semptomların çalışmayan kadınlarda artış gösterdiğini belirtmiştir. Bulgularımızdan farklı olarak Avcı'nın (2013) araştırmasında emekli olmuş kadınların somatik yakınmalar puanı, bir işte çalışmayan kadınların somatik yakınmalar puanlarından düşük olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak, Sis'in (2010) ve Özgür'ün (2007) çalışmasında menopozal yakınmalar ile çalışma değişkeni arasında, MSDÖ toplam ve alt grupları puan

ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Evlice 'nin (2002) yaptığı çalışmada menopoz dönemini daha sorunlu geçiren kadınların, ev yaşamı dışında başka bir aktivitesi olmayan kadınlar olduğu bildirilmiştir. Bulgularımızla uyumlu olarak, Çoban ve arkadaşlarının (2008), Tümer ve Kartal'ın (2018) ve Totumluoğlu'nun (2003) çalışmalarında çalışan kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı bildirilmiştir. Kıroğlu'nun (2005) çalışmasında menopozal semptomlar ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Farklı çalışmalarda çıkan farklı sonuçlar da toplumların ve örneklemelerin ekonomik bakış açılarının ve sosyokültürel farklılıkların olmasına bağlanmıştır. Bu sonuçlar menopozla ilgili daha az sıkıntı ve yakınma yaşayan kadınların kendileri için bir uğraşı edinen ve dikkatlerini başka yönlere çekerek, sosyal ortamlarda bulunarak menopozla ilgili daha az yakınma yaşadıklarını düşünülebilir. Çalışmaların farklı bölgelerde yapılmış olması da araştırma sonuçlarının farklı olmasına neden olduğu düşünülebilir. Çalışmaların farklı kültürel özellikteki ve farklı kültürdeki kadınlarda, çalışan ya da çalışmayan kadınların üzerindeki sorumluluk ve baskıların farklı olmasından ve kültürlerde menopoza yönelik tutumların farklılık göstermesi nedeni ile araştırmalardan farklı sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.

Kadınların sigara kullanma durumlarının, somatik şikayetler ($p=0,034$) alt boyutuna göre farklılığı istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p=0,034$), psikolojik ve ürogenital şikayetler boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmamızda sigara kullanmayan kadınların somatik şikayetler alan puanı daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.6**). Im ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada daha önce sigara içen kadınların, hiç içmeyen kadınlara göre menopozal semptomları daha sık yaşadığı bildirmektedir. Ancak bazı çalışmalarda sigara içme ile menopoz semptomları arasında bir ilişki bulunamadığı tespit edilmiştir (Karaçam ve Şeker, 2007; Schvarz ark., 2007). Çalışmamız da literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak sigara içenlerle içmeyenler arasında ciddi menopoz semptom sıklığı açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Sigara içen kadınlarda östrojen seviyesinin menopoz öncesinde de düşük olmasından nedeni ile menopozal dönemde östrojen seviyesinde ani bir düşüşün yaşanmaması ve menopozal semptomlarda sigara içenlerle içmeyenler arasında anlamlı bir fark bulunamamasının nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızın bulgularından farklı olarak, Whiteman ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına göre sigara kullanmaya devam eden kadınların vazomotor yakınmalarının şiddeti ve sıklığını arttırdığını, sigaranın miktarı ile sıcak basması yakınmalarının paralellik gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu farklılığın nedeninin yapılan bölgenin farklılığı ve yapılan bölgede sigara kullanan kadınlarda görülen menopoz semptom şiddetinin ve o bölgedeki kadınların menopoz semptomlarını algılama düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak sigara içen kadınlarda östrojen seviyesinin menopoz öncesinde de düşük olmasından dolayı menopozal dönemde östrojen seviyesinde ani bir düşüşün olmamasına ve menopozal semptomlarda sigara içenlerle içmeyenler arasında bir fark bulunamamasının nedenlerinden biri olabilir.

Birçok araştırma sonucunda ise aktif sigara içiciliğinin somatik semptomları arttırdığı belirtilmiştir (Tortumluoğlu ve Erci 2004, Whiteman ark., 2003, Ceylan 2014, Uludağ ark. 2014). Çalışma bulgumuzla literatür arasında farklılık saptanmış, bu farklılığın örneklemedeki kadınların sigara içme oranının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda gebelik sayılarının, somatik şikayetler (KW= 3,649; p=0,003) alt boyutuyla anlamlı şekilde farklılaşmakta olduğu (p<0,05) psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutuyla olan farklılığı önemsiz görülmektedir (p>0,05). Çalışmamızda gebelik sayısı 4 ve üzeri olan kadınların somatik alan puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.6**). Çalışmamızın bulgularıyla benzer olarak Çelik ve Pasinlioğlu 'nun (2014) yaptığı çalışmada gebelik sayısı 6 ve üzeri olan kadınların diğer kadınlara göre menopozal semptomları daha yüksek oranda yaşadığı tespit edilmiştir. Çoban ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada gebelik sayısı 3 'ün üzerinde olan kadınlarda menopozal yakınmaların artış gösterdiği bildirilmiştir. Ergin'inin (2016) araştırmasında psikolojik yakınmaları daha az yaşayan kadınların çocuk sayısı az olduğu, ürogenital yakınmaları daha az yaşayan kadınların ise çocuk sayısı fazla olan kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Kalarhoudi ve arkadaşları (2011) ise çocuk sayısının fiziksel, vazomotor ve psikososyal yönden önemli ölçüde bir etkisinin olmadığını, fakat çocuğu olan kadınların, çocuğu olmayan kadınlara göre seksüel yönden daha yüksek değerlere sahip olduğunu bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, yapılan çalışmaların çoğuna benzerdir (Çoban ve ark., 2008; Çelik ve Pasinlioğlu, 2014; Ergin, 2016). Bu benzerliğin çalışmanın yapılmış olduğu bölgedeki kadınların gebelik ve çocuk

sayılarının benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların gebelik sayıları arttıkça kadınların yaşadıkları somatik şikâyetlerde artış göstermektedir. Bunun kadının çok fazla sayıda gebelik geçirmesinde kaynaklandığı düşünülmektedir.

Güney Kore, Ekvator Cumhuriyeti ve Suudi Arabistan'da yapılan bazı çalışmalarda menopoz semptomlarını çocuğu olmayan kadınların çocuğu olanlara göre daha fazla yaşadığı bildirilmiştir (Bülümel ark., 2011; Im ark., 2014; Alquaiz ark., 2014). Çok sayıda çocuk sahibi olmanın ya da çocuk sahibi olmamanın kadınlar üzerinde oluşturduğu baskılar, kültürler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu baskılar kadınların menopoza yönelik tutumlarını etkileyerek menopozal semptomlarını farklı şiddette yaşamalarına neden olabilir.

Fallahzadeh (2010) İran'da menopozal dönmedeki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada vazomotor, psikososyal ve seksüel yakınmalara çocuk sayısının önemli bir etkisinin olmadığını, ancak çocuğu olan kadınların fiziksel yönden çocuğu olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla soruna sahip olduğunu bildirilmiştir. Kalarhoudi ve arkadaşları (2011) vazomotor, psikososyal ve fiziksel yakınmalara çocuk sayısının önemli bir ölçüde etkisinin olmadığını, fakat seksüel yönden çocuğu olan kadınların çocuğu olmayan kadınlara göre daha yüksek değerlere sahip olduğu tespit edilmiştir.

Menopoz ile çocuk sahibi olma ihtimalinin de sona ermesi nedeni ile nullipar kadınların menopoza karşı daha olumsuz düşünce ve tutumlar geliştirmelerine ve menopozal yakınmaları daha şiddetli algılamalarına neden olabilir. Çok sayıda çocuk sahibi olmak ise osteoporoz ve üriner inkontinans gibi menopoz ile ilgili sağlık problemlerinin görülme riskini arttırabilir. Bu çalışmada hiç gebeliği olmayan ve gebelik sayısı 4'ten fazla olan kadınlarda, doğum sayısı 4 ve daha fazla olanlarda ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve daha fazla olan kadınlarda ciddi semptom sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların sürekli ilaç kullanma durumlarının ölçek alt boyutundan somatik($p=0,000$) boyutuna göre psikolojik($p=0,047$) boyutuna göre ve ürogenital($p=0,000$) boyutuna farklılaşmasının önemli olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamıza göre sürekli ilaç kullanan kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital alan puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.6**).

Çalışmamızda kadınların menopoza girme yolunun ölçek alt boyutu olan somatik ($p=0,023$) ve psikolojik ($p=0,001$) şikayetler boyutuyla olan farklılığı önemli görülürken ($p<0,05$). Ürogenital şikayetler boyutuna göre farklılaşmasının önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). (Bülümel ark.,2011; Sis ve Pasinoğlu 2014; Lerner-Geva ark.,2010; Ayranci ve ark.,2010). Bu çalışma sonuçları çalışmamız sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. Cerrahi menopoz ve doğal menopoz şeklinde iki grup oluşturulmuş ve serum östrojen seviyeleri görülmüş; aynı zamanda hastaların menopozal semptomları karşılaştırılmış ve sonuç olarak cerrahi menopoz grubundaki kadınlarda serum östrojen seviyeleri daha düşük ve sıcak basmaları başta olmak üzere menopozal semptomlar daha şiddetli bulunmuştur (Kaur ark., 2017). Yine cerrahi ve doğal menopozun karşılaştırıldığı bir çalışmada serum FSH ve LH seviyeleri cerrahi menopozda daha yüksek ve vazomotor puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.6**). Yapılan çeşitli çalışmalarda da cerrahi olarak menopoza giren kadınlarda menopozal semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. (Naik ark.,2014). Cerrahi menopoz sonrası hormon düzeylerindeki ani düşüş, menopozal semptomların daha sık ve şiddetli görülmesine neden olabilir. Cerrahi menopozdaki kadınlar tespit edilip menopoz semptomlarını hafifletmeye yönelik öneriler ve danışmanlık verilebilir.

Çalışmamızda menopoza girmeye yönelik hekime gitme durumunun somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutuna göre ($p<0,05$) farklılaşması anlamsız bulunurken psikolojik ($p=0,000$) şikayetler alt boyutuyla olan farklılığı anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda menopoza yönelik doktora giden kadınların psikolojik şikayetler alan puanı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumlarının ölçek alt boyutlarına göre farklılaşması önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (**Tablo 4.6**). Kwak v arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma menopoz bilgi düzeyi ile menopoz semptomları şiddeti arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan diğer çalışmalara bakıldığında menopoz sonrası herhangi bir sağlık kuruluşuna veya herhangi bir doktora başvuru düzeyinin düşük olduğu görüldü (Kızılırmak, 2003; Engindeniz.2005). Bunun sebepleri; kadınların menopoz semptomlarının çözümü olmadığını düşünmeleri, yaşanması zorunlu şikayetler olarak algılamaları veya bu konuda aile hekimlerini yeterli görmemeleri olabilir.

Tablo 4.7’de Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin genel sağlık anketi-28 ölçeğine göre farklılaşma durumlarının karşılaştırılmasına ait bulgular sunulmuştur. Buna göre kadınların yaş gruplarının somatik ($p=0,004$) semptomlar ve Sosyal ($p=0,000$) fonksiyonlarda bozulma alt boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemli görülmüştür. Ölçeğin Anksiyete -uyku bozuklukları ve depresyon alt boyutlarına göstermiş olduğu farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmamızın bulgularına göre yaşın artması ile somatik semptomlar ve sosyal fonksiyonda bozulma puanlarında artış tespit edilmiştir (**Tablo 4.7**). Çalışma bulgularımızla benzer olarak, Kharbouch ve Şahin’in (2007) çalışmasında vazomotor ve fiziksel alt alan puan ortalamalarında artan yaşla birlikte bir yükseliş olduğu bildirilmiştir. Bozkurt’un (2004) çalışmasında artan yaşla beraber psikososyal alanda artış olduğu bildirilmiştir. Özgür’ün (2007) ve Avcı’nın (2013) çalışmalarında ise menopozal yakınma ölçeği somatik yakınma alt boyutu ile yaş değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışma bulguları bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin çalışma yapılan kadınların yaş, sosyokültürel ve psikososyal özelliklerinin benzerliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşın artmasıyla ruhsal hastalıkların daha fazla ortaya çıktığı ve GSA puanlarının etkilendiği ortaya çıkmıştır (Kılıç 1996; Kılıç 1998; Okyay ve ark.,2012; Bingöl ve ark., 2012).

Ülkemizden yapılan bir çalışmada Keskinoglu ve arkadaşları (2006) premenopozal ve postmenopozal kadınların %7,7'sinde depresyon tespit etmiştir. Çalışmamızın bulgularıyla farklı olarak Miller ve arkadaşları (2014) artan yaşla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunlarının depresyon belirtilerini attırdığı ve postmenopozal kadınlarda depresyonun daha az görüldüğünü saptanmıştır.

Güleç ve Köroğlu’nun (1997) çalışmasında özellikle 40 yaşın üzerinde uyku bozuklukları, depresif belirtiler ve depresyonun yaygın olarak görüldüğü bildirilmiştir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, Kelleci’nin (2003) çalışmasında GSA puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızın bulgularının diğer çalışmalardan farklı olmasının nedenin o bölgedeki kadınların eğitim durumu, sosyoekonomik, sosyokültürel özelliklerinden ve sosyal destek, eş desteği gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların medeni durumlarının, ölçek alt boyutlarına göre farklılaşma durumu anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların eğitim durumlarının ölçek alt boyutlarından somatik semptomlarla ($p=0,028$), sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0,000$) ve depresyon ($p=0,008$) olan farklılığının anlamlı olduğu görülürken, Anksiyete ve uyku bozuklukları boyutuna göre farklılaşma durumunun anlamsız olduğu ($p>0,05$) tespit edilmiştir (**Tablo 4.7**). Özkan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında GSA12 puan ortalaması evli olan kadınlarda, bekâr ve dul olanlara göre daha düşük bulunmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalar evli olmanın ruhsal yönden koruyucu olduğunu belirtmektedir (Güleç ve Köroğlu 1997; Erol, Kılıç ve ark. 2001; Garwood 2007; Okyay ve ark.,2012). Kelleci ve Aştı (2003) medeni durum ile GSA puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu saptamışlardır. Çalışmamız literatürdeki çalışmalardan farklılık göstermesinin nedeninin yaş, eğitim ve sosyokültürel özelliklerdeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların eğitim durumlarının somatik semptomlar ($p=0,028$), Sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0,000$) ve depresyon ($p=0,008$) botuyla olan farklılaşması anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların gebelik sayısının, anksiyete-uyku bozuklukları alt boyutuna göre farklılaşma durumu ($p=0.709$) anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların sürekli ilaç kullanma durumları ölçek alt boyutlarına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan kadınların somatik semptomlar, sosyal fonksiyon bozukluğu ve depresyon alan puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir(**Tablo 4.7**).Yapılan pek çok çalışma ruhsal sorun ve bozuklukların daha çok görüldüğü toplumların eğitim seviyesi düşük olan toplumlar olduğu bildirmektedir (Belek, 1999; Tosun ve Akça, 2014; Garwood, 2007; Biederman et al., 2007; Can ve ark., 2008).Özkan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ruhsal hastalıklara yakalanma riskinin eğitim seviyesi düşük olanlarda daha fazla olduğu, fakat eğitim durumu ile GSA12 puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buzlu ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında kadınların GSA puan ortalamaları ile eğitim seviyesi arasında anlamlı fark bulunmuş ve üniversite mezunu kadınların GSA puan ortalaması en düşük iken, okuryazar olmayan kadınlarda ise en yüksek oranda saptanmıştır. Birçok çalışma eğitim seviyesi düşük toplumlarda ruhsal bozuklukların ve

sorunların daha çok görüldüğü belirtilmektedir (Garwood 2007; Biederman, et al., 2007; Can ark., 2008). Literatürde yapılan çalışmaların bulguları çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin nedeninin çalışma yapılan bölgedeki kadınların eğitim durumları, sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların çalışma durumlarının Anksiyete – uyku bozuklukları ($p=0,014$), Sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0,000$) ve depresyon ($p=0,002$) boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı görülürken, somatik semptomlar boyutuyla olan farklılığı anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda çalışan kadınların çalışmayan kadınlardan anksiyete-uyku bozuklukları, sosyal fonksiyon bozukluğu ve depresyon alan puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.7**).

Yapılan bazı çalışmalar bireyin herhangi bir işte çalışmamasının ruhsal hastalıklara yakalanma riskini artırdığını ancak kişinin gelir getiren bir işte çalışıyor olmasının ise bireyin ruh sağlığını koruyucu yönde etkilediğini göstermektedir (Güleç ve Köroğlu 1997; Varcolis 1998; Öz 2004). Çalışmamızda ev hanımlarının daha yüksek puan almasının nedeninin, kadınların ruh-sal hastalıklara daha yatkın olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların sigara kullanmasının, ölçek alt boyutlarına göre farklılaşma durumu anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (**Tablo 4.7**). Çalışmamızın bulgularından farklı olarak, Nalbantoğlu (2011) yaptığı çalışmada sigara içenlerde içmeyenlere göre daha fazla ruhsal bozukluk belirtisi saptamıştır. Budakoğlu ve arkadaşlarının (2005) sigara içenlerde içmeyenlere göre anksiyete riskini 1,5 kat daha fazla bulmuştur. Çalışmamamızın bulgularından farklılık göstermesinin nedeninin çalışmanın yapılmış olduğu yıla ve çalışma yapılan bölgedeki kadınların sosyokültürel ve psikososyal özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların gebelik sayısı somatik semptomlar ($p=0,005$), Sosyal fonksiyon bozuklukları ($p=0,000$) ve depresyon ($p=0,012$) botuyla olan farklılaşması anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların gebelik sayısının, anksiyete-uyku bozuklukları alt boyutuna göre farklılaşma durumu ($p=0,709$) anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların gebelik sayısı arttıkça alan puanlarının da arttığı

tespit edilmiştir (**Tablo 4.7**). Çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olarak ailesinde ya da geçmişinde depresyon belirtileri olanlarda, dul ya da boşanmış olanlarda ve çok çocuklu olanlarda depresyon sıklığının arttığı belirtilmektedir (Lerner-Geva ark., 2010; Karlıdere ve Özşahin, 2010).

Çalışmamızda kadınların sürekli ilaç kullanma durumları ölçek alt boyutlarına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0,05$). Sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre GSA-28 alan puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.7**). Buzlu ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak; düzenli ilaç kullanımı olan bireylerin %45,8'inin GSA puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumlarının ölçek alt boyutlarından Somatik Semptomlar ($p=0,054$), Sosyal Fonksiyon Bozuklukları ($p=0,721$) ve depresyon boyutuyla ($p=0,897$) olan farklılığı anlamsız bulunurken, Anksiyete ve uyku bozuklukları boyutuyla ($p=0,001$) olan farklılığı önemli görülmüştür ($p < 0,05$). Menopoza yönelik bilgi alan kadınların alan puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.7**). Tortumluoğlu (2003) çalışmasında Klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre kadınların sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, sinirlilik ve çarpıntı yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır.

Tablo 4.8'de GSA-28 alt boyutundan somatik semptomlar boyutunun MSDÖ'ndeki ifadelerden ikincisi olan kalp rahatsızlıkları dışındaki bütün ifadelerle pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülmüştür. Anksiyete ve uyku sorunları boyutunun MSDÖ'ndeki ifadelerden kalp rahatsızlıkları dışındaki hepsiyle pozitif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Sosyal fonksiyonlarda bozulma boyutunun ise sıcak basması, terleme dışındaki bütün ifadelerle pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu, depresyon boyutunun ölçekteki cinsel sorunlar hariç bütün ifadelerde pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülürken, cinsel sorunlar ifadesiyle pozitif yönlü orta düzeyde ilişkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca GSA-28 ölçeğinin tamamının MSDÖ ölçeğinde yer alan kalp rahatsızlıkları hariç diğer ifadeler ve bu ifadelerin oluşturduğu alt boyutla pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit

görülürken, kalp rahatsızlıkları ifadesiyle pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.8**).

Çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermekte olup; Regestein ve arkadaşlarının (2015) orta yaşlı kadınlarda sıcak basmasının uyku ve bilişsel performansı nasıl etkilediğini inceledikleri çalışmalarında, kadınların yaşadıkları menopozal yakınmaların uyku problemlerine neden olduğu gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalarda post-menopozal dönemdeki kadınların ciddi şekilde sıcak basması durumu yaşadıkları, bu durumun yaşanmasının ve de bu durumun ciddiyet ve sıklığının da istatistiki olarak anlamlı bir şekilde anksiyete skorları ile bağlantılı olduğunun tespit edildiği görülmektedir. Yine aynı çalışmada elde edilen sonuçlara göre, orta şiddetli anksiyete şikâyet skoru sahibi kadınların, normal düzeyli anksiyete şikâyet skoru sahibi kadınlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla sıcak basması deneyimledikleri, yüksek şiddetli anksiyete şikâyet skoru sahibi olanlarda ise bu oranın neredeyse 5 kata yükseldiği gözlemlenmiştir (Freeman ark., 2005).

Bryant ve arkadaşlarının (2012) tarafından yapılan literatür taramasında menopozal geçişteki anksiyete yakınmalarının düşük seviyede olduğu tespit edilmiş, bununla birlikte genel olarak literatürdeki çalışmaların tatmin edici metodolojiler ile hazırlanmadığı ve bu nedenle de bunların tam olarak güvenilebilecek sonuçlar olmadığı vurgulanırken, buna sıcak basması durumları ile anksiyete durumu arasındaki ilişkinin ise ciddi bulgulara dayandığı sonucu ilave edilmiştir (Bryant ark., 2012).

Avcı'nın (2013) yaptığı çalışmada fiziksel ve zihinsel yorgunluğun menopozal semptomlardan en çok yaşanan semptom olduğunu bildirmiştir. Menopoz döneminde değişiklik gösteren hormonal dengenin merkezi sinir sistemi üzerine etki ederek duyu durum ve davranışlarda değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Menopozal dönemde yaşanan depresif yakınmalar ile menopoz semptomları arasındaki pozitif yönlü ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Menopozal semptomların şiddeti arttıkça kadınlarda ruhsal sıkıntılarında arttığı gözlenmektedir (Vivivan-Taylor ve Hickey, 2014).

Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, menopozal dönemde yaşanan sıkıntılarının %28,9'unun fiziksel, %26,5'inin fiziksel ve psikolojik olduğunu ve kadınların %55'inin menopozal dönemde sıkıntı yaşadığı bildirilmiştir.

Mauas ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, somatik semptomlarla depresif semptomlar arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu bildirilmiştir. Yangın ve arkadaşlarının (2008) menopoza geçiş dönemindeki kadınlarının %29,3'ünün depresyon yaşadığı tespit edilmiştir. Kadınların menopoza geçiş döneminde görülebilecek olan ruh sağlığı bozukluklarını erken belirlemek ve önlemek için kadınların takiplerinin yapılması çok önemlidir (Erbil, 2018). Menopozal dönemde östrojen düzeyindeki hızlı değişimlere bağlı olarak, keyifsizlik, kendini kötü hissetme, ağlama hissi, isteksizlik gibi duygu durum değişimleri görülebilmektedir (Bilgel, 2006). Çalışma sonuçlarının çalışmamızla benzerlik ve farklılık göstermesinin nedeninin çalışma yapılan bölgedeki kadınların psikososyal özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopoz semptomlarının genel sağlık durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar;

1. Kadınların %71,7'sinin 45-60 yaş grubunda, %50,7'sinin lise üstü eğitime sahip olduğu, %69,1'inin evli, %59,2'sinin çalışmadığı, %46,2'sinin sigara kullandığı, %19,7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır (**Tablo 4.1**).
2. Kadınların %68,7'sinin "3 ve üzeri" gebeliğinin olduğu, %55,1'inin yaşayan çocuk sayısının "3 ve üzeri" olduğu, %25,6'sının bir kez düşük, %13,9'unun 1 kez kürtaj, %20,6'sının rahim ve yumurtalıklarının alındığı, %16,6'sının memesinin alındığı, %8,5'inin sadece rahminin alındığı saptanmıştır (**Tablo 4.2**).
3. Kadınların %39,5'inin hipertansiyon hastası olduğu, %72,6'sının sürekli kullandığı ilaç olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.2**).
4. Kadınların %82,1'inin doğal yolla menopoza girdiği, %53,4'ünün menopoza yönelik doktora gittiği, %66,8'inin menopoza yönelik bilgi aldığı, %53,8'inin HRT tedavisini hiç almadığı saptanmıştır (**Tablo 4.2**).
5. Menopoz semptomları ölçeği alt boyut puan ortalamalarına göre kadınların uyku sorunları ($2,90\pm 0,77$), sıcak basması ve terleme ($2,58\pm 0,6$), fiziksel ve zihinsel yorgunluk ($2,54\pm 0,59$), vajinada kuruluk ($2,16\pm 0,78$), eklem ve kas rahatsızlıkları ($2,06\pm 0,60$) menopoz semptomlarını diğer semptomlara göre daha yoğun yaşadığı saptanmıştır (**Tablo 4.3**).
6. Kadınların MSDÖ puan ortalamasının 22,72, "somatik semptomlar" alt boyutu puan ortalamasının 9,07, "psikolojik semptomlar" alt boyutu puan ortalamasının 8,04, "ürogenital semptomlar" alt boyutu puan ortalamasının 5,60 olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.4**).
7. Kadınların %55,6'sında sıcak basması ve terleme şiddetli şekilde, %39,5'inde kalp rahatsızlıklarının orta düzeyde, %51,1'nin uyku sorunlarını şiddetli düzeyde yaşadığı, %62,3'ünün keyifsizlik halinin olduğu, %54,7'sinin sinirlilik halinin olduğunu, %51,6'sının endişe kaygı durumunun orta düzeyde olduğu, %57'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluğu şiddetli şekilde yaşadığı, %32,3'ünün

cinsel sorunları şiddetli düzeyde yaşadığı, %44,4'ünün idrar sorunlarını orta düzeyde, %47,5'inin vajinada kuruluk yaşamasını orta düzeyde yaşadığı %69,5'inin eklem ve kas rahatsızlıklarını orta düzeyde yaşamış olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.5**).

8. GSA-28 alt boyutundan somatik semptomlar boyutunun MSDÖ'ndeki ifadelerden ikincisi olan kalp rahatsızları dışındaki bütün ifadelerle pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülmüştür. Anksiyete ve uyku sorunları boyutunun MSDÖ'ndeki ifadelerden kalp rahatsızlıkları dışındaki hepsiyle pozitif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Sosyal fonksiyonlarda bozulma boyutunun ise sıcak basması, terleme dışındaki bütün ifadelerle pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu, depresyon boyutunun ölçekteki cinsel sorunlar hariç bütün ifadelerde pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülürken, cinsel sorunlar ifadesiyle pozitif yönlü orta düzeyde ilişkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca GSA-28 ölçeğinin tamamının MSDÖ ölçeğinde yer alan kalp rahatsızları hariç diğer ifadeler ve bu ifadelerin oluşturduğu alt boyutla pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit görülürken, kalp rahatsızlıkları ifadesiyle pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4.8**).

6.2.Öneriler

1. Aile sağlığı merkezine başvuruda bulunan kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgisi belirlenerek, menopoz dönemi ve menopoz döneminde yaşananlar hakkında bilgi eksiği olan kadınlara eğitim planlanmalı ve düzenli aralıklarla eğitimler uygulamalı,
2. Menopozal dönemdeki kadınların, kolaylıkla ulaşabilecekleri, sürekli olarak eğitim ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri yerlerin sayısı arttırılmalı,
3. Kadınlar için düzenlenen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde kadınların sosyokültürel ve bireysel özellikleri dikkate alınarak eğitimler düzenlenmeli,
4. Kadınların genel sağlık durumu üzerinde en önemli ve en büyük etkiye sahip faktörlerden biri de menopoz semptomlarıdır. Bu nedenle öncelikle kadınların menopoz dönemindeki semptomlarının dikkatle tespit edilmesi ve her bir semptomla yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması gerekir.

5. Menopozal dönemde görülen problemlerin önlenme, tanılanma, tedavi ve rehabilitasyonun sağlayıcı sağlık kuruluşları ve menopoz kliniklerinin sayısının ve ulaşılabilirliğinin artırılması önerilmektedir
6. Kadınların menopoz döneminde yaşadığı cinsel sorunları daha kolay ifade edebilecekleri ortamlar sağlanmalı,
7. Menopozal semptomları azaltmaya ve dolayısıyla genel sağlık durumunun etkilenmesini azaltmaya yönelik girişimsel araştırmalar planlanması önerilir.



KAYNAKLAR

- Aba, Y. A., Ataman, H., Şık, B. A. (2016). Vulvovajinal Atrofi İfadesinde Yeni Terminoloji: Menopozda Genito-üriner Sendrom. *Androloji Bülteni*, 18(67), 289–293.
- Abay H, Kaplan S. (2015). Menopozal Dönem Yaşam Kalitesini Nasıl Etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 1-23.
- Ağan K, Özmerdivenli R, Değirmenci Y, Çağlar M, Başbuğ A, Balbay EG ve ark. (2015). Evaluation of sleep in women with menopause: Results of the Pittsburg Sleep Quality Index and polysomnography. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(3), 149.
- Ahsan M, Mallick AK, Singh R, Prasad RR. (2015). Assessment of menopausal symptoms during perimenopause and postmenopause in tertiary care hospital. *Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences*, 4(1), 14-19.
- Akarsu, R. H., Beji, N. K. (2016). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Sınıflandırılmasında DSM-V Kapsamında Yapılan Değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18(65), 134–137.
- Akhan, S.E. (2008), Çocukluktan Yetişkinliğe Geçişte Genital Sistem Farklılaşması ve Bu Farklılaşmanın Servikal Kanser ile İlişkisi. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63, 109–110.
- Aksu H, Sevinçok L, Küçük M, Sezer SD, Oğurlu N. (2011). The attitudes of menopausal women and their spouses towards menopause. *Clin Exp Rheumatol*, 3,390- 463.
- AlDughaiter A, AlMutairy H, AlAteeq M. (2015). Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Women's Health*, 7, 645.
- AlQuaiz J, Siddiqui A, Tayel S, Habib F. (2014). Determinants of severity of menopausal symptoms among Saudi women in Riyadh city. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 17(1),71-8.

- Amore M, Di Donato P, Papalini A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, Chirico C, De Aloysio D. (2004). Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas*, 48(2), 115-24.
- Angelo, C., Volpe, A., Arangino, S., Malmusi, S., Draetta, F. P., Matteo, M. L., ... Melis, G. B. (1997). Depression and Anxiety in Climacteric Women: Role of Hormone Replacement Therapy. *Menopause*, 4(4), 206–211.
- Armand, M., Ozgoli, G., Giti, R. H., Majd, H. A. (2017), Effect of Accupressure on Early Complications of Menopause in Women Referring to Selected Health Care Centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), 237–242.
- Aslan, E., Beji, N. K., Güngör, İ., Kadioğlu, A., Dikencik, B. K. (2008). Prevalance and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2044–2052.
- Assaf, A. R., Bushmakin, A. G., Joyce, N., Louie, M. J., Flores, M., Moffatt, M. (2017). The Relative Burden of Menopausal and Postmenopausal Symptoms Versus Other Major Conditions: A Retrospective Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey Data. *American Health and Benefits*, 10(6), 311–320.
- Atan, Ş. Ü. ve Yiğitoğlu, S. (2015). Menopozda Semptom Yönetimi ile İlgili Kanıtla Dayalı Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 3, 35-59.
- Atasü T, Şahmay S. (2001) *Jinekoloji*, 2.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 657- 73
- Avcı S. (2013). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Avis N.E., Zhao X., Johannes J.B., Ory M., Brockwell S., Greendale G.A. (2005). Correlates of Sexual Function Among Multi-Ethnic Middle-Aged Women: Results From the Study Of Women’s Health Across the Nation, 12,385-398
- Avis, N. E., Brockwell, S., Randolph Jr, J. F., Shunhua J. F., Cain, V. S. ve diğerleri. (2009). Longitudinal Changes in Sexual Functioning as Women Transition

- Through Menopause: Results From the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). NIH-PA Author Manuscript. *Menopause*, 16(3), 442–452.
- Aydemir Hİ. (2007). Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Ayers, B., Forshaw, M. ve Hunter, M. S. (2010). The Impact of Attitudes Towards the Menopause on Women's Symptom Experience: A Systematic Review. *Maturitas*, 65, 28–36
- Aymelek Çakıl N. Orta yaş donemi kadınların menopozal yakınma ve öz etkililik algılarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2012.
- Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. (2010). Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC women's health*,10:1.
- Bal DM. (2011). Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bal MD, Şahin NH. (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18, 1309–1316.
- Ballard K. (2007). *Understanding Menopause*. Çeviri: Kutlu M. Menopoz, 1.Baskı, İstanbul, Timaş Yayıncılık, 11
- Batrinou, M. L. (2013), Premenopause: The Endocrinology of Reproductive Decline. *Hormones*, 12(3), 334–349.
- Bawar S, Sadaf F, Rahim R, Faiz NR. (2013). Comparison of vasomotor symptom in postmenopausal women with different socio-economic status. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 11(2), 95-98
- Bayam, L., Eğici, M. T., Bakkaloğlu Bayam, F., & Yenigün, M. (2007). Postmenopozal Olgularda Psikiyatrik Depresyon, Anksiyete Envanterleri ile Hormon Seviyeleri Arasındaki İlişki Varlığı. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 17(2), 73–80.

- Beji, N. K. (2015), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Belek İ. (1999). Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3):163-172.
- Bezircioğlu İ, Öniz A, Kındıroğlu N, DüNDAR P. (2004). Menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi. *Kadın Doğum Dergisi*, 2(4):316-319.
- Biederman J, Petty Carter R, Hirshfeld B. (2007). Developmental trajectories of anxiety dis-orders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research*, 153(3):245-252.
- Bilgel N. (2006). Aile Hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi. S: 319-344
- Bilgin Z, Kömürcü N. (2016). “Kadın Cinselliği Ve Kanıt Temelli Yaklaşımlar”, *Androloji Bülteni*, 18(64):48-55
- Bingöl G, Gebeş R, Yavuz R. (2012). Amasya Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin genel sağlık durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 27(3):106-11.
- Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*, 18(7):778-85.
- Bozkurt Ö. (2004) Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ümran Sevil)
- Bozkurt ÖD, Sevil Ü. (2016). “Menopoz ve Cinsel Yaşam”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4):497-503
- Bryant, C., Judd, F. K., & Hickey, M. (2012). Anxiety during the menopausal transition: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 141–148.
- Budakoğlu İ, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. (2005). 15 yaş üzeri kadınlarda anksiyete gelişimi ve sıklığını etkileyen faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2:92-97

- Butler L, Santoro N. (2011). The reproductive endocrinology of the menopausal transition. NIH Public Access Author Manuscript, 76 (7): 627-35.
- Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. (2006). İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 15(9):134-138.
- Can Gürkan O. (2005). Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu, s.30-35.
- Can H, Soysal Ş, Yalçın K, Yılmaz G. (2008). Bir semt polikliniğine sağlık hizmeti almak için başvuran emekli bireylerde gözlenen depresif belirtiler ve sağlık anlayışlarının incelenmesi. Yeni Symposium, 46(3):122-129.
- Castelo, B.C., Blumel, J.E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J. ve ark. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 23, 426-430.
- Ceylan B. (2010). Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Ceylan, B., Özerdoğan, N. (2014), Factors Affecting Age of Onset of Menopause and Determination of Quality of Life in Menopause. J Turk Soc Obstet Gynecol, 1, 43-49.
- Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. Menopause, 2008, 15 (5): 958-62.
- Cho, N. Y., Kim, S., Nowakowski, S., Shin, C. ve Suh, S. (2018). Sleep Disturbance in Women Who Undergo Surgical Menopause Compared with Women Who Experience Natural Menopause. Menopause, 26(4), 1-8.
- Chou, M. F., Wun, Y. T., Pang, S., M. (2014), Menopausal Symptoms and the Menopausal Rating Scale among Midlife Chinese Women in Macau, China. Women Health, 54(2), 115-126.

- Çağlar, G. S. ve Yüce, E. (2016). Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. (S. D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds). Menopoz. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
- Çelik AS, Pasinlioğlu T. (2014). Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(1), 16-29.
- Çelik, A. T. (2015), Erken Çocukluk Döneminin, Aile ve Toplumsal Gelişim Üzerindeki Etkileri ve Yapılması Gereken Yatırım ve Müdahaleler. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(13), 240–263.
- Çiçek, B. G. ve Özen, N. E. (2016). Menopoz Multidisipliner Yaklaşım (S. D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds.). Menopozda Uyku ve Bilişsel İşlevler. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
- Çiçek, N., Akyürek, C., Çelik, Ç., & Haberal, A. (2012). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Nobel Kitabevi.
- Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. (2008). Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. F.Ü. Sağ. Bil. Derg., 22(6): 343–349.
- Çorakçı A. (2004) Menopoz. İçinde: Novak Jinekoloji, Erk A, (Çeviri editörü). Novak's Gynecology, Berek JS. 13. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1109-31
- Çuhadaroğlu F. (2000). Ergenlik döneminde psikolojik gelişimin özellikleri, 21;863-8.
- Daniel ST, Mengstie MM, Sellakumar GK. (2014). Determinants Of Menopausal Symptoms And Attitude Among Middle Aged Women: The Case Of Dangila Town, North West Ethiopia. Innovare Journal of Social Sciences, 2(1):15-20.
- Dincer Cengiz S, Çağlar GS. (2016). Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. Modern Tıp Kitabevi, s.1-17.
- Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Söylemez A, Cetin G. (2008). Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28(4), 494-499.
- Dorjgochoo, T., Kallianpur, A., Gao, Y. T., Cai, H., Yang, G., Li, H., ... Shu, X. O. (2008). Dietary and lifestyle predictors of age at natural menopause and

- reproductive span in the Shanghai Women's Health Study. *Menopause*, 15(5), 924–933.
- Duffy, O. K., Iversen, L. ve Hannaford, P. C. (2012). The Impact and Management of Symptoms Experienced at Midlife: a Community-based Study of Women in Northeast Scotland. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 554-563.
- Duman M. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyeni Eğitim ve Gevşeme Egzersizin Uyku Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya, 2016.
- Duncan, D. (2018), *Prepare For Change. Good Health (Australia Edition)*, Feb., 38–47.
- Durmuşoğlu F, Yoldemit T. (2008). Kardiyovasküler Sağlık ve Menopoz. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 1(3):10-22.
- Dvornyk, V. (2013), *Current Topics in Menopause*. eISBN: 978-1-60805-453-4, Erişim tarihi: 21.12.2019.
- Ellen, B. G. (2011), The Timing of the Age at Which Natural Menopause Occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 38(3), 425–440.
- Engin E, Dülgerler ğ, Kavlak O, Ertem G. (2006). Menopoz sonrası kendilik algısı, problem çözme becerileri ve umutsuzluk. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22 (1):135-145.
- Engindeniz FT. (2005). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma bölgesinde yaşayan 40-60 yaş arası kadınlarda menopoza girme yaşı ve bunu etkileyen etmenler. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*.
- Erbil N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 241-246.
- Erdem Ö. (2006). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

- Erel CT. (2004). Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir? TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi,6: 53-7.
- Ergin İ. (2016). Menopozal Yakınmalar ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Ergöl Ş, Eroğlu K (2001) Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları, Sağlık ve Toplum Dergisi, 11(1): 49-57.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. (2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Ertem G. (2010). “Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1):469-483
- Ertem GK, Şirin A (2000) Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi, I. Uluslararası VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi, 29 Ekim- 2 Kasım 2000, Antalya, Bildiriler, s: 256-259.
- Ertüngealp, E. ve Seyisoğlu, H. (2000). Menopoz ve Osteoporoz. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği, 25-78.
- Evlice YE, Tamam L, Karataş G. (2002). “Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3 : 108-112
- Fallahzadeh H. (2010). Quality of life after the menopause in Iran: a population study. Qual Life Res,19: 813-9.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Ledger, W. J. (2010), Textbook of Aging Skin. ISBN 978-3-540-89656-2. Verlag Berlin Heidelberg, Springer. Erişim tarihi: 05.01.2020.
- Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry, 63: 375–82.
- Garwood P. (2007). Working with voices: Nurse-led delivery of psychosocial interventions. Mental Health Practice, 10(9):16-8.

- Gezer A, Şentürk LM, Ertüngealp E (2006). Klimakterium. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, ed.Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:1523- 48.
- Gleser, H. (2015), Sex, Women and the Menopause: Are Specialist Trainee Doctors up for It? A Survey of Views and Attitudes of Specialist Trainee Doctors in Community Sexual & Reproductive Health and Obstetrics & Gynaecology Around Sexuality and Sexual Healthcare in the (Peri)Menopause. Post Reproductive Health, 21(1), 26-33
- Gold, E. B., Sternfeld, B., Kelsey, J. L., Brown, C., Mouton, C., Reame, N., ... Stellato, R. (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi- racial/ethnic population of women 40-55 years of age. American Journal of Epidemiology, 152(5), 463–473.
- Göksever H, Erata YE. (2010). Hormon profili ile perimenopozal semptomlar arasındaki ilişki. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 73, 92-96.
- Görgel EB, Çakıroğlu FP. (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi, s.1-14.
- Görgel EB, Çakıroğlu FP. (2007). Menopoz döneminde kadın, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, s. 1-3-7-8-9-10.
- Görgel EB, Çakıroğlu FP. (2008). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi T, Özşahin A. “Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi”, Klinik Psikiyatri,11:159-166
- Gözüyeşil E, Başer M, 2016. Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19, 261-268.
- Gözüyeşil E, Başer M, Taşçı S. (2015). Vazomotor Yakınmalarda Refleksoloji Uygulaması, Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar (I. bs.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Güleç C, Köroğlu E. (1997). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Güler K. (2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Güney N, (2006) Park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomların tespiti, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Güngör L. (2003). Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üzeri kadınların menopoz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2003.
- Gürkan ÖC. (2005). Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3, 30-35.
- Güzel EÇ. (2017). Postmenopozal kadınlarda kas iskelet sistemi ağrılarının D vitamini eksikliği ile ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 42, 470-476.
- Holloway D. (2011). An overview of the menopause: assessment and management. Nursing Standard (Through 2013), 25(30), 47.
- Hotun Şahin N, Coşkun A (2007) The menopausal age, Related factors and climacteric, complaints in Turkish women, Revista Referenc'a, 4: 91-99
- Hunt, K. (2016), Managing the Menopause. Practice Nurse, 46(4), 24–32.
- Huszla WS, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanislawska M, Rotter I, Karakiewicz B, Grochans E. (2014). Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. Int. J. Environ. Res. Public Health, 11: 6692-708.
- Im E-O, Ko Y, Chee W. (2014). Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. Health care for women international, 35(5):549-65.
- International Menopause Society (2011) Menopause Terminology
- Ishak, I. H., Low, W. Y., Othman, S. (2010), Prevalance, Risk Factors, and Predictors of Female Sexual Dysfunction in a Primary Care Setting: A Survey Finding. J Sex Med, 7(9), 3080–3087.

- Islam, M. R., Gartoulla, P., Bell, R. J., Fradkin, P. ve Davis, S. R. (2015). Prevalence of Menopausal Symptoms in Asian Midlife Women: A Systematic Review. *Research Gate*, 18(2), 157-76.
- Işık G, Vural G (2001) Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1(1): 39-48.
- Jane, F. M. ve Davis, R. S. (2014). A Practitioner's Toolkit for Managing the Menopause. *International Menopause Society*, 17, 565-579.
- Jehan, S., Masters-Isarilov, A., Salifu I., Zizi, F., Jean Louis, G., Pandi Perumal S.R, Ravi Gupta, ve diğerleri. (2015). Sleep Disorders in Postmenopausal Women. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, 4(5), 1-18.
- Jung JS, Shin A, Kang D. (2015). Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: Results from Health Examinees Study (HEXA). *Journal of Affective Disorders*, 187: 127-35.
- Kadayıfçı O. (2006) Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. *Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, s:26-32
- Kalarhoudi MA, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. (2011). Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, İran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(11), 811.
- Karaçam Z, Şeker SE. (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*, 58(1):75-82.
- Karakoç, H., Özerdoğan, N., Uçtu, A. K. (2016), Menopozla İlgili Genito-üriner Sendrom. *Jinekoloji – Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(3), 122-126.
- Karakuş, A., Yanıkerem, E. (2016), Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI) – Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 64–85.

- Karlıdere T, Özşahin A. (2008). Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete,depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri, 11:159-66.
- Kaulagekar A. (2011). Age of menopause and menopausal symptoms among urban women in Pune, Maharashtra. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 61(3):323-6.
- Kaur, Navdeep, Veena G. Malla, and Sonal Gupta. (2017). "Serum Estradiol Level and Postmenopausal Symptoms in Surgical and Natural Menopause." International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 6 (9): 3920.
- Kaymak Y, Tırnaksız F. (2006). Menopoz ve deri. Türkiye Klinikleri-Tıp Bilimleri Dergisi, 26(6), 675-684.
- Kelleci M, Aştı N, Küçük L. (2003). Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2):11-14.
- Keskinoğlu, Pembe; Pıçakçıefe, Metin; Giray, Hatice, Bilgiç, Nurcan; Uçku, Reyhan; Zeliha, Tunca. (2006). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Risk Etmenleri. Genel Tıp Dergisi, 16(1); 21-26
- Khan S, Shukla MK, Priya N, Ansari MA. (2016). Health seeking behaviour among post-menopausal women: a knowledge, attitude and practices study. International Journal of Community Medicine and Public Health, 3(7), 1777-1782.
- Kharbouch S.B. (2005) Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kılıç C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7(1), 3-9.

- Kınık E. (2000). Adolesan hastaya yaklaşım. *Katkı*, 21:713-9.
- Kıran H, Arıkan Dc, Kıran G, Coşkun A, Yancar S, Tok A, Ekerbiçer HÇ. (2011). The Influence of Natural and Surgical Menopause on Cardiovascular Risk Markers Folate and Vitamin B12 Levels. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 17(2): 90-97.
- Kıroğlu FG. (2005). Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri. Ankara Üniversitesi, Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara.
- Kızılırmak A. (2003). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanma durumu. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Kızıltepe A (2006) Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Diedrich K. (2005). Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures: cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas*, 51(3), 227-235.
- Koyuncu T. (2015). Beylikova'da Orta Yaş Kadınlarda Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi ve Sağlık Eğitiminin Menopoz Semptomları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
- Krajewska K, Krajewska-Kulak E, Heineman L, Adraniotis J , Chadzopulu A, Theodosopoyloy E, Euframidu EN , Kruszewa R, Szpakow A, Jankowiak B, Rolka H, Klimaszewska K, Kowalczyk K, Kondzior D, Baranowska A (2007) Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS scale, Preliminary report *Advances in Medical Sciences*, 52(1): 140-143.
- Kurt, G., Beyaztaş, F. Y., Erkol, Z. (2010), Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 32–39.

- Kutlu R, Çivi S, Pamuk G. (2012). Postmenopozal kadınlarda osteoporoz sıklığı ve FRAX™ skalası kullanılarak 10 yıllık kırık riskinin hesaplanması. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 15(2), 11-15.
- Kwak EK, Park HS, Kang NM. (2014). Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women. *Journal of menopausal medicine*, 20(3):118-25.
- Lee, K. C. (2017), Changes of Blader Function Related to the Effects of Menopause. *Women Health Bull*, 5(2), 14390.
- Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. (2010). The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. *Journal of women's health*, 19(5):975-85.
- Luoto, R., Kaprio, J., & Uutela, A. (1994). Age at natural menopause and sociodemographic status in Finland. *American Journal of Epidemiology*, 139(1), 64–76.
- Markopoulos, M. C., Kassi, E., Alexandraki, K. I., Mastorakos, G., Kaltsas, G. (2015), Hyperandrogenism After Menopause. *Eur J Endocrinol*, 172(2), 79–91.
- Marvan, M. L., Hernandez, G. E., Garduno, M. D. M., Jasso, K. (2018), Attitudes Toward Menopause, Sexual Function, and Depressive Symptoms in Mexican Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 39(2), 121–127.
- Mauas V, Kopala-Sibley DC, Zuroff DC. (2014). Depressive symptoms in the transition to menopause: the roles of irritability, personality vulnerability, and self-regulation. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 279-289.
- McVeigh C. (2005). Perimenopause: More Than Hot Flushes and Night Sweats for Some Australian Women. *JOGNN Clinical Research*, Volume 34, Number 1, January/February.
- Merghati-Khoei, E., Sheikhan, F., Shamsalizadeh, N., h-Haghani, H., Yousofnia, P. Y. R., Killeen, T. (2014). Menopause Negatively Impacts Sexual Lives of Middle-

- aged Iranian Women: A cross-sectional Study. *J Sex Marital Ther*, 40(6), 552–560.
- Miller AM, Sorokin O, Wilbur J., Chandler PJ. (2004). Demographic characteristics, menopausal status, and depression in midlife immigrant women. *Women's Health Issues*, 14, 227-34
- Moghani, S. S., Simbar, M., Dolatian, M. ve Nasiri, M. (2016). The Relationship Between Perceived Social Support and Women Experiences in Menopause. *Advances in Nursing & Midwifery*, 25(90), 1-10.
- Mohammed ST, Shabana KRA, Mansour SE, Emam MA. (2016). Evaluation of postmenopausal symptoms: It's effect on female's quality of life. *International Journal of Nursing Didactics*, 6(9): 1-10.
- Moral, E., Delgado. J. L., Carmona, F., Caballero, B., Gullian, C., Gonzalez, P. M. (2018), Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*, 21(2), 167–173.
- Mwampagatva, I. H., Mwashambwa, M. Y., Gesase, A. P. (2013), Morphophysiological Features Associated with Menopause: Recent Knowledge and Areas for Future Work. *Tanzania Journal of Health*, 15(2), 1–11.
- Naik, Raviraj R, Rittu S Chandel, and Leela G Abichandani. 2014. "Comparative Study of Gonadotropin Levels and Clinical Presentation in Surgical and Natural Menopause." *International Journal of Medical Research & Health Sciences* 3 (1): 149. doi:10.5958/j.2319-5886.3.1.029.
- Nalbant MA. (2009). Menopozal Semptomlar ve Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Aydın.
- Nalbantoğlu D. (2011). Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

- Nappi RE, Nijland EA (2008) Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey, *Eur. J. Obstet. Gynecol, Reprod Biol*, 137(1): 10-16.
- Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M. (2016), Female Sexual Dysfunction (FSD): Prevalence and Impact on Quality of Life (QoL). *Maturitas*, 94, 87–91.
- Nappi, R. E., Palacios, S., Bruyniks, N., Particco, M. ve Panay N. (2018). The Burden of Vulvovaginal Atrophy on Women's Daily Living: Implications on Quality of Life From a Face-to-Face Survey. *Menopause*, 26(5), 1-7.
- Nisar, N., Sohoo, N. A., Sikandar, R. (2012). Age and Symptoms at Natural Menopause: A Cross-sectional Survey of Rural Women in Sindh Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 24(2), 90–94.
- Oğurlu N. (2008). Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Baş etme Yöntemlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- Okyay P, Atasoylu G, Önder M, Dereboy Ç, Beşer E. (2012). Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 178-188.
- Önder M, Batıgün AD. (2016). “Erken ve Normal Menopoz: Stres, Evlilik Uyumu ve Cinsiyet Rollerini Açısından Bir Karşılaştırma”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 29:129-138
- Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, 157-79.
- Özcan H, Beji KN. (2014). “Menopoz döneminde cinsellik”, *Kadın Cinsel Sağlığı*, 209-211
- Özcan, H., Oskay, Ü. (2013), Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıt Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157–163

- Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. (2010). Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(1), 35-43.
- Özgür N (2007) Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Özgür, G. Yıldırım, S. ve Komutan, A. (2010). Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü ve Etki Eden Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 35-43.
- Özkan B, Arguvanlı S, Erten Z, Seviğ Ü. (2013). 14 yaş ve üzeri bireylerin anksiyete ve genel sağlık düzeylerinin belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):1-9.
- Pehlivan S, Karadakovan A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 385-395.
- Peşin KM. (2019). Menopoz Döneminde Kupperman İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Pitsouni, E., Grigoriadis, T., Falagas, M. E., Salvatore, S. (2017), Laser Therapy for the Genitourinary Syndrome of Menopause. A Systematic Review and Meta-analysis. *Maturitas*, 103, 78-88.
- Portman, D. J., Goss, M. L. (2014), Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy From The International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*, 21(10), 1063-1068.
- Price, S. L., Storey, S. ve Lake, M. (2007). Menopause Experiences of Women In Rural Areas. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 503–511.
- Rahman S, Salehin F, Iqbal A. (2011). Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC research notes*, 4(1), 188.

- Rahman SASA, Zainudin SR, Mun VLK. (2010). Assessment of Menopausal Symptoms Using Modified Menopause Rating Scale (MRS) Among Middle Age Women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*. 9(5): 1-6.
- Regestein Q, Friebely J, Schiff I. (2015). How self-reported hot flashes may relate to affect, cognitive performance and sleep. *Maturitas*, 81(4), 449-455.
- Rindner, L., Strömme, G., Nordeman, L., Hange, D., Gunnarsson, R., Rembeck, G. (2017), Reducing Menopausal Symptoms for Women During the Menopause Transition Using Group Education in a Primary Health Care Setting – A randomized Controlled Trial. *Maturitas*, 98, 14–19.
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. (2002). Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 288(3):321-33.
- Rotem, C., Kupfersztain, C., Fagot, R. ve Kaplan, B. (2005). The Immediate Effect of Natural Plant Extract, *Angelica Sinensis* and *Matricaria Chamomilla* (Climex) for the Treatment of Hot Flushes During Menopause. A Preliminary Report, 30(4), 203-206.
- Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palancı Y, Toksöz P. (2005). “Diyarbakır İl merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları”, *Dicle Tıp Dergisi* 2005;32(2):77-83
- Santos, T. R. D., Pereira, S. V. M., Santos, R. L. (2016), Intensity of Climacteric Symptoms in Postmenopausal Women. *Rev Rene.*, 17(2), 225–232.
- Schuiling, K. D., ve Low, L. K. (2006). Women’s Growth and Development Across the Life Span. (In K. D. Schuiling ve F. E. Likis, Eds). *Women’s Gynecologic Health*, 21-38.

- Schwarz S, Völzke H, Alte D, Schwahn C, Grabe HJ, Hoffmann W, et al. (2007). Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Menopause*, 14(1):123-34.
- Sert G. (2009) Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Shea JL (2006) Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes, *Climacteric*, 9(1): 30-39.
- Simon JA, Reape KZ. (2009). Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause*, 16(1), 73-76.
- Sis A. (2010). Menopoz Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16-29.
- Smith, R. L., Gallicchio, L., Flaws, J. A. (2017), Factors Affecting Sexual Activity in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study. *Journal of Women's Health*, 26(2), 103-108.
- Sowers M.R. (2009) Menopause and Midlife Health Changes. In:Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S (Eds). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6 th ed.New York: McGraw Hill Co. Inc., 557-566
- Sowers MR, Jannausch M., McConnell D., Little R., Greendale GA., Finkelstein JS. (2006) Hormone Predictors of Bone Mineral Density Changes During the Menopausal Transition. *J Clin Endocrinol Metab*, 91, 1261-1267

- Subrahmanyam N, Padmaja A. (2016). Menopause related problems among women in a rural community of Kerala. *International Journal of Innovative Research and Development*, 5(1), 3678-3681.
- Süt, K. ve Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 51-68.
- Şahin H, Coşkun N. (2007). Anahit The Menopausal Age, related Factors and Climacteric Complaints in Turkish Women Referência- *Revista de Enfermagem*, vol. II, núm. 4, junio, ss 91-99
- Şahin NH (1998) Bir Km Taşı: Menopoz, İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları, Yayın No: 2, Çevik Matbaacılık, İstanbul.
- Şahmay S. (2008). Postmenopozal dönem ve ürogenital atrofi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 1(3), 23-26.
- Şen E, Saruhan A. (2010). Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıt dayalı çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5, 45-51.
- Şen E, Sevil Ü. (2008). “Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16(62):136-142
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Kadın Sağlığı Araştırması 2014. http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_pdf. Erişim Tarihi:10.12.2019
- Takeda, Y. (2010). Understanding the Life Stages of Women to Enhance Your Practice. *Journal of the Japan Medical Association*, 53(5), 273-278.
- Tan MN. (2012). Vücut Kitle İndeksi ve Fiziksel Aktivitenin Menopozal Semptomlar Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Dilek Güldal, Doç. Dr. Mehtap Kartal).

- Tangen, T., & Mykletun, A. (2008). Depression and anxiety through the climacteric period: An epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(2), 125–131.
- Taşkın L. (2009) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
- Taşkın L. (2012) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, XI. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 571-580.
- Taşkın L. (2014) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 12. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 567-83
- Taşkın L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (13. bs.). Ankara: Özyurt Matbaacılık. S: 497-498.
- Taşkın, L. (2015). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. İstanbul: Akademisyen Kitabevi.
- Thomas, T., Kamath, N. (2017), Women’s Natural Transition; Nature Supports in Climacteric Life. *International Journal of Nursing Education*, 9(4): 144-147.
- Timur S, Şahin NH. (2010). “Menopoz ve Uyku”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3):61-67
- Timur S. (2008). *Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Toker H. (2007). *Menopoz Rehberi: Bilinçli Ol Kolay Atlat*, İstanbul, Güzeldünya yayınları, 2007: 52 67
- Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. (2006). Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 3(4):281-287.
- Topçuoğlu A, Koç Ö, Duran B, Dönmez M. (2009). Cerrahi ve doğal yolla menopoza giren kadınların anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılması. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 43(2):89-92.

- Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T (2003) Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3): 64-75.
- Tortumluoğlu, G. (2003) "Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi," Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Erzurum
- Tosun AS, Akça G. (2014). Konya kent merkezinde sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yaşayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık durumlarını etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(4):207-215.
- TUİK Nüfus Projeksiyonları, 2018.
- Tunç N. (2014). Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi, Yakınma ve Baş etme Durumlarının Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas,
- Turhan NÖ, Doğan D. (2006). Perimenopoz ve Tedavisi. İçinde: Çolgar U. (editör). Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayınevi, 323-47
- Tuzcular Vural EZ, Gönenç I. (2014). Menopozda yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 5(3):64-9.
- Tümer A, Kartal A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. Pamukkale Tıp Dergisi, 11(3):337-346.
- Tümer A, Kartal A. (2018). Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki Pamukkale Tıp Dergisi, 11(3):337-346
- Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı 2013.<http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID>. Erişim Tarihi:10.01.2020
- Uludağ A, Güngör ÇA, Gencer M, şahin ME, Coşar E. (2014). Kadınların Hayatında Başka Bir Dönem: Menopoz ve Menopozun Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(1), 25-30.

- Ünsaldı R. (2004). Evlilik uyumunun çeşitli demografik değişkenlerin menopoza ilişkin belirtilerle ilişkisinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Vanwesenbeeck, I., Vennix, P., & van de Wiel, H. (2001). "Menopausal symptoms": associations with menopausal status and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(3), 149–158.
- Varcolis EM. *Foundations of psychiatric mental health nursing (Third Ed)*. Philadelphia: Wb. Saunders Company; 1998: 443-73.
- Varma GF, Oğuzhanoglu N K, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. (2005). Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri*, 8:109-115
- Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Kökten SS (2006), Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki, *Yeni Symposium Dergisi*, 44(4): 182-188.
- Vivian-Taylor J, Hickey M. (2014). Menopause and depression: is there a link? *Maturitas*, 79(2), 142-146.
- Vural Irmak, P. ve Yangın Balcı, H. (2016). Menopoz Algısı Türk ve Alman Kadınların Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 7-15.
- Wagner, D. (2016), Perimenopause – The Untold Story. *Obstetrics & Gynecology International Journal*, 5(1), 139-140.
- Whiteman M.K., Staropoli C.A., Langenberk P.W., McCarter R.J., Kjerulff K.H., Flaws J.A. (2003). Smoking, Body Mass, and Hot Flashes in Midlife Women. *Obstetrics & Gynecology*,
- WHO. (WHA49.17, 25 May 1996). International Framework Convention for Tobacco Control. http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha49_17/en/ (10.11.2019).
- Wijewardena K, Lindmark G, Naessen T (2009) Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women, *Menopause*, 16(1): 164-170

- Willison, F. B., Sarraf, S., Miller, J., Mohamadi, B., Care, A. S., Lam, A., Willison, N., Behnia, L., Salvatore, S. (2017), Safety and Long-term Efficacy of Fractional CO2 Laser Treatment in Women Suffering from Genitourinary Syndrome of Menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 213, 39–44.
- Woods NF, Mitchell ES. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives, *Am J Med*, 118: 14-24.
- Yalçın, Ö. (2004). *Jinekoloji*. (S. Berkman, Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Yangın HB, Ak GS, Sengün N, Kukulcu K. (2008). The relationship between depression and sexual function in menopausal period. *Maturitas*. 61:233-237.
- Yazici, K., Pata, O., Yazici, A., Aktaş, A., Tot, S., & Kanik, A. (2003). The effects of hormone replacement therapy in menopause on symptoms of anxiety and depression. *Turkish Journal of Psychiatry*, 14(2), 101–105.
- Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 21(5), 187–193.
- Yuvacı, H. U., Cevrioğlu, A. S. (2017), Kadın Üreme Sistemi Mikrobiyotası. *J Biotechnol and Strategic Health*, 1, 95–103.
- Yücesoy İ, Çakıroğlu Y. (2007). Menopoz ve Postmenopoz. Çiçek MN, Mungan MT(Ed.). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:30-32.
- Zıplar, Ü. T. (2015), Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık Hizmetleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 173–194.

EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız.....

2. Medeni durumunuz nedir?

1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış

3. Eğitim durumunuz nedir?

1) ilkokul 2) ortaokul

3)Lise mezunu 4) Üniversite ve üstü mezunu

5)okur-yazar 6) Okur yazar değil

4.Çalışma durumunuz nedir?

1) Çalışmıyorum 2) Emekli 3) Çalışıyorum (ne iş yapıyorsunuz?)

5.Sigara kullanıyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

6.Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

7.Gebelik sayınız.....

Yaşayan çocuk sayınız.....

Düşük sayınız.....

Kürtaj sayınız.....

8.Aşağıdaki ameliyatlardan hangisini geçirdiniz? (Birden fazla seçenek

İşaretleyebilirsiniz)

1)Rahim ve yumurtalıkları

2) Sadece rahmin alınması

3) Yumurtalıklardan kist alınması

4) Rahimden ur-myom alınması

- 5) Üreme organlarının sarkmasının tamiri
- 6) Memenin alınması
- 7) Tüplerin bağlanması
- 8) Diğer (belirtiniz.....)

9. Aşağıdaki hastalıklardan sizde var olanları belirtir misiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Yok
- 2) Şeker hastalığı
- 3) Yüksek tansiyon
- 4) Romatizma
- 5) Üreme organı kanseri
- 6) Üreme organlarının sarkması
- 7) İdrar kaçırma
- 8) Diğer

10. Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

- 1)Evet 2) Hayır

11. Sürekli kullandığınız ilaç var ise aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Kemik erimesi ilaçları
- 2) Romatizma ilaçları
- 3) Hipertansiyon ilacı
- 4) Şeker düşürücü ilaçlar
- 5) Antidepresanlar
- 6) Kalp ilaçları
- 7) Kolesterol düşürücü ilaçlar

8) Diğer

12.Hangi yolla menopoza girdiniz?

1)Doğal yolla

2)Cerrahi yolla

13.Menopoza yönelik doktora gittiniz mi?

1)Evet 2) Hayır

14.Menopoza yönelik bilgi aldınız mı?

1)Evet 2) Hayır

15.Doktor tarafından önerilen menopoza yönelik Hormon Replasman Tedavisini

(HRT) alıyor musunuz?

1) Almadım

2) Halen devam ediyorum 3) Daha önce aldım şu an almıyorum

Ek-2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

Sevgili hanımlar. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	Puanlar	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
		0	1	2	3	4
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinirlilik

(Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)

Endişe / Kaygı

(Huzursuzluk, panik hissi)

Fiziksel ve zihinsel yorgunluk

(Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)

Cinsel sorunlar

(Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)

İdrar sorunları

(İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçıрма)

Haznede (Vajinada) kuruluk

(Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)

Eklem ve kas rahatsızlıkları

(Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)

İlginiz ve yardımlarınız için çok teşekkürler

Ek-3 Genel Sağlık Anketi-28

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde her hangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.**

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok fazla
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok uzun
C3. Genel olarak işleriniz iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç düşünmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	kesinlikle hayır	her zamanki kadar	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
D5. Sınırleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D6. Kendi kendinize “ölsem de kurtulsam” dediğiniz oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	kesinlikle hayır	düşünmedim	aklımdan geçtiği oldu	çok sık



Ek-4 Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi. ’Bu araştırmanın amacı, bu araştırma, postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmada sizden verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Genel Sağlık Anketi-28 ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği kullanılacaktır. Bu araştırmada yer almanız için bir defa görüşme yapılması yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 223’tür. Çalışma 4 ay sürecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen form ve anketlerdeki soruları yanıtlamak, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar yaşadığınız menopozal yakınmaların belirlenmesini ve genel sağlık durumunun saptanmasını sağlayacaktır. Kişi menopozal yakınmalarının ve bu menopozal yakınmalarının genel sağlık durumuna etkisinde farkındalık kazanacaktır. Bu çalışmanın bilime olan yararı daha önce bu konuyla ilgili sınırlı çalışma olduğu için bu araştırma bilime katkı sağlayacak ve yapılacak olan çalışmalara veri sağlayacaktır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Damla Zerkinli tarafından gerekli olan form ve anketler doldurulacak ve bulgular kaydedilecektir. Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur ve 15 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda sosyodemografik özellikleri ile ilgili olarak yaş, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili sorular mevcuttur. Obstetrik ve jinekolojik özellikler ile ilgili sorular; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, menopoza girme şekli, hormon replasman tedavisi kullanımı, menopoza girdi ise hangi yolla menopoza girdiği, kronik

hastalıklarını, menopoz ile ilgili bilgi durumu ile ilgilidir. Formdaki sorular ortalama 10-15 dakikada cevaplanabilmektedir. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Menopozal yakınmaları içeren likert tipi ölçekte seçenekler 0: Hiç yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli şeklindedir. Maddelerin her birinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçek 11 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ve bunun yanında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir. Anketteki sorular 15-20 dakikada cevaplanabilmektedir.

Genel Sağlık Anketi kısa ve uygulaması kolay bir test olup ruhsal sorunu olduğu halde, bireyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya yöneltecek türden rahatsızlıkların saptaması amaçlanmıştır. Anket her biri yedi maddeden oluşan dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; somatik semptomlar, anksiyete ve uyku bozuklukları, sosyal fonksiyonda bozulma ve ağır depresyondur. 28 maddeden oluşmaktadır. Uygulama sonrasında en az 0, en çok 28 puan alınabilmekte olup, bu puanın fazla olması ruhsal sağlıktaki rahatsızlık olasılığını artırmaktadır. Anketteki sorular 35-45 dakikada cevaplandırılabilir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için 05350709873 numaralı telefondan araştırmacı Damla Zerkinli 'ye başvurabilirsiniz. Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, araştırmanın gereklerini yerine getirmemeniz vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik

kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-5 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Erbaş
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			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"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-08/03	Tarih: 07.08.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın* başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Hatice</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan</i>
Doç. Dr. Gülşay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Gülşay</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Binnur</i>
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Atas	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Mehmet</i>
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Engin</i>
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Melih</i>

* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK- 6 Araştırma İzin Onayı



T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ TOPLUM VE GÖÇ SAĞLIĞI BİRİMİ
14/10/2019 08:46 - 19448395 - 044 - E.454



00103451931



Sayı : 19448395-044
Konu : Araştırma Başvuru Talebi
(Damla ZERKİNLİ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonu'nun 10.10.2019 tarih ve 2019 / 24 sayılı Kararı.

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Bölümü yüksek lisans öğrencisi Damla ZERKİNLİ tarafından yürütülen “**Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopozal Semptomların Genel Sağlık Durumuna Etkisinin İncelenmesi**” konulu yüksek lisans tez çalışması kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan anket çalışmasını 14.10.2019 – 29.11.2019 tarihlerinde Merkez Alibaba Aile Sağlığı Merkezinde uygulayabilmesi için alınan “**24 Karar Nolu Komisyon Kararı**” ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Fethullah Selçuk MOĞULKOÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek:
Komisyon Kararı (1 sayfa)
Yazı Sureti (28 sayfa)

Dağıtım:
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğüne
İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığına

Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Yenidoğan Mah. 40/1 Sok. No:3 SİVAS

Telefon: Faks No: 0346 223 49 00

e-Posta:nazmiye.delican@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.ism.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 928a0d76-69d7-466f-8865-1a8257e37c79 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nazmiye DELİCAN

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:(0 346) 223 63 70


**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILACAK
OLAN ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME
KOMİSYONU KARARLARI**

Toplantı Tarihi : 10 / 10 / 2019
Karar No : 2019 / 24

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Bölümü yüksek lisans öğrencisi Damla ZERKİNLİ tarafından yürütülen "Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopozal Semptomların Genel Sağlık Durumuna Etkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan anket çalışmasını 14.10.2019 – 29.11.2019 tarihlerinde Merkez Alibaba Aile Sağlığı Merkezinde uygulayabilmek için Komisyonuza talepte bulunmuştur.

Komisyonuuzca yapılan inceleme sonucunda; Araştırma talebi kapsamındaki anket çalışmasının uygulanmasında bir sakınca bulunmadığı görülmüş olup izin talebi uygun bulunmuştur.

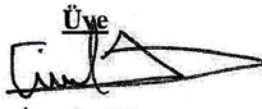
Komisyön Başkanı


Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Kemal FİLİZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Üye


Dr. Seta METİN
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.

Üye


İsmail ZOR
Toplum ve Göç Sağlığı Birimi
Şube Müdürü

Üye


Mustafa KOÇ
Toplum ve Göç Sağlığı Birimi
Birim Şefi

Üye


Nazmiye DELİCAN
Toplum ve Göç Sağlığı Birimi
Personeli

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Damla ZERKİNLİ
Doğum Yeri ve Tarihi	Yıldızeli/Sivas-1995
Medeni Hali	Bekar
İletişim Adresi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi
E-posta Adresi	zerkinli140@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise (2009-2013): Sivas Atatürk Lisesi

Lisans (2013-2017): Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yüksek Lisans (2016-): Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

İş Tecrübesi

Sivas Numune Hastanesi Genel Acil Bölümü (2018-)